

DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DES SOINS AUX USAGERS DE DROGUES

DEQUASUD

Réseau d'Évaluation en Économie
de la Santé (REES France) :
Lionel RIOU FRANÇA
Livia VELPRY
Daniel BENAMOUZIG
Robert LAUNOIS

DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DES SOINS AUX USAGERS DE DROGUES

Comité de pilotage

Animé par :

Cristina DIAZ-GOMEZ (OFDT)

Composé de :

Christian BEN LAKHDAR (OFDT)

Marie-France CHEDRU (MILDT)

Pascal MELIHAN-CHEININ (DGS)

Dr Pierre POLOMENI (CHU Jean Verdier)

Pr Xavier THIRION (Laboratoire de Santé Publique, AP-HM)

Dominique VUILLAUME (MILDT)

Équipe d'évaluation

L'équipe de REES France :

Lionel RIOU FRANÇA

Livia VELPRY

Daniel BENAMOUZIG

Robert LAUNOIS



DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DES SOINS AUX USAGERS DE DROGUES

DEQUASUD

Préparé pour l'OFDT

16 juillet 2008

Lionel RIOU FRANÇA, Livia VELPRY, Daniel BENAMOUZIG, Robert LAUNOIS

PRESENTATION DE LA SOCIETE

REES France est un bureau d'études spécialisé dans l'évaluation des technologies et des actions de santé. Il regroupe des évaluateurs professionnels : économistes, biostatisticiens, informaticiens, économètres. Son objectif est d'intensifier les liaisons entre la recherche universitaire et les professionnels de santé en mettant à la disposition des différents acteurs, des techniques d'analyse et de suivi innovantes.

Son domaine d'activité privilégié : la recherche de l'efficacité comparative clinique, humaine et économique des modes de prises en charge et des traitements en pratique médicale quotidienne.

- Enquêtes observationnelles et études quasi-expérimentales,
- Logiciels interactifs d'impact budgétaire (Excel),
- Comparabilité des groupes et analyses multivariées,
- Appariement selon le score de propension,
- Modèles de décision et analyses de sensibilité probabiliste,
- Bootstrap sur les données individuelles,
- Cahiers d'observation électroniques,
- Évaluation des réseaux,
- Qualité de vie et enquêtes de satisfaction,
- Estimation de la disposition à payer par la méthode des choix discrets.

REES a publié plus d'une centaine d'articles dans des revues à Comité de Lecture et réalisé plus de cent études évaluatives en appliquant ces techniques.

SON EQUIPE

- **Robert LAUNOIS**, Professeur des Facultés de Sciences Economiques, diplômé de l'Institut Politique de Paris, Harkness Fellow (Harvard University),
- **Lionel RIOU FRANÇA**, Chef de Projet, DEA de biostatistique, ENSA Montpellier 1, MST de Santé Publique (Université de Bordeaux 2), Doctorant en Santé Publique,
- **Laurent ECKERT**, Chef de Projet, DESS Méthodologie et Statistiques en recherche biomédicale, Ingénieur INSA Rouen mathématiques appliquées, Docteur en Santé Publique,
- **Marylène SARTOR**, Assistante de direction.

RECHERCHES & TRAVAUX EN COURS

Études observationnelles : Office Parlementaire des Politiques de Santé Assemblée Nationale-Sénat : « Prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux » (OPEPS 2006-2007). Institut National du Cancer : « Évaluation du coût du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein » (INCA 2006-2007). Office Français des Drogues et Toxicomanies : « Évaluation du Réseau des soins en microstructures en Alsace » (OFDT 2006-2007). Ministère de la Santé, Programme de Soutien aux Innovations Diagnostiques et Thérapeutiques Coûteuses : « Évaluation de la mise en place temporaire (6 mois) d'un ballon gastrique chez les patients présentant une obésité morbide sévère dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire avant chirurgie bariatrique » (STIC-DHOS 2007-2008). Ministère de la Santé, Programme de Soutien aux Innovations Diagnostiques et Thérapeutiques Coûteuses : « Évaluation du traitement endoscopique de l'emphysème pulmonaire (TEEP) comme technique alternative à la chirurgie de réduction du volume pulmonaire » (STIC-DHOS 2007-2008). Évaluation du Réseau MORPHEE (DRDR-IdF 2006-2007). Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), ETUDE ICEREA : 14 services de réanimation (PHRC 2006-2008). Ministère de la Santé, Programme de soutien aux Innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses, ETUDE PREMIS : 85 services de réanimation, 1 096 patients inclus (STIC-DHOS 2002-2004 SFAR, SRLF). Ministère de la Santé, Programme de soutien aux Innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses, ETUDE HER.ME.S : AP-HP, CRLCC, 12 services d'oncologie (STIC-DHOS 2001 - 2003)

Méta-analyses décisionnelles dans de nombreuses indications : cancer du sein métastatique, cancer du poumon métastatique, schizophrénie, AVC et unités neurovasculaires, cancer de la prostate, dépistage du cancer colorectal, etc. (voir site www.rees-france.com). Modèles d'impact budgétaire de la mise sur le marché de nouvelles molécules (schizophrénie, antiémétiques dans les chimiothérapies fortement et moyennement émétisantes).

NOUVELLES PUBLICATIONS

- Brown B, Diamantopoulos A, Bernier J, Schöffski P, Hieke K, Mantovani L, Launois R, Griebsh I, Robinson P. « An economic evaluation of cetuximab combined with radiotherapy for patients with locally advanced head and neck cancer in Belgium, France, Italy, Switzerland and the United Kingdom ». Manuscript forthcoming in Value in Health.
- Dhainaut JF, Payet S, Vallet B, Riou França L, Annane D, Bollaert Pe, Le Tulzo Y, Runge I, Malledant Y, Guidet B, Le Lay K, Launois R. « Cost-effectiveness of activated protein C in real life clinical practice ». Critical Care 2007 ;11 :R99 (7 septembre 2007)
- Launois R, Payet S, Riou França L, Le Lay K, Francesconi C, Devaux M, Quéméner A, Lootvoet E. « L'évaluation des technologies de santé : les protocoles de deuxième génération » Journal d'Economie Médicale 2006, Vol. 24, n° 5 : 213-228
- Launois R. « Les aspects économiques de la télé-médecine » Bull. Acad. Natle Méd. 2006, 190, n° 2, 367-379, Séance du 7 février 2006.
- Le Lay K, Launois R, Chemali N. « La tarification à l'activité (T2A) ou la recherche de l'efficience comme impératif déontologique à l'hôpital » La Lettre de l'Infectiologie 2006 - Tome XXI(2) : 62-72
- Riou França L, Payet S, Le Lay K, Launois R. « Use of the propensity score method for recruitment bias reduction in observational studies / application to the estimation of Drotrecogin Alfa's impact on intensive care units workload » 2006. ISPOR Connections Vol.12(1) : 8-10
- Riou França L, Launois R, Le Lay K, Aegerter P, Bouhassira M, Meshaka P, Guidet B. « Cost-effectiveness of drotrecogin alfa (activated) in the treatment of severe sepsis » 2006. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 22(1) : 101-108.
- Denis P, Launois R, Devaux M, Berdeaux G « Comparison of diurnal intraocular pressure control by latanoprost versus travoprost ». Clin Drug Invest 2006 ;26(12) :703-714
- Le Lay K, Myon E, Hill S, Riou Franca L, Scott D, Sidhu M, Dunlop D, Launois R. « Comparative cost study of oral and IV chemotherapy for first line treatment of non-small cell lung cancer in the UK NHS system » 2007. European Health Economic Journal
- Launois R, Le Lay K, Riou França L, Avoinet S, Chemali N, Vergnenegre A. « A cost minimization analysis of first-line polychemotherapy regimens in the treatment of advanced non-small cell lung cancer » Podium presentation ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Payet S, Riou França L, Le Lay K, Dhainaut JF, Vallet B, Launois R. « Assesment of the additional cost of drotrecogin alfa (activated) relative to standard care in the treatment of severe sepsis in a multicentric observational study in France » Podium presentation ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Riou França L, Payet S, Le Lay K, Launois R. « Impact of the propensity score estimation method when matching patients to reduce recruitment bias in observational studies » Podium presentation ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Le Lay K, Launois R, Riou França L, Avoinet S, Chemali N. « A cost efficacy analysis of first-line polychemotherapy regimens in the treatment of metastatic breast cancer after anthracycline failure » Poster ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Francesconi C, Le Lay K, Souchet T, Briand Y, Launois R. « Population-based budget impact model of aprepitant (EMEND®) in moderately emetogenic chemotherapy (MEC) » Poster ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Le Lay K, Francesconi C, Briand Y, Souchet T, Launois R. « Population-based budget impact model of aprepitant (EMEND®) in highly emetogenic cisplatin-based chemotherapy (HEC) » Poster ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Le Lay K, Devaux M, Lotz JP, Brault D, Tsé C, Launois R. « Cost analysis of 3-years follow-up of a trastuzumab treated cohort » Poster ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Riou França L, Payet S, Le Lay K, Vallet B, Dhainaut JF, Launois R. « Assessing the external validity of drotrecogin alfa (activated) clinical trials in an observational study using propensity score matching to reduce recruitment bias » Poster ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Payet S, Riou França L, Le Lay K, Dhainaut JF, Vallet B, Launois R « Assesment of the effect of drotrecogin alpha (Activated) severe sepsis treatment on bleeding events with count models » Poster ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Le Lay K, Myon E, Hill S, Riou França L, Scott D, Sidhu M, Dunlop D, Launois R. « Oral and intravenous chemotherapy for first line treatment of non-small cell lung cancer (NSCLC) in the UK NHS system » Podium presentation ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Denis P, Devaux M, Launois R, Berdeaux G. « Intra-ocular pressure (IOP) control of latanoprost and travoprost monotherapy in daily practice » Poster ISPOR 8th European Congress. Florence, Italy 2005.
- Desjeux G, Colin C, Launois R. « La mesure de la disposition à payer dans l'analyse coût bénéfice : l'évaluation contingente » Journal d'Economie Médicale 2005, 23(5) :293-306.
- Desjeux G, Colin C, Launois R. « La mesure de la disposition à payer : la méthode des choix discrets » Journal d'Economie Médicale 2005, 23(6) :364-370.
- Launois R, Giroud M, Mégnigbèto AC, Durand I, Gaudin AF, Mahagne MH. « Estimating the cost-effectiveness of stroke units in France, compared with conventional care ». Stroke 2004. Stroke 2004 ; 35 :770-775.

- Erevnidou K, Launois R, Katsamouris A, Lionis C. « Translation and validation of a quality of life questionnaire for chronic lower limb venous insufficiency into greek » International Angiology, 2004 ; 23.
- Launois R, Payet S. « Évaluation pharmacoéconomique des épisodes dépressifs majeurs et des récives ». Neuropsych News (N° spécial Nov.) 2004 : 57-67.
- Launois R, Benamouzig D. « Rationing Health Care in Europe - France » in « Rationing of Medical Services in Europe : An Ampirical Study - A european survey » JM. Graf von der Schulenburg and M. Blanke (Eds). IOS Press, 2004. pp.27-60.
- Launois R. « A quality of life tool kit in venous disorders ». Medicographia 2004 ;26(2) :1-7.
- Stasi E, Launois R. « La Qualità di vita nel paziente con linfedema » Linfolegia Oggi, 2004 ;3 :10-12.

TABLE DES MATIÈRES

I	Présentation de l'étude	16
1	Introduction	16
1.1	Les conduites addictives	16
1.1.1	Définition	16
1.1.2	Les tendances en France	16
1.1.3	La dépendance aux opiacés	17
1.2	Les structures de prise en charge en Alsace	19
1.3	Le réseau RMS Alsace	20
1.4	Objectifs de l'évaluation	20
2	Méthodes	22
2.1	Définition de la population cible	22
2.1.1	Les usagers	22
2.1.2	Les praticiens	23
2.2	Enquête qualitative	24
2.2.1	Définir l'utilité du réseau pour les médecins	24
2.2.2	Définir l'utilité du réseau pour les usagers	24
2.2.3	Profil de patient et qualité de la relation	25
2.2.4	Déroulement	25
2.3	Évaluation quantitative multidimensionnelle	27
2.3.1	Typologies des échelles de mesure	27
2.3.2	Méthodes d'utilité multi-attributs	28
2.3.3	Procédures d'élicitation des préférences	30
2.3.4	Pondération des critères	31
2.3.5	Pour aller plus loin	32
2.3.6	Modèle de référence retenu pour l'étude	32
2.4	Schéma d'étude	35
2.4.1	Taille de l'échantillon	35
2.4.2	Gestion de l'enquête	36
2.5	Analyse statistique	38
2.5.1	Critères de jugement	38
2.5.2	Conventions adoptées pour les fonctions d'utilité	38
2.5.3	Le miracle de l'agrégation	39
2.5.4	Conventions adoptées pour les poids des attributs	40
2.5.5	Conventions d'analyse	42
2.5.6	Calcul du rapport coût-utilité différentiel	43
II	Analyse descriptive	48

3	Synthèse descriptive des entretiens qualitatifs	48
3.1	Accéder à un médecin généraliste ayant l'expérience des questions de substitution	49
3.2	Accéder à d'autres professionnels (psychologue, travailleur social)	51
3.2.1	L'accès à d'autres professionnels	52
3.2.2	La compétence des professionnels	53
3.2.3	Le RMS : des accès facilités de façon plus large	55
3.3	La maîtrise des consommations de drogues	56
3.4	Continuité du suivi et relation de confiance avec le médecin généraliste	57
3.4.1	La place centrale de la relation de confiance	57
3.4.2	Le RMS comme lieu de référence	58
3.4.3	Pratiques d'inclusion dans le RMS	59
3.5	Pouvoir négocier la prescription	59
3.6	Réactivité et aide du médecin généraliste	61
3.7	Suivi médical et dépistage de l'hépatite C	62
3.8	Changer de vie	63
3.9	Conclusion	63
4	Analyse des réponses des médecins	66
4.1	Conventions de codage adoptées	66
4.2	Description de l'échantillon	66
4.2.1	Situation personnelle et professionnelle	67
4.2.2	Pratiques avec les usagers ou ex-usagers	74
4.3	Critères de qualité d'un traitement	84
4.3.1	Fonctions d'utilité	84
4.3.2	Préférences relatives aux critères	96
4.3.3	Hierarchisation des critères	104
4.4	Bilan	109
4.4.1	Caractéristiques des médecins	109
4.4.2	Fonctions d'utilité	109
4.4.3	Hierarchisation des critères	109
5	Analyse des réponses des patients	111
5.1	Conventions de codage adoptées	111
5.2	Patients retenus dans la base	122
5.3	Description de l'échantillon	122
5.3.1	Situation personnelle et professionnelle	123
5.3.2	Consommations passées et actuelles	135
5.3.3	Situation vis-à-vis de la justice	141
5.3.4	Traitement	142
5.3.5	Médecin	156
5.4	Critères de qualité d'un traitement	165
5.4.1	Préférences relatives aux critères	165
5.4.2	Hierarchisation des critères	170
5.4.3	Fonctions d'utilité	174

5.5	Bilan	186
5.5.1	Caractéristiques des patients	186
5.5.2	Fonctions d'utilité	187
5.5.3	Hierarchisation des critères	187
III Évaluation de l'efficacité de l'accompagnement		189
6	Fonctions d'utilité	189
6.1	Critère 1 : Accessibilité du médecin	189
6.2	Critère 2 : Accessibilité du psychologue ou du travailleur social	190
6.3	Critère 3 : Maîtrise des consommations	190
6.4	Critère 4 : Négociation du traitement	192
6.5	Critère 5 : Continuité des soins	192
6.6	Critère 6 : Réactivité du médecin	193
6.7	Critère 7 : Dépistage du VHC	194
6.8	Critère 8 : Changer de vie	195
7	Pondérations des critères	197
7.1	Poids relatifs	197
7.2	Efficacité multicritères	197
8	Comparaison de l'efficacité des deux stratégies	199
IV Évaluation des coûts		201
9	Description de la base URCAM	201
9.1	Caractéristiques des patients	201
9.1.1	Groupe de traitement	201
9.1.2	Âge	201
9.1.3	Sexe	202
9.1.4	Commune	202
9.1.5	Régime	202
9.1.6	ALD	203
9.2	Traitement	203
9.2.1	Posologie des patients sous méthadone	204
9.2.2	Posologie des patients sous buprénorphine	204
9.3	Coûts	204
9.3.1	Analyse par poste	205
9.3.2	Analyse agrégée	214
10	Modèles de coût	216
10.1	Coût des narcotiques	216
10.2	Coût hors narcotiques	217
10.3	Prédiction des coûts des patients de l'étude DEQUASUD	218

10.3.1 Coût des narcotiques	218
10.3.2 Coût hors narcotiques	219
10.3.3 Coût mensuel total	220
V Évaluation Coût-Utilité	221
11 Ratio Coût-Utilité différentiel	221
12 Robustesse des conclusions	221
12.1 Effet des jugements de valeur portés	221
12.2 Prise en compte de l'incertitude : probabilité de dominance	222
12.2.1 Point de vue de l'Assurance Maladie	222
12.2.2 Intégration des coûts de fonctionnement de la microstructure	223
13 Conclusion générale	225
13.1 Comparabilité des usagers	225
13.2 Efficacité de l'accompagnement	225
13.2.1 Éléments connexes	225
13.2.2 L'indicateur d'efficacité retenu : l'utilité multicritères	226
13.3 Coûts de l'accompagnement	227
13.4 L'accompagnement en microstructure est-il efficient ?	227
13.5 Conclusion	228
VI Annexes	229
A Index des tableaux et graphiques	229
B Questionnaires	240
B.1 Questionnaire Médecin	240
B.2 Questionnaire Patient	248

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Responsables du projet

Cristina DIAZ GOMEZ (OFDT, responsable du pôle « évaluation des politiques publiques »)

Christian BEN LAKHDAR (OFDT)

Directeur scientifique

Robert LAUNOIS (REES France)

Partie qualitative de l'étude

Livia VELPRY (CESAMES, sociologue)

Daniel BENAMOUZIG (CNRS, chargé de recherche)

Analyse statistique et rédaction du rapport

Lionel RIOU FRANÇA (REES France, chef de projet)

Traitement des données de l'Assurance Maladie

Catherine LUKASEK (URCAM Alsace, chargée d'études statistiques)

Camille FRANCESCONI (REES France, chef de projet)

Laurent ECKERT (REES France, chef de projet)

Comité de pilotage

Pascal MEHILAN-CHEININ (DGS, chef de bureau, pratiques addictives)

Marie-France CHEDRU (MILDT, chargée de mission Santé)

Pierre POLOMÉNI (Addictologie)

Xavier THIRION (AP-HM, laboratoire de santé publique)

Dominique VUILLAUME (MILDT, chargé de mission recherche)

Nathalie PELLETIER-FLEURY (INSERM U537, chargée de recherches)

Maguy JEAN-FRANÇOIS (DHOS)

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

La problématique

Les microstructures médicales ont été conçues en janvier 2000 à l'initiative de l'association alsacienne *Espace Indépendance* pour répondre aux difficultés rencontrées en médecine générale dans la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes présentant des conduites addictives.

Les microstructures visent à la constitution d'une structure de proximité pour les patients présentant des troubles liés à une ou plusieurs addictions au sein du cabinet du médecin généraliste. À des plages horaires fixes, un psychologue et un travailleur social s'associent au médecin généraliste et assurent avec lui le suivi de ces patients. Le pharmacien d'officine peut, au cas par cas, être sollicité en raison de son travail de délivrance des médicaments prescrits. Régulièrement, l'équipe de la microstructure se réunit pour faire le point sur la situation des patients suivis et orienter la conduite à tenir avec chacun d'eux.

Après une phase expérimentale de 3 ans, le réseau RMS s'est constitué en Alsace comme entité juridique autonome en juillet 2003. En septembre 2006, il comptait 20 microstructures de soins et suivait 625 patients. Les sources de financement sont multiples : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), collectivités territoriales, Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT).

Une première évaluation [19] a montré que le suivi en microstructure donne de meilleurs résultats que ceux obtenus avec une offre de soins conventionnelle dans les domaines de la consommation de drogues illicites, des relations sociales, de l'état psychiatrique et de la capacité du patient à trouver un emploi. Une seconde évaluation s'est plus intéressée au fonctionnement du réseau [18]. Elle montrait une augmentation de la part des substitutions par la méthadone et un fonctionnement satisfaisant des suivis psychologiques.

Le fonctionnement en microstructure demande un investissement de départ plus élevé que dans le cadre d'une prise en charge classique en cabinet médical conventionnel (coût du psychologue et du travailleur social qui se déplacent dans les microstructures, coût des réunions de synthèse et des formations, ...). Il est donc nécessaire de vérifier si les résultats obtenus par le réseau RMS justifient un tel investissement.

L'étude DEQUASUD

L'étude DEQUASUD vise à évaluer le rapport coût-utilité de la prise en charge par RMS. Afin de réduire la complexité de la question, la population étudiée s'est limitée aux patients sous traitement de substitution aux opiacés. Quatre grands chantiers ont été nécessaires :

- Une première étude qualitative a permis d'identifier les enjeux de la prise en charge d'une dépendance aux opiacés, du point de vue des médecins et patients RMS (dans ce cadre, les autres professionnels ont également été interrogés) ou conventionnels. 8 critères ont été retenus :

1. Accéder à un médecin généraliste ayant l'expérience des questions de substitution,
 2. Accéder à d'autres professionnels (psychologue, travailleur social),
 3. Maîtrise des consommations de drogues,
 4. Continuité du suivi et relation de confiance avec le médecin généraliste,
 5. Pouvoir négocier la prescription,
 6. Réactivité et aide du médecin généraliste,
 7. Suivi médical et dépistage de l'hépatite C,
 8. Changer de vie.
- Une seconde étude quantitative transversale auprès des médecins et patients RMS et conventionnels a permis :
 - De décrire les pratiques des médecins et les caractéristiques des patients, notamment leur situation par rapport aux 8 critères d'évaluation retenus ;
 - De quantifier les préférences des médecins et des patients par rapport aux critères d'évaluation. Cette quantification s'est faite à partir d'une méthode dérivée de la théorie de l'utilité multi-attribut.
 - Une troisième étude à partir des données de remboursement URCAM a permis de construire des modèles de coût des patients sous traitement de substitution. Ces coûts n'incluent pas les coûts d'investissement en microstructure, mais simplement les montants remboursés par l'Assurance Maladie.
 - Une dernière phase d'analyse coût-utilité a permis de synthétiser l'information sur l'efficacité et sur les coûts en un critère de jugement unique, le rapport coût-utilité différentiel. Il rapporte la différence de coût entre patients accompagnés par RMS et ceux accompagnés de façon conventionnelle à la différence d'utilité. Il mesure ainsi le montant qu'il faut investir (ou économiser) pour obtenir une unité d'utilité supplémentaire pour le patient.

Les médecins et patients RMS ont été interrogés par autoquestionnaire entre le 22 septembre 2007 et le 20 décembre 2007. La base obtenue (ci-après nommée base DEQUASUD) comportait 196 patients (93 conventionnels et 103 RMS) et 30 médecins (dont 15 RMS). Les bases de remboursement de l'URCAM (ci-après nommée base URCAM) correspondent à 679 patients (435 RMS et 244 conventionnels) suivis sur 21 mois (janvier 2006 à septembre 2007).

Les médecins suivant des usagers de drogue en traitement de substitution

Les médecins du groupe conventionnel ont été sélectionnés à partir d'une liste fournie à la demande de REES France dans le but de minimiser les distances entre les lieux d'exercice des deux groupes. Une file active minimale d'usagers de drogue était nécessaire pour l'inclusion. Cet échantillon ne peut donc être considéré comme représentatif des médecins prenant en charge des usagers de drogue en traitement de substitution aux opiacés en cabinet conventionnel. Nous disposons en effet d'un échantillon des médecins les plus motivés

par la question, avec une file active suffisante d'usagers, et répartis géographiquement de manière similaire à l'implantation des structures RMS en Alsace.

La faible taille de l'échantillon peut rendre difficile la mise en évidence de différences statistiquement significatives. Au niveau des *tendances non significatives*, les médecins recrutés dans le groupe conventionnel ont plus tendance à exercer dans une grande ville de la région, à être de sexe masculin, plus âgés et avec un exercice plus ancien que leurs confrères RMS, mais avec moins d'expérience en matière de suivi d'usagers de drogue. Dans le cadre des traitements de substitution, les médecins du groupe conventionnel ont tendance à faire moins usage de produits autres que le subutex (un quart des médecins de ce groupe ne prescrit pas de méthadone, les deux tiers ne prescrivent pas d'autres molécules). Les médecins du groupe conventionnel ont un peu moins tendance à s'estimer satisfaits dans leur suivi, et à attendre que la relation soit établie pour parler à leurs patients de dépistage. Ils se montrent également un peu plus sceptiques sur l'utilité du psychologue et de l'assistante sociale. Les tendances que nous venons d'énumérer ne sont toutefois pas significatives.

Nous mettons toutefois en évidence des *différences significatives*. Les médecins du groupe RMS ont une file active d'usagers de drogue sous traitement de substitution plus importante (24 vs. 9 patients, $p=0,03$). La part des usagers dans la file active totale est également plus importante (18 % vs. 8 %, $p=0,01$). La durée de consultation moyenne consacrée à ces patients est plus importante en RMS (16 vs. 11 minutes, $p=0,02$). Enfin, les médecins en microstructure se déclarent plus à l'aise dans leur suivi ($p=0,04$, avec notamment une proportion de 73 % contre 27 % à se déclarer « complètement » à l'aise). Ils jugent également que leurs patients peuvent accéder plus facilement à un psychologue ($p<0,01$) et à un travailleur social ($p=0,02$).

Les usagers de drogue sous traitement de substitution

Nous identifions un certain nombre de différences entre les usagers suivis de façon conventionnelle et ceux suivis en microstructure. Ces différences sont parfois difficiles à interpréter, en raison du caractère transversal de l'étude : elles peuvent préexister au suivi (biais de recrutement) ou être la conséquence du suivi (différence d'efficacité).

Le mode de connaissance du médecin diffère : 28 % des usagers en RMS contre 44 % de ceux en cabinet conventionnel déclarent avoir connu leur médecin par eux mêmes ($p=0,02$).

Les usagers en microstructure sont plus jeunes (33 vs. 36 ans, $p=0,02$). Ils déclarent également être sous traitement de substitution et voir leur médecin actuel depuis moins longtemps ($p<0,01$ et $p=0,02$, respectivement). Ils ont une fréquence de consultation supérieure (2,19 vs. 1,91 fois par mois, $p<0,01$). Ils déclarent moins souvent vivre seuls (25 % vs. 39 %, $p<0,01$). 62 % des usagers déclarent une prise en charge antérieure pour usage de drogues (pas de différence significative entre les deux groupes, $p=0,66$). Parmi ceux-ci, les usagers RMS sont plus nombreux à déclarer une prise en charge antérieure en médecine générale (72 % vs. 46 %, $p<0,01$). Les usagers en RMS sont par contre moins nombreux à déclarer une prise en charge en psychiatrie, pour d'autres motifs que le sevrage, au cours de l'année précédant l'enquête (2 % vs. 11 %, $p=0,01$).

Par ailleurs, les usagers en microstructure sont plus souvent sous méthadone (62 %

vs. 22 %, $p < 0,01$).

Le degré de satisfaction vis-à-vis de l'accompagnement est supérieur parmi les usagers en microstructure ($p < 0,01$, avec notamment 34 % vs. 22 % jugeant « Excellent » leur accompagnement).

Les patients en microstructure, en conformité avec les déclarations des médecins, jugent l'accès à un psychologue ou à un travailleur social plus facile ($p < 0,01$, avec notamment 33 % vs. 17 % le jugeant « très facile »). Ils déclarent également plus de consultations chez le psychologue ($p < 0,01$, avec 35 % vs. 13 % des usagers déclarant au moins une visite dans le mois). La différence n'est pas significative pour le travailleur social ($p = 0,08$).

Pondération des critères de jugement

Si les huit critères retenus avaient la même importance aux yeux des acteurs, ils devraient tous se voir accorder un poids de $1/8 = 12,5$ %. On observe des écarts par rapport à ce poids : les critères les moins valorisés sont l'accessibilité du psychologue et du travailleur social, avec un poids relatif de 6 % (5 à 7 % selon le point de vue considéré) et la continuité des soins, avec un poids relatif de 7 % (5 à 8 % selon le point de vue). À l'opposé, les critères les plus valorisés sont la possibilité de changer de vie, avec un poids relatif de 22 % (bien que ce poids soit plus important du point de vue des médecins – 26 % – que de celui des patients – 17 %), suivie par l'accessibilité à un médecin expérimenté, avec un poids relatif de 16 % (ce critère étant cette fois plus valorisé par les patients, les patients du groupe conventionnel lui accordant un poids de 19 %) puis par la maîtrise des consommations de drogues, avec un poids relatif de 15 %.

Ces écarts justifient la démarche. D'une part, on observe effectivement des différences d'importance entre les critères. Ainsi, la possibilité de changer de vie se voit accorder un poids presque 4 fois plus important que celle d'accéder à un psychologue ou à un travailleur social. D'autre part, ces différences de grandeur modérée. Un poids trop faible apporté à un critère aurait signifié que celui-ci n'est pas pertinent.

On n'identifie pas de différence au niveau des médecins dans l'évaluation des importances relatives des huit critères d'efficacité ($p = 0,33$). Il en existe une au niveau des patients ($p = 0,03$). Les usagers RMS accordent moins d'importance que les usagers en cabinet conventionnel à l'accessibilité du médecin (16 % contre 19 %). En revanche, ils valorisent plus la qualité des rapports avec lui : ils accordent plus d'importance à la négociation du traitement (12 % vs 10 %) et à la réactivité du médecin (16 % vs 13 %).

Une forte probabilité d'efficience

L'approche Lorsqu'il s'agit de choisir entre deux stratégies d'accompagnement des usagers de drogue, l'enjeu est d'opter pour la stratégie qui a la plus forte probabilité d'être efficiente [4, 5]. Nous avons donc cherché à quantifier la probabilité pour que l'accompagnement des usagers de drogue en traitement de substitution aux opiacés dans une microstructure soit efficiente par rapport à l'accompagnement dans un cabinet conventionnel motivé par ces questions.

Estimation de l'efficacité À partir des pondérations des critères, des fonctions d'utilité associés à chaque critère, et de la situation de chaque patient de la base DEQUASUD,

il est possible de calculer un score d'efficacité, allant de 0 à 10. Il est de 7,35 pour les patients conventionnels et de 7,76 pour les patients en microstructure. La différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,11$).

Après ajustement sur l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience en substitution, la file active d'usagers sous traitement de substitution, la durée moyenne de consultation des usagers sous traitement de substitution des médecins, ainsi que sur l'âge et le sexe des patients, on observe une différence de 0,24 unités d'efficacité en faveur des microstructures, cette différence reste non significative ($p=0,45$).

Bien qu'on identifie en analyse descriptive que les médecins de microstructure sont plus à l'aise dans leur suivi que les autres, et que les patients de microstructure sont plus satisfaits de leur accompagnement que les autres, ces éléments n'entrent pas dans la définition de notre critère d'efficacité et par conséquent de notre critère de jugement principal, l'efficience.

Estimation des coûts A partir des bases de remboursement URCAM, nous sommes en mesure d'estimer :

- Le coût médicamenteux en narcotiques à partir des dosages de méthadone et de buprénorphine. Ces deux médicaments suffisent à expliquer 99 % du coût des narcotiques, on n'introduira pas de variable supplémentaire dans le modèle.
- Le montant total remboursé par l'Assurance Maladie, hors narcotiques, à partir des dosages de méthadone et de buprénorphine, de l'âge du patient, de sa commune, de son sexe, de son régime d'assurance, de la présence d'une affection de longue durée et de la prescription d'un traitement de substitution par un médecin appartenant à une microstructure. Dans ce modèle, le rattachement à une microstructure est associé à des montants remboursés inférieurs à ceux des patients hors microstructure ($p<0,01$).

En appliquant les modèles de coût estimés à partir de la base URCAM aux patients de la base DEQUASUD, il est possible de rattacher un coût prédit à chacun des patients. Comme dans l'analyse menée sur l'efficacité, nous ajustons sur l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience en substitution, la file active d'usagers sous traitement de substitution, la durée moyenne de consultation des usagers sous traitement de substitution des médecins, ainsi que sur l'âge et le sexe des patients. Avec ces ajustements, un modèle de régression linéaire sur le coût mensuel total prédit à partir des bases URCAM identifie un différentiel de coût en faveur des patients de microstructure ($p<0,01$). Les patients de microstructure ont un coût total mensuel inférieur de 103 € à ceux suivis en cabinet conventionnel.

Estimation de la probabilité d'efficience On n'identifie pas de différence d'efficacité significative entre les patients des deux groupes, malgré une tendance en faveur des patients de microstructure. En revanche, les patients suivis par un médecin de microstructure ont des montants remboursés par l'Assurance Maladie significativement plus faibles.

L'accompagnement des usagers de drogue en traitement de substitution en microstructure apparaît ainsi en position de dominance par rapport à l'accompagnement en cabinet conventionnel : il génère moins de remboursements de l'Assurance Maladie et plus d'utilité pour les usagers, du moins en tendance.

À partir des données disponibles, il est possible d'estimer la probabilité que l'accompagnement en microstructure soit en position de dominance absolue : celle-ci est de 80 %. L'accompagnement en microstructure est ainsi la stratégie qui a le plus de chances (4 fois plus que l'accompagnement en cabinet conventionnel) d'être dominante.

Première partie

Présentation de l'étude

1 INTRODUCTION

1.1 Les conduites addictives

1.1.1 Définition

Le phénomène d'addiction est complexe à définir. Goodman [14] donne la définition suivante des comportements d'addiction :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement,
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement,
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée,
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement,
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation,
 - Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine,
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement,
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre,
 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales,
 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement,
 - Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique,
 - Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité,
 - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement,
- Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

1.1.2 Les tendances en France

Les évolutions de consommations de substances psychoactives par l'ensemble des Français divergent selon le produit. Une tendance à la baisse se dessine pour l'alcool et le tabac, les deux produits dont les conséquences sanitaires sont les plus graves. En revanche, pour la consommation du cannabis, produit illicite le plus diffusé, l'évolution est plus contrastée : après une décennie de forte hausse, des données récentes semblent indiquer une

stabilisation. D'autres consommations sont à la hausse : c'est le cas des médicaments psychotropes. Parmi les drogues illicites, on note une diffusion croissante des consommations d'hallucinogènes et de stimulants (notamment la cocaïne et l'ecstasy). Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites sont largement dominées par la consommation d'héroïne.

Les usages peuvent être mis en perspective à partir des résultats du Baromètre Santé 2005. [1]

Substance	Expérimentateurs	dont occasionnels	dont réguliers	dont quotidiens
Alcool	42,5 M	39,4 M	9,7 M	6,4 M
Tabac	34,8 M	14,9 M	11,8 M	11,8 M
Médicaments Psychotropes	15,1 M	8,7 M	-	-
Cannabis	12,4 M	3,9 M	1,2 M	550 000
Cocaïne	1,1 M	250 000	-	-
Ecstasy	900 000	200 000	-	-
Héroïne	360 000	-	-	-

TAB. 1 – Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans

Les sources du Tableau 1 sont multiples : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESPAD 2003, INSERM/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES. L'*expérimentation* est définie comme au moins un usage au cours de la vie. L'*usage occasionnel* est défini comme au moins un usage dans l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps). L'*usage régulier* diffère selon les produits : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois.

1.1.3 La dépendance aux opiacés

Héroïne et autres opiacés

Si l'usage d'héroïne n'est pas le plus répandu en France, il se distingue par ses conséquences sanitaires et sociales.

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu à partir de la morphine. Les opiacés sont des substances naturelles contenues dans le latex (opium) recueilli sur une plante, le pavot. L'héroïne se présente sous la forme d'une poudre. Elle est la plupart du temps injectée en intraveineuse, après dilution et chauffage. Les pratiques d'injection semblent en baisse. L'héroïne est également sniffé et fumée.

L'expérimentation de l'héroïne est restée stable, autour de 1 % des 18-44 ans, depuis 1992. À partir de données indirectement liées à la consommation (interpellations, décès par surdose, demandes de traitement...), on peut estimer que l'usage nocif et/ou la dépendance concernent de 140 000 à 170 000 personnes.

La dépendance aux opiacés recouvre des usages plus larges : héroïne principalement, mais aussi dérivés de codéine, morphine, opium ou encore méthadone et buprénorphine non prescrites.

Données épidémiologiques dans les établissements de soins

En 1997 [25], 76 % des recours des usagers de drogues illicites aux établissements de soins¹, spécialisés ou non, sont liés à la consommation de produits opiacés. Cela représente 15000 usagers. La majorité de ces consommateurs suivent cependant un traitement de substitution (57 % dans les centres spécialisés, 40 % dans les établissements sanitaires), et ne consomment plus d'héroïne ou d'autres opiacés non prescrits.

La prévalence déclarée du VIH chez les patients traités en centres spécialisés est comprise entre 16 % et 20 % en 1997. Pour l'infection par le VHC, la prévalence est estimée à 58 % sachant que seulement 72 % des statuts sérologiques sont connus pour ce dernier. Contrairement au VIH, cette prévalence est en augmentation.

La polyconsommation est fréquente : pour 53 % des usagers d'opiacés recensés dans l'enquête, un deuxième produit est à l'origine de la prise en charge. La cocaïne et le crack sont les produits le plus souvent associés (15 %) suivis des médicaments psychotropes (9 %) et de l'alcool (6 %).

L'âge des usagers d'opiacés pris en charge varie de seize ans à cinquante ans environ. L'âge moyen des usagers d'opiacés a augmenté entre 1987 (25,8 ans) et 1997 (30,5 ans). Des différences de comportement séparent les plus jeunes consommateurs (moins de 25 ans) des plus âgés (plus de 30 ans). La proportion de premiers recours est beaucoup plus élevée chez les plus jeunes (45 % contre 25 %). La proportion de traitements de substitution est beaucoup plus faible chez les jeunes (56 % contre 70 %), écart particulièrement marqué pour la prescription de méthadone (11 % contre 32 %). L'utilisation de la voie intraveineuse comme mode actuel de consommation est un peu plus souvent mentionné pour les jeunes (25 % contre 19 %). La prévalence du VIH chez les jeunes consommateurs d'opiacés est beaucoup plus basse que chez les consommateurs de plus de trente ans (4 % à 6 % contre 27 % à 30 %), mais la proportion de statuts sérologiques inconnus est très élevée chez les premiers (28 %). Encore plus souvent consommateurs d'un deuxième produit que les plus de trente ans (57 % contre 51 %), les jeunes usagers d'opiacés pris en charge par le système de soins y associent plus souvent le cannabis que les plus âgés (15 % contre 9 %). Ces derniers sont, au contraire, davantage consommateurs d'alcool (8 % contre 4 % pour les moins de 25 ans).

Les traitements de substitution aux opiacés

Nous reproduisons ici l'historique issu de l'article de Palle et Tellier. [25].

Initiée en 1993, la politique de développement de traitement de substitution s'est d'abord appuyée sur la prescription de méthadone dans des centres agréés, sous des conditions strictes : dépendance de l'utilisateur aux opiacés depuis cinq ans, plusieurs tentatives de sevrage effectués antérieurement, venue quotidienne au centre. Ce traitement vise à réinsérer l'utilisateur dans le circuit médico-social et à lui permettre d'abandonner la voie de l'injection intraveineuse, s'inscrivant ainsi dans la politique de réduction des risques infectieux.

¹Centres spécialisés, établissements sanitaires, établissements sociaux. La médecine de ville, principale pourvoyeuse de traitements de substitution, n'est pas prise en compte.

À partir de 1995, les possibilités de prescription s'élargissent par l'autorisation de prescription de méthadone pour tous les centres spécialisés sous des conditions moins restrictives pour le patient, avec possibilité de prescription relais par un médecin de ville.

À partir de 1996, le nombre de patients sous traitement de substitution va s'accroître très rapidement par la mise à disposition de Subutex dans les pharmacies, prescriptible directement par les médecins généralistes. Les objectifs de la substitution à la buprénorphine sont de favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et de suivi médical mais visent également l'interruption de la consommation d'opiacés et d'augmenter les possibilités d'insertion sociale.

Sous des hypothèses de doses moyennes prescrites par individu, les ventes mensuelles correspondent à la mi 1999 à environ 61 800 patients sous traitement de substitution au Subutex, principalement prescrit en ville mais également dans les centres spécialisés. De même, on peut estimer à 7 400 environ les patients sous traitement de substitution à la méthadone, dont environ 3 100 suivis en ville et de 4 300 suivis dans un centre spécialisé.

1.2 Les structures de prise en charge en Alsace

L'Alsace est l'une des régions traditionnellement plus touchée par l'usage d'opiacés. Le schéma régional d'organisation sanitaire d'Alsace 2006/2011 possède un volet « Addiction ». Cette région étant celle qui nous intéresse en particulier car elle abrite le premier réseau microstructure RMS, nous allons passer en revue les structures capables d'accueillir et de soigner les patients souffrant de conduites addictives.

Outre les cabinets de médecine générale, 6 types de structures coexistent en Alsace pour prendre en charge les patients ayant des conduites addictives. Au 31/12/2004, l'Alsace comptait 18 cabinets de sevrage tabagique, 10 centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), 12 centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), 4 équipes de liaison en addictologie, 19 microstructures RMS (cf. paragraphe suivant) et 2 centres de postcure en alcoologie.

Les CSST ont pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues, mais aussi l'accueil, l'orientation et l'information de ces patients. En 2003 en France, le nombre moyen de patients pris en charge par ces centres était de 363. [24] Les opiacés (héroïne, BHD ou méthadone mésusées, codéines) sont mentionnés comme produits à l'origine de la prise en charge pour environ 49 % (Héroïne : 39,9 %, dérivés de la codéine : 1,5 %, buprénorphine ou méthadone : 7,9 %) des patients (ayant renseigné un produit). L'ensemble des 6 CSST existantes en Alsace représente une file active totale de 1 751 patients. Parmi les 187 structures ayant fourni des données, on compte 13 030 patients sous traitement à la méthadone, 10 236 patients sous traitement à la BHD et 739 patients sous d'autres traitements à visée substitutive. L'Alsace est classé dans le groupe des régions dans lesquelles les CSST accueillent des patients en moyenne plus âgés, des personnes dont les produits à l'origine de la prise en charge restent majoritairement les opiacés (72,3 % en Alsace) et la cocaïne. Le pourcentage de patients percevant le RMI ou l'AAH, est beaucoup plus élevé que dans les autres groupes, tout comme la proportion de sans logement.

Les missions des CCAA comprennent l'intervention auprès de toute personne présentant une consommation à risque, essentiellement au niveau du soin et de l'accompagne-

ment social. En 2003, les 12 CCAA d'Alsace ont accueilli 4 337 patients.

Les équipes de liaison en addictologie oeuvrent en milieu hospitalier : elles permettent d'accompagner et de soutenir les équipes soignantes dans le repérage et la prise en charge des patients consommateurs de substances psychoactives.

1.3 Le réseau RMS Alsace

Le réseau des microstructures médicales d'Alsace (RMS) a été fondé, en tant qu'association, en mars 2003. L'association a assuré la transition entre le dispositif expérimental des microstructures, mis en place en janvier 2000 par Espace indépendance (CSST), et le dispositif pérenne en réseau, qui a vu le jour à la fin de l'année 2003.

La création des microstructures est née d'une volonté de faire évoluer les pratiques médicales face aux personnes sujettes à des conduites addictives, en y adjoignant de manière systématique une prise en charge psychosociale. Les priorités de santé publique évoluent très vite, les usagers de drogues modifient sans cesse leurs pratiques et les comorbidités se modifient également. Les microstructures apportent un cadre évolutif au médecin généraliste, qui occupe une place de pivot dans le dispositif de soin en France.

La microstructure est un centre de soins de proximité pour les patients pharmacodépendants, installé dans le cabinet du généraliste. Un psychologue et un travailleur social collaborent avec celui-ci pour assurer le suivi des patients à des plages horaires fixes. Le pharmacien d'officine peut, au cas par cas, être sollicité en raison de l'importance que peut prendre la délivrance des produits prescrits. De plus, chaque mois, l'équipe de la microstructure se réunit pour faire une synthèse : elle analyse la situation des patients et détermine un plan de soins individualisé pour chacun d'eux.

L'activité du réseau Alsace a fortement progressé depuis 2003. De 265 patients au 31/12/2003, le réseau est passé à 550 patients au 30/06/2005. Sur le premier semestre 2005, 5 051 consultations médicales, 1 366 consultations de psychologues et 725 entretiens sociaux ont été réalisés. De plus, la majorité des patients sont dépendants aux opiacés (77 %).

1.4 Objectifs de l'évaluation

Le réseau RMS Alsace a déjà fait l'objet de 2 évaluations. La première, lors de la mise en place expérimentale du réseau, a permis de comparer l'efficacité du réseau, en termes médico-psycho-sociaux, à celle observée pour des patients similaires, dans le cadre d'une prise en charge traditionnelle en médecine de ville. Elle a démontré que dans les domaines de la consommation de drogues illicites, des relations sociales, de l'état psychiatrique et de la capacité du patient à retrouver un emploi, le fonctionnement en microstructure donnait de meilleurs résultats. [19]

Une seconde évaluation a été lancée après la période expérimentale. Elle avait pour objectif de décrire le fonctionnement du réseau et d'évaluer la réalisation effective des objectifs poursuivis entre 2003 et 2005. Elle apporte des éclairages intéressants sur la prescription de traitements de substitution et sur la régularité du suivi psychologique. [18]

Ces évaluations ont laissé en suspens la question de l'efficacité du dispositif RMS. En effet, il est important de savoir si les coûts de mise en place du réseau (coût du psychologue

et du travailleur social qui se déplacent au cabinet du généraliste, coût des réunions de synthèse, coût des formations...) sont justifiés par une amélioration des résultats obtenus à l'égard des usagers de drogues en termes sanitaires, psychologiques et sociaux, par rapport à une prise en charge classique en cabinet médical conventionnel.

C'est ainsi que l'OFDT a passé fin 2006 un appel d'offre pour évaluer l'efficacité des microstructures. Les objectifs étaient les suivants :

L'étude doit servir à comparer la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes ayant des conduites addictives au sein du « Réseau Micro Structures » (RMS) par rapport à celle proposée en cabinet médical traditionnel.

La finalité de l'étude est de savoir quelle est la meilleure stratégie au moindre coût à partir des fonctions de préférences des professionnels et des patients. L'analyse à mener doit permettre d'apprécier l'utilité relative de ces prises en charge rapportée à leurs coûts directs respectifs.

La définition de la mesure de l'utilité occupera une place majeure dans la conduite de l'étude. A ce titre, elle doit faire l'objet d'un travail méthodologique approfondi qui nécessite impérativement des compétences en économie de la santé, en sciences sociales ou en santé publique. Globalement, l'utilité sera définie sur une base combinée de mesures d'efficacité et de satisfaction des professionnels et des patients.

La collecte des données privilégiera l'approche qualitative sur la base d'entretiens face à face auprès des professionnels et des patients, accompagnée d'une analyse poussée des dossiers « patient ». Ceci dit, les approches quantitatives ne sont pas exclues.

L'objectif de l'étude est donc d'établir le rapport coût-utilité de la prise en charge en réseau microstructure par rapport à une prise en charge conventionnelle. Cet objectif passe par l'évaluation du coût de la prise en charge, mais également de son efficacité. La définition de l'efficacité passera par une phase qualitative d'identification des préférences des parties prenantes, puis par une phase quantitative d'évaluation des résultats des stratégies de soins.

2 MÉTHODES

2.1 Définition de la population cible

2.1.1 Les usagers

La population concernée par les réseaux des microstructures médicales d'Alsace est définie de la manière suivante : « Personnes présentant des conduites addictives : pharmacodépendances aux substances illicites (opiacés, cocaïne, ...), aux benzodiazépines, au tabac, à l'alcool, au cannabis et à toute autre addiction induite par une substance. ». Il s'agit donc d'une population hétérogène, ce qui pose plusieurs problèmes :

- Au niveau méthodologique, prendre en compte tous les cas de figure et tous les types de trajectoires possibles des personnes présentant une conduite addictive aboutirait à retenir un grand nombre de variables, ce qui rendrait la conduite de l'enquête malaisée (questionnaires trop longs à remplir, questions ne s'appliquant pas à l'ensemble de la population...) à moins de raisonner sur des instruments génériques, susceptibles d'être peu sensibles aux changements à mesurer dans la population.
- Au niveau statistique, la grande variabilité ainsi introduite dans les observations demanderait une taille d'échantillon suffisamment importante pour avoir une puissance suffisante à identifier des différences statistiquement significatives entre les patients relevant d'un suivi par RMS et les autres.

Il paraît donc sensé de restreindre la définition de la population d'intérêt dans le cadre de la présente évaluation, sans oublier les impératifs de recrutement de l'échantillon : une définition trop restrictive mettrait en péril les possibilités d'inclusion des patients dans l'étude, si trop peu d'entre eux remplissent les critères d'inclusion.

Le premier critère de définition des patients pourrait être le type de drogue consommée (en gardant à l'esprit l'existence de polyconsommations), licite ou illicite. Les conduites addictives vis à vis des drogues licites (tabac, alcool, ...) sont fréquentes. Le cannabis est la drogue illicite avec les plus fortes prévalences de consommation – 32 % des adultes de 18 à 64 ans en avaient consommé au moins une fois dans leur vie en 2005, mais relativement peu de consommateurs présentent des conduites addictives (même si le cannabis tend à prendre une part croissante dans les demandes de soins en centres spécialisés). A l'inverse, l'usage de cocaïne et d'opiacés tels que l'héroïne est plus rare - 4 % (respectivement 1,3 %) des hommes de 18 à 64 ans ont consommé de la cocaïne (respectivement de l'héroïne) au moins une fois dans leur vie², mais entraînent des conséquences dramatiques : risque de décès par overdose, risque de contamination par le VHB, le VHC ou le VIH... [27]

L'Alsace présente par ailleurs la particularité d'être la première région de France pour la vente de produits de substitution aux opiacés par habitant de 20 à 39 ans.

Une enquête épidémiologique menée de janvier 2004 à janvier 2005 nous apprend par ailleurs que sur 385 patients suivis en microstructure, 213 (55 %) ont eu recours au « sniff » (risque de contamination par l'hépatite) ou à l'injection (risque de contamination par l'hépatite ou le VIH) au moins une fois dans leur vie.

Il a été décidé de se limiter aux addictions aux opiacés dans le cadre de cette évaluation [3, 12]. D'une part, les usagers (ou ex usagers) d'opiacés représentent une partie

²Chiffres issus du baromètre santé

importante de la file active des RMS. D'autre part, les modalités de prise en charge de ces addictions sont bien connues. Il existe notamment un traitement médicalement assisté, faisant appel à des traitements de substitution (méthadone, buprénorphine, dihydrocodéine...).

Tous les types de prise (courante ou passée) d'opiacés seront pris en compte, par voie inhalée et/ou par voie intraveineuse. Les usagers (ou ex usagers) mineurs seront exclus.

Nous allons opérer à une restriction supplémentaire des critères d'inclusion. Seront sélectionnés uniquement les patients sous traitement de substitution. Ceci permet d'obtenir un échantillon plus homogène. Les désavantages qui en découlent sont de restreindre encore le réservoir d'usagers potentiellement incluables, de limiter la portée des résultats de l'évaluation (faible validité externe des conclusions si les critères d'inclusion sont trop éloignés de la population susceptible d'avoir recours au RMS) et de se priver de certains critères de jugement, comme par exemple le taux de mise en place d'un traitement de substitution ou l'adhérence du patient au traitement (si les patients abandonnant la démarche thérapeutique ne sont pas inclus).

Critères d'inclusion des patients

Adultes (18 ans ou plus),

dont le motif principal du suivi est la dépendance aux opiacés,

sous traitement de substitution,

ayant eu recours (consommation principale ou de produits associés) au sniff ou à l'injection.

2.1.2 Les praticiens

Il est également nécessaire de constituer des groupes d'une certaine homogénéité concernant les professionnels (l'homogénéité concernant surtout le type d'usagers pris en charge, la comparabilité des deux groupes d'usagers évitant de biaiser les conclusions ou d'avoir recours à des procédures d'ajustement trop draconiennes). Nous limiterons la zone géographique de recrutement de professionnels de santé à l'Alsace.

Concernant les professionnels des réseaux RMS, comme il existe un certain « turn-over » des structures, on se basera sur les structures existantes en 2007.

Pour les praticiens des cabinets médicaux conventionnels, dans la mesure du possible, seront exclus les médecins ayant d'autres activités en addictologie ainsi que ceux qui ont des files actives d'usagers substitués extrêmes.

2.2 Enquête qualitative

La prise en compte des attentes, des satisfactions et des difficultés des acteurs est un enjeu majeur de l'évaluation des réseaux. L'approche qualitative permet une telle prise en compte, mais doit ensuite être objectivée, pour être intégrée dans une procédure formalisée. La démarche qualitative développée dans le cadre de cet appel d'offre intervient donc en amont du calcul coût-utilité. Elle vise en effet à documenter la définition opérationnelle de l'utilité qui sera adoptée ensuite, en déterminant les critères ou les attributs à l'aune desquels l'efficacité du réseau et la satisfaction des professionnels et des patients devra être évaluée.

La spécificité du réseau RMS est de combiner un suivi en médecine de ville avec une prise en charge pluriprofessionnelle. Afin de comparer une telle structure avec un suivi en médecine générale classique, il importe de déterminer les principaux points sur lesquels elle s'en différencie, et ce pour chacun des acteurs concernés.

2.2.1 Définir l'utilité du réseau pour les médecins

Une étude nationale [13] a défini trois groupes de médecins généralistes prescripteurs de Subutex[®] en fonction du nombre de patients concernés dans leur clientèle. Il apparaît que le fait de prescrire à de nombreux patients est associé à une implication des médecins sur les questions de toxicomanie. Les médecins généralistes les moins sensibilisés ne prescrivent généralement des produits de substitution qu'au sein de leur clientèle habituelle, lorsque survient un problème de toxicomanie. A l'inverse, les praticiens qui s'engagent dans une prescription de substitution aux opiacés avec de nouveaux patients ont développé un intérêt pour cette prise en charge. Ce sont également ces praticiens qui concentrent la majorité des patients suivis en médecine de ville.

L'intérêt et l'engagement dans la prise en charge de la toxicomanie n'est donc pas le critère principal qui différencie les médecins généralistes participant au réseau de ceux offrant une prise en charge classique. Dans la comparaison à effectuer pour cette évaluation, il semble donc plus pertinent de s'intéresser aux éventuels gains concernant les modalités de collaboration avec les autres professionnels ainsi qu'aux bénéfices psychologiques qu'en retire le médecin en étant intégré dans un dispositif qui lui permet de sortir de son isolement, ce d'autant plus que la nécessité d'un accompagnement est soulignée par tous les travaux sur la substitution aux opiacés.

2.2.2 Définir l'utilité du réseau pour les usagers

Par contraste avec une prise en charge pour substitution aux opiacés en centre, la prise en charge en médecine de ville apporte un suivi à la fois individualisé et anonyme aux patients, ce qui apparaît dans les entretiens déjà réalisés auprès de patients inclus dans le réseau RMS. On peut anticiper que pour les patients, la prise en charge par le réseau plutôt qu'uniquement en médecine de ville permette un accompagnement plus large (psychologique et social) tout en conservant ce caractère individualisé et anonyme du colloque singulier.

2.2.3 Profil de patient et qualité de la relation

Au sein de chacun de ces cadres d'analyse, on pourra explorer les expériences des professionnels et des patients dans et hors du réseau RMS. Deux aspects de ces expériences feront l'objet d'une attention particulière dans la perspective de définir les critères de la notion d'utilité : les profils de patients et la qualité de la relation. Les personnes qui entament une démarche de substitution aux opiacés se trouvent dans des situations très variées du point de vue social, familial, économique, et quant à leur démarche même de substitution. L'objectif qu'ils fixent à la prise en charge (substitution ou sevrage) et les difficultés qu'ils rencontrent pour y parvenir dépendent bien évidemment de leur situation de vie. Par rapport à ces attentes et besoins différents, un type de prise en charge peut être plus ou moins pertinent. La comparaison entre médecine de ville et pratique de réseau RMS doit donc prendre en compte cette dimension, et en particulier la variation dans le degré d'accompagnement nécessaire. Pour cela, elle portera une attention particulière aux profils des patients rencontrés. Le second point concerne la qualité de la relation. Plusieurs études suggèrent que la qualité de la relation établie avec les professionnels est un élément-clé de l'évolution positive de la prise en charge, qui dépasse son contenu concret (prescription par exemple). Dans le cas qui nous occupe, il faudra donc se demander par exemple si le fait que deux autres professionnels soient disponibles pour établir une telle relation de confiance favorise la mise en place d'un suivi plus soutenu et plus aidant.

2.2.4 Déroutement

Cette démarche qualitative se déroulera en 6 points :

- Définition préalable des thèmes permettant de définir les composantes de la notion d'utilité, à partir de la littérature et des éléments de connaissance disponibles par les travaux déjà réalisés. Rédaction d'un guide d'entretien afin d'explorer ces composantes.
- Prise de contact avec les professionnels du réseau et recherche de médecins hors réseau.
- Réalisation d'entretiens qualitatifs avec les différents acteurs (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, patients) :
 - 8 entretiens dans le réseau : 2 médecins, 1 psychologue, 1 travailleur social, 2 patients admis récemment, 2 patients « anciens ».
 - 8 entretiens hors du réseau : 4 médecins (2 suivant plus de 10 patients et 2 suivant moins de 10 patients), 4 de leurs patients.
- Analyse des entretiens et constitution de la grille des critères d'utilité, par affinage des thèmes définis dans la première phase.
- Construction de deux questionnaires à partir de la grille, l'un à destination des professionnels, l'autre à destination des patients.
- Rédaction d'une synthèse descriptive des données recueillies en entretien, mettant en valeur les différences entre les deux modes de prise en charge, telles qu'elles sont perçues par les médecins et les patients.

Les médecins rencontrés seront sélectionnés de façon à diversifier les lieux et modes d'exercice (zone rurale, suburbaine, urbaine ; nombre de patients substitués). Les patients

seront sollicités initialement par le médecin traitant qui leur remettra un courrier et obtiendra leur accord de principe. Ils seront ensuite contactés directement par le chercheur afin d'expliquer le cadre de l'étude et fixer les modalités de rencontre. Là encore, l'attention sera portée sur la diversification des profils de patients, qui sera obtenue par discussion avec le médecin traitant.

2.3 Évaluation quantitative multidimensionnelle

L'objectif des méthodes multicritères est d'aider à prendre une décision dans des situations où aucune des solutions n'est parfaite et où différents critères entrent en conflit. Les outils disponibles sont multiples : méthodes de sur classement, utilité multi-attribut, programmation mathématique multi-objectif [2, 6]. Derrière toutes ces démarches on retrouve la même conviction : la complexité du réel ne peut être appréhendée à travers un seul critère de jugement. Pour éclairer les choix et la prise de décision toutes les facettes d'un problème doivent être simultanément abordées et pondérées. Une telle approche nous semble répondre aux attentes des commanditaires.

2.3.1 Typologies des échelles de mesure

Si l'on considère qu'une décision est fondée sur les conséquences des actions possibles ces conséquences doivent être évaluées à l'aide de valeurs numériques. L'étalonnage, c'est-à-dire l'ensemble des règles qui président à l'attribution de nombres aux différentes positions d'un indicateur, constitue un aspect majeur de la standardisation d'un instrument de mesure. Il conditionne l'interprétation empirique qu'on peut donner au terme d'utilité et détermine en grande partie la nature paramétrique ou non-paramétrique de l'analyse statistique qui peut être utilisée.

1. Le nombre peut être utilisé exclusivement à des fins d'identification. Par exemple, sur un questionnaire on peut utiliser 1 = femme, 2 = homme ou l'inverse. Il s'agit d'une simple procédure d'étiquetage qui permet d'opérer des décomptes. Aucune opération mathématique sur ces nombres n'est possible.
2. Le nombre peut également servir d'instrument de mise en rang. Il permet d'ordonner les valeurs d'un indicateur sur une échelle ordinale. Par exemple : vous souffrez 1 = un peu, 2 = légèrement, 3 = moyennement, 4 = beaucoup. Mais l'échelle n'étant pas étalonnée à l'aide d'une mesure constante, le classement n'apporte aucune information sur la distance qui sépare les catégories entre elles. Toute série de nombres qui préserve la relation d'ordre est aussi acceptable que la série de nombres initialement établie. La plupart des échelles cliniques de qualité de vie sont de ce type. Il est donc impossible de les utiliser dans des études coût-efficacité. Pour les mêmes raisons, la pratique qui consiste à calibrer des indices pondérés sur la base de données ordinales est illicite.
3. Dès lors que l'échelle est calibrée à l'aide d'une unité de mesure unique et constante sur toute son étendue, les écarts de niveau peuvent être comparés entre un groupe témoin et un groupe traité par exemple, même si les rapports entre niveaux n'ont pas de sens. Ce type d'échelle, dite à intervalles égaux ou cardinale faible, permet donc de comparer les différences entre les entités mesurées, mais ne permet pas d'affirmer qu'une valeur est multiple d'une autre, lorsque l'origine de l'échelle est arbitraire. C'est le cas par exemple des échelles de température Celsius et Fahrenheit, qui ont deux origines différentes.
4. Lorsque sur l'ensemble des modalités d'un indicateur, on peut définir simultanément un zéro naturel qui caractérise l'origine et la distance entre 2 niveaux de l'échelle,

le nombre possède les propriétés habituelles de l'arithmétique. Les différences entre 2 niveaux, ainsi que le rapport des nombres associés à deux niveaux distincts ont la même valeur quelle que soit la représentation numérique choisie. Cette propriété essentielle de l'échelle de proportion (magnitude scale), encore appelée échelle de rapport (ratio scale) ou cardinale forte, permet d'affirmer qu'un état de santé est 2 fois plus sévère qu'un autre, ce qui n'était pas possible précédemment. Pour prendre une autre image : un tremblement de terre de force 4 sur l'échelle de Richter, provoque des ondes sismiques deux fois plus graves que celles d'un séisme de force 2.

Ce qui caractérise le mieux chaque type d'échelle, c'est l'étendue de son invariance, c'est-à-dire l'ampleur des transformations qu'on peut lui appliquer sans provoquer de distorsions dans sa structure. Dans l'échelle ordinale, toutes les transformations qui préservent l'ordre ne changent pas les informations disponibles. On dit que l'échelle est unique, à une transformation monotone près. Dans une échelle d'intervalles, tous les nombres de l'échelle peuvent être multipliés par une constante et modifiés par un écart constant à l'origine, sans que les résultats en soient modifiés. On dit que l'échelle est unique, à une transformation affine près. Dans l'échelle de rapport enfin, les relations entre les nombres associés à l'échelle ne changent pas si on les multiplie par une même constante : elle est unique, à une transformation linéaire près. Plus les informations que procure l'échelle sont précises, moins grande est la liberté de modifier l'échelle sans modifier les informations qu'elle contenait initialement.

Pour l'économiste, seules les échelles cardinales faibles ou fortes permettent d'obtenir une mesure véritable, qui puisse être mise en rapport avec les coûts.

2.3.2 Méthodes d'utilité multi-attributs

Avant de définir les méthodes d'utilité multi-attributs, présentons rapidement la méthode AHP (Analytic Hierachy Process) développée par Saaty [26] en 1970. Cette méthode consiste tout d'abord à réaliser un arbre de décision représentant l'arborescence des critères retenus pour évaluer les options. Cette arborescence présente une hiérarchisation des critères et permet à partir de l'objectif principal (sommet de l'arbre) d'obtenir les critères qui seront utilisés dans l'évaluation des options, avec les indicateurs de performance qui leur sont associés. A chacun de ces critères est associé un poids reflétant l'importance relative du critère par rapport aux autres, ces poids devant être réciproques. Pour définir ces poids, Saaty a construit une échelle de valeurs qui est la suivante :

- 1 - Importance égale des deux éléments
- 3 - Un élément est un peu plus important que l'autre.
- 5 - Un élément est plus important que l'autre.
- 7 - Un élément est beaucoup plus important que l'autre.
- 9 - Un élément est absolument plus important que l'autre.
- 2, 4, 6, 8 - Valeurs intermédiaires entre deux jugements, utilisées pour affiner le jugement.

Ainsi si le critère 1 par rapport au critère 2 a une note de 3 alors le critère 2 par rapport au critère 1 aura une note de $1/3$. Ainsi la diagonale de la matrice des poids est composé

de 1. Les poids sont ensuite normalisés, afin que leur somme soit égale à l'unité. Puis les options sont comparées entre elles pour chaque critère en utilisant la même échelle de valeurs que pour les poids, et on obtient ainsi un score pour chaque option selon chacun des critères. Enfin la somme pondérée des scores donne la note finale de chaque option. L'option ayant la note la plus élevée sera considérée comme étant la meilleure.

Trois méthodes multi-attributs sont possibles [15] : MAUT (Multi-Attribute Utility Theory), MAVT (Multi-Attribute Value Theory) et SMART (Simple Multi-Attribute Rating Technique). L'idée de base est dans tous les cas la même : identifier tous les critères à prendre en compte ; estimer les performances de chacune des options en lice sur chacun de critères retenus en unités naturelles , ramener ces performances à un dénominateur commun en mesurant leur utilité, hiérarchiser les critères en leur attribuant un poids en fonction de leur importance relative ; et finalement agréger les résultats. Pour chacune de ces méthodes, les étapes du raisonnement sont quasiment identiques. Il faut définir les décideurs, identifier les critères et les options à évaluer. Ensuite on s'intéresse à la pondération des critères et à leur mesure (unités naturelles, modalités qualitatives, échelle de valeurs...). Puis on construit une fonction qui permette d'agréger les résultats et de déterminer la meilleure option [11].

La méthode MAUT (Multi-Attribute Utility Theory) repose sur la théorie de l'utilité. Chaque option est évaluée au regard de plusieurs attributs ou critères. Chaque attribut est caractérisé par sa distribution de probabilité, laquelle peut le cas échéant, refléter la certitude. Les performances observées sur chacun d'entre eux sont plus ou moins utiles selon les parties concernées. Différentes techniques d'élicitation des préférences permettent de dériver les fonctions d'utilité de chacune de celles-ci. Si l'on suppose que tous les jugements sont commensurables alors on dispose d'un critère unique de synthèse sans avoir besoin de recourir à des coefficients de pondération. Tous les critères sont évalués sur une même échelle d'utilité cardinale faible dont les valeurs peuvent être directement sommées. La fonction d'utilité peut être additive ou multiplicative. La forme additive a l'avantage d'être simple d'emploi. Elle ne prend cependant pas en compte les éventuelles interactions entre les critères. La forme multiplicative résout ce problème mais est bien plus complexe à mettre en oeuvre et à obtenir. La méthode est peu employée du fait de sa complexité.

La méthode MAVT (Multi-Attribute Value Theory) se distingue de la méthode MAUT puisqu'elle n'utilise pas de fonction d'utilité mais une fonction de valeur. Elle s'applique dans un contexte déterministe (les évaluations des actions par rapport à chaque attribut sont certaines). La méthode des loteries est écartée L'évaluation des options se fait sur une échelle cardinale faible en utilisant des échelles de rapport ou des techniques de « marchandages équivalents ».

La méthode SMART (Simple Multi-Attribute Rating Technique) se rapproche des méthodes fondées sur l'utilité. Le principe en est simple : tout se passe comme si on évaluait les élèves d'une même classe en faisant la moyenne pondérée de leur notes. Les répercussions de chacune des actions possibles par rapport aux critères retenus sont dénombrées tout d'abord en unités naturelles. Dans un second temps, on propose au décideur de noter directement l'utilité qu'il en retire sur une échelle de rapport cardinale forte ayant

zéro pour point d'ancrage. Les notes données par les diverses parties prenantes sont in fine standardisées entre zéro et 1 en divisant chacune d'entre elles par le total des notes relevées sur ce critère. Le décideur doit enfin fixer l'importance relative qu'il accorde aux différents critères en arrêtant les coefficients de pondération qu'il retient pour chacun d'entre eux, si un critère est considéré 4 fois plus important qu'un autre, alors son poids sera 4 fois plus élevé. Une règle d'agrégation additive est in fine utilisée. Il s'agit là d'une technique compensatoire quasiment aveugle à l'incomparabilité, c'est-à-dire qu'une très faible utilité sur un critère peut être compensée par celles des autres critères et avoir un score global plus élevé que l'alternative à laquelle elle est comparée.

Pour chacune de ces méthodes, une fonction d'agrégation doit être définie. Selon qu'il existe ou non une dépendance entre les attributs ou les critères on utilisera une fonction d'utilité globale additive ou multiplicative. Il convient en ce domaine de bien distinguer les dépendances caractérisées de façon structurelle et les dépendances qui résultent du jeu des préférences. La première forme de dépendance peut être relevée par des analyses statistiques, puisqu'elle est liée à la construction des critères. Dès lors qu'on observe que plusieurs critères sont influencés conjointement par les mêmes facteurs, il convient de les regrouper en un critère unique. La seconde forme de dépendance, la dépendance au sens des préférences, est plus difficile à percevoir, car plus implicite. Si l'on travaille sur 4 critères notés A, B, C et D, pour évaluer deux options X et Y, et que l'on note g_k la mesure des performances des critères, on dira que l'ensemble des critères A et B est dépendant au sens des préférences dans l'ensemble des critères si la comparaison des deux options X et Y ($g_k(X) = g_k(Y)$ pour tout $k = C; D$) est susceptible d'être influencée par les performances de X et de Y sur les critères C et D, bien que ces performances soient les mêmes. Prenons un exemple concret : une personne doit choisir entre deux voitures d'occasion, l'une à 12 000 €, 3 portes, et 50 000Km au compteur, et l'autre 16 000 €, 5 portes, 50 000Km au compteur. La personne dit préférer la deuxième option, mais si les deux voitures avaient 200 000Km au compteur elle préférerait la première option. Il y a donc dépendance au sens des préférences, des critères prix et nombre de portes par rapport au critère nombre de kilomètres au compteur. Comme le soulignait Bernard ROY³ « **vouloir utiliser en pratique MAUT ou MAVT pour prendre explicitement en compte quelques formes de dépendance que ce soit (notamment les dépendances au sens des préférences) risque fort de conduire à un modèle compliqué, difficile à décoder en termes concrets** ». Nous ferons donc tout pour éviter d'y avoir recours en choisissant les attributs de telle sorte que l'on puisse utiliser des fonctions d'agrégation simple de forme additive.

2.3.3 Procédures d'élicitation des préférences

Plusieurs méthodes sont possibles pour mesurer l'utilité que l'on attache aux modalités d'un critère⁴ :

³Roy B. A propos de la signification des dépendances entre critères : quelle place et quels modes des prise en compte pour l'aide à la décision. Communication au 7^e congrès de la Société Française de Recherche Opérationnelle et d'Aide à la Décision, 6-8, 2006.

⁴Roelofsma PHMP, Schut MC. Elicitation of User Preferences by Cross Modality Matching. Sixth Workshop on Game Theoretic and Decision Theoretic Agents. New York City, 2004.

- la probabilité équivalente : soit (x, p, z) une loterie définie de telle sorte que l'on a une probabilité p d'avoir x et $(1 - p)$ d'avoir z , avec $x > z$ deux résultats ou situations possibles, respectivement le meilleur et le pire. On demande alors au participant pour quelle probabilité p il est indifférent entre la loterie et une situation certaine y **en faisant varier p** , et x, z et y sont fixés, $x > y > z$. On obtient alors, au point d'indifférence, une probabilité p^* telle que : $u(y) = p^*u(x) + (1 - p^*)u(z)$, avec $u(x) = 1$ et $u(z) = 0$, donc $u(y) = p^*$.
- l'équivalent certain : soit (x, p, z) une loterie définie de telle sorte que l'on a une probabilité p d'avoir x et $(1 - p)$ d'avoir z , avec $x > z$ deux résultats ou situations possibles, respectivement le meilleur et le pire. x, z et p sont fixés. On demande alors au participant pour quel résultat certain ou quelle situation certaine y , il est indifférent entre la loterie et y **en faisant varier y** . On obtient alors, au point d'indifférence, un résultat y^* tel que : $u(y^*) = pu(x) + (1 - p)u(z)$, avec $u(x) = 1$ et $u(z) = 0$, donc $u(y^*) = p$.
- les loteries équivalentes : soient (x, p, z) et (y, q, z) deux loteries définies de telle sorte que l'on a une probabilité p d'avoir x et $(1 - p)$ d'avoir z pour la première loterie, et une probabilité q d'avoir y et $(1 - q)$ d'avoir z pour la seconde loterie, avec $y > x > z$ les résultats ou situations possibles, où y et z sont respectivement le meilleur et le pire des résultats. x, z, y et p sont fixés. On demande au participant pour quelle probabilité q , il est indifférent entre les deux loteries **en faisant varier q** . On obtient alors, au point d'indifférence, une probabilité q^* telle que : $pu(x) + (1 - p)u(z) = q^*u(y) + (1 - q^*)u(z)$, avec $u(y) = 1$ et $u(z) = 0$, donc $u(x) = p/q^*$.
- les équivalents certains en loteries : soient (x, p, z) et (y, q, z) deux loteries définies de telle sorte que l'on a une probabilité p d'avoir x et $(1 - p)$ d'avoir z pour la première loterie, et une probabilité q d'avoir y et $(1 - q)$ d'avoir z pour la seconde loterie, avec $y > x > z$ des résultats ou situations possibles, où y et z sont respectivement le meilleur et le pire des résultats. q, z, y et p sont fixés. On demande au participant pour quel résultat certain ou quelle situation x , il est indifférent entre les deux loteries **en faisant varier x** . On obtient alors, au point d'indifférence, un résultat x^* tel que : $pu(x^*) + (1 - p)u(z) = qu(y) + (1 - q)u(z)$, avec $u(y) = 1$ et $u(z) = 0$, donc $u(x^*) = p/q$.
- les VAS (Visual Analog Scale) : on demande au participant de placer sur une échelle graduée les différents résultats ou différentes situations. Puis on utilise une fonction [cf. Torrance] qui transforme les valeurs obtenues à l'aide de la VAS en une utilité.

2.3.4 Pondération des critères

Les critères n'ont pas tous la même importance aux yeux des décideurs, d'où la nécessité d'une pondération. Il existe plusieurs méthodes de pondérations.

- La méthode des rapports : elle consiste à ordonner les critères dans l'ordre décroissant des préférences, et d'attribuer une valeur de 10 au critère le moins important. Ensuite, si le critère suivant est considéré N fois plus important, alors son poids sera de $10 \cdot N$ et l'on continue ainsi pour tous les critères. Considérons que l'on travaille sur trois critères notés C1, C2 et C3. Le participant doit les classer : $C1 > C2 > C3$ (par exemple). Puis il doit quantifier le rapport des poids, c'est-à-dire indiquer com-

bien de fois le critère C2 est plus important que le critère C3 et combien de fois le critère C1 est plus important que le critère C2. Par exemple : $WC1 = 3 \times WC2$ ce qui signifie que le critère C1 est 3 fois plus important que le critère C2 et $WC2 = 4 \times WC3$ ce qui indique que le critère C2 est 4 fois plus important que le critère C3. On en déduit d'ailleurs que le critère C1 est 12 fois plus important que le critère C3. Cette méthode est utilisée pour SMART. D'autres méthodes ont été développées sur la base de la méthode SMART : la méthode SMARTS (SMART-SWING par von Winterfeld et Edwards(1986) [28] et la méthode SMARTER par Edwards et Barron (1994) [8])

- La méthode SMARTS utilise la méthode de pondération SWING prenant en compte l'importance du changement entre la meilleure modalité du critère et la pire. Ainsi on demande au décideur de considérer tous les critères à leur pire niveau et d'indiquer celui qu'il veut voir en premier mis à son meilleur niveau en lui donnant 100 points. Puis de même il doit définir le critère suivant qu'il souhaiterait voir passer de son pire niveau à son meilleur niveau, en lui donnant un nombre de points inférieur à 100, et ainsi de suite pour les critères restants. Puis les pondérations obtenues sont normalisées pour obtenir une somme des poids égale à 1.
- La méthode SMARTER considère que l'importance des critères est directement liée à leur rang. Ainsi on demande au décideur de classer les critères selon leur importance relative, puis les poids sont calculés à partir des rangs : $\omega_i = \frac{1}{n} \sum_{k=i}^n \frac{1}{k}$, où n représente le nombre de critères.
- La méthode des échanges égaux [16, 17]. elle permet de définir les valeurs $W_i = (W_{ij})_j \neq i$ avec $W_{ij} = W_i / W_j$ où W_i et W_j sont les poids respectifs des critères i et j. Pour ce faire, on demande au participant d'indiquer directement la valeur de W_{ij} de telle sorte qu'une réduction d'une unité du critère i puisse être compensée par un accroissement de X unités du critère j. On peut alors en déduire les pondérations pour chaque attribut.
- La méthode de comparaison par paire (Saaty) : on réalise une comparaison binaire et réciproque des critères en utilisant des valeurs prédéfinies (1 : d'importance égale ; 2 : modérément plus important, ..., 9 : complètement plus important).

Ensuite, quelle que soit la méthode utilisée, chacune des valeurs obtenues est divisée par la somme des valeurs afin d'obtenir des coefficients d'importance normalisés, dont la somme vaut 1.

2.3.5 Pour aller plus loin

Pour plus de détails sur l'approche décisionnelle basée sur la théorie de l'utilité multi-attributs, on peut se référer aux travaux d'Edwards [7, 9, 11, 10], de Keeney [21] et de Luce et Raiffa [22].

2.3.6 Modèle de référence retenu pour l'étude

Conformément à la demande de l'OFDT, nous nous devons d'employer une méthode reposant sur la théorie de l'utilité. On ne peut donc retenir les méthodes multicritères de sur-classement, l'AHP et les méthodes multi-objectifs.

Pour comparer les alternatives, nous utiliserons la méthode SMART(S) sur les critères obtenus à partir de l'enquête de terrain. Chaque personne interrogée classera les critères retenus les uns par rapport aux autres puis en fonction de leur importance relative, leur attribuera un poids. L'attribution des poids pour chaque critère se fera par la méthode des rapports. En effet cette méthode a l'avantage d'être facile à mettre en place et à comprendre.

Deux options de prise en charge des usagers de drogues ont été définies : celle des médecins généralistes exerçant leur activité en micro-structure (RMS) et celle des médecins généralistes travaillant en cabinet traditionnel. Au sein de chacune d'elles se noue une relation entre les médecins et les usagers, soit quatre groupes de personnes, Chaque personne, quel que soit son groupe d'appartenance, devra donner individuellement son avis sur l'importance relative des différents objectifs poursuivis. L'utilité sociale de chacun des dispositifs étudiés reposera à la fois sur la hiérarchie individuelle des priorités de l'ensemble des individus interrogés, sur l'utilité ressentie par rapport aux réponses qui sont apportées à chacun des objectifs poursuivis (hiérarchie et utilité ne sont pas indépendantes, cf. méthode Swing), sur le poids respectif des partenaires dans le dispositif, et sur le rôle normatif que l'analyste leur reconnaît dans la prise de décision. Pour qu'une comparaison soit possible dans la forme finale du modèle, entre RMS et cabinet médical conventionnel, il convient que les modalités de construction de la fonction d'utilité globale agrégée sur l'ensemble des attributs de chaque groupe soient identiques pour les deux. Tout jugement comparatif sur l'opportunité de tel ou tel mode de prise en charge ne peut être effectué que s'il existe une échelle commune de valeurs. Les fonctions partielles de valeurs (ou d'utilités) seront donc affectées des mêmes pondérations quel que soit le groupe étudié. La valeur de ces coefficients reflète en définitive la hiérarchie des priorités de l'ensemble de la population concernée appréhendée à travers la diversité des différents points de vue qui se sont exprimés. Une fois les pondérations définies, les professionnels et les patients devront évaluer, pour le mode de prise en charge dont ils relèvent, l'utilité des performances obtenues au regard de chaque attribut. Nous proposons de mesurer ces utilités ou valeurs partielles à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA ou VAS) facile à utiliser. Pour chaque critère, la modalité considérée comme la meilleure sera notée 100, la pire 0, puis l'évaluation de l'utilité des modalités intermédiaires sera mesurée à l'aide d'échelles linéaires ou non linéaires. Chaque modalité aura donc une cotation en terme d'utilité. Toute personne interrogée pourra répondre au questionnaire et une valeur en « Utiles » sera affectée à chacune des réponses données.

Dans notre cas précis, l'*objectif* est de juger de l'utilité du réseau microstructure dans l'accompagnement des usagers de drogues sous traitement de substitution aux opiacés. La *décision* est binaire, puisque ne sont considérées que deux *actions potentielles* : favoriser ou non l'organisation en microstructure plutôt que l'exercice en cabinet conventionnel dans l'accompagnement de ces patients. Les *critères* identifiés seront présentés ultérieurement.

Dans la plupart des méthodes multicritères, l'importance relative des critères accordée par les décideurs est représentée par des poids. Soit A_i l'*alternative* i (ici, accompagnement en microstructure ou en cabinet conventionnel). Soit C_j le *critère* j , le *poids* qui lui correspond est W_j . La *performance* de l'alternative i , par rapport au critère j est notée a_{ij} .

On définit ainsi une matrice de décision (Tableau 2), où sont représentées pour les n

critères et pour les N alternatives considérés les performances obtenues.

Alternatives	Critères (Poids)				
	$C_1 (W_1)$	\dots	$C_j (W_j)$	\dots	$C_n (W_n)$
A_1	a_{11}	\dots	a_{1j}	\dots	a_{1n}
\dots	\dots	\dots	\dots	\dots	\dots
A_i	a_{i1}	\dots	a_{ij}	\dots	a_{in}
\dots	\dots	\dots	\dots	\dots	\dots
A_N	a_{N1}	\dots	a_{Nj}	\dots	a_{Nn}

TAB. 2 – Matrice de décision

2.4 Schéma d'étude

2.4.1 Taille de l'échantillon

Aucune étude n'avait fait l'objet d'un calcul d'utilité tel que cet appel d'offre nous suggérerait de le faire. Nous ne disposions donc d'aucune hypothèse pour réaliser un calcul d'effectif à partir de la théorie des tests. Nous savions toutefois que l'évaluation du réseau pendant la période expérimentale avait abouti à des différences significatives sur quatre dimensions du questionnaire ASI (drogues, relations familiales et sociales, état psychologique et emploi et ressources) à partir de 155 patients, 88 en microstructure et 67 en cabinet conventionnel. Dans cette étude, sur les 349 patients initialement inclus, seuls 155 ont pu être analysables. Cette perte est essentiellement liée au caractère prospectif de l'étude : les patients devaient remplir le questionnaire ASI à T0 et à T24, soit 24 mois après.

Nous avons donc préconisé une étude auprès de 200 patients, 100 patients dans chaque groupe de prise en charge, microstructure ou cabinet conventionnel.

2.4.1.1 Stratégie d'échantillonnage

Les patients sont inclus par l'intermédiaire de médecins, appartenant au réseau et hors du réseau. En 2005, il y avait, au sein de 18 microstructures, 551 patients et 24 médecins généralistes, soit environ 23 patients par médecin.

Pour inclure 100 patients pris en charge en microstructure, nous pensions recruter 10-13 médecins en réseau, sur la base du volontariat. Pour atteindre le même objectif de patients hors du réseau, il était prévu de contacter plus de médecins. Sur l'échelle nationale, il ressort que les médecins de ville sont susceptibles d'avoir dans leur clientèle 3 à 11 patients sous produits de substitution. Ainsi pendant les 3 mois de recrutement prévus, il nous aurait fallu recruter 13-16 médecins exerçant en cabinet conventionnel.

2.4.1.2 Modalités d'inclusion

L'inclusion des patients s'est faite lors d'une visite auprès du médecin généraliste dans le cas de la prise en charge en cabinet conventionnel ou auprès de l'un des trois professionnels (médecin, psychologue ou travailleur social) dans le cas de la prise en charge en microstructure.

2.4.1.3 Administration du questionnaire

Le questionnaire-patient était rempli dans la salle d'attente du cabinet médical, hors de la présence du médecin pour éviter tout risque de biais dans les réponses. A côté des interrogations classiques sur les caractéristiques socio-démographiques et l'anamnèse de l'addiction, étaient posées des questions plus ciblées. Les jugements de valeur des usagers quant à l'importance relative qu'ils attachent aux différents attributs retenus étaient élicités ; l'utilité qu'ils retirent des réponses qui leur sont fournies était mesurée. Le questionnaire-praticien était rempli une fois par chacun des professionnels prenant en

charge les patients. Il comportait des questions sur leur mode d'exercice et un questionnaire identique à celui utilisé pour les usagers sur le poids des attributs et l'estimation des utilités.

2.4.1.4 Nature de l'étude

Dans le souci de tenir les délais impartis, nous avons opté pour une étude rétrospective, bien que ce type d'étude soit susceptible de prêter à des biais de mémorisation. Un recueil prospectif des données aurait en effet nécessité un suivi des patients, coûteux en temps et en argent (nécessité de rémunérer les médecins et ARCs...).

2.4.2 Gestion de l'enquête

2.4.2.1 Méthodologie d'enquête

Les médecins représentent le maillon le plus important pour la réussite de cette enquête, dans la mesure où ce sont eux qui incluent les patients. Leur implication dans l'étude est donc primordiale. Afin qu'ils en comprennent tous les enjeux, une visite sur site était organisée. A cette occasion, un dossier leur était remis, comprenant les éléments suivants :

- Un questionnaire médecin,
- Un questionnaire patient pour chaque patient susceptible d'être inclus,
- Une fiche explicative à l'attention des médecins,
- Des enveloppes pré-timbrées destinées à contenir les questionnaires.

Chaque fiche explicative précisait les enjeux de l'étude et le rôle joué par chacun des acteurs. Les médecins devaient remplir un questionnaire médecin et remettre le questionnaire usager aux hommes et aux femmes inclus(es) dans l'étude lorsque ceux-ci attendaient pour leur consultation. Les médecins ont reçu forfaitairement une rémunération équivalente à 5C (105€) pour le remplissage du questionnaire spécifique qui leur était destiné, et l'inclusion de 8 patients en moyenne, auxquels ils remettaient les questionnaires usager. Le patient devait savoir que les réponses apportées resteront totalement anonymes et que même son médecin ne pourrait y avoir accès : une fois le remplissage terminé, il cachettait lui-même l'enveloppe contenant son questionnaire. Cette précaution était prise afin que la nature des liens qui unissent le médecin à son client ne soit pas susceptible d'infléchir les réponses de celui-ci. L'enveloppe était remise au secrétariat du médecin traitant. En contre partie les patients recevaient un chèque restaurant équivalent à 12€ pour le remplissage du questionnaire-patient.

Toutes les enveloppes étaient envoyées par le médecin et acheminées vers REES France, qui gère la saisie des données.

Les questionnaires étaient envoyés au fur et à mesure de leur remplissage. Ainsi, l'équipe de data management pouvait contrôler la présence et la cohérence des données renseignées. En cas de problème, des relances téléphoniques ou par mail pouvaient être envisagées. De la même manière, un référent était désigné au sein de REES France pour répondre aux questions des médecins ou des patients sur le questionnaire.

2.4.2.2 Sélection des médecins en cabinet conventionnel

Il nous semble enfin important d'éclaircir la méthode que nous avons mise en oeuvre pour recruter des médecins en cabinet conventionnel. En effet, le recrutement des médecins du réseau ne posait aucun problème puisque RMS possède les coordonnées de ces derniers ; il suffisait de sélectionner ceux qui souhaitaient participer. En revanche, nous n'avions a priori aucun point d'entrée pour les médecins en cabinet qui prennent en charge des patients ayant des conduites addictives.

Nous avons fait appel aux relations professionnelles des médecins du réseau. À partir d'une liste de 86 généralistes hors microstructure, nous avons sélectionné un échantillon de médecins conventionnels faisant correspondre 2 médecins conventionnels à chaque microstructure, en minimisant la somme des distances (en km) entre les cabinets des médecins conventionnels et ceux des cabinets de microstructure. Ceci permet d'obtenir un échantillon de médecins de localisation géographique comparable à celle des médecins en microstructure.

Pour être inclus dans l'étude, le médecin devait avoir une file active d'au moins 5 usagers ou ex-usagers de drogue consommant ou ayant consommé des opiacés.

L'échantillon ainsi constitué a pour caractéristique de ressembler le plus possible à celui des médecins en microstructure, du point de vue de la localisation géographique des cabinets. Ceci augmente la comparabilité entre les deux groupes. Le processus d'échantillonnage a cependant les conséquences suivantes :

- Le groupe de médecins conventionnels ne constitue pas un échantillon représentatif des médecins conventionnels en général.
- Ont été sélectionnés des médecins conventionnels impliqués dans la prise en charge des usagers de drogue (avec une file active suffisante de patients de ce type).

L'étude compare donc non pas l'accompagnement des usagers de drogue en microstructure à l'accompagnement en cabinet conventionnel, mais l'accompagnement en microstructure à l'accompagnement par un médecin en cabinet conventionnel ayant de l'expérience en addictologie.

L'échantillon porte donc sur le sous-ensemble de médecins généralistes impliqués dans l'accompagnement des addictions, de répartition géographique similaire à celle des médecins en microstructure. Il permet de faire des comparaisons réalistes (tous les généralistes n'ont pas une activité liée à la toxicomanie) et de minimiser les biais (une population de médecins généralistes hors Alsace aurait été moins comparable à celle des équipes du réseau microstructure alsacien).

2.5 Analyse statistique

2.5.1 Critères de jugement

Notre critère de jugement est unique : il s'agit de l'utilité pour le patient du traitement de substitution. Cette utilité est composite : elle correspond à la somme des utilités de chacun des huit critères de jugement secondaires retenus (accessibilité du médecin, du psychologue ou de l'assistante sociale, maîtrise des consommations, possibilité de négocier la prescription, continuité des soins, réactivité du médecin, dépistage du virus de l'hépatite C, changer de vie) pondérée par leur importance relative.

Ceci implique d'avoir accès à trois grandeurs :

- Les performances de chacun des groupes comparés, en unités naturelles (par exemple, le pourcentage de patients maîtrisant parfaitement leurs consommations dans chacun des groupes),
- L'utilité de ces performances, à travers les fonctions d'utilité,
- les poids relatifs des huit critères de jugement – les attributs dans le jargon MAUT.

Cependant, les fonctions d'utilité comme les poids relatifs des critères de jugement peuvent différer selon les parties prenantes : les médecins du groupe RMS, les médecins du groupe témoin, les patients du groupe RMS et les patients du groupe Témoin. Afin d'obtenir une grandeur unique, nous construirons la moyenne de ces quatre préférences en accordant le même poids aux quatre parties prenantes.

2.5.2 Conventions adoptées pour les fonctions d'utilité

Les utilités de chaque attribut sont mesurées sur l'intervalle $[0 ; 10]$, où 0 reflète la pire situation possible et 10 la meilleure situation possible.

Dans le questionnaire, pour chaque attribut retenu, les répondants devaient déterminer l'utilité (notée « satisfaction » dans le questionnaire) de chaque modalité en se positionnant sur une échelle graduée de 0 à 10.

En pratique, les répondants ont pu donner des notes telles que la note minimale des modalités retenues soit supérieure à 0 et que la note maximale soit inférieure à 10.

Soit A_j l'attribut considéré. A cet attribut sont associées M_j modalités décrivant ses réalisations possibles. On note S_{jk} la note donnée à la k^e modalité m_{jk} du j^e attribut A_j .

Le passage de S_{jk} à U_{jk} , l'utilité associée à la k^e modalité du j^e attribut, se fait par un changement d'échelle. De l'intervalle $[\min_k S_{jk} ; \max_k S_{jk}]$, on passe ainsi à l'intervalle d'utilité $[0 ; 10]$ par la formule :

$$U_{jk} = \left(S_{jk} - \min_k S_{jk} \right) \frac{10}{\max_k S_{jk} - \min_k S_{jk}}$$

Où U_{jk} désigne l'utilité de la modalité k de l'attribut A_j , S_{jk} désigne la note donnée par le répondant à cette modalité, $\min_k S_{jk}$ et $\max_k S_{jk}$ désignent respectivement les notes minimales et maximale données par le répondant aux modalités de l'attribut A_j .

Restent deux cas à considérer : l'indifférence du répondant, et la précision de ses réponses.

On considère qu'il y a *indifférence* du répondant s'il donne toujours la même note à l'ensemble des modalités proposées pour un attribut A_j . Par convention, les utilités U_{jk} seront alors toutes considérées comme égales à 10.

La *précision* des réponses relève d'un autre phénomène. Les notes sont relevées sur les échelles avec une précision de 0,1 points, mais, peut-on considérer des notes S_{jk} dont la variation est de l'ordre de 0,1 points comme réellement différentes? On va ainsi considérer toute différence (en valeur absolue) entre deux notes, données à des modalités d'un même attribut, inférieure ou égale à 0,2 points comme relevant d'imprécisions dans le remplissage de l'échelle. Nous étendrons ainsi la notion d'indifférence au cas où l'étendue des utilités (utilité maximale donnée à un attribut - utilité minimale) est inférieure à 0.2 points. Ainsi, pour un attribut avec 4 modalités, un individu donnant les utilités (4,9 - 5,0 - 5,1 - 5,0) sera considéré comme indifférent.

2.5.3 *Le miracle de l'agrégation*

Nous ne nous préoccupons pas de déterminer si certains médecins ou patients ont répondu « n'importe quoi » aux questions permettant d'estimer les fonctions d'utilité. L'une des raisons est qu'il est difficile de déterminer *a priori* ce qu'est une réponse incohérente. Par exemple, certains médecins peuvent légitimement accorder plus d'utilité à un accès difficile au médecin qu'à un accès facile s'ils pensent qu'un accès trop facile favoriserait le nomadisme médical et le trafic du traitement de substitution.

Un autre raison est liée à l'existence d'un phénomène bien connu en économie politique : le « miracle de l'agrégation ». Il permet d'expliquer le fonctionnement d'une démocratie en présence d'électeurs mal informés. On peut penser qu'un électeur mal informé pourra commettre des erreurs dans le choix du candidat pour lequel il vote, cependant ces erreurs seront aléatoires. L'erreur commise par un électeur mal informé sera compensée par celle d'un autre électeur mal informé, et au final le candidat gagnant sera celui choisi par les électeurs bien informés.

Imaginons par exemple deux candidats A et B, 99% d'électeurs mal informés, et 1% d'électeurs informés. Les premiers ont autant de chances de voter pour un candidat que pour l'autre : $P(A) = P(B) = 0,5$. Imaginons que les électeurs informés aient de bonnes raisons de préférer le candidat B : $P(B) = 0,8$. Au final, les votes recueillis par le candidat B sont donc de $0,99 * 0,5 + 0,01 * 0,8 = 0,503$. Le candidat B est donc bien élu, avec 50,3% des suffrages.

Dans notre cas, imaginons que les répondants se divisent en deux groupes. Le premier, mal informé (n'ayant pas compris la consigne, n'ayant pas voulu réfléchir à la question, etc.), répond aléatoirement. Le second, informé (ayant compris la consigne et ayant réfléchi aux réponses à donner), répond sérieusement. La fonction d'utilité résultant de l'agrégation des réponses sera celle du groupe informé.

Imaginons par exemple 3 fonctions d'utilité de trois répondants, deux mal informés et un informé (R3, tableau 3).

Accessibilité du médecin				
Répondant	Très Facile	Facile	Difficile	Très Difficile
R1	0	10	0	10
R2	10	0	10	0
R3	10	8	2	0

TAB. 3 – Réponses fictives de 3 répondants à une fonction d'utilité

La figure 1 illustre ce qui se passe lors de l'agrégation des réponses.

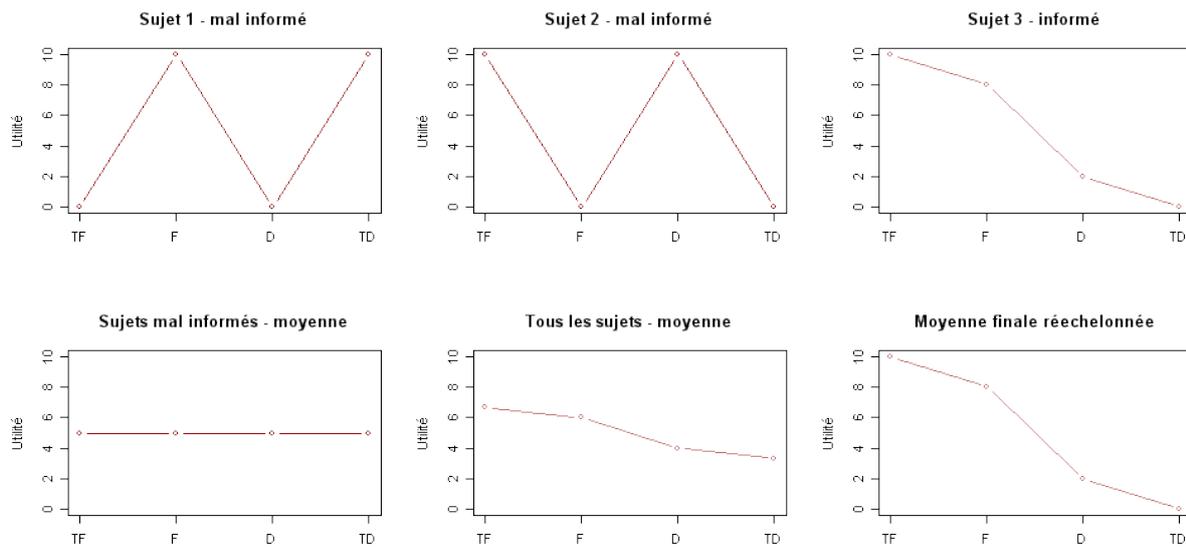


FIG. 1 – Fonctions d'utilité fictives et fonction moyenne pour 3 répondants

Les deux premiers répondants ont répondu aléatoirement, leurs réponses s'annulent, aboutissant à la droite horizontale de moyenne 5 pour tous les cas de figure. Si l'on rajoute à cette moyenne les réponses du dernier répondant, non aléatoires, sa fonction d'utilité régresse vers la droite moyenne : elle s'aplatit. Une remise à l'échelle pour obtenir une fonction bornée sur $[0, 10]$ permet néanmoins de retrouver que la fonction d'utilité moyenne est bien égale à la fonction d'utilité du répondant qui n'a pas répondu aléatoirement.

2.5.4 Conventions adoptées pour les poids des attributs

Les attributs retenus seront notés selon la convention suivante :

AM Accessibilité du médecin,

AP Accessibilité du psychologue ou de l'assistante sociale,

MC Maîtrise des consommations,

NP Possibilité de négocier la prescription,

CS Continuité des soins,
RM Réactivité du médecin,
DV Dépistage du VHC,
CV Changer de vie.

Ces attributs ont été comparés deux à deux par les médecins et les patients. Il s'agissait de dire combien de fois l'une des alternatives était plus importante que l'autre. Pour cela, les sujets devaient choisir dans un premier temps l'alternative qui était pour eux la plus importante parmi les deux proposées, puis chiffrer à quel point elle l'était.

Lorsque les deux alternatives semblaient d'égale importance, il est arrivé que le sujet se limite à chiffrer l'importance à « 1 » dans la seconde partie de la question, sans cocher d'alternative plus importante que l'autre dans la première partie. Ces réponses ne sont pas traitées comme manquantes.

Nous employons l'algorithme suivant pour retrouver les poids : Soit K_i l'importance relative de l'attribut A par rapport à l'attribut B dans la comparaison binaire i . Soit C_i le chiffre donné dans la seconde partie de cette question $K_i = C_i$ si $A \succ B$ et $K_i = 1/C_i$ si $A \prec B$. Soit W_j le poids de l'attribut j . Alors :

- $W_{AM} = 10$ (par convention),
- $W_{AP} = W_{AM}/K_1$,
- $W_{MC} = W_{AM}/K_5$,
- $W_{NP} = W_{MC}/K_2$,
- $W_{CS} = W_{NP}/K_6$,
- $W_{RM} = W_{CS}/K_3$,
- $W_{CV} = W_{RM}/K_7$,
- $W_{DV} = W_{CV} * K_4$.

Les poids normalisés W'_j s'obtiennent en divisant chaque poids brut par la somme des poids : $W'_j = \frac{W_j}{\sum_j W_j}$.

Illustrons la démarche avec les réponses suivantes :

Comparaison 1 : $AM \succ AP$, $C_1 = 2$. L'accès au médecin est jugé deux fois plus important que l'accès au psychologue ou travailleur social. Si $W_{AM} = 10$, alors $W_{AP} = 10/2 = 5$. Le poids du critère AP est donc de 5.

Comparaison 5 : $AM \prec MC$, $C_5 = 1$. La maîtrise des consommations est jugée aussi importante que l'accès au médecin. Puisque $W_{AM} = 10$, alors $W_{MC} = 10/1 = 10$. Le poids du critère MC est donc de 10.

Comparaison 2 : $MC \succ NP$, $C_2 = 7$. La maîtrise des consommations est jugée sept fois plus importante que la négociation des prescriptions. Puisque $W_{MC} = 10$, alors $W_{NP} = 10/7 = 1,43$. Le poids du critère NP est donc de 1,43.

Comparaison 6 : $NP \succ CS$, $C_6 = 3$. Négocier la prescription est jugé trois fois plus important que la continuité des soins. Puisque $W_{NP} = 1,43$, alors $W_{CS} = 1,43/3 = 0,48$. Le poids du critère CS est donc de 0,48.

Comparaison 3 : $CS \prec RM$, $C_3 = 1$. La continuité des soins est jugée aussi importante que la réactivité du médecin. Puisque $W_{CS} = 0,48$, alors $W_{RM} = 0,48/1 = 0,48$. Le poids du critère RM est donc de 0,48.

Comparaison 7 : $RM \prec CV$, $C_7 = 2$. La réactivité du médecin est jugée deux fois moins importante que le fait de changer de vie. Puisque $W_{RM} = 0,48$, alors $W_{CV} =$

$0,48/(1/2) = 0,95$. Le poids du critère CV est donc de $0,95^5$.

Comparaison 4 : $DV \prec CV$, $C_7 = 6$. Le dépistage du VHC est jugé six fois moins important que le fait de changer de vie. Puisque $W_{CV} = 0,95$, alors $W_{DV} = 0,95 * (1/6) = 0,16$. Le poids du critère DV est donc de $0,16$.

La somme des poids est de $28,5$, on peut donc en déduire les poids normalisés :

- Accès au médecin : $W'_{AM} = 35,10 \%$,
- Accès au psychologue ou à l'assistante sociale : $W'_{AP} = 17,55 \%$,
- Maîtrise des consommations : $W'_{MC} = 35,10 \%$,
- Négociation de la prescription : $W'_{NP} = 5,01 \%$,
- Continuité des soins : $W'_{CS} = 1,67 \%$,
- Réactivité du médecin : $W'_{RM} = 1,67 \%$,
- Dépistage du VHC : $W'_{DV} = 0,56 \%$,
- Changer de vie : $W'_{CV} = 3,34 \%$.

Ainsi, selon ce répondant, accéder facilement à un médecin contribue à 35% de l'utilité totale alors que le dépistage du VHC ne contribue qu'à $0,6 \%$ de l'utilité totale du patient.

2.5.5 Conventions d'analyse

Les analyses statistiques sont effectuées avec le logiciel R version 2.6.2. Le risque de première espèce retenu pour l'analyse sera de 5% . Les tests pratiqués seront bilatéraux.

2.5.5.1 Choix des tests

Les variables quantitatives seront comparées à l'aide du test non paramétrique de Mann-Whitney. Ce test compare la distribution de la variable quantitative dans le groupe microstructure à celle du groupe conventionnel. Ce test est moins puissant (il mettra moins souvent en évidence une différence significative lorsque celle-ci existe) que le test t de Student. Cependant, le test de Student fait appel à certaines hypothèses (normalité de la variable, égalité des variances dans les deux groupes) qui risquent de ne pas être vérifiées, notamment dans l'échantillon des médecins.

Les variables qualitatives seront comparées à l'aide du test dit exact de Fisher, plus indiqué que le test du chi-deux dans le cas de petits échantillons (comme l'échantillon de médecins).

Si chaque variable du questionnaire est présentée en fonction du groupe d'appartenance du médecin ou de l'utilisateur, et qu'une p-value est calculée pour comparer les groupes, il faudra faire attention à leur interprétation. En effet, en multipliant les tests, on ne contrôle plus le risque d'erreur qui est en fait plus grand que le seuil critique choisi. Dans le cas de mesures indépendantes le risque d'erreur réel est de $\alpha_r = 1 - (1 - \alpha)^n$, où n est le nombre de tests pratiqués. Multiplier les tests est un moyen très efficace pour en avoir un avec une p-value inférieure à α , mais on ne connaît plus le risque d'erreur associé α_r .

⁵nous présentons les valeurs sans les erreurs d'arrondi

2.5.5.2 Biais de recrutement

L'objectif de l'étude est de comparer l'utilité et les coûts engendrés par deux types de prise en charge des patients ayant des conduites addictives. Toute comparaison, quelle qu'elle soit, n'a de sens que si les populations comparées possèdent des caractéristiques initiales communes. Dans le cadre des essais cliniques, cette comparabilité est assurée par la randomisation des patients dans les groupes de traitement : grâce à ce processus, caractéristiques observées et non observées sont semblables dans les groupes considérés. L'étude que nous proposons est observationnelle : l'appartenance d'un patient à l'un des deux groupes de prise en charge résulte d'un processus de décision, issu des choix du médecin et de son patient. La comparaison des patients pris en charge dans le cadre des microstructures ou des cabinets conventionnels n'est donc pas assurée a priori. On parle alors de biais de recrutement. Toute analyse ne prenant pas en compte ces différences aboutira à des estimateurs erronés.

L'idéal, dans une étude non randomisée, est de disposer d'un maximum de caractéristiques initiales permettant d'identifier d'éventuels biais de recrutement et de les corriger par la suite. Dans les études prospectives, ceci n'est pas difficile : il suffit de recueillir les caractéristiques des patients au moment de l'initiation de l'intervention. Celles-ci ne peuvent être la cause de l'intervention, puisqu'elles ont été mesurées préalablement. Dans le cas de l'étude DEQUASUD, l'intervention (accompagnement conventionnel ou par microstructure) a débuté avant le recueil des variables. Il devient plus difficile d'identifier si des différences observées entre les deux groupes d'utilisateurs sont le fait de différences dans les caractéristiques initiales des patients (on a dans ce cas un biais de recrutement) ou sont la conséquence de l'accompagnement lui-même (on a dans ce cas un effet du traitement). Peu de caractéristiques pourront en définitive échapper à cette ambiguïté. Il s'agira par exemple du sexe et de l'année de naissance de l'utilisateur, caractéristiques préexistant à l'initiation de l'accompagnement. Le faible nombre de ces variables fait que l'on peut envisager de corriger les biais de recrutement en ajustant l'effet de l'intervention (accompagnement conventionnel ou par microstructure) directement par ces variables (sexe, âge...) dans des modèles de régression multiple classiques.

2.5.6 Calcul du rapport coût-utilité différentiel

2.5.6.1 Estimation des coûts

Nous avons choisi d'avoir recours à une source de données externe pour l'estimation des coûts des utilisateurs. Plutôt que d'interroger ceux-ci sur leurs consommations passées, ce qui aurait alourdi le questionnaire et posé le problème des biais de mémorisation, nous avons préféré travailler directement sur les bases de remboursements de l'URCAM.

Nous avons ainsi accès aux données de remboursement de l'Assurance Maladie, qui nous fournissent le coût médical de prise en charge des utilisateurs sur un échantillon d'utilisateurs de drogue.

Cet échantillon est en fait composé de deux populations :

- une population d'utilisateurs ayant eu des contacts avec les médecins RMS,
- une population d'utilisateurs ayant eu des contacts avec les médecins conventionnels.

Les médecins RMS sont issus d'une liste de médecins adhérant à RMS en septembre 2005 et encore membres du réseau en septembre 2007. Les médecins conventionnels sont issus d'une liste de médecins sélectionnés pour participer à l'étude DEQUASUD. Il n'est pas possible d'identifier individuellement ces médecins dans les données fournies par l'UR-CAM.

Dans les deux cas, l'inclusion dans l'échantillon se fait pour les usagers de 18 ans ou plus s'étant fait rembourser un traitement de substitution aux opiacés au cours des 3 premiers mois (1^{er} novembre 2005 au 31 janvier 2006) de la période d'étude et dont la consommation trimestrielle dépasse les 12 boîtes de buprénorphine⁶ ou 92 boîtes de méthadone⁷.

L'analyse des remboursements se fait ensuite par trimestre, du 1^{er} janvier 2006 au 30 septembre 2007.

Les données disponibles sont :

- l'âge de l'utilisateur,
- son sexe,
- son régime d'appartenance (salarié, retraité...),
- la catégorie de la commune (rurale ou urbaine),
- la présence d'une exonération du ticket modérateur (ALD, CMU...),
- les consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes (en nombre et en montant remboursé),
- les produits de substitution prescrits ventilés par produit et conditionnement (en nombre et en montant remboursé),
- les produits hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques et antidépresseurs prescrits (en nombre et en montant remboursé),
- les montants remboursés des actes réalisés par les médecins généralistes et spécialistes,
- les montants remboursés de médicaments,
- les montants remboursés d'actes d'auxiliaires médicaux,
- les montants remboursés d'actes de biologie,
- les indemnités journalières,
- les journées d'hospitalisation (secteur privé),
- les autres actes prescrits.

Pour les patients du groupe RMS, l'information sur l'origine de la prescription de médicaments narcotiques (c'est à dire de traitements de substitution), microstructure ou autre, est également disponible. Ceci permet de distinguer deux sous-profil de patients RMS : ceux avec des prescriptions uniquement en microstructure, et ceux avec des prescriptions en microstructure et hors microstructure.

Nous décrirons chaque poste de coût en comparant les montants remboursés pour chacun des trois groupes ainsi construits à l'aide d'un test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

Nous utiliserons les bases URCAM pour élaborer des modèles de prédiction de coûts

⁶Une boîte correspond à 7 comprimés, la prise se fait une fois par jour. 12 boîtes correspondent donc grosso modo à 84 jours, soit 2,8 mois de traitement.

⁷La méthadone est conditionnée en unidoses, à prendre tous les matins. 92 boîtes correspondent donc grosso modo à 92 jours, soit 3,1 mois de traitement.

à appliquer aux usagers de la base DEQUASUD. Seront modélisés :

- D'une part, le coût des narcotiques à partir des consommations de buprénorphine et de méthadone.
- D'autre part, les autres coûts (remboursements d'actes et de pharmacie, hors narcotiques) à partir des caractéristiques des patients, des consommations de buprénorphine et de méthadone, et du groupe d'appartenance (Dans les modèles, RMS ou conventionnel – les patients avec prescription de narcotiques en microstructure, indépendamment de la présence ou non de prescriptions hors microstructure, sont considérés comme des patients RMS).

La somme des coûts prédits par ces deux modèles nous donne, pour chaque patient de la base DEQUASUD, un coût total (du point de vue de l'Assurance Maladie).

2.5.6.2 Estimation du rapport coût-utilité différentiel

Après avoir comparé l'utilité pour les deux types de prise en charge et élaboré une fonction de prédiction des coûts, nous ferons la synthèse par la construction d'un rapport coût-utilité différentiel.

Pour comparer les stratégies « RMS » et « Conv » d'accompagnement des usagers de drogue sous traitement de substitution aux opiacés soit en microstructure, soit en cabinet conventionnel, il faudra comparer :

- Leurs coûts respectifs, en établissant leur différence : $\Delta C = C_{RMS} - C_{Conv}$,
- Leurs utilités respectives, de la même manière : $\Delta U = U_{RMS} - U_{Conv}$.

Ce rapport coût-utilité différentiel s'exprime alors ainsi :

$$RCU = \frac{C_{RMS} - C_{Conv}}{U_{RMS} - U_{Conv}} = \frac{\Delta C}{\Delta U}$$

Il correspond à la différence des coûts entre les deux types de prise en charge, rapportée à la différence d'utilité.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- Si $\Delta C < 0$ et $\Delta U > 0$, alors les soins en microstructure sont moins chers et plus efficaces qu'en cabinet conventionnel. On parle de *dominance absolue* des soins en microstructure.
- Si $\Delta C > 0$ et $\Delta U < 0$, alors il y a dominance absolue des soins en cabinet conventionnel.
- Si $\Delta C > 0$ et $\Delta U > 0$, la situation est plus complexe. Les soins en microstructure sont alors à la fois plus coûteux et plus efficaces que les soins en cabinet conventionnel. Le choix d'un mode d'accompagnement en faveur de l'autre dépend du prix que l'on est disposé à payer pour obtenir un gain d'utilité. On parle cette fois de *dominance relative* de la stratégie.
- Si $\Delta C < 0$ et $\Delta U < 0$, on se trouve encore face à un dilemme. Le traitement par microstructure est en effet à la fois moins cher et moins efficace que le traitement en cabinet conventionnel. L'arbitrage entre les deux stratégies d'accompagnement se fera en fonction de l'utilité que l'on est disposé à sacrifier pour générer des économies. Ainsi, un ratio coût-utilité négatif peut correspondre à deux situations :

- Si c'est ΔC qui est négatif, alors l'accompagnement en microstructure est en position de dominance absolue.
- Si c'est au contraire ΔU qui est négatif, alors l'accompagnement en microstructure est dominé par rapport à l'accompagnement en cabinet conventionnel.

Pour éviter toute ambiguïté relative à la signification d'un ratio, on aura recours à un graphique à quatre quadrants pour représenter les stratégies. On place sur l'axe des ordonnées la variation des coûts (ΔC), en abscisses la variation d'utilité (ΔU).

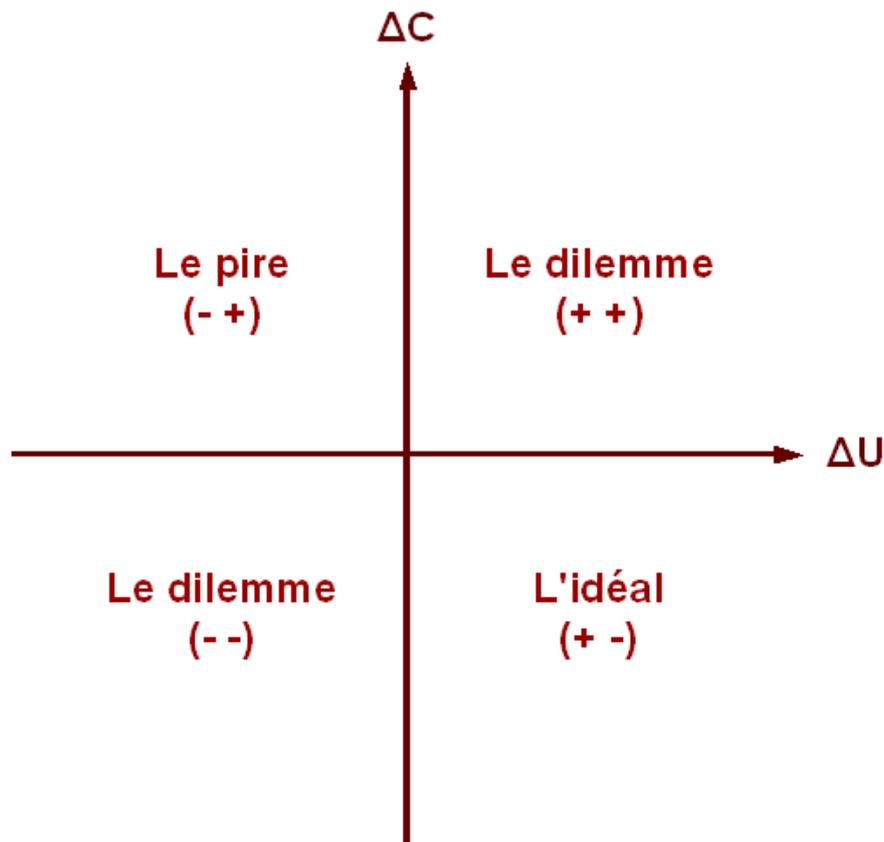


FIG. 2 – Le quadrant coût-utilité différentiel

Chaque stratégie est définie par le couple $(\Delta U, \Delta C)$ qui lui correspond. Un point du plan situé dans la zone Nord-Ouest (NO) correspond à une stratégie inefficace. Un point situé dans la zone Sud-Est (SE) correspond à une stratégie strictement dominante.

2.5.6.3 Gestion de l'incertitude

L'incertitude liée à l'estimation ponctuelle du rapport coût-utilité n'est pas mesurable avec les méthodes usuelles, du fait qu'il s'agisse un rapport de deux variables. La méthode du bootstrap non paramétrique permet d'avoir une appréciation visuelle de la dispersion du rapport. Il suffit de créer un grand nombre d'échantillons de bootstrap (5000 par exemple) par tirage avec remise de N patients parmi N . Sur chacun des échantillons, on

peut calculer un nouveau rapport, puis représenter les 5 000 rapports coût-utilité dans le même graphique. On obtient ce type de représentation :

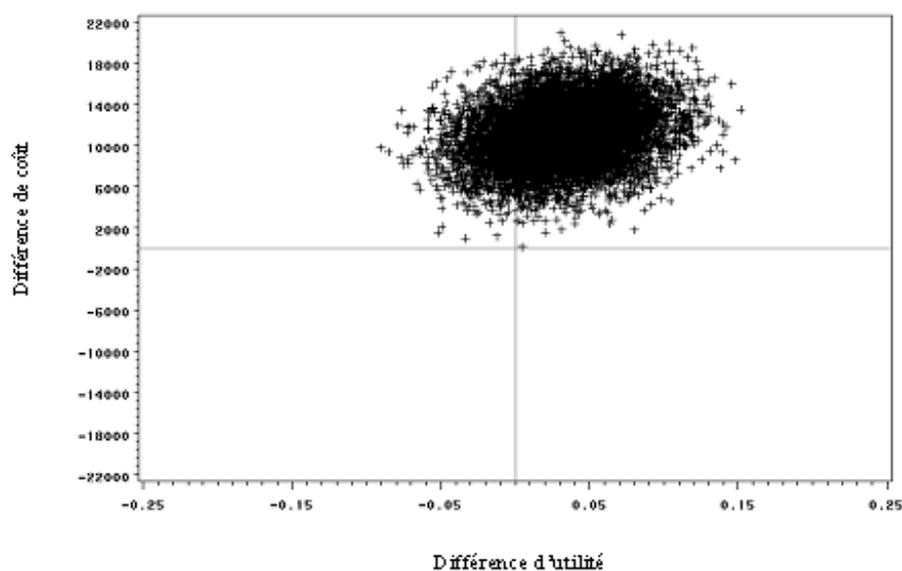


FIG. 3 – Exemple de représentation de la dispersion d'un rapport coût-utilité

Ce graphique nous donne par exemple la probabilité que l'utilité soit supérieure dans le cadre d'une prise en charge en réseau que dans le cadre d'une prise en charge en cabinet conventionnel⁸, en rapportant le nombre d'échantillons de bootstrap dans les quadrants Nord-Ouest et Sud-Ouest au nombre total d'échantillons de bootstrap.

⁸Nous tendons ici vers une interprétation Bayésienne des résultats. Bien que les analyses menées dans ce rapport ne soient pas Bayésiennes, nous optons pour cette interprétation des résultats du bootstrap car elle est plus simple et courante en évaluation économique.

Deuxième partie

Analyse descriptive

3 SYNTHÈSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS QUALITATIFS

Les entretiens présentés dans cette synthèse ont été réalisés dans la perspective de construire des indicateurs pertinents de l'utilité de la prescription de traitement de substitution en cabinet de médecine générale, telle qu'elle est perçue par les professionnels et par les patients, en RMS et en cabinet conventionnel. Les guides d'entretien ont été construits en rapport avec cet objectif.

Pour les patients, l'entretien devait permettre de décrire les caractéristiques de leur parcours et de leur situation, notamment au regard de la prise du traitement de substitution. Il visait également à leur permettre d'exprimer les avantages et inconvénients de leur prise en charge actuelle. Quatre grands thèmes permettaient d'explorer ces axes :

- La consommation de produits (durée de consommation, produits consommés au cours de la vie, modes de consommation, tentatives antérieures de maîtrise, de sevrage ou de substitution...),
- La relation avec le médecin actuel (modalités de rencontre, inclusion éventuelle dans le réseau RMS, connaissance du RMS, fréquence et motifs des consultations, attentes vis-à-vis du médecin, modes de négociation du traitement, évolution des rapports dans le temps...),
- Les autres interlocuteurs (existence, fréquence et nature de contacts avec psychologue, travailleur social, rapports avec le médecin),
- Ce que le traitement par substitution a changé pour vous (gestion des problèmes de santé, consommations, relations sociales et familiales, insertion sociale et professionnelle, mode de vie actuel, projets).

Pour les médecins, l'entretien devait permettre de décrire les caractéristiques de leur pratique et de leur clientèle notamment pour les traitements de substitution. Il visait également à leur permettre d'exprimer les avantages et inconvénients de leur pratique actuelle, qu'elle soit en RMS ou en cabinet conventionnel. Trois grands thèmes permettaient d'explorer ces axes :

- L'entrée dans la prescription de traitement de substitution (époque des premières prescriptions, développement d'une clientèle spécifique, évolution des pratiques de prescription et des produits prescrits),
- La pratique actuelle de prescription de traitement de substitution (nombre de patients substitués, mode de suivi, conception du rôle du médecin, pratiques d'orientation vers d'autres professionnels, conception des objectifs du traitement de substitution, gestion des mésusages, passages du Subutex à la Méthadone, prise en charge des problèmes somatiques, place de la famille, difficultés rencontrées dans la pratique),
- Si médecin en RMS, mode de fonctionnement de la microstructure (mode d'entrée dans le RMS, contact avec les professionnels, mode de travail avec les psychologue et

travailleur social, contenu et forme des échanges, mode de discussion des patients, modes d'inclusion des patients dans le RMS, avantages et inconvénients pour le professionnel et pour le patient de la microstructure).

Le choix des personnes rencontrées ainsi que leur nombre s'est fait en fonction des objectifs de définition d'indicateurs. Conformément au protocole de l'étude, 16 entretiens ont été réalisés à Strasbourg et dans ses environs. Ils se répartissaient comme suit :

- 4 professionnels en RMS (2 médecins, une psychologue, une assistante sociale),
- 4 patients en RMS,
- 4 médecins hors RMS,
- 4 patients hors RMS.

Les entretiens avec les professionnels ont été réalisés au cabinet du médecin ou dans les locaux du RMS. Les professionnels ont été contactés directement ou par l'intermédiaire du RMS. Les entretiens avec les patients se sont déroulés selon leur préférence au cabinet du médecin, dans les locaux du RMS, dans un café ou à leur domicile. Ils ont duré entre une et deux heures. Les patients ont été contactés par leur médecin. Aucun n'a refusé de nous rencontrer. Tous les entretiens étaient rémunérés, et l'anonymat de leurs propos garanti⁹. Dans la mesure du possible, le choix des personnes rencontrées visait à diversifier les profils au regard, pour les médecins, de leur pratique de la prescription de traitement de substitution (nombre de patients et ancienneté) et de leur lieu d'exercice (urbain ou rural), pour les patients des produits consommés, du traitement de substitution et de son mode de prise, de leur parcours et de leur situation sociale et professionnelle.

La synthèse descriptive des données issues de ces entretiens qui est présentée ici est déterminée par le contexte de leur production. Elle permet de dégager des grandes lignes de différenciation entre les cabinets RMS et les cabinets conventionnels, qui ont guidé la définition des critères d'utilité ; elle dessine également des pistes pour d'éventuelles études futures. Cependant, elle ne peut constituer une étude comparative entre cabinets en RMS et cabinets conventionnels. Il ne s'agit pas non plus d'une étude qualitative qui fournirait une description fine du fonctionnement des cabinets des médecins interrogés, des pratiques des différents professionnels entre eux ou des parcours des patients rencontrés.

Le plan de restitution adopté reprend les huit indicateurs identifiés comme pertinents pour décrire l'utilité d'un traitement de substitution. Le matériau recueilli en entretiens est présenté par thème, plutôt que par type d'interlocuteur. Pour chaque citation, la personne interrogée est repérée par un numéro, selon qu'elle est un médecin (M), un professionnel (Pro) ou un patient (P) et qu'elle relève du RMS (RMS) ou d'un cabinet conventionnel (Conv.).

3.1 Accéder à un médecin généraliste ayant l'expérience des questions de substitution

Qu'est-ce qu'avoir l'expérience des questions de substitution ? La conception qu'ont les médecins de la prise de traitement de substitution et de leur rôle varie. Pour certains

⁹Du fait du mode de recrutement des professionnels comme des patients, le fait qu'ils acceptent de répondre à l'enquête n'était pas confidentiel.

il s'agit avant tout d'un processus de réinsertion sociale et personnelle.

« La substitution permet d'inscrire le toxicomane dans la cité, dans le travail, sur des listes. » (M, RMS)

Cette conception s'est construite au fil de l'expérience du médecin et semble dépendre beaucoup des modes d'entrée du médecin dans ce type de suivi. D'autres y sont venus plus tard et n'ont pas de vocation particulière à s'occuper de questions de toxicomanie.

« J'ai fait un stage avec l'espace MG, avec des pharmaciens et des médecins généralistes, sur le subutex, son mode d'action. (...) Au début, je ne voulais pas toucher à cette pratique. J'avais peur de cette faune. Il faut dire qu'il y en a des durs et des graves. J'en suis arrivé à prescrire parce qu'il y a 4 ou 5 médecins qui prescrivent, dans le coin, et il y avait des patients qui se trompaient de cabinet, ou qui venaient pour un dépannage. Alors finalement, je m'y suis mis, et j'ai trouvé que ce n'était pas plus difficile qu'autre chose. (...) Ce qu'il faut, c'est comprendre un peu ce milieu. C'est ce que j'ai fait pendant le stage. Il y avait aussi une déléguée médicale qui faisait très bien ce job. » (M, Conv.).

Pour les patients, l'importance de cette dimension est renforcée par les difficultés rencontrées dans leur recherche d'un interlocuteur compétent, qui ont parfois été nombreuses.

« Je pourrais compter sur les doigts d'une main les gens que j'ai rencontrés et qui s'y connaissent. » (P, RMS)

Ces difficultés tiennent d'abord à l'accessibilité du médecin à ce type de clientèle, mais également à sa disponibilité.

« Les médecins, ce sont des gens qui s'intéressent, sinon ils ne vous prennent pas. Donc ça veut dire qu'ils vont essayer de se former et de comprendre. Quand on va en ville, on n'est pas un numéro qui défile. Mais il y a des toubibs, j'irai pas chez eux, car il voudra me foutre dehors. » (P, RMS)

Mais la bonne volonté du médecin ne suffit pas. Il faut également tenir compte de sa capacité à bien orienter et même dans ce cas, les médecins peuvent se trouver démunis.

« Il y a aussi des médecins généralistes qui ne savent pas prendre en charge le problème et c'est pas possible de faire tout seul. Il a besoin de soutien, le médecin. Il doit déléguer ce qu'il ne sait pas faire. Et beaucoup ne le reconnaissent pas, qu'ils ne savent pas faire. » (P, RMS)

Or les échecs sont particulièrement dommageables pour la démarche d'engagement dans une maîtrise de ses consommations par un traitement de substitution.

« Quand on fait cette expérience, c'est encore pire que ne rien essayer, parce qu'on se dit que même les médecins ne sont pas capables de m'aider. Donc on arrête le contact. On n'y va plus. » (P, RMS)

A la question de la compétence se mêle celle du cadre du suivi. Plusieurs patients rencontrés sont très attachés au cabinet du médecin et au colloque singulier.

« Au centre Ste Catherine¹⁰, il y a différents professionnels dans un même lieu, mais ils traitent ça. Sauf que là-bas il y a tous les tox de Strasbourg que vous n'avez pas envie de rencontrer. Cela pose un problème de confidentialité, de secret. C'est une usine à toxicos. C'est un petit milieu, aussi. Dans la salle d'attente, il y a des bagarres, du trafic, des gens qui consomment. Et puis c'est cette ambiance des petites structures, que je n'aime pas. On vient prendre son café, on discute. J'ai toujours côtoyé ce milieu, mais je n'ai jamais été dedans. » (P, RMS)

Le choix du médecin peut alors se faire par des filières spécifiques qui assurent que le médecin « s'intéresse » à la question.

« Je suis allé voir ce médecin car elle collaborait avec médecins du monde, et c'était l'époque du début du subutex, alors je suis passé par elle. » (P, RMS)

De ce fait, dans un contexte de faible offre tel que dans les communes rurales, le médecin en RMS, parce qu'il a l'expérience des questions de substitutions, a un rayon d'attraction élevé.

« Le RMS à la campagne brasse large, il y a des gens qui viennent de 50 km à la ronde. On a aussi des orientations de partenaires qui nous ont repérés : l'hôpital de Saverne qui fait des sevrages nous en envoie par exemple. » (Pro, RMS)

3.2 Accéder à d'autres professionnels (psychologue, travailleur social)

Plusieurs aspects caractérisent les opinions sur l'accès à d'autres professionnels : l'opportunité d'en rencontrer, la possibilité d'y accéder, les modes d'accès, et enfin leur compétence sur les questions de substitution.

L'opportunité de rencontrer d'autres professionnels ne va pas de soi pour toutes les personnes interrogées. C'est le cas de certains médecins

« Les patients qu'on voit en ville, ce sont des patients qui n'ont pas besoin de psy, ils mènent une vie normale. Quand il y a une pathologie psychiatrique qui est repérée, c'est important d'avoir un psychiatre. Sinon, si c'est moins grave, c'est du ressort du médecin généraliste sans problème. » (M, Conv.)

C'est également le cas de patients, y compris de certains inclus en RMS qui ne nient pas l'intérêt de pouvoir rencontrer des professionnels, mais le relativisent dans leur cas.

« Qu'est-ce que cela a changé [d'être en RMS]? Cela permet de rencontrer différentes personnes dans un même endroit si on en a besoin. Le fait d'en avoir besoin, ça dépend des gens. Moi je n'ai jamais rencontré de psychologue dans ce cadre. L'AS, je l'ai rencontrée une fois. Mais si on en a besoin, c'est tout de suite là. En plus, on est connu, donc il y a un côté humain. » (P, RMS)

¹⁰Il s'agit d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST).

3.2.1 L'accès à d'autres professionnels

L'accès à d'autres professionnels est réputé difficile par toutes les personnes rencontrées, professionnels comme patients. Des médecins en cabinet conventionnel situent la difficulté dans la réticence des patients à aller voir les professionnels ; l'orientation en elle-même ne leur pose pas de problème et se fait vers des structures spécialisées.

« Moi, je fais des orientations vers espace indépendance et d'autres structures. Il y en a une à la Robertsau, je ne la connais pas, ils ont une équipe pluridisciplinaire. Mais celle-là, ils ne veulent pas y aller, ils s'informent entre eux. C'est vrai que la psychologue c'est contraignant pour eux, ils trouvent ça stérile de discuter, que ça sert à rien. » (M, Conv.)

De fait, quelle que soit l'opinion du médecin sur l'intérêt d'un suivi par d'autres professionnels, celui-ci est tributaire de la décision du patient.

« J'ai deux patients qui adhèrent à Espace indépendance, les autres ne veulent rien du tout. Ils viennent chercher leur produit et « foutez-moi la paix, je ne veux rien d'autre ». » (M, Conv.)

Or la relation de confiance établie avec le médecin joue un rôle essentiel pour le succès de l'orientation.

« Et c'est sûr que les conseils dans ce contexte [d'un médecin qui a une écoute différente], c'est mieux perçu que quand c'est donné par quelqu'un qui n'en a rien à foutre. Ça donne envie d'essayer au moins. » (P, RMS)

Les ressources financières jouent également un rôle important dans cette difficulté d'accès ; la gratuité des consultations dans le cadre du RMS a été citée comme facilitateur par des professionnels et par des patients.

« La gratuité est un réel gain en termes d'accès au soin. » (Pro, RMS)

« Cela [le RMS] a apporté une disponibilité et la gratuité, et c'est important quand on n'a pas de quoi manger. » (P, RMS)

Parce qu'il est important d'établir une relation de confiance avec un psychologue ou un travailleur social, le mode d'accès à ces professionnels est pris en compte par les personnes rencontrées. Ainsi, le fait de ne pas avoir le choix du professionnel rencontré est cité par certains comme problématique dans le RMS, en particulier dans le cas des psychologues.

« Et avec la psychologue, ça s'est bien passé. J'avais un ami qui était suivi en RMS, et lui allait la voir, et il l'aimait bien. Moi au début je ne voulais pas aller au même endroit que pour mon médecin, je trouvais cela malsain. » (P, RMS)

« Mais la psychologue, c'est pas comme l'AS ou le toubib, il faut que quelque chose de passe. Donc pour le psychologue, je vois mal l'utilité du RMS. Il vaut mieux pouvoir le choisir vraiment. Moi je l'ai choisie par le bouche à oreille. Du côté des psychologues, j'ai du mal à saisir l'utilité. C'est peut-être parce que j'ai une autre façon d'appréhender le psychologue. Un psychologue, ça se choisit vraiment. J'ai du mal avec l'idée d'un psy imposé. Moi j'en ai balancé 4 ou 5. (...) Je ne pense pas que ça peut être aussi simple que cela, avoir un psychologue imposé à disposition. » (P, RMS)

Cependant, il reste parfois difficile pour certains patients d'aller vers ces professionnels et plusieurs personnes rencontrées soulignent que le RMS facilite grandement l'accès en créant l'opportunité dans le long terme. Tous les médecins de RMS ont ainsi remarqué une amélioration dans la concrétisation et l'inscription dans la durée de l'orientation des patients vers les psychologues. Certains médecins incitent fortement à aller voir les autres professionnels.

« J'ai un nombre de consultation de psychologues très élevé. Ce n'est pas obligatoire, mais je les travaille au corps pour qu'ils y aillent. » (M, RMS)

Parmi les raisons invoquées, au-delà de l'insistance du médecin, la proximité du lieu et la proximité relationnelle entre le MG et le professionnel sont fréquemment citées. Cette dernière permet notamment un transfert de confiance.

« Cela m'a aussi apporté de sentir qu'il n'y avait pas une personne mais plusieurs qui étaient derrière moi. » (P, RMS)

Sans nier cet avantage, c'est la logique même du RMS qui peut alors être mise en question par certains médecins de concentration des professionnels compétents sur les questions de substitution, au détriment des médecins qui n'appartiennent pas au réseau.

« Dans la pratique, quand un patient en a besoin, je l'envoie chez le psy ou chez l'AS. Le problème, c'est que par définition, quand on n'est pas dans le système RMS, du coup on a moins d'accès au service. Du coup, mes patients ont plus de mal pour accéder à une assistante sociale qui sache faire. » (M, Conv.)

« C'est la question de la rentabilité de systématiser des choses coûteuses quand elles ne devraient s'appliquer qu'à une partie des gens. Le RMS apporte une AS plus facilement pour des patients qui sinon auraient du mal à la voir. Pour le psychologue ou psychiatre je suis dubitatif sur le fait qu'il apporte un plus. » (M, Conv.)

Cependant, il faut souligner que l'appartenance au RMS n'est pas systématiquement synonyme d'un accès direct ou immédiat aux autres professionnels. Les pratiques diffèrent.

« Le fonctionnement du RMS dépend du médecin. Dans l'idéal, comme avec AF, quand quelqu'un peut entrer dans le réseau, on en discute tous les trois et il nous demande notre avis. Ailleurs, le médecin inclut puis fait en sorte que le patient voit la psychologue et le travailleur social. » (Pro, RMS)

3.2.2 La compétence des professionnels

Au-delà de l'accès proprement dit, la compétence du professionnel est évoquée comme un aspect essentiel pour l'instauration d'un suivi. Or, même quand le médecin facilite l'accès à des professionnels, ceux-ci ne sont pas nécessairement compétents.

« Quand le médecin téléphone à un psychologue ou à un psychiatre, on se trouve avec quelqu'un qui ne sait pas faire avec les questions de dépendance. Et c'est pareil avec l'assistante sociale, qui est noyée dans les problèmes de tout le monde. » (P, RMS)

Quelles sont ces compétences spécifiques? A propos de la psychologue, les patients évoquent une plus grande ouverture.

« Mais elle est ouverte, ce n'est pas la psychologie classique, on s'allonge et elle se tait. Avec elle, on peut parler d'autre chose. Et puis par exemple elle est venue à l'hôpital me voir. J'étais perdu, j'étais mal, en sevrage. J'étais seul, et c'est une petite chose mais ça fait du bien que quelqu'un s'intéresse à vous. » (P, RMS)

« Quand je l'ai cherché [ma psychologue], j'étais clair sur mon attente par rapport au psychologue. Pour un toxico, ça ne peut pas être l'image de psy habituel, il faut un psychiatre qui travaille différemment, qui est un peu marginal. Le psy habituel, c'est celui qui a un canapé, qui dit oui oui oui à tout. Moi je voulais quelqu'un avec qui j'ai une vraie relation, qui me parle, avec qui on discute. » (P, RMS)

Comme dans le cas des médecins, les expériences passées des patients informent sur les difficultés à trouver des professionnels qu'ils considèrent compétents.

« J'ai déjà arrêté [de consommer], et puis essayé de faire un travail avec une psychologue à la sortie de la cure, mais il y avait des contraintes financières, et la psychologue n'était pas au courant des questions de dépendance, et en plus il n'y avait pas de concertation entre les différents professionnels. » (P, RMS)

Ainsi, tous les interlocuteurs de RMS notent la spécificité du travail de l'assistante sociale en microstructure. Mieux informée, plus à l'écoute, plus au fait des particularités de la consommation de drogue, elle est à même d'établir une relation soutenue et de confiance avec les patients.

« Ici, on a une autre façon de travailler. Sur le secteur, ils examinent les situations à la chaîne, ils donnent rendez-vous et c'est comme ça, sinon c'est « j'ai pas le temps ». » (Pro, RMS)

Les travailleurs sociaux mettent en œuvre une stratégie spécifique pour créer une relation avec le patient.

« Moi je dis que je suis tenue au secret professionnel, que je n'ai pas de contrôle ou de jugement. Le dire, c'est important. Je cherche à établir un contact. C'est difficile de décrire comme ça se produit, c'est vrai qu'on a une expérience, un choix de mots et de choses à établir dès le départ. » (Pro, RMS)

L'insistance est mise sur les spécificités de leur compétence : centrée sur la personne et sur la résolution des problèmes sociaux.

« Le travail avec la famille, ce n'est pas mon travail, sauf s'il y a une demande particulière de la personne. Sinon, je ne rentre pas dans les détails. (...) Si la personne commence à me raconter sa vie, ce qui arrive souvent, je réoriente vers la psychologue. (...) Mon travail, c'est de les accompagner dans l'aménagement pour qu'ils aient une vie meilleure. » (Pro, RMS)

Cette capacité est d'autant plus importante que les réticences des patients sont fortes à l'égard des travailleurs sociaux. Elles tiennent aux expériences passées des patients et à la crainte d'une intrusion.

« Moi, j'appelle rarement quand ils ne viennent pas à un rendez-vous, ou quand on ne les voit plus. Je trouve cela trop intrusif. Surtout depuis ma fonction de travailleur social, qui est très lourdement chargée. C'est plus simple d'appeler pour un médecin ou une psychologue car il n'y a rien derrière. Avec l'assistante sociale, il y a une notion forte de contrôle social qui est très ressentie par les patients. Certains en ont déjà vu, des AS de secteur par exemple, et ils ont encore plus de réticence. » (Pro, RMS)

« Les jeunes parlent carrément de leur réticence, ils demandent si je ne suis pas là pour placer leurs enfants. » (Pro, RMS)

Les réticences des patients proviennent aussi de la mise en doute de la capacité effective des travailleurs sociaux à aider la personne dans sa situation sociale.

« Les AS, elles peuvent pas faire grand-chose. Mais elles sont partout. Je ne peux plus les voir, les AS assises à leur bureau qui font semblant de faire quelque chose. (...) C'est vrai qu'elles ont pas de marge de manœuvre, les AS. » (P, RMS)

Ces réticences peuvent amener les patients à avoir un recours très ponctuel à l'assistante sociale.

« L'AS je m'en suis servi il y a trois ans. J'ai un copain aussi qui s'en est resservi depuis. Ça existe, mais on n'est pas obligé d'être tout le temps dedans. À l'époque, je cherchais un appartement, et j'avais besoin d'une attestation comme quoi je n'étais pas en couple, mais en colocation. C'était une demande très précise, et depuis je n'ai quasiment plus eu besoin du réseau. » (P, RMS)

3.2.3 Le RMS : des accès facilités de façon plus large

Au-delà de l'accès à un psychologue et à un travailleur social, le RMS facilite les contacts avec d'autres professionnels nécessaires dans le cadre d'un suivi pour traitement de substitution. C'est le cas pour la mise en place de traitement par la méthadone.

Pour un médecin généraliste en cabinet conventionnel, l'instauration d'un traitement méthadone est une procédure relativement lourde, même lorsque le médecin est habitué à ce type de prescription. Il doit s'appuyer sur ses propres réseaux.

« Mais maintenant, j'ai un problème avec les patients qui devraient passer à la méthadone. Je les envoie dans un centre, en général au CAS¹¹, parce qu'il y a un médecin avec qui je m'entends, et je sais qu'il ne va pas tout recommencer depuis le début, il me fait confiance ou sinon on règle ça par téléphone. Mais sinon il faut passer par le processus normal, avec deux visites chez l'AS et chez le psy, c'est contraignant, sauf si on est dans le RMS. » (M, Conv.)

Dans le cadre du RMS, la mise en place d'un traitement Méthadone est grandement facilitée.

« [En RMS], la procédure d'initialisation est simplifiée, et le travail pluridisciplinaire permet plus facilement d'expérimenter la méthadone. Il y a une

¹¹Centre d'Accueil et de Soins, un CSST de Strasbourg.

réticence des MG à prescrire de la méthadone. Pourtant, c'est plus adapté sur le plan psychique. Nous, on a le moyen de prescrire [en initialisation] et on a aussi l'expertise de l'outil. En plus, on n'a pas de délai d'attente, alors qu'en CSST cela peut être de 3 à 6 mois d'attente et une procédure assez rigide. » (Pro, RMS)

3.3 La maîtrise des consommations de drogues

La maîtrise des consommations de drogues est un objectif autour duquel travaillent ensemble professionnels et patients. Leur définition de ce que recouvre cette maîtrise et des moyens pour y arriver ne coïncident pas nécessairement, cependant. La prise d'un traitement de substitution peut viser à modifier des habitudes (sociales et de geste) avant d'envisager éventuellement de se passer de tout produit.

« A qui s'adresse la substitution ? A quelqu'un qui est dépendant et qui vous dit, je vais arrêter l'héro, qui est illégale, qui coûte cher et qui engendre des mauvaises fréquentations. Je propose la substitution au Subutex, ce qui est un moyen de s'écarter des fréquentations. Mais la priorité, c'est de leur enlever le réflexe du shoot. » (M, Conv.).

Elle dépend également du profil des patients et du type de consommation

« C'est plus simple de traiter une dépendance à un seul produit. Les produits de substitution ne marchent que pour un produit. Et puis les polytoxicos, ils n'ont pas les mêmes comportements, ils ne recherchent pas les mêmes effets, ils n'ont pas les mêmes usages. Eux, ils prennent de l'héroïne pour traiter leur polytoxicomanie. » (P, RMS)

La question du rôle du médecin dans ce processus est ouverte. Certains patients ne reconnaissent une légitimité au médecin que du fait de ses prérogatives de prescription.

« Pourquoi ce sont des médecins qui s'occupent du traitement ? Parce que ce sont eux qui prescrivent. » (P, RMS)

De l'avis général cependant, c'est tout un ensemble de circonstances qui doit être pris en compte pour définir la réussite ou non du suivi.

« Prendre en charge quelqu'un avec un problème de toxicomanie, ce n'est ni que médical, ni que social, ni que psychologique, mais un ensemble. L'avantage du RMS, c'est d'arrêter de se disperser pour un problème qui est à prendre en charge globalement. » (P, RMS)

Le consensus est large aussi sur le fait que parvenir à cette maîtrise est un chemin long et difficile.

« Le plus dur dans la démarche de soin, ce n'est pas d'arrêter mais de ne pas recommencer. C'est pour cette raison qu'il y a une hésitation. Parce que quand on arrête, on n'a rien résolu, même si avec le temps on se sent mieux, qu'on perd certaines habitudes, mais pas toutes, il faut faire attention. Là, c'est important qu'il y ait une cohérence. Le médecin ne peut pas faire sans une psychologue et un travailleur social. On ne peut pas tout lui demander. » (P, RMS)

A cela s'ajoute son caractère imprévisible et la difficulté à savoir ce qui est déterminant dans les inflexions du parcours. Les rechutes elles-mêmes peuvent être considérées comme nécessaires, *a posteriori*.

« Peut-être que pour pouvoir vraiment arrêter et ne pas recommencer, il faut une expérience de soins, de médecins incompetents, des rechutes, de la maladie. » (P, RMS)

Il est donc d'autant plus important de s'adapter à chaque personne, y compris en termes de produit, dans la définition même du traitement.

« La prescription d'héroïne en substitution, c'est de ne pas changer de produit, mais d'essayer de se maintenir avec ce produit. Il faut que ce soit une possibilité en plus pour ceux à qui ça convient, qui ne peuvent pas faire autrement. Aujourd'hui, il n'y a que le subutex et la méthadone qui ont une AMM, avec en plus les sulphates de morphine qui n'ont pas de cadre légal. Donc notre projet, c'est de proposer aux gens le produit dont ils ont besoin. » (P, RMS)

3.4 Continuité du suivi et relation de confiance avec le médecin généraliste

3.4.1 *La place centrale de la relation de confiance*

De l'avis de tous, la relation établie avec le médecin est essentielle pour un bon suivi.

« C'est lié à la fidélité. C'est difficile de faire confiance à quelqu'un. Et aux médecins en particulier, parce qu'ils ont un discours paradoxal, et aussi parce qu'ils n'en savent pas plus que vous. Il faut construire une connaissance mutuelle. » (P, RMS)

Pour les médecins, il y a confiance si le patient accepte un minimum de « jouer le jeu ».

« De toute façon, je ne peux faire cela qu'avec des gens sympas, qui jouent le jeu. Celui qui fait le con, c'est quelqu'un qui n'est pas régulier, qui est surexcité, qui ne veut pas attendre, qui ne respecte jamais. C'est facile de le voir. » (M, Conv.).

C'est par exemple ce qui permettra au patient d'informer le médecin de pratiques non conformes à leur contrat sans risquer de rompre la relation.

« Comment je le vois [qu'ils s'injectent le Subutex]? Il y a une confiance qui s'instaure, et qui fait qu'à un moment c'est le patient qui le dit, j'arrive pas. » (M, Conv.).

Notons que l'injection du Subutex est une pratique visible pour les médecins ; dans la remarque de ce médecin, l'important n'est donc pas tant de savoir que le patient s'injecte le produit, mais bien que ce soit le patient qui le lui dise de lui-même.

Le RMS facilite cette relation en faisant intervenir plusieurs personnes

« C'est utile, parce que le patient choisit à qui il parle et il ne dit pas la même chose à chacun. Ça ouvre une autre façon de voir et de se prendre en charge,

pour le patient. En synthèse, on parle d'eux. Ils sont prévenus d'ailleurs. Par exemple, quand ils se shootent, ils n'osent pas le dire au médecin, mais ils me le disent. Moi je leur dis que je suis tenue au secret professionnel, que je ne répéterai pas. Mais je peux faire un travail pour que la personne le dise au médecin. » (Pro, RMS)

La rupture des relations est assez fréquente dans le suivi pour un traitement de substitution et souvent liée à des reprises de consommation. Lorsque la relation avec le médecin s'inscrit dans une perspective à long terme, cependant, une rupture peut être ponctuelle et le traitement reprendre après une période.

Cette inscription dans le long terme dépend bien sûr de la confiance dans le médecin. Mais elle peut également tenir à un réseau de proximité, notamment dans le cas de médecins de famille.

« Je sais qu'il [un patient substitué] a rechuté parce qu'il vient de temps en temps, et surtout sa mère me dit qu'il vient la taxer. » (M, Conv.).

3.4.2 *Le RMS comme lieu de référence*

L'ensemble des professionnels rencontrés souligne l'importance du RMS pour faciliter cette continuité des suivis même dans le cas de ruptures.

« Au nouvel an, moi et la psychologue on reçoit des SMS d'anciens patients du RMS. On trouve que c'est bon signe. Le cabinet reste le lieu de référence pour eux. Quand ils sont pris par la police, ils disent qu'ils sont suivis en RMS par moi, et d'ailleurs c'est vrai que cela aide. » (M, RMS)

« On n'est pas dans le forcing avec les patients, pour qu'ils nous voient. Ils savent qu'on est là, on se croise. Quand ils arrêtent de venir, quand ils ratent des rendez-vous, ils reviennent après. Ils savent qu'on est là et qu'on ne fera pas la gueule parce qu'ils ont loupé un rendez-vous. » (Pro, RMS)

Il est possible que les ruptures soient moins nombreuses pour les patients en RMS. De l'avis de certains médecins, le travail en équipe que permet le RMS a pour effet de tenir les gens en situation de crise. La réaction aux crises, la gestion de crise, peut être un critère de différenciation RMS/Conventionnel

« Le RMS est très important pour les familles. Là encore, il « tient », il permet de passer les périodes de turbulences personnelles et familiales. Je le vois aussi par rapport au suivi des familles non toxicomanes, des cas sociaux. Sans le RMS, cela se termine mal, le couple explose. Tout cela vient des ruptures de suivi. Avec le RMS, on stabilise aussi les histoires familiales. » (M, RMS)

Lorsque les ruptures surviennent, la présence d'une équipe connue est en tout cas importante.

« En sortant de cette démarche, de ma dernière cure, je savais qu'il y avait trois personnes qui m'attendaient, et c'était important. Cela veut dire aussi qu'on n'a pas besoin de réexpliquer où on en est et ce qu'on a vécu à chaque fois que l'on a besoin de quelque chose, ou de voir quelqu'un. » (P, RMS)

3.4.3 *Pratiques d'inclusion dans le RMS*

Le fait d'appartenir au RMS ne détermine pas entièrement la façon dont le médecin établit la relation de confiance avec le patient. On peut distinguer deux logiques d'utilisation du RMS par le médecin. Le RMS peut être une donnée pour le médecin, qui ne prescrit de traitement de substitution que dans ce cadre ; il peut constituer un outil, au même titre que d'autre, à mobiliser si besoin en fonction du colloque singulier.

Dans le premier cas, l'adhésion au RMS est considérée comme un préalable qui permet de travailler mieux pour toute substitution. Dans le second, elle est considérée comme le résultat d'un travail préalable, et utile pour certains profils seulement.

« L'adhésion au RMS doit intervenir quand le patient est prêt, pour qu'il s'y implique. Je préfère cela plutôt que de faire de fausses inscriptions où les patients ne reviennent pas et ne font rien [pour aller mieux]. » (M, RMS)

Dans ce cas l'adhésion au RMS prolonge et renforce le contrat moral passé entre patient et médecin, ne serait-ce que parce qu'il y a un contrat écrit.

« Il y a une continuité entre le contrat moral et l'adhésion au RMS. Avant cela, je n'ai jamais fait de contrat écrit avec les patients substitués, même quand ils l'ont recommandé pour le Subutex. » (M, RMS)

L'inclusion matérialise l'engagement du patient dans une démarche de substitution.

« Je trouve que l'inscription effective dans le RMS, c'est-à-dire le travail sur soi, de voir une AS par exemple, protège du mésusage. Le RMS, c'est du boulot pour eux. » (M, RMS)

Ces attitudes donnent lieu à des pratiques d'inclusion variables : certains médecins incluent d'office tous leurs patients sous substitution en RMS, d'autres ne le proposent qu'à certains. Dans ce dernier cas, le choix se fait lorsque la situation de la personne le justifie.

« J'ai des vieux patients de 50 ans sous méthadone, qui travaillent et ne veulent rien d'autre de moi que leurs ordonnances » (M, RMS)

Il peut aussi dépendre du jugement du médecin que la personne est « prête ».

« J'ai aussi un volant de patients pour qui j'ai l'idée du RMS mais pour lesquels j'attends de voir, sans forcément leur en parler. J'anticipe et j'attends la maturation de la proposition. » (M, RMS)

3.5 **Pouvoir négocier la prescription**

La possibilité de négocier la prescription suppose pour les médecins de modifier leur position habituelle dans la relation avec les patients. Ils doivent en effet s'en remettre à une forme d'expertise du patient sur ce qui lui conviendra le mieux.

« La spécificité de la prise en charge des toxicomanes, c'est que c'est un domaine où il faut faire confiance au patient, parce qu'on se connaît bien. Et moi j'étais fort de mes expériences, et je ne voulais pas me laisser faire. Les toxicos se connaissent bien, ils ne sont pas capables de prendre un demi-comprimé au lieu d'un. » (M, RMS)

Elle est utilisée par les médecins avec précaution, notamment en fonction du moment du suivi. Ainsi, la négociation d'une dose est pesée par le médecin avec la possibilité d'un détournement. Pour se déterminer, l'élément-clef est la relation de confiance établie entre le médecin et le patient. De ce fait, la négociation est plutôt faible lors de l'instauration du suivi, c'est-à-dire au moment où médecin et patient se connaissent encore peu.

« On fixe ensemble la dose, 4 ou 6 mg selon ce qu'ils prenaient en héroïne, et si ça ne suffit pas, on augmente. Ceux qui veulent 16 mg d'office, c'est suspect. » (M, Conv.).

Non seulement la négociation est toujours encadrée, mais le médecin peut imposer des contraintes afin de s'assurer des intentions du patient et donc de tester la relation de confiance.

« Je vais ensuite déterminer la dose avec lui pour qu'il n'y ait pas de sensation de manque. Je vais lui prescrire sur une courte durée pour qu'il y ait un suivi, qu'il vienne parler. Cela va aussi me permettre de filtrer et de voir si le patient est dans un système de soin ou de défonce. S'il est dans un système de soin, il viendra régulièrement chercher son Subutex, même s'il a des doses importantes d'ailleurs. S'il prend autre chose, il ne sera pas dans le soin, il refusera de venir si fréquemment. » (M, Conv.).

La négociation suppose que soit établie une relation de confiance. Par contre, une fois cette relation établie, la négociation peut s'assouplir et les règles du médecin se modifier.

« Mais je ne suis pas contre les fortes doses. J'ai une personne qui est sous 16 mg. Après, on essaye de diminuer. Parfois on s'aperçoit que c'est prématuré, et alors on remonte. » (M, Conv.).

Les patients sont eux aussi très sensibles à cette possibilité de négocier. Ils insistent tous, cependant, sur la nécessité de trouver un mode de négociation où le médecin conserve un contrôle.

Lorsqu'une relation de confiance est établie, elle peut permettre qu'existent et s'expriment des conflits et désaccords entre médecin et patient, sans pour autant qu'il y ait rupture du lien.

« Elle [mon médecin] ne voulait pas que j'arrête le Subutex, et moi j'ai fait des pieds et des mains pour arrêter car cela me convenait mieux, et je le savais. C'est moi qui ai fait la démarche par derrière pour aller à Saverne. Elle pensait que c'était moins dur d'arrêter doucement, par étapes. Mais moi non, je savais que je ne pouvais, ça n'avait pas de sens, moi c'était d'un coup ou rien. » (P, RMS)

Cependant, ce même patient considère que la présence de plusieurs professionnels est d'une grande aide dans ce type de désaccord.

« Si j'avais été en RMS [lorsque j'ai eu un désaccord avec mon médecin], j'aurais pu parler de ce différend avec la psychologue, et trouver un moyen d'en discuter avec elle. » (P, RMS)

3.6 Réactivité et aide du médecin généraliste

La complexité du suivi des patients en traitement de substitution est liée à plusieurs raisons. L'ampleur des difficultés liées à la consommation de drogues, pour certains patients et la nature souvent extra-médicale de ces difficultés (sociales notamment) sont les plus cités.

« C'est insoluble. C'est un vrai parcours du combattant. Et alors, quand les parents s'en mêlent, cela devient terrible. Quand le fils a 27 ans, qu'il vit encore chez les parents, ils sont piqués au vif de voir leur enfant dans cet état, et ils viennent ici discuter. Ils me demandent, « qu'est-ce qu'on fait », et on en parle, on cherche des solutions. » (M, Conv.).

Le médecin peut se sentir impuissant, et les patients ressentent le fait que malgré leur bonne volonté, les médecins ne peuvent pas nécessairement les aider. Pour certains médecins, le sentiment d'impuissance est minoré par l'ajustement de l'objectif du suivi mais aussi en excluant les patients qui ne sont pas dans une logique de maîtrise.

« J'ai le sentiment de pouvoir aider certains. Mais on n'est pas satisfait immédiatement, c'est plus tard. C'est déjà une demi satisfaction quand le patient est là régulièrement, sans déconner, qu'il continue à venir. » (M, Conv.)

« Si je devais tirer un bilan de mon expérience de prescription, aujourd'hui, je dirais qu'on peut aider les gens. La motivation c'est qu'ils ne touchent plus à l'héroïne. Il faut les fidéliser, pour qu'ils viennent chercher leur produit, et après ils roulent tout seul, et à un moment donné ils vont s'en sortir. Mais on les sent, les farfelus. » (M, Conv.).

Mais il peut également considérer qu'il n'a pas besoin de s'adjoindre d'autres compétences.

D'autres médecins en cabinet conventionnel établissent des contacts à l'extérieur.

« J'ai des contacts avec les pharmaciens. J'appelle systématiquement quand je fais une prescription. Je fais toujours l'ordonnance ciblée sur un pharmacien. Et puis on travaille en symbiose, il y a une confiance qui s'établit avec le pharmacien. » (M, Conv.).

Dans ce contexte, le médecin généraliste peut se sentir isolé. Il ne peut répondre à certains besoins, mais la non prise en compte de ces besoins rejaillit sur la maîtrise de la consommation et donc le suivi de la substitution.

Les professionnels travaillant en RMS soulignent les effets du travail à plusieurs sur la répartition des charges et des compétences.

« Dans les RMS, on travaille à trois domaines professionnels. (...) Aujourd'hui, dans le RMS, je ne prends pas une décision comme ça, on en parle. Chacun a un avis à donner. » (Pro, RMS)

Cependant, un tel mode de fonctionnement suppose une véritable transformation des pratiques pour le médecin.

« Finalement, ce qui est déterminant, c'est la capacité du médecin à être dans une démarche collective ou non. Parfois on peut observer une évolution. A force

de dire les choses, cela les fait réfléchir. Dans ce cas, cela change la manière de travailler du médecin, et cela c'est énorme. Cela change la façon dont ils reçoivent les gens. Pour certains, il y a des catégories qu'ils ne prenaient pas en compte et qu'ils intègrent maintenant. Pour d'autres qui faisaient tout, ils sont déchargés. » (Pro, RMS)

RMS : la révolution du travail à plusieurs

Tous les médecins inclus dans le RMS soulignent l'importance et le soulagement de ne plus être seul face à des situations difficiles.

« En cas d'échec, c'est très difficile quand on est seul. Là il y a la psychologue, on peut discuter. » (M, RMS)

Pour certains médecins, la conception même de leur travail a été modifiée et le mode de fonctionnement en microstructure pourrait s'étendre à d'autres profils ou pathologies nécessitant une mobilisation importante et extra-médicale.

« Avec le cannabis, ce serait très simple d'étendre le champ du RMS. Il n'y a pas de problème médical à proprement parler, le médical n'est qu'une entrée. Le cabinet, comme lieu banalisé car pluriel dans les populations reçues et les motifs de venue, permet cette entrée vers une autre prise en charge. Il n'y a rien pour la prise en charge des personnes âgées, alors que le RMS serait tout à fait adapté, de même pour le cancer. » (M, RMS)

On peut également identifier un effet en termes de profils de patients au travail à plusieurs. L'appartenance au RMS, en introduisant une équipe plutôt qu'un médecin seul, permet plus facilement d'accepter des patients dont les profils sanitaires et sociaux très lourds engendrent à la fois une charge de travail importante, un suivi intense et de nombreuses ruptures de traitement.

« Depuis le RMS, c'est plus facile de prendre des patients lourds. Le travail en équipe a abaissé le seuil de tolérance des patients difficiles. (...) Quand on travaille seul, il y a un burn-out. Je ne voulais plus de patients à problèmes, périodiquement je disais cela aux centres. » (M, RMS)

3.7 Suivi médical et dépistage de l'hépatite C

Le suivi médical est le cœur de la compétence et de la légitimité du médecin généraliste vis-à-vis de son patient. Cependant, dans le cas de suivi pour traitement de substitution, les médecins ne mettent pas toujours cet aspect au premier plan ; il peut venir après l'établissement d'une relation de confiance, voire de la résolution de problèmes sociaux et personnels.

« Leur besoin immédiat, c'est d'être entendu dans leur souffrance morale. Moi je le fais, mais avec la psychologue c'est différent, et je leur dis. Après, leur 2^{ème} besoin, c'est de trouver un logement et du travail. Et c'est ensuite dans un deuxième temps qu'on va aux questions médicales. » (M, RMS)

Pour de tels médecins, l'appartenance au RMS a permis de réaliser ce processus.

« Avant le RMS, la réponse au 1^{er} besoin [d'être entendu dans leur souffrance] n'était pas satisfaisante. » (M, RMS)

Au-delà du fait de proposer un suivi médical, le faire accepter peut se révéler difficile et être le fruit d'un travail dans le temps. Dans ce cas, l'existence d'un suivi médical atteste de la réussite du suivi.

« Tous mes patients ont fait un bilan sanguin. Le signe qu'ils vont très bien, c'est quand ils se font soigner les dents. » (M, RMS)

3.8 Changer de vie

Pour les patients, la prise d'un traitement de substitution s'inscrit dans un processus long et qui touche à l'ensemble de leur vie. Il dépasse de beaucoup la simple question du sevrage.

« Et quand vous sortez de l'hôpital, là il n'y a plus rien. Et vous croyez que vous avez fait le plus dur mais en fait c'est justement le plus dur qui reste à faire. » (P, RMS)

Pour les plus âgés, les échecs ont été nombreux. Ils associent la réussite au fait de réussir à modifier des éléments importants dans leur vie (fréquentations, travail...). Pour des personnes ayant connu de nombreuses ruptures sociales, le moment de la maîtrise ou de l'arrêt des consommations ouvre sur une période de reconstruction longue et difficile.

« J'ai été en marge pendant longtemps et à 43 ans, question professionnelle, tout est à reconstruire. En plus il faut laisser derrière vous tout ce que vous avez fait. Il y a peu de bons souvenirs. A la fin, avec l'alcool, j'étais coupé du monde pendant des années. Je n'avais plus de vie sociale, ni intime, ni d'amis. » (P, RMS)

Les apports du RMS peuvent être particulièrement sensibles dans cette période.

« La RMS me semble plus utile après avoir arrêté. (...) Quand vous arrêtez, vous vous sentez démuni. C'est difficile de se dire que la vie existe sans. Du coup, c'est intéressant de discuter avec une psychologue qui sait d'où vous venez. » (P, RMS)

La présence de plusieurs professionnels et la continuité des relations sont d'autant plus importantes que l'on ne sait jamais vraiment ce qui déclenche le processus de « changer de vie ».

« On ne sait pas pourquoi ça se produit à ce moment-là. Surtout quand on est allé d'échec en échec. Sur 20 ans, j'ai eu souvent l'impression d'avoir atteint mes limites, mais ça n'était jamais le moment pour autant, et j'ai continué. Il y a une conjonction d'événements qui fait que ça arrive à un moment donné. » (P, RMS)

3.9 Conclusion

Pour conclure, nous évoquerons quelques caractéristiques du fonctionnement en micro-structure qui sont apparues au fil des entretiens quant aux relations entre professionnels.

Le fonctionnement en RMS place les professionnels dans une tension entre une logique de prise en charge « globale », pluridisciplinaire du type offert dans les centres de soins

et une logique de suivi médical de prescription en cabinet de MG. Il s'agit de rendre disponible une offre, de psychologue et de travailleur social, que les patients comme les médecins peuvent ou doivent saisir, selon les cas.

Les patients font part du sentiment d'être dans une formule intermédiaire. L'absence de structure évite de se trouver dans un « milieu » où surviennent des tentations et où l'on n'est pas invisible, et la relation privilégiée avec le médecin reste centrale, parfois d'ailleurs suffisante. En instituant une continuité et une permanence, le RMS permet de mieux s'adapter à la temporalité propre à la démarche de contrôle ou d'arrêt des consommations.

Pour les médecins également, le RMS offre l'opportunité de modifier assez profondément ses pratiques, ce dont certains se saisissent. Cette modification porte notamment sur le degré de contrôle que conserve les médecins sur les rapports avec les autres professionnels. Il est initialement élevé : les rencontres se font au sein du cabinet, parfois dans le bureau du médecin et la ligne téléphonique étant celle du cabinet, les rendez-vous sont souvent pris par l'intermédiaire du médecin. Certains médecins conservent ce rôle d'intermédiaire et de filtre, cependant que d'autres trouvent des moyens de s'en défaire un peu.

« Je ne passe pas le relais, même quand j'oriente. Je garde la main, je reste le référent. » (M, RMS)

« Les RMS qui ne marchent pas, c'est une question de capacité du médecin à faire confiance aux intervenants, et à ne pas chercher le contrôle sur ce qu'ils font avec les patients. Il faut aussi qu'ils soient ouverts à ce qui n'est pas médical. » (M, RMS)

« Le RMS est une révolution dans la tête parce qu'il associe des médecins dans leur cabinet à des non médecins, des non libéraux, et surtout des non professionnels du soin. Et tout ce monde travaille autour de la même personne. » (M, RMS)

« Au début, le simple fait de travailler dans le même bureau a été une révolution, en terme d'aménagement de l'espace. Pour AF par exemple, son associé a accepté de mettre à disposition son bureau pendant ses absences, et ce pour des non médecins. Je ne sais pas comment il a accepté. » (M, RMS)

« Par exemple, ici, la discussion du traitement est collégiale. C'est révolutionnaire : il y a peu de médecins qui acceptent de discuter de la prescription avec d'autres médecins. » (M, RMS)

Avec la forme « hybride » du RMS, ni colloque singulier en cabinet, ni institution collective, certains patients se sentent exclus de la concertation entre les professionnels.

« J'ai l'impression de voir des professionnels qui se connaissent tous et qui ont un projet commun. Mais je ne le connais pas. Je l'imagine et on me dit que tout le monde le partage. Mais je ne le sens pas. Le sentir, ce serait par exemple me retrouver en face des trois personnes. Et j'aimerais aussi savoir comment on en sort, du RMS. » (P, RMS)

Pour d'autres, le fait d'être en RMS ne correspond à rien de précis, voire est méconnu.

« J'ai aussi rencontré d'autres gens qui étaient en RMS mais qui ne le savaient pas. » (P, RMS)

Dans la perspective de réaliser une étude plus approfondie sur le fonctionnement du RMS, plusieurs éléments devraient être intégrés à l'analyse. Il est important notamment de replacer le RMS dans un paysage d'offres de soin, par rapport auquel il se situe, plutôt que de le considérer seul ou en coexistence avec les seuls cabinets conventionnels. Ensuite, la place intermédiaire du RMS (entre centre et cabinet) peut aussi être vue comme relevant d'une logique de formation et d'encadrement des médecins généralistes dans leur prise en charge de la toxicomanie, dans le prolongement de l'évolution des idées et des pratiques suite à l'ouverture de la prescription du Subutex aux médecins généralistes en 1996. A ce titre, les difficultés rencontrées par le RMS dans les relations au sein de certaines microstructures renvoient aussi à cet enjeu : est-il possible de former et d'encadrer, par ce biais, des médecins qui n'ont pas été impliqués dans la prise en charge de la toxicomanie auparavant ?

4 ANALYSE DES RÉPONSES DES MÉDECINS

Nous présentons dans ce chapitre l'analyse descriptive des réponses données par les médecins échantillonnés au le questionnaire qui leur était dédié (voir chapitre 2.4.1.3 page 35). Nous commençons par décrire les conventions de codage adoptées, avant de décrire les réponses données elles-mêmes puis de quantifier les préférences des médecins par rapport aux huit critères retenus pour décrire l'utilité de l'accompagnement de la substitution pour un usager de drogue.

4.1 Conventions de codage adoptées

Quelques problèmes ont été soulevés lors de la saisie des questionnaires médecin. Nous décrivons ici la façon dont nous les avons résolus.

Le questionnaire 202 présente, dans certaines des échelles relatives à l'utilité des critères pour le patient, des doubles réponses. C'est le cas des items « g » et « h » (le patient peut difficilement/très difficilement avoir accès à un psy ou un travailleur social), où les utilités brutes sont à la fois de 3,8 et de 9,8 respectivement. Puisque les utilités brutes associées à un accès très facile/facile sont de 6,1 et 7,2 respectivement, nous retiendrons les utilités de 3,8 pour l'accès difficile/très difficile. Enfin, c'est aussi le cas de l'item « i » (le patient ne prend pas de médicament de substitution et n'a plus de problème avec ses consommations d'autres produits addictifs), se voyant attribuer des utilités brutes de 0 (chiffre entouré) et de 9,7 (position du trait oblique). Nous retiendrons le chiffre de 9,7 qui correspond à la consigne de saisie (trait oblique) et paraît le plus logique.

Le questionnaire 210 a également posé problème pour les items « f » et « h » des échelles d'utilité, où le trait oblique s'avère être une barre horizontale de 2 à 4 unités de largeur. Nous considérons dans ce cas la valeur centrale de la barre. Ainsi, une barre allant de 0,0 à 0,2 a été codée à 0,1.

En outre, certains médecins précisent dans le troisième volet du questionnaire que tel critère est « >5 » fois plus important que l'autre, sans préciser de chiffre. Afin de réduire les valeurs manquantes, nous imputerons le chiffre manquant par la moyenne des chiffres précisés à la même question.

Le médecin 107, née en 1967, installée en 2001, déclare suivre des usagers de drogue depuis 97 ans. On va considérer cette dernière variable comme manquante.

Le médecin 108, installée en 1998, déclare suivre des usagers de drogue depuis 13 ans. Cette durée est supérieure à sa durée d'exercice, qui est de 10 ans. La durée est ainsi recodée à 10 ans.

4.2 Description de l'échantillon

30 médecins nous ont retourné un questionnaire « Médecin » : 15 médecins hors RMS et 15 en microstructure.

Notons que certains médecins exercent dans le même cabinet : nous ne disposons que de 26 cabinets différents. 8 médecins proviennent de 4 cabinets où ils exercent en commun.

4.2.1 Situation personnelle et professionnelle

4.2.1.1 Localisation géographique

Les cabinets recrutés se répartissent dans 8 villes distinctes (Figure 4) :

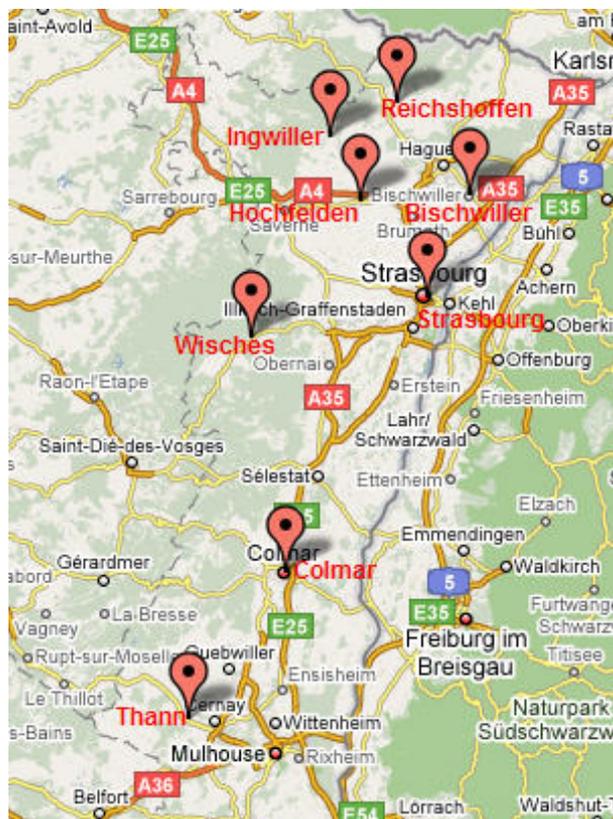


FIG. 4 – Localisation des médecins participant à l'étude

- Strasbourg, chef-lieu de la région Alsace et du département du Bas-Rhin. Cette ville comportait en 2005 272 700 habitants pour une superficie de 78,26 km², soit une densité de 3 375 habitants par km². L'aire urbaine¹² de Strasbourg comporte 702 412 habitants.
- Colmar, siège de la préfecture du département du Haut-Rhin, l'un des deux départements de la région Alsace. C'est la troisième ville de la région par sa population, qui était en 2006 de 67 163 habitants. Sa superficie est de 66,57 km², sa densité de 978 habitants par km². La population de sa zone urbaine est de 116 268 habitants.
- Bischwiller, commune française située dans le département du Bas-Rhin. Elle comptait en 1999 11 596 habitants pour une superficie de 17,25 km², soit une densité de 672 habitants par km².
- Thann, commune française située dans le département du Haut-Rhin. Elle comptait en 1999 8 033 habitants pour une superficie de 12,51 km², soit une densité de 642

¹²Ensemble constitué par un pôle urbain (agglomération offrant au moins 5 000 emplois) et sa couronne périurbaine dans lesquels travaille au moins 40 % de la population active résidente.

habitants par km².

- Reichshoffen, commune française située dans le département du Bas-Rhin. Elle comptait en 1999 5 183 habitants pour une superficie de 17,64 km², soit une densité de 294 habitants par km².
- Ingwiller, commune française située dans le département du Bas-Rhin. Elle comptait en 1999 3 847 habitants pour une superficie de 18,05 km², soit une densité de 213 habitants par km².
- Hochfelden, commune française située dans le département du Bas-Rhin. Elle comptait en 1999 2 944 habitants pour une superficie de 12,09 km², soit une densité de 244 habitants par km².
- Wisches, commune française située dans le département du Bas-Rhin. Elle comptait en 1999 2 017 habitants pour une superficie de 19,25 km², soit une densité de 105 habitants par km².

Groupe	Stras.	Hochf.	Thann	Bischw.	Ingw.	Colmar	Reich.	Wisches	N
Conventionnel	53,33 %	0,00 %	0,00 %	6,67 %	0,00 %	33,33 %	6,67 %	0,00 %	15
RMS	46,67 %	6,67 %	13,33 %	6,67 %	6,67 %	6,67 %	0,00 %	13,33 %	15
Ensemble	50,00 %	3,33 %	6,67 %	6,67 %	3,33 %	20,00 %	3,33 %	6,67 %	30

TAB. 4 – Ville et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1476$, test exact de Fisher). Beaucoup de médecins du groupe conventionnel se recrutent dans les grandes villes (87 % exercent à Strasbourg ou Colmar, contre 53 % dans le groupe RMS), mais la différence n'est pas significative ($p=0,1086$, test exact de Fisher).

4.2.1.2 Année de naissance

On va s'intéresser à l'âge, en années révolues, du médecin au 31/12/2007. Cet âge est obtenu en soustrayant à 2007 l'année de naissance du médecin.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	15	50,67	6,73	33	57
RMS	15	47,60	5,49	40	59
Ensemble	30	49,13	6,23	33	59

TAB. 5 – Âge et groupe d'appartenance

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel ont 50,67 ans et ceux du groupe RMS en ont 47,60 (Tableau 5). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0739$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.2.1.3 Sexe

Groupe	Femme	Homme	N
Conventionnel	20,00 %	80,00 %	15
RMS	53,33 %	46,67 %	15
Ensemble	36,67 %	63,33 %	30

TAB. 6 – Sexe et groupe d'appartenance

La figure 5 donne la proportion de médecins des deux sexes en fonction de leur groupe d'appartenance. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1281$, test exact de Fisher).

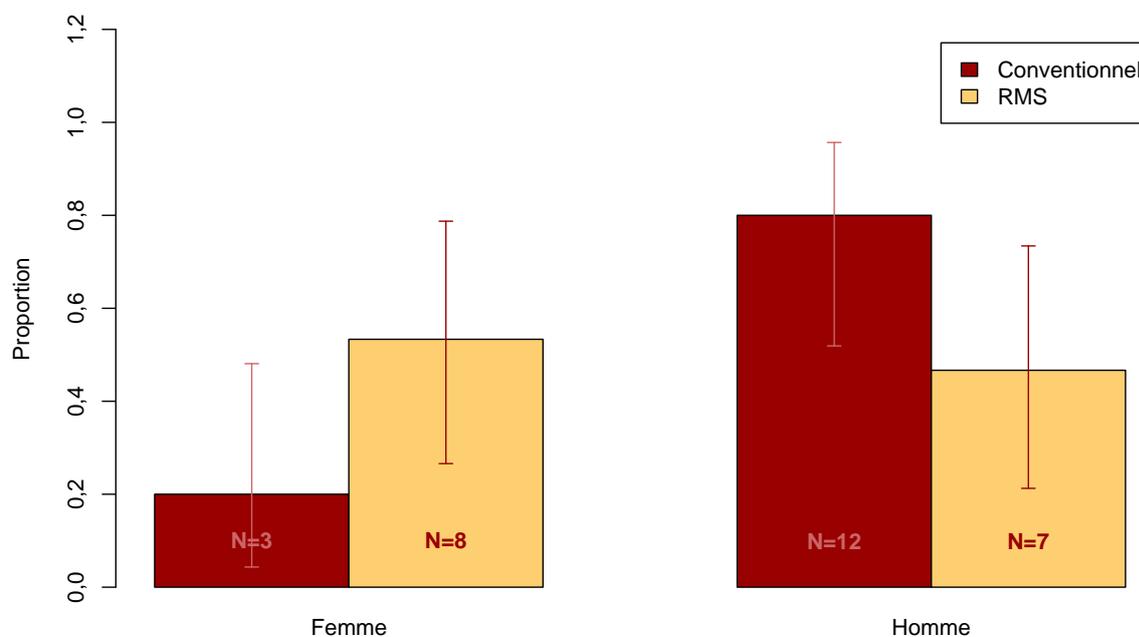


FIG. 5 – Sexe du médecin et appartenance à RMS

4.2.1.4 Année d'installation

On va s'intéresser au nombre d'années d'exercice en 2007.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	15	20,67	8,09	3	29
RMS	15	16,13	6,00	7	27
Ensemble	30	18,40	7,37	3	29

TAB. 7 – Ancienneté et groupe d'appartenance

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel totalisent 20,67 années d'ancienneté en 2007 et ceux du groupe RMS en totalisent 16,13. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0530$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.2.1.5 Expérience des usagers de drogue sous traitement de substitution

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	9,79	4,79	2	20
RMS	14	12,71	3,17	9	20
Ensemble	28	11,25	4,26	2	20

TAB. 8 – Expérience en accompagnement d'UD des médecins et groupe d'appartenance

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel totalisent 9,79 années d'expérience en 2007 et ceux du groupe RMS en totalisent 12,71. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0571$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

On peut également s'intéresser à la part de la carrière consacrée à l'accompagnement d'usagers de drogue sous traitement de substitution. Celle-ci est définie par le rapport entre le nombre d'années d'expérience de suivi et le nombre total d'années d'exercice.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	52,33 %	21,85 %	23 %	94 %
RMS	14	80,17 %	18,52 %	37 %	100 %
Ensemble	28	66,25 %	24,41 %	23 %	100 %

TAB. 9 – Part de l'accompagnement d'UD dans la carrière et groupe d'appartenance

En moyenne, l'accompagnement d'usagers de drogue en traitement de substitution représente 52,33 % de la carrière des médecins du groupe conventionnel. Cette part est de 80,17 % pour ceux du groupe RMS. On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0024$, test non paramétrique de Mann-Whitney). Les médecins du groupe RMS ont consacré une part significativement plus importante de leur carrière au suivi d'usagers de drogue pour des traitements de substitution.

4.2.1.6 Produits prescrits

Le subutex est prescrit par 100,00 % des médecins interrogés. La méthadone l'est par 86,67 % des médecins interrogés. 53,33 % des médecins interrogés prescrivent d'autres produits.

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	0,00 %	100,00 %	15
RMS	0,00 %	100,00 %	15
Ensemble	0,00 %	100,00 %	30

TAB. 10 – Prescription de Subutex et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes pour la prescription de Subutex ($p = 1,0000$, test exact de Fisher).

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	26,67 %	73,33 %	15
RMS	0,00 %	100,00 %	15
Ensemble	13,33 %	86,67 %	30

TAB. 11 – Prescription de Méthadone et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes pour la prescription de Méthadone ($p = 0,0996$, test exact de Fisher).

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	66,67 %	33,33 %	15
RMS	26,67 %	73,33 %	15
Ensemble	46,67 %	53,33 %	30

TAB. 12 – Prescription d'autres traitements de substitution et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes pour la prescription d'autres traitements ($p = 0,0656$, test exact de Fisher). Les autres traitements prescrits sont :

- BZP/Benzodiazépine(s) (citées 3 fois),
- Morphine (cité 1 fois),
- Skenan¹³ (cité 3 fois),
- Sulphate de morphine (cité 8 fois),
- Codéine(s) (cité 3 fois),
- « Tous les médicaments ! » (cité 1 fois),

¹³Il s'agit de sulphate de morphine à libération prolongée, sous forme de gélules de 10 mg à 200mg.

– Temgesic¹⁴ (cité une fois).
Certains médecins citent plusieurs médicaments.

4.2.1.7 Mode d'exercice

La question posée au médecin était la suivante : « Quel est votre mode d'exercice ? ». Il pouvait cocher « En cabinet médical conventionnel », « En microstructure » et « Autre ». Nous allons décrire le rapport entre cocher chacune de ces cases et le groupe d'appartenance du médecin : on s'attend à ce que tous les médecins conventionnels ne cochent que la première case et que tous les médecins RMS ne cochent que la seconde.

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	0,00 %	100,00 %	15
RMS	80,00 %	20,00 %	15
Ensemble	40,00 %	60,00 %	30

TAB. 13 – Exercice conventionnel et groupe d'appartenance

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	100,00 %	0,00 %	15
RMS	0,00 %	100,00 %	15
Ensemble	50,00 %	50,00 %	30

TAB. 14 – Exercice en microstructure et groupe d'appartenance

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	100,00 %	0,00 %	14
RMS	93,33 %	6,67 %	15
Ensemble	96,55 %	3,45 %	29

TAB. 15 – Autres types d'exercice et groupe d'appartenance

20,00 % des médecins en microstructure ont également un exercice conventionnel. Ces réponses peuvent traduire une incompréhension de la question ou le fait que certains médecins RMS voient des usagers de drogues à la fois dans le cadre de la microstructure et en dehors de ce cadre. 3,45 % des médecins ont d'autres modes d'exercice. Il s'agit d'un médecin en microstructure, déclarant exercer en CSST. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

¹⁴Comme le Subutex, il s'agit de buprénorphine, en comprimés sublinguaux de 0,2 mg ou en solution injectable de 0,3 mg/mL.

4.2.1.8 File active

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	15	125,33	52,80	75	220
RMS	14	124,93	33,86	75	180
Ensemble	29	125,14	43,89	75	220

TAB. 16 – File active moyenne et groupe d'appartenance

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel voient 125,33 patients par semaine et ceux du groupe RMS en voient 124,93. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,7413$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.2.1.9 File active d'usagers ou ex usagers de drogues suivis pour des traitements de substitution

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	15	9,47	9,91	0	30
RMS	14	24,14	36,98	5	150
Ensemble	29	16,55	27,19	0	150

TAB. 17 – File active d'UD moyenne et groupe d'appartenance

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel voient 9,47 usagers ou ex usagers de drogues pour des traitements de substitution par semaine et ceux du groupe RMS en voient 24,14. On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0394$, test non paramétrique de Mann-Whitney). Notons que certains médecins du groupe conventionnel déclarent une file active hebdomadaire de 0 à 3 patients. Ceci s'explique par une fréquence de suivi de l'ordre de une à deux fois par mois.

On peut s'intéresser à la part de cette clientèle sur l'ensemble de la file active.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	15	8,11 %	9,67 %	0 %	38 %
RMS	14	17,79 %	21,36 %	4 %	88 %
Ensemble	29	12,78 %	16,82 %	0 %	88 %

TAB. 18 – Part de l'accompagnement d'UD dans la file active et groupe d'appartenance

En moyenne, l'accompagnement d'usagers de drogue en traitement de substitution représente 8,11 % de la file active des médecins du groupe conventionnel. Cette part est de 17,79 % pour ceux du groupe RMS. On identifie une différence significative entre les

deux groupes ($p = 0,0120$, test non paramétrique de Mann-Whitney). Un médecin RMS se distingue par une spécialisation élevée dans le suivi des usagers de drogue pour traitement de substitution : ces patients représentent 18 % de sa file active hebdomadaire.

4.2.2 *Pratiques avec les usagers ou ex-usagers*

4.2.2.1 Fréquence des visites

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	1,71	0,83	1	4
RMS	14	1,93	0,43	1	3
Ensemble	28	1,82	0,66	1	4

TAB. 19 – Fréquence moyenne des visites d'UD et groupe d'appartenance

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel voient les usagers ou ex usagers sous traitement de substitution qu'ils accompagnent 1,71 fois par mois et ceux du groupe RMS les voient 1,93 fois par mois. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1969$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.2.2.2 Durée moyenne de consultation

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	11,21	4,46	5	20
RMS	14	15,57	4,45	8	25
Ensemble	28	13,39	4,90	5	25

TAB. 20 – Durée moyenne (en minutes) des consultations d'UD et groupe d'appartenance

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel consacrent 11,21 minutes par consultation aux usagers ou ex usagers sous traitement de substitution qu'ils accompagnent et ceux du groupe RMS leur consacrent 15,57 minutes. On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0230$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.2.2.3 Aisance dans le suivi

On demandait aux médecins de décrire comment il se sentaient dans le suivi de ces patients à l'aide d'une échelle de Lickert à 4 items :

- Pas du tout à l'aise,
- Peu à l'aise,
- Assez à l'aise,
- Complètement à l'aise.

Groupe	Pas du tout	Peu	Assez	Complètement	N
Conventionnel	0,00 %	13,33 %	60,00 %	26,67 %	15
RMS	0,00 %	0,00 %	26,67 %	73,33 %	15
Ensemble	0,00 %	6,67 %	43,33 %	50,00 %	30

TAB. 21 – Aisance dans le suivi et groupe d'appartenance

La figure 6 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0379$, test exact de Fisher). Les médecins du groupe RMS se sentent plus à l'aise dans le suivi des patients sous traitement de substitution.

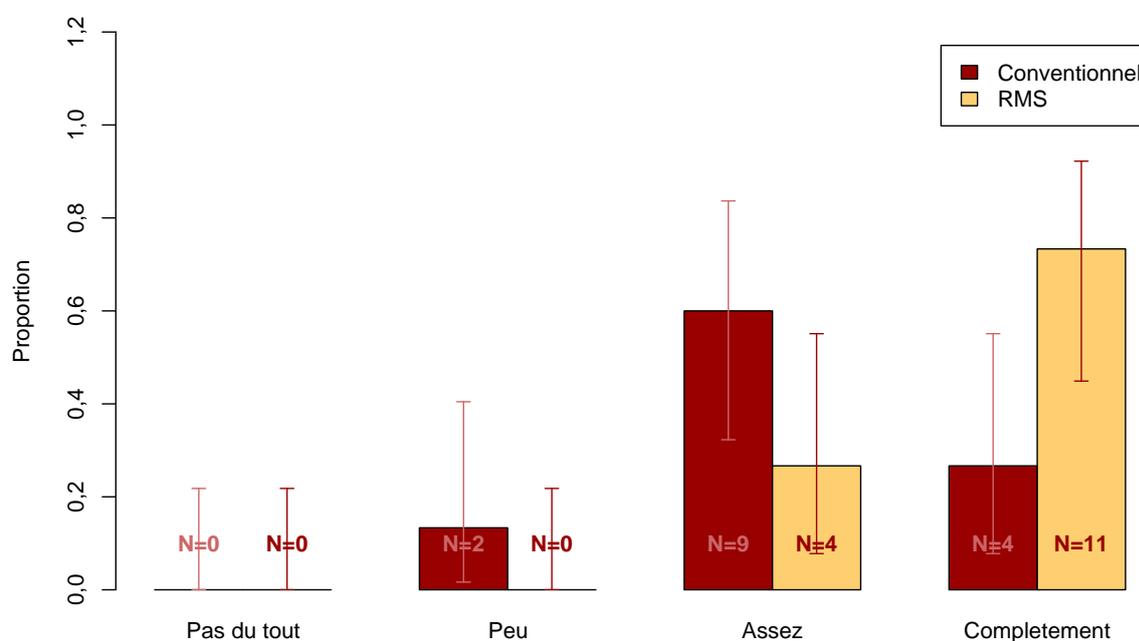


FIG. 6 – Aisance du médecin dans le suivi d'UD et appartenance à RMS

4.2.2.4 Satisfaction du suivi

On demandait aux médecins s'ils avaient le sentiment de pouvoir suivre les patients de façon :

- Pas du tout satisfaisante,
- Peu satisfaisante,
- Assez satisfaisante,

– Très satisfaisante.

Groupe	Pas du tout	Peu	Assez	Très	N
Conventionnel	6,67 %	13,33 %	80,00 %	0,00 %	15
RMS	0,00 %	6,67 %	73,33 %	20,00 %	15
Ensemble	3,33 %	10,00 %	76,67 %	10,00 %	30

TAB. 22 – Satisfaction du suivi et groupe d'appartenance

La figure 7 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3966$, test exact de Fisher).

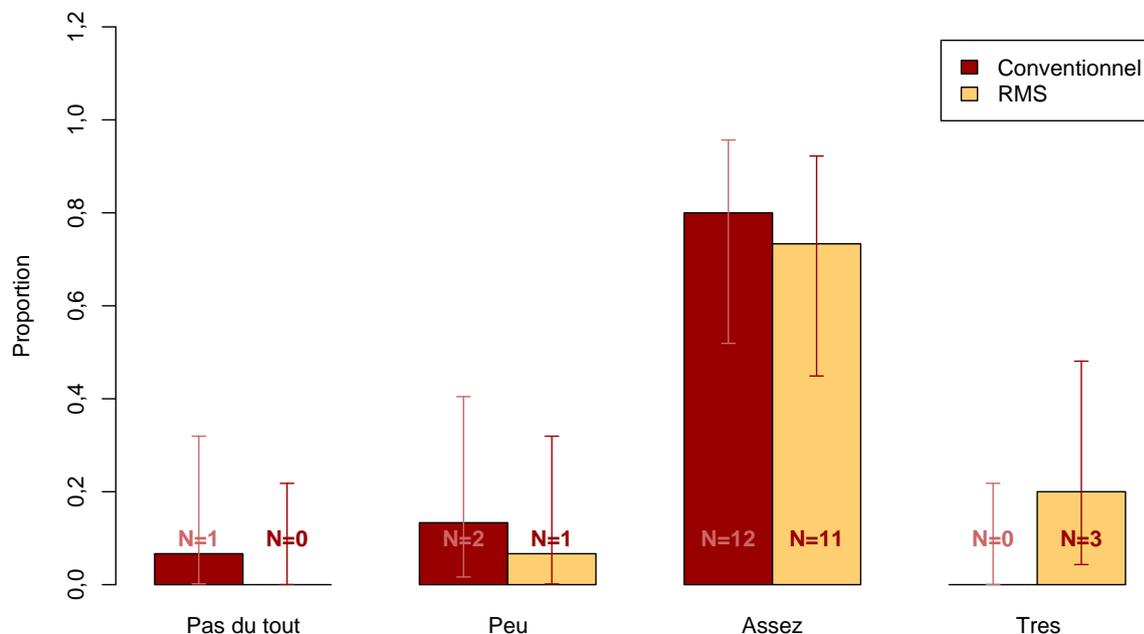


FIG. 7 – Satisfaction du médecin dans le suivi d'UD et appartenance à RMS

4.2.2.5 Dépistage du VIH

On cherche cette fois à savoir si le médecin propose un dépistage du VIH :

- Jamais,
- Lorsque la relation a été établie,
- Dès la première consultation.

Groupe	Jamais	Rel. établie	Première cons.	N
Conventionnel	0,00 %	86,67 %	13,33 %	15
RMS	0,00 %	66,67 %	33,33 %	15
Ensemble	0,00 %	76,67 %	23,33 %	30

TAB. 23 – Dépistage du VIH et groupe d'appartenance

La figure 8 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3898$, test exact de Fisher).

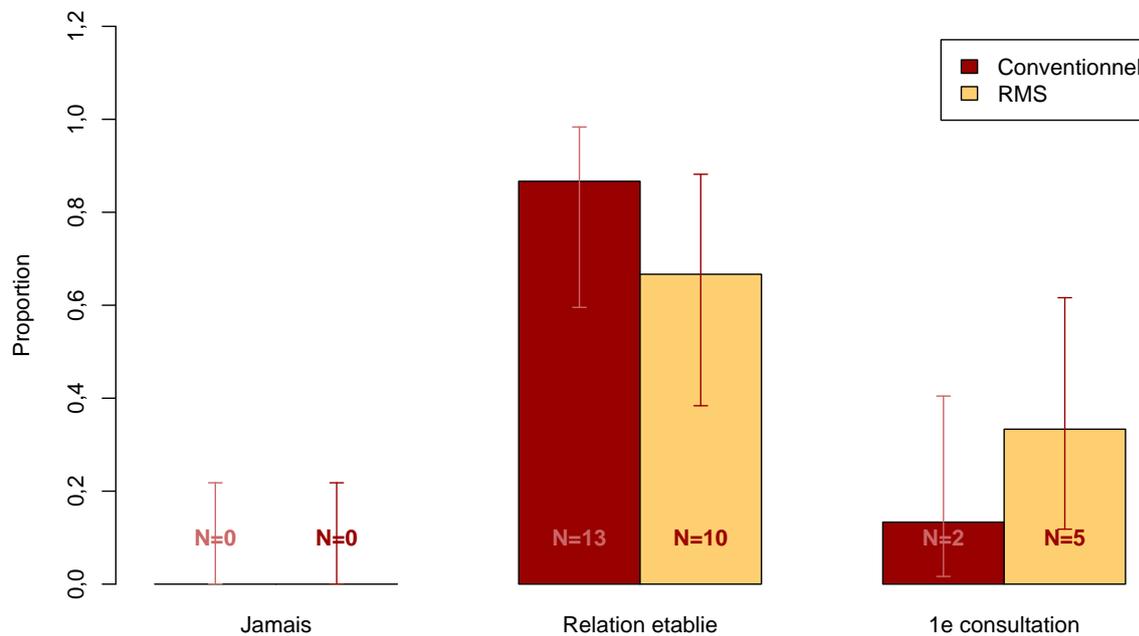


FIG. 8 – Dépistage du VIH et appartenance à RMS

4.2.2.6 Dépistage du VHB

On cherche cette fois à savoir si le médecin propose un dépistage du VHB :

- Jamais,
- Lorsque la relation a été établie,
- Dès la première consultation.

Groupe	Jamais	Rel. établie	Première cons.	N
Conventionnel	0,00 %	86,67 %	13,33 %	15
RMS	0,00 %	66,67 %	33,33 %	15
Ensemble	0,00 %	76,67 %	23,33 %	30

TAB. 24 – Dépistage du VHB et groupe d'appartenance

La figure 9 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3898$, test exact de Fisher).

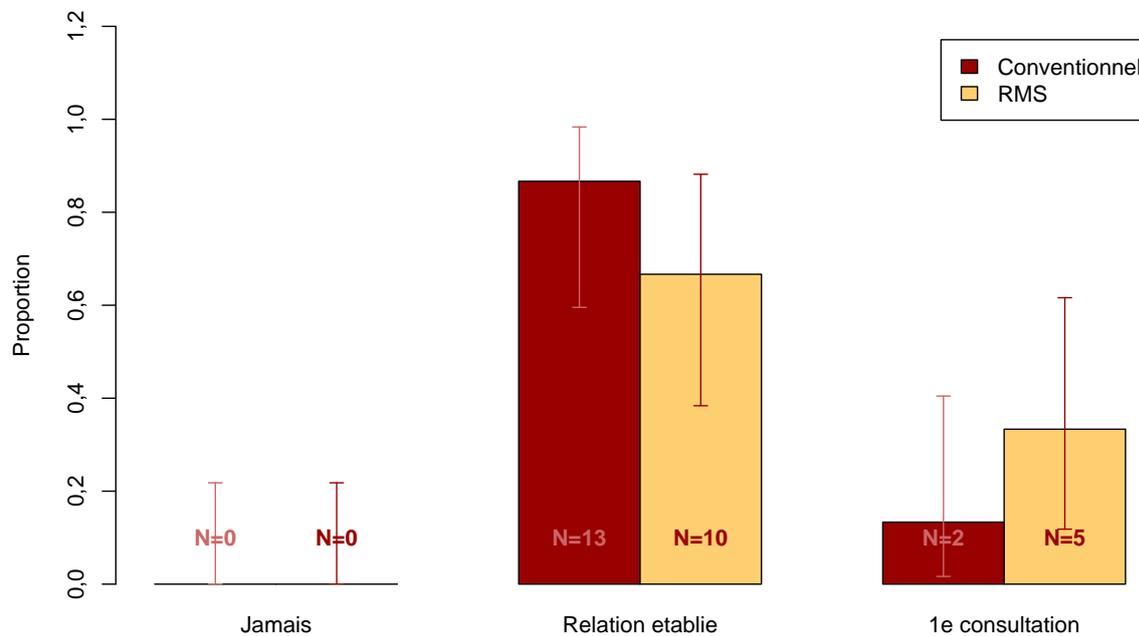


FIG. 9 – Dépistage du VHB et appartenance à RMS

4.2.2.7 Dépistage du VHC

On cherche cette fois à savoir si le médecin propose un dépistage du VHC :

- Jamais,
- Lorsque la relation a été établie,
- Dès la première consultation.

Groupe	Jamais	Rel. établie	Première cons.	N
Conventionnel	0,00 %	86,67 %	13,33 %	15
RMS	0,00 %	66,67 %	33,33 %	15
Ensemble	0,00 %	76,67 %	23,33 %	30

TAB. 25 – Dépistage du VHC et groupe d'appartenance

La figure 10 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3898$, test exact de Fisher).

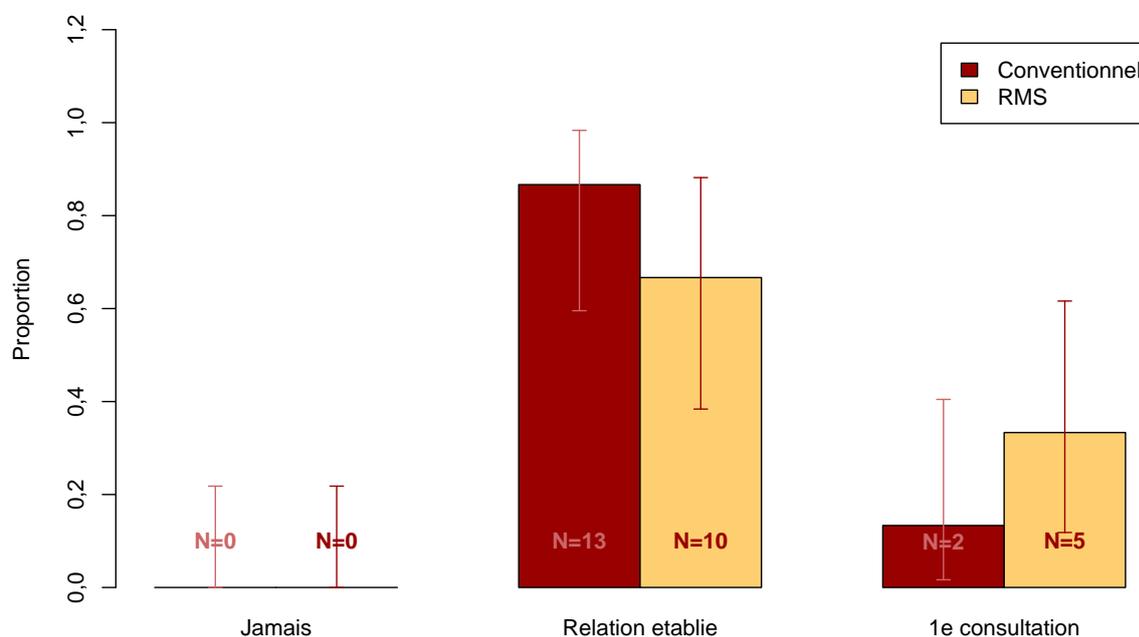


FIG. 10 – Dépistage du VHC et appartenance à RMS

On peut s'intéresser à la proportion de médecins fournissant la même réponse pour les trois dépistages. Elle est de 100 %.

4.2.2.8 Utilité du psychologue

On demande cette fois au médecin de se prononcer sur l'utilité, dans un traitement de substitution, du suivi des patients par un(e) psychologue. Celle-ci est évaluée par quatre modalités :

- Inutile,

- Peu utile,
- Très utile,
- Indispensable.

Groupe	Inutile	Peu utile	Très utile	Indispensable	N
Conventionnel	0,00 %	14,29 %	71,43 %	14,29 %	14
RMS	0,00 %	0,00 %	66,67 %	33,33 %	15
Ensemble	0,00 %	6,90 %	68,97 %	24,14 %	29

TAB. 26 – Utilité du psychologue et groupe d'appartenance

La figure 11 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2307$, test exact de Fisher).

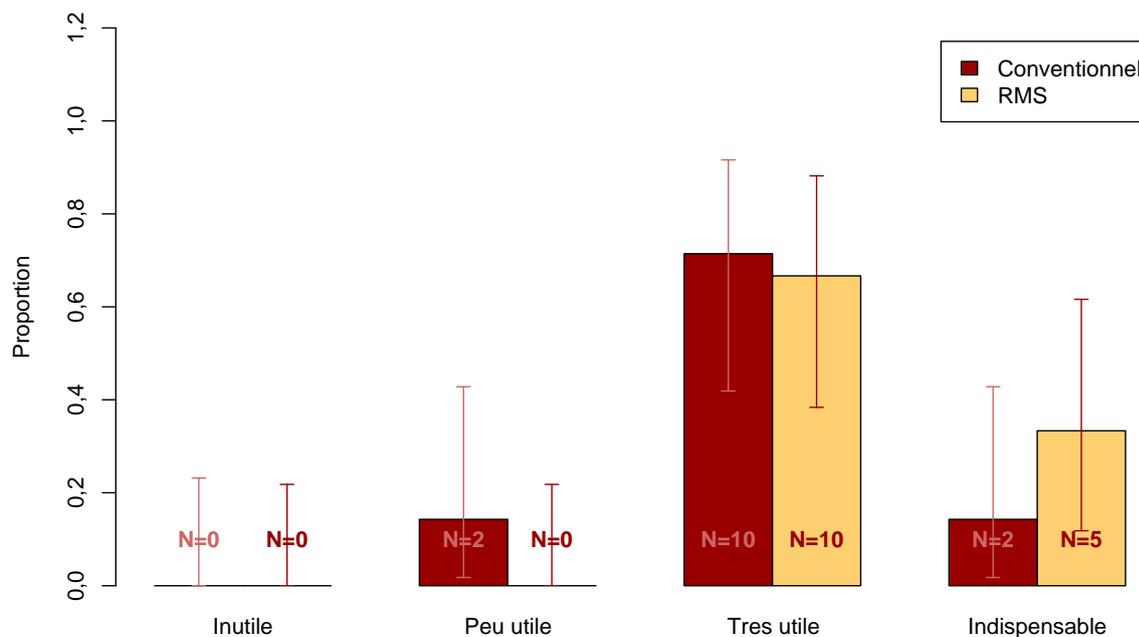


FIG. 11 – Utilité du psychologue et appartenance à RMS

4.2.2.9 Utilité de l'assistant(e) social(e)

On demande cette fois au médecin de se prononcer sur l'utilité, dans un traitement de substitution, du suivi des patients par un(e) assistant(e) social(e). Celle-ci est évaluée par quatre modalités :

- Inutile,
- Peu utile,
- Très utile,
- Indispensable.

Groupe	Inutile	Peu utile	Très utile	Indispensable	N
Conventionnel	0,00 %	14,29 %	71,43 %	14,29 %	14
RMS	0,00 %	0,00 %	73,33 %	26,67 %	15
Ensemble	0,00 %	6,90 %	72,41 %	20,69 %	29

TAB. 27 – Utilité de l'assistant(e) social(e) et groupe d'appartenance

La figure 12 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,4012$, test exact de Fisher).

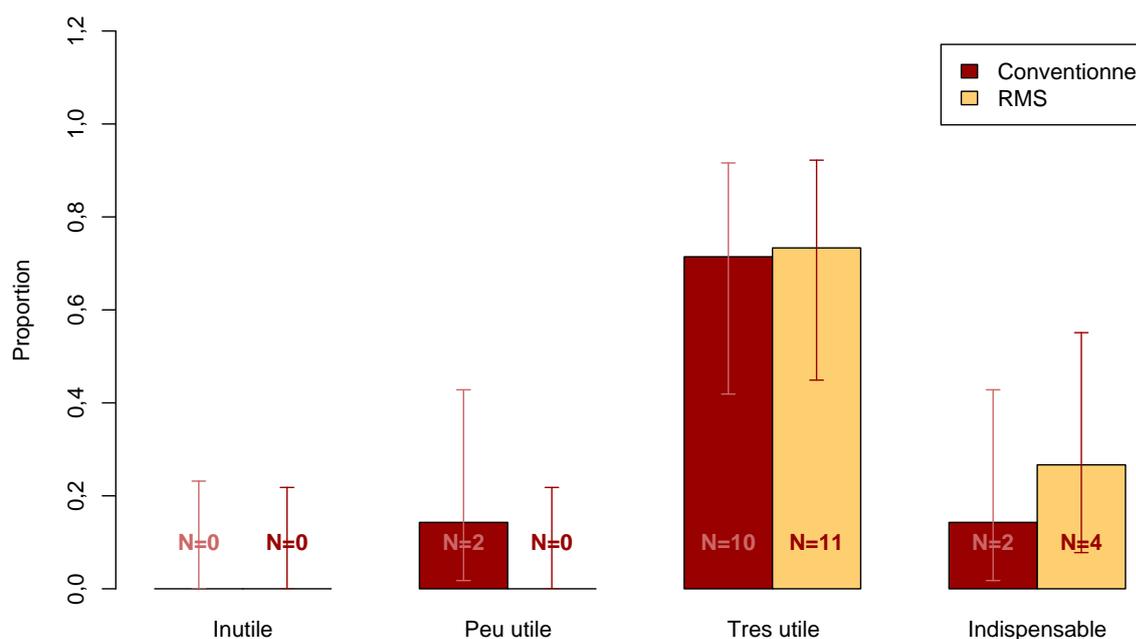


FIG. 12 – Utilité de l'assistant(e) social(e) et appartenance à RMS

On peut s'intéresser à la proportion de médecins fournissant la même réponse pour les deux professionnels. Elle est de 76,00 %.

4.2.2.10 Facilité d'accès au psychologue

On demande cette fois au médecin de se prononcer sur la facilité d'accès au psychologue par les patients qu'il suit. Celle-ci est évaluée par quatre modalités :

- Non, pas du tout,
- Non, c'est difficile,
- Oui, facilement,
- Oui, très facilement.

Groupe	Non, pas du tout	Non, c'est difficile	Oui, facilement	Oui, très facilement	N
Conventionnel	6,67 %	73,33 %	20,00 %	0,00 %	15
RMS	0,00 %	13,33 %	53,33 %	33,33 %	15
Ensemble	3,33 %	43,33 %	36,67 %	16,67 %	30

TAB. 28 – Facilité d'accès au psychologue et groupe d'appartenance

La figure 13 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=7e-04$, test exact de Fisher). Les médecins du groupe conventionnel considèrent comme difficile l'accès au psychologue, contrairement à ceux du groupe RMS.

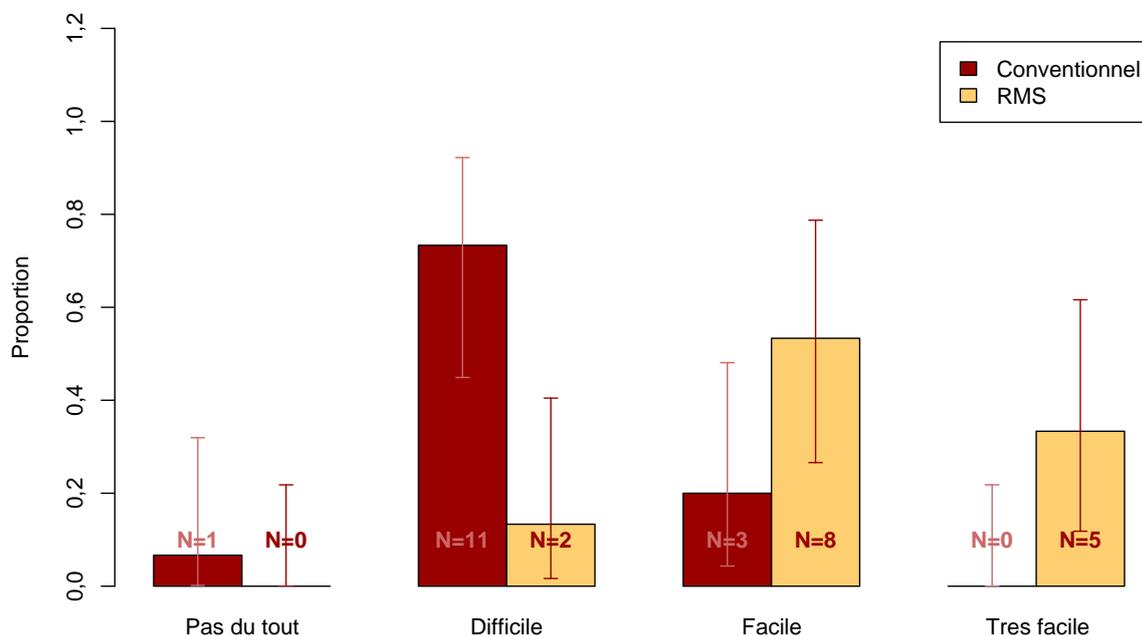


FIG. 13 – Facilité d'accès au psychologue et appartenance à RMS

4.2.2.11 Facilité d'accès à l'assistant(e) social(e)

On demande cette fois au médecin de se prononcer sur la facilité d'accès à l'assistant(e) social(e) par les patients qu'il suit. Celle-ci est évaluée par quatre modalités :

- Non, pas du tout,
- Non, c'est difficile,
- Oui, facilement,
- Oui, très facilement.

Groupe	Non, pas du tout	Non, c'est difficile	Oui, facilement	Oui, très facilement	N
Conventionnel	6,67 %	13,33 %	80,00 %	0,00 %	15
RMS	0,00 %	6,67 %	53,33 %	40,00 %	15
Ensemble	3,33 %	10,00 %	66,67 %	20,00 %	30

TAB. 29 – Facilité d'accès à l'assistant(e) social(e) et groupe d'appartenance

La figure 14 donne la proportion de réponses en fonction du groupe d'appartenance des médecins. On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0199$, test exact de Fisher).

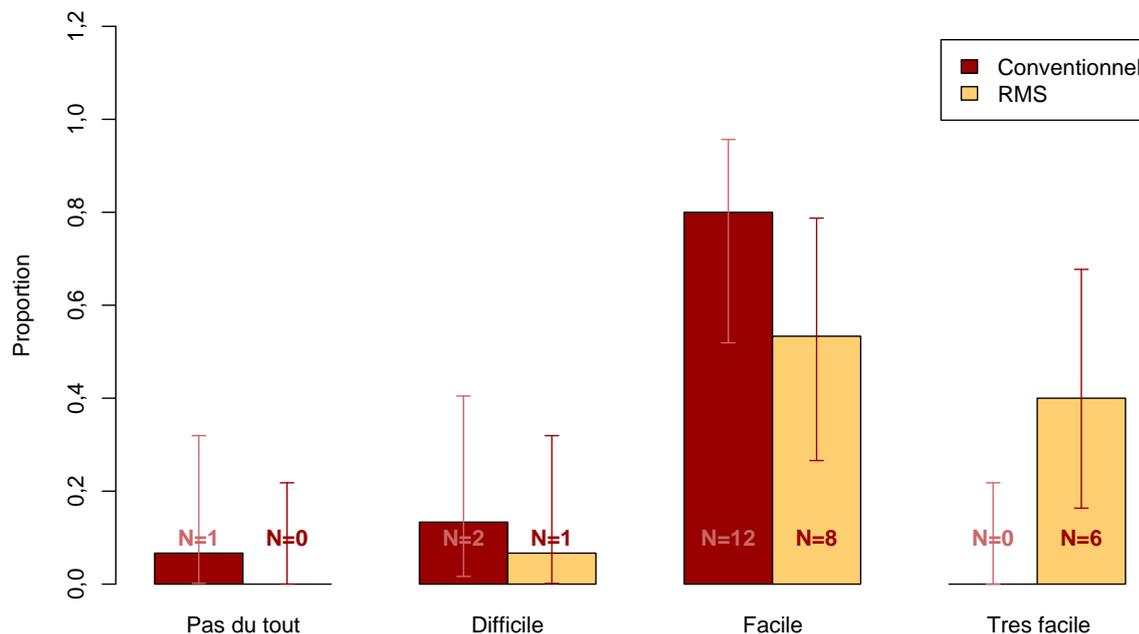


FIG. 14 – Facilité d'accès à l'assistant(e) social(e) et appartenance à RMS

4.3 Critères de qualité d'un traitement

Les médecins devaient également donner leur point de vue sur les critères contribuant le plus à l'utilité de l'usager de drogues. Nous allons à présent décrire ces réponses.

4.3.1 Fonctions d'utilité

Dans un premier temps, les médecins devaient se prononcer sur l'utilité pour le patient de différents degrés de réalisation de chacun des critères. Les modalités de calcul des fonctions d'utilité ont été présentées au chapitre 2.5.2 page 38. Un exemple simple est donné dans le chapitre 2.5.3 page 39.

4.3.1.1 Accessibilité du médecin

L'accessibilité pour l'usager de drogues à un médecin expérimenté était le premier des 8 critères sur lesquels le médecin devait se prononcer. Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Le patient peut **très facilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,
- Le patient peut **facilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,
- Le patient peut **difficilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,
- Le patient peut **très difficilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 30.

Groupe	N	Très F.		Facile		Difficile		Très D.	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	14	7,29	3,58	8,40	3,22	4,14	3,78	1,75	3,56
RMS	15	9,05	2,63	7,21	2,73	2,51	2,43	0,67	2,58
Ensemble	29	8,20	3,19	7,78	2,98	3,30	3,20	1,19	3,08

TAB. 30 – Utilité de l'accès au médecin et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des médecins des deux groupes ($p=0,0558$, T^2 de Hotelling).

La figure 15 décrit les fonctions d'utilité relatives à l'accès au médecin pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse). On s'attend à une fonction croissante de l'accessibilité du médecin : plus l'usager accède facilement à un médecin expérimenté, plus l'utilité pour celui-ci estimée par les médecins doit être élevée. Un accès très difficile doit donc se voir attribuer une utilité minimale (de 0), un accès très facile une utilité maximale (de 10), un accès facile une utilité plus faible qu'un accès très facile mais plus élevée qu'un accès difficile. La fonction

d'utilité moyenne estimée par les médecins RMS correspond bien à ces attentes théoriques, celle des médecins conventionnels déroge un peu à la théorie, avec une utilité maximale pour un accès « facile » et non « très facile ».

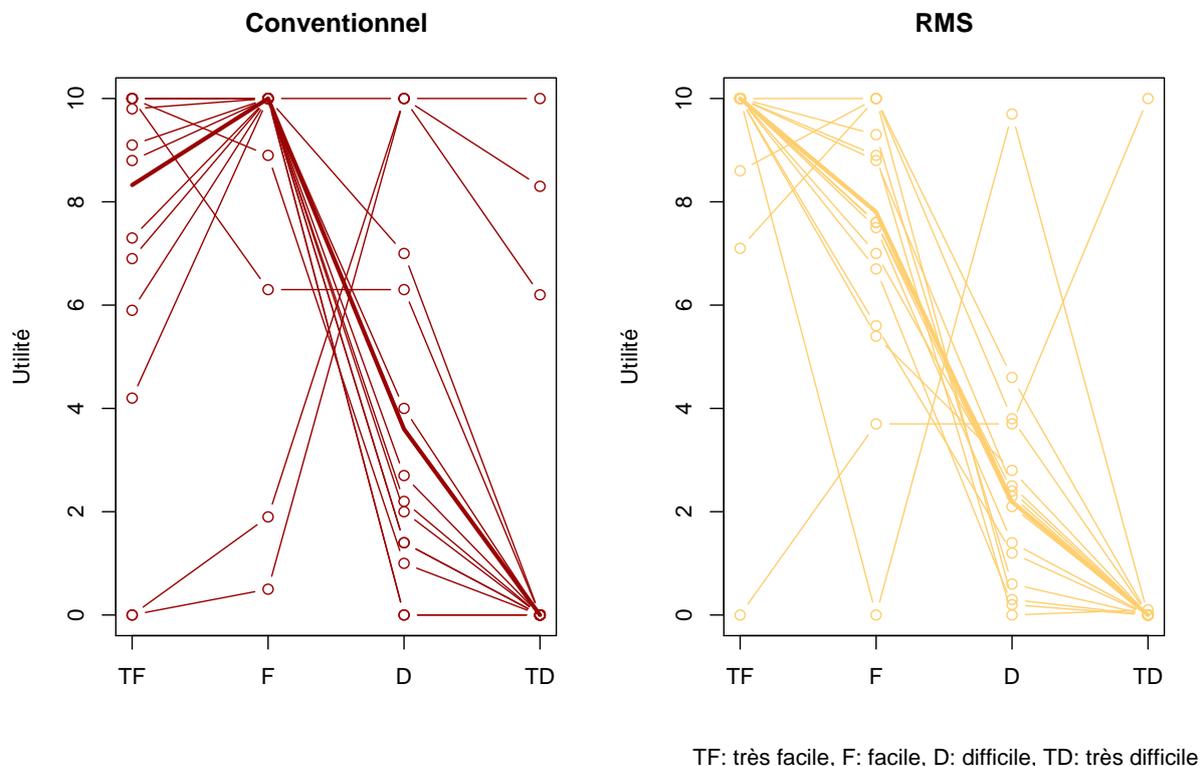


FIG. 15 – Utilité pour le patient de l'accès au médecin et appartenance à RMS

Nous reviendrons sur ces écarts entre les fonctions d'utilité attendues et les fonctions d'utilité empiriques une fois les 8 critères passés en revue.

4.3.1.2 Accessibilité du psychologue ou de l'assistante sociale

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Le patient peut **très facilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social,
- Le patient peut **facilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social,
- Le patient peut **difficilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social,
- Le patient peut **très difficilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 31.

Groupe	N	Très F.		Facile		Difficile		Très D.	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	15	5,69	4,59	6,07	3,81	4,17	3,64	3,61	4,54
RMS	15	7,79	4,10	7,65	2,61	2,03	2,48	1,08	2,91
Ensemble	30	6,74	4,41	6,86	3,31	3,10	3,25	2,35	3,96

TAB. 31 – Utilité de l'accès au psy ou à l'AS et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des médecins des deux groupes ($p=0,3365$, T^2 de Hotelling).

La figure 16 décrit les fonctions d'utilité relatives à l'accès au psychologue ou à l'assistante sociale pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

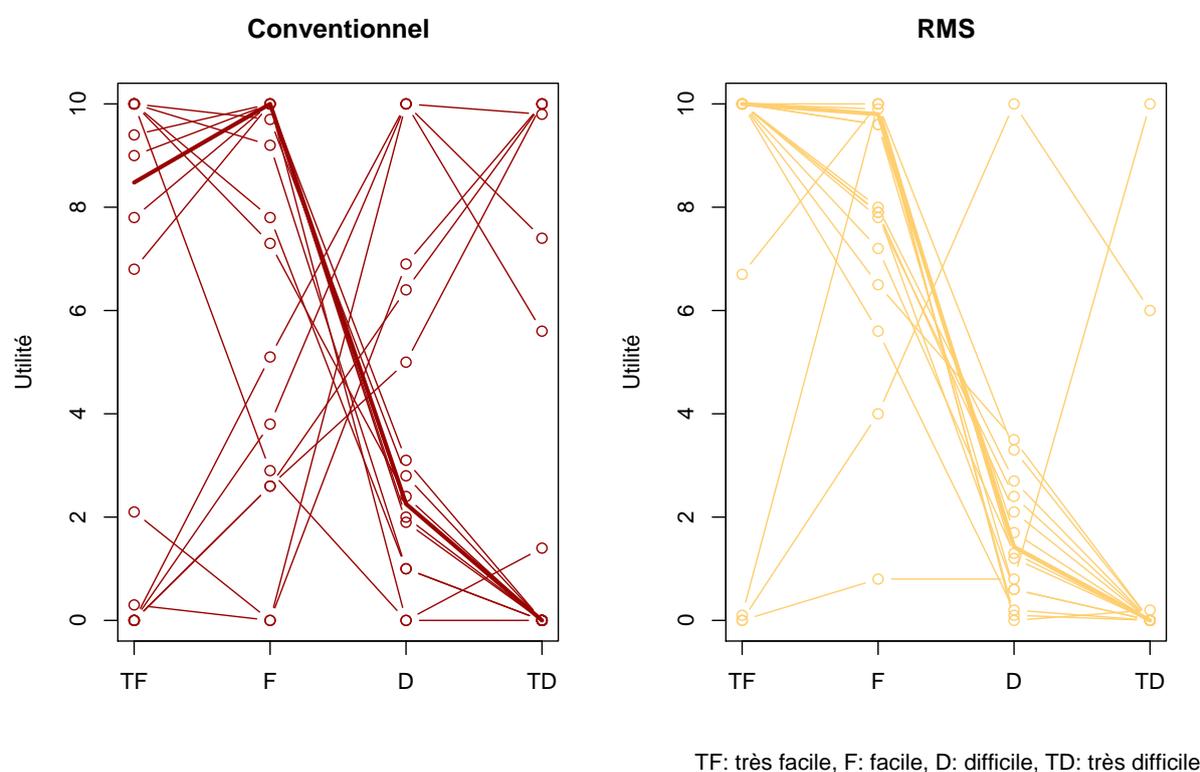


FIG. 16 – Utilité pour le patient de l'accès au psy ou à l'AS et appartenance à RMS

4.3.1.3 Maîtrise des consommations

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Le patient **ne prend pas** de médicament de substitution et **n'a plus de problème** avec ses consommations d'autres produits addictifs,

- Le patient **prend** un médicament de substitution et **n'a plus de problème** avec ses consommations d'autres produits addictifs,
- Le patient **prend** un médicament de substitution et **a du mal à maîtriser** ses consommations d'autres produits addictifs,
- Le patient **ne prend pas** de médicament de substitution et **a du mal à maîtriser** ses consommations d'autres produits addictifs.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 32.

Groupe	N	NS.+Maît.		Sub.+M		Sub.+NM		NS.+NM.	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	14	6,40	4,57	6,19	3,34	3,04	3,13	2,08	3,64
RMS	15	5,98	4,64	7,02	3,55	3,41	2,97	3,61	4,73
Ensemble	29	6,18	4,53	6,62	3,41	3,23	3,00	2,87	4,24

TAB. 32 – Utilité de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des médecins des deux groupes ($p=0,2370$, T^2 de Hotelling).

La figure 17 décrit les fonctions d'utilité relatives à la maîtrise des consommations pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

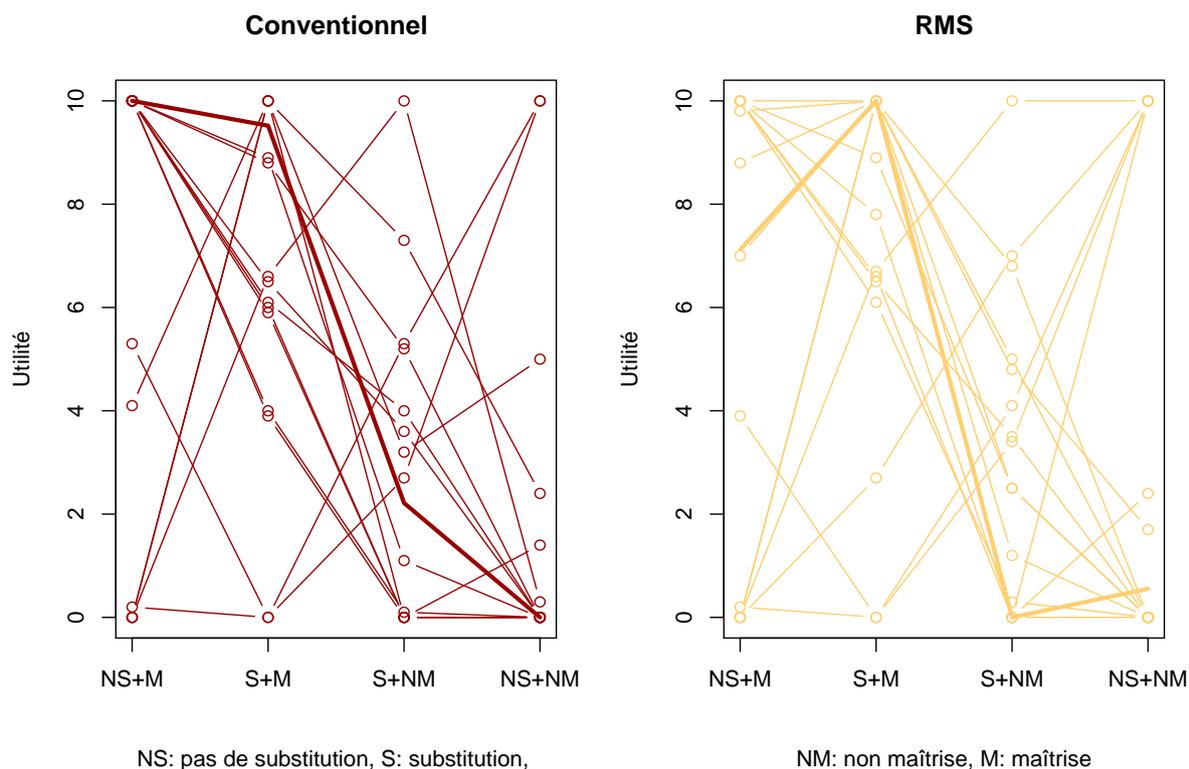


FIG. 17 – Utilité pour le patient de la maîtrise des consommations et appartenance à RMS

4.3.1.4 Négociation de la prescription

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Le patient peut **très facilement** discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,
- Le patient peut **facilement** discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,
- Le patient peut, mais **assez difficilement**, discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,
- Le patient peut, mais **très difficilement**, discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,
- Le patient ne peut **jamais** discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 33.

Groupe	N	Très F.		Facile		Assez D.		Très D.		Jamais	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	15	8,18	2,98	8,65	1,30	4,49	3,22	2,56	3,09	0,36	1,39
RMS	15	9,60	0,75	8,75	1,44	3,15	1,85	1,41	1,17	0,00	0,00
Ensemble	30	8,89	2,26	8,70	1,35	3,82	2,67	1,99	2,37	0,18	0,99

TAB. 33 – Utilité de la négociation de la prescription et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des médecins des deux groupes ($p=0,5410$, T^2 de Hotelling).

La figure 18 décrit les fonctions d'utilité relatives à la maîtrise des consommations pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

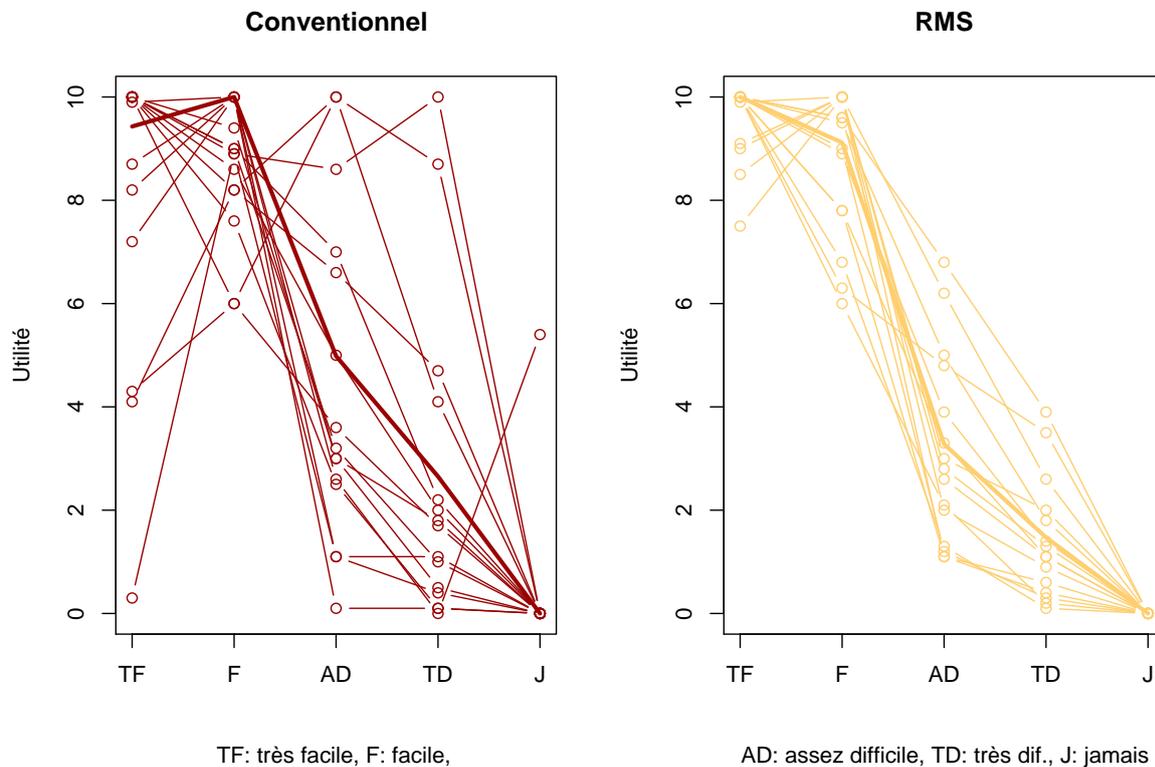


FIG. 18 – Utilité pour le patient de la négociation des prescriptions et appartenance à RMS

4.3.1.5 Continuité des soins

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu’il retournerait **sans hésitation** voir son médecin,
- Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu’il retournerait **sans doute** voir son médecin,
- Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu’il retournerait **peut-être** voir son médecin,
- Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu’il retournerait **probablement pas** voir son médecin,
- Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu’il retournerait **certainement pas** voir son médecin.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 34.

Groupe	N	Sans hés.		Sans doute		Peut-être		Prob. pas		Cert. pas	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	15	6,67	4,40	6,79	2,77	6,90	2,94	2,53	3,06	1,89	3,57
RMS	15	8,51	3,43	7,33	1,89	5,29	3,07	2,87	3,49	0,77	2,51
Ensemble	30	7,59	3,99	7,06	2,34	6,09	3,07	2,70	3,23	1,33	3,08

TAB. 34 – Utilité de la continuité des soins et groupe d’appartenance

On n’identifie pas de différence significative entre les fonctions d’utilité des médecins des deux groupes ($p=0,5176$, T^2 de Hotelling).

La figure 19 décrit les fonctions d’utilité relatives à la maîtrise des consommations pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d’utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

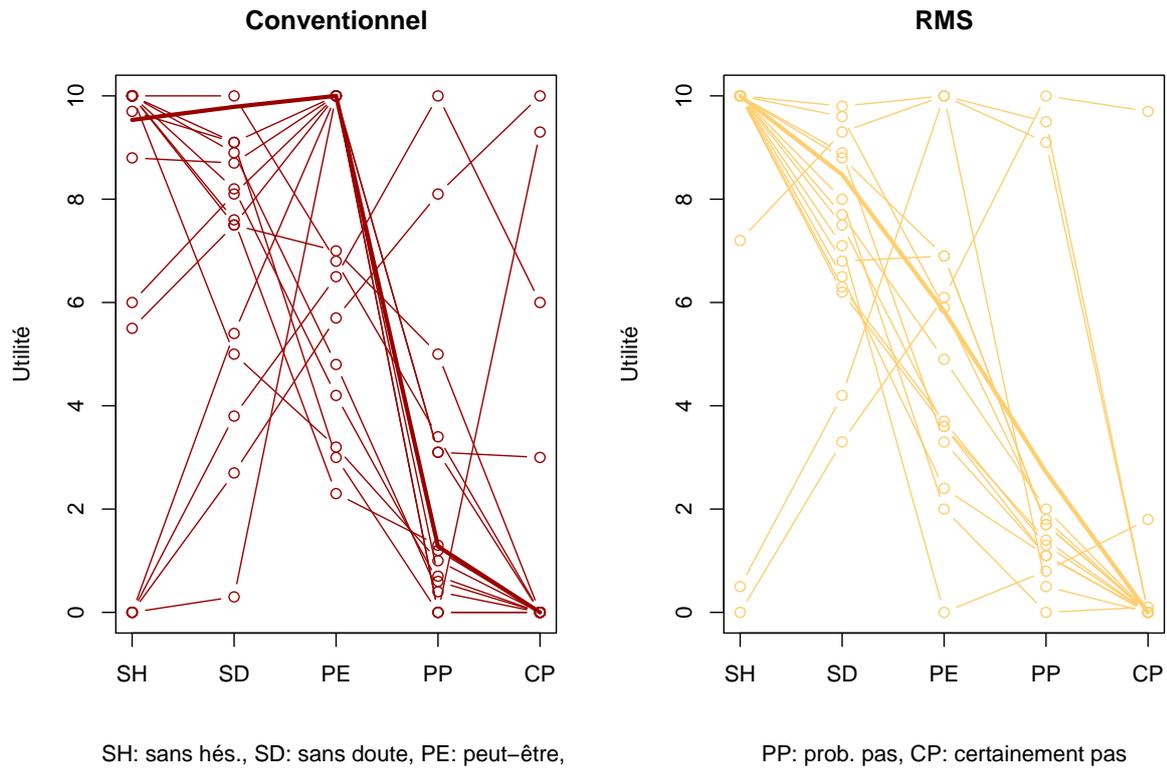


FIG. 19 – Utilité pour le patient de la continuité des soins et appartenance à RMS

4.3.1.6 Réactivité du médecin

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Si le patient est dans une situation de galère, son médecin **ne cherche pas** à l'aider,
- Si le patient est dans une situation de galère, son médecin **essaye** de l'aider et **obtient** des résultats,
- Si le patient est dans une situation de galère, son médecin **essaye** de l'aider mais **obtient peu** de résultats,
- Si le patient est dans une situation de galère, son médecin **fait tout ce qu'il peut** pour l'aider et **obtient** des résultats,
- Si le patient est dans une situation de galère, son médecin **fait tout ce qu'il peut** pour l'aider mais **obtient peu** de résultats.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 35.

Groupe	N	Pas d'aide		E+R		E+PR		FT+R		FT+PR	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	15	1,45	3,13	7,85	2,57	5,53	2,58	8,24	3,37	5,80	2,52
RMS	15	0,77	2,59	7,67	2,96	5,46	3,06	9,41	1,90	6,21	3,37
Ensemble	30	1,11	2,84	7,76	2,73	5,49	2,78	8,83	2,75	6,00	2,93

TAB. 35 – Utilité de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance

On n'identifie pas une différence significative entre les fonctions d'utilité des médecins des deux groupes ($p=0,9089$, T^2 de Hotelling).

La figure 20 décrit les fonctions d'utilité relatives à la maîtrise des consommations pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

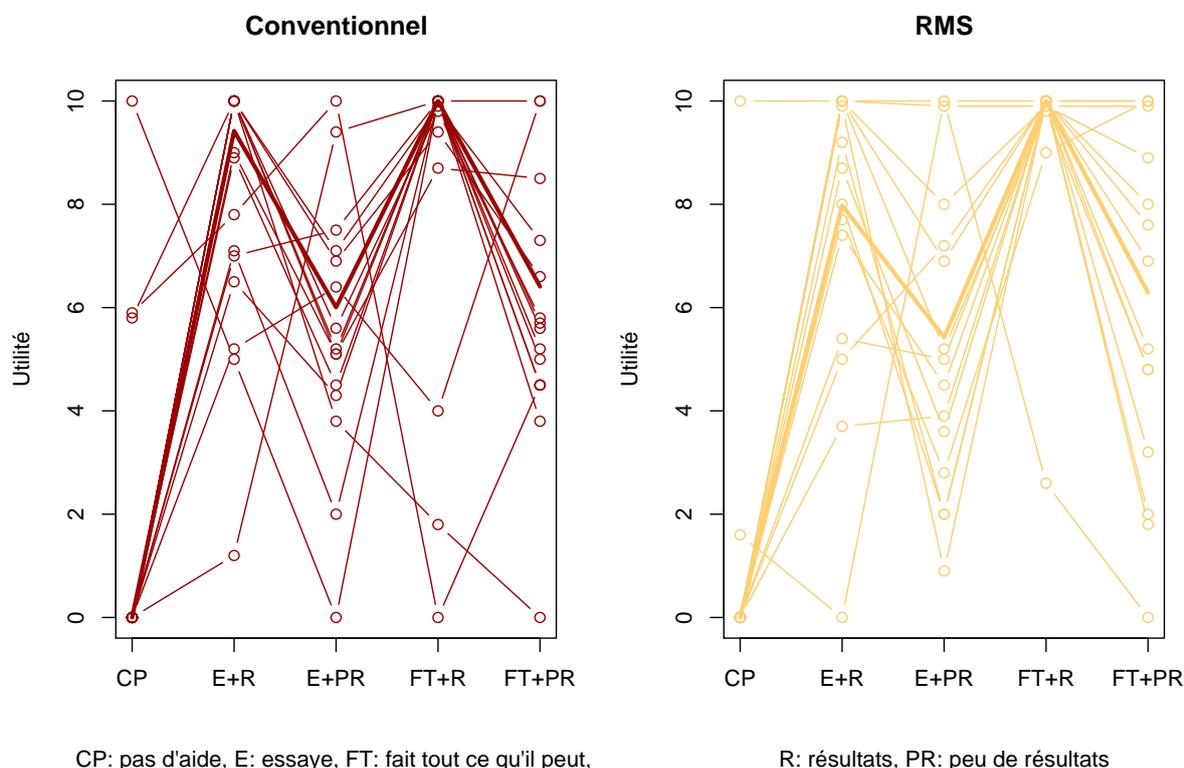


FIG. 20 – Utilité pour le patient de la réactivité du médecin et appartenance à RMS

4.3.1.7 Dépistage du VHC

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Le médecin parle à son patient du VHC **dès la première consultation**, et le patient **accepte** de faire les tests,

- Le médecin parle à son patient du VHC **dès la première consultation**, et le patient **refuse** de faire les tests,
- Le médecin parle à son patient du VHC **lorsqu'une relation est établie**, et le patient **accepte** de faire les tests,
- Le médecin parle à son patient du VHC **lorsqu'une relation est établie**, et le patient **refuse** de faire les tests,
- Le médecin **ne parle pas** à son patient du VHC.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 36.

Groupe	N	PC+T		PC+R		RE+T		RE+R		Ne parle pas	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	15	4,85	4,08	3,58	3,57	9,79	0,56	3,38	2,74	1,00	2,70
RMS	15	6,19	3,49	4,69	3,17	9,76	0,61	4,99	3,37	0,11	0,30
Ensemble	30	5,52	3,79	4,13	3,36	9,78	0,58	4,18	3,13	0,55	1,94

TAB. 36 – Utilité du dépistage du VHC et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des médecins des deux groupes ($p=0,5651$, T^2 de Hotelling).

La figure 21 décrit les fonctions d'utilité relatives à la maîtrise des consommations pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

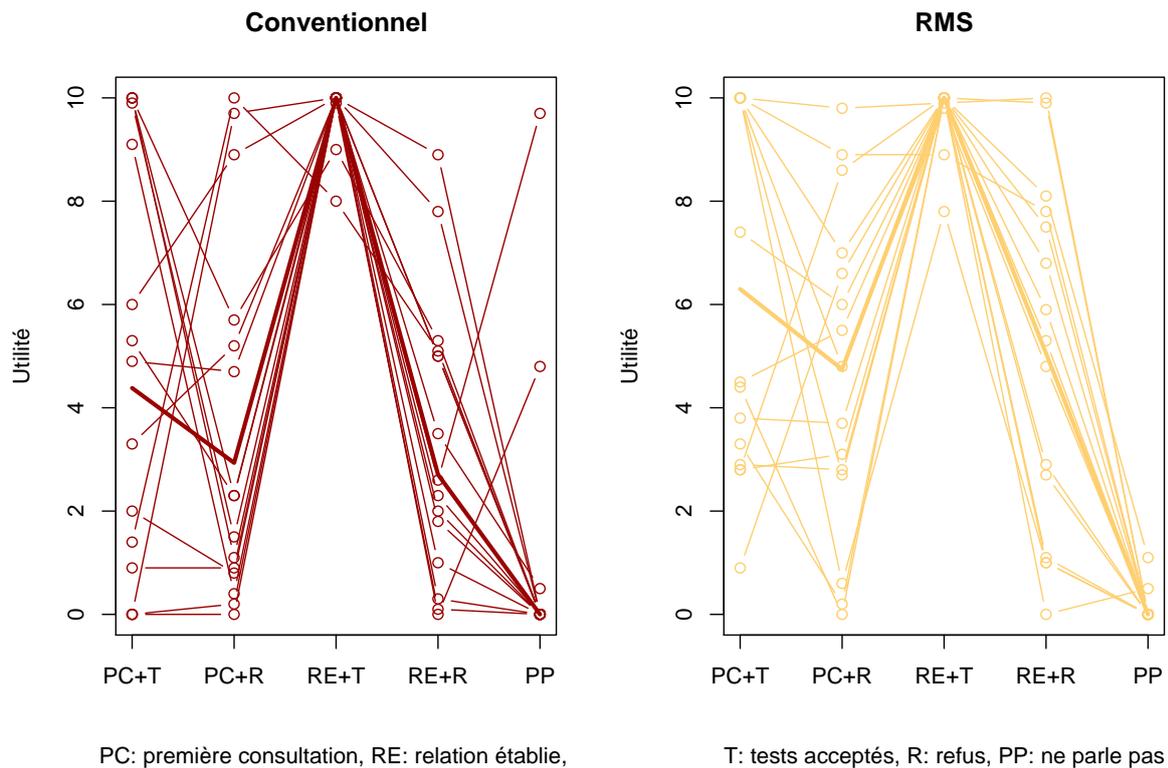


FIG. 21 – Utilité pour le patient du dépistage du VHC et appartenance à RMS

4.3.1.8 Changer de vie

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Depuis le début de son suivi par le médecin, le patient pense que sa vie change **profondément**,
- Depuis le début de son suivi par le médecin, le patient pense que **des choses** changent dans sa vie,
- Depuis le début de son suivi par le médecin, le patient pense que sa vie ne change **pas beaucoup**,
- Depuis le début de son suivi par le médecin, le patient pense que sa vie n'est **pas du tout** changée.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau [37](#).

Groupe	N	Profondément		Des choses		Pas beaucoup		Pas du tout	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	15	6,59	4,30	7,63	2,66	4,91	3,21	1,55	3,53
RMS	15	8,69	2,54	9,25	1,38	3,31	2,08	0,00	0,00
Ensemble	30	7,64	3,63	8,44	2,24	4,11	2,78	0,78	2,58

TAB. 37 – Utilité du changement de vie et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des médecins des deux groupes ($p=0,2737$, T^2 de Hotelling).

La figure 22 décrit les fonctions d'utilité relatives à la maîtrise des consommations pour chacun des médecins des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

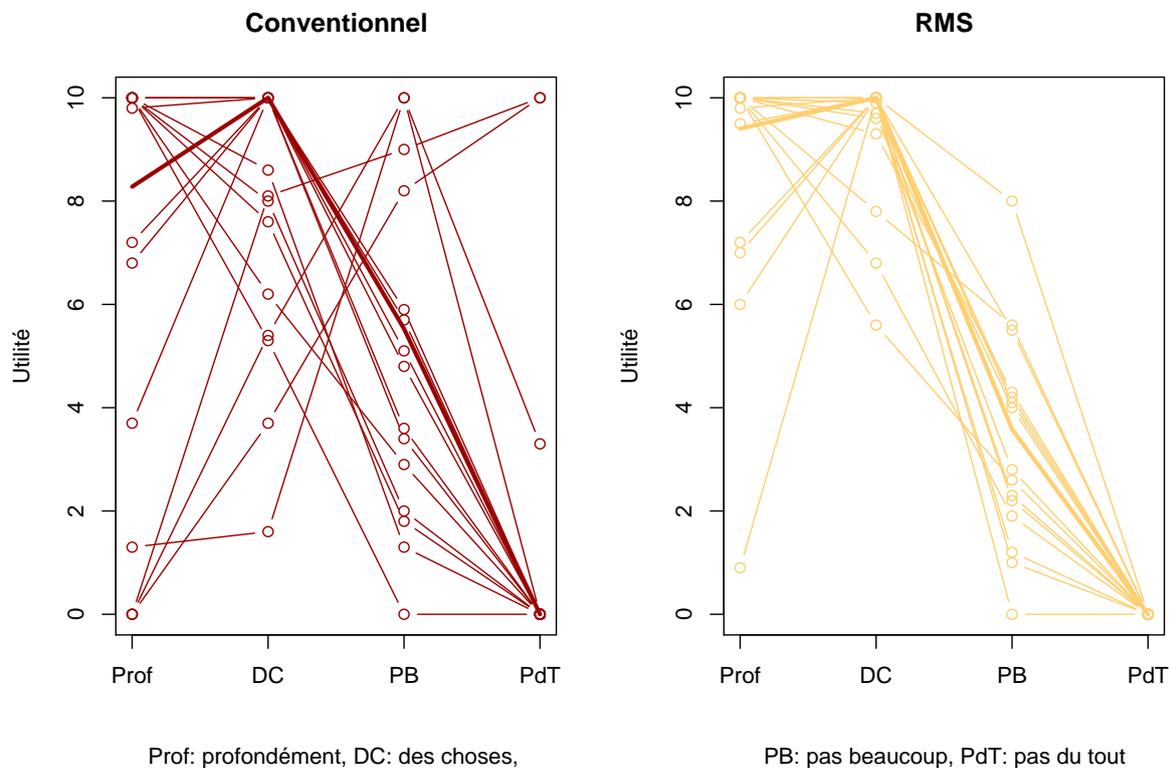


FIG. 22 – Utilité pour le patient du changement de vie et appartenance à RMS

Nous identifions pour certains critères, dont ce dernier, des écarts entre les fonctions d'utilité attendues et celles obtenues empiriquement : la fonction d'utilité donnée par les médecins n'est pas toujours croissante du degré de réalisation du critère. Ces écarts peuvent s'expliquer de deux façons :

- Bien que nous ayons vu (voir le chapitre 2.5.3 page 39) qu'en théorie, la présence de réponses incohérentes (médecin qui aurait mal compris la question ou aurait répondu

au hasard) est neutralisée par le caractère aléatoire de celles-ci, en pratique la taille modérée de l'échantillon (15 médecins par groupe) peut avoir été insuffisante pour gommer l'influence de ces réponses.

- Les médecins peuvent avoir exprimé, en connaissance de cause, des préférences qui diffèrent de celles auxquelles on aurait pu s'attendre. Ainsi, pour le critère « Changer de vie », les médecins des deux groupes accordent plus d'utilité à des changements modérés qu'à des changements profonds. Peut-être craignent-ils que les usagers soient destabilisés par trop de bouleversements dans leur vie.

Le questionnaire ne permet pas de trancher entre ces deux hypothèses (écarts liés à un mauvais remplissage du questionnaire ou à des préférences réellement différentes des attentes a priori), puisque l'on ne demandait pas aux médecins de justifier leurs réponses.

4.3.2 Préférences relatives aux critères

Une fois l'utilité tirée d'une réalisation donnée d'un critère déterminée, il reste à hiérarchiser les critères. Il s'agit de savoir quels critères comptent le plus, et de quantifier ces priorités. La méthode a été présentée dans le chapitre 2.5.4 page 40.

4.3.2.1 Choix 1 : accès au médecin et au psychologue ou un travailleur social

La première comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

AM Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,

AP Avoir accès à un psychologue ou à un travailleur social.

Les préférences des médecins sont résumées dans le tableau 38.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	0,00 %	6,67 %	93,33 %	15
RMS	6,67 %	40,00 %	53,33 %	15
Ensemble	3,33 %	23,33 %	73,33 %	30

TAB. 38 – Choix entre A : accès au médecin et B : accès au psy ou au travailleur social et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0352$, test exact de Fisher). Les médecins du groupe conventionnel ont presque systématiquement tendance à favoriser l'accès au médecin par rapport à l'accès au psychologue ou au travailleur social.

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 23.

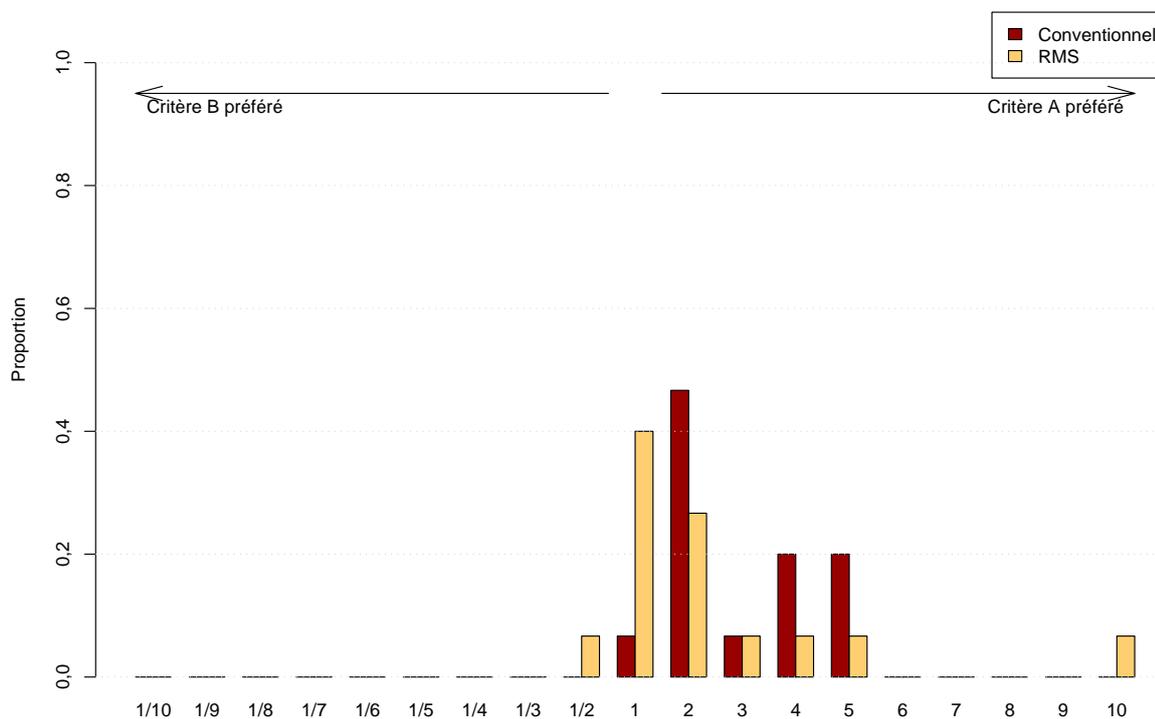


FIG. 23 – Choix entre A : accès au médecin et B : accès au psy ou au travailleur social et appartenance à RMS

4.3.2.2 Choix 2 : maîtrise des consommations et négociation du traitement

La seconde comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

MC Réussir à maîtriser ses consommations de drogue,

NP Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin.

Les préférences des médecins sont résumées dans le tableau 39.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	20,00 %	6,67 %	73,33 %	15
RMS	46,67 %	33,33 %	20,00 %	15
Ensemble	33,33 %	20,00 %	46,67 %	30

TAB. 39 – Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0184$, test exact de Fisher). Les médecins du groupe conventionnel ont plus souvent tendance à favoriser la maîtrise des consommations par rapport à la possibilité de négocier la prescription.

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 24.

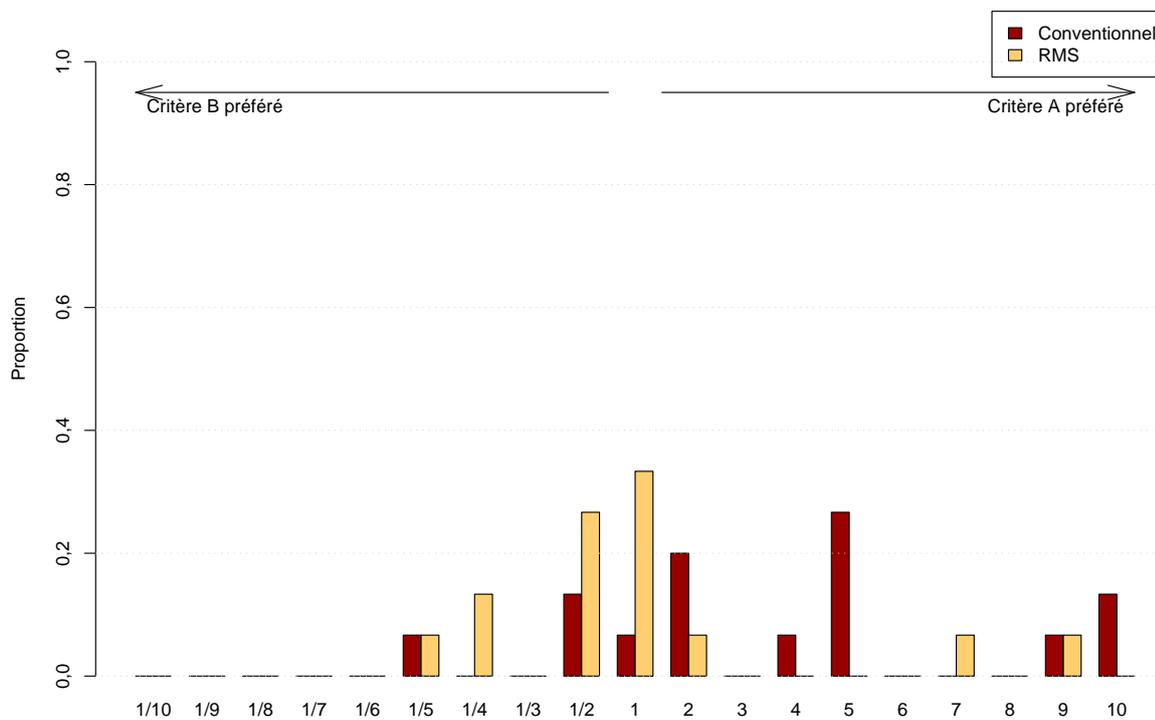


FIG. 24 – Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et appartenance à RMS

4.3.2.3 Choix 3 : continuité des soins et réactivité du médecin

La troisième comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

CS Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin,

RM Avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments de galère.

Les préférences des médecins sont résumées dans le tableau 40.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	66,67 %	26,67 %	6,67 %	15
RMS	60,00 %	40,00 %	0,00 %	15
Ensemble	63,33 %	33,33 %	3,33 %	30

TAB. 40 – Choix entre A : continuité des soins et B : réactivité du médecin et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,6999$, test exact de Fisher).

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 25.

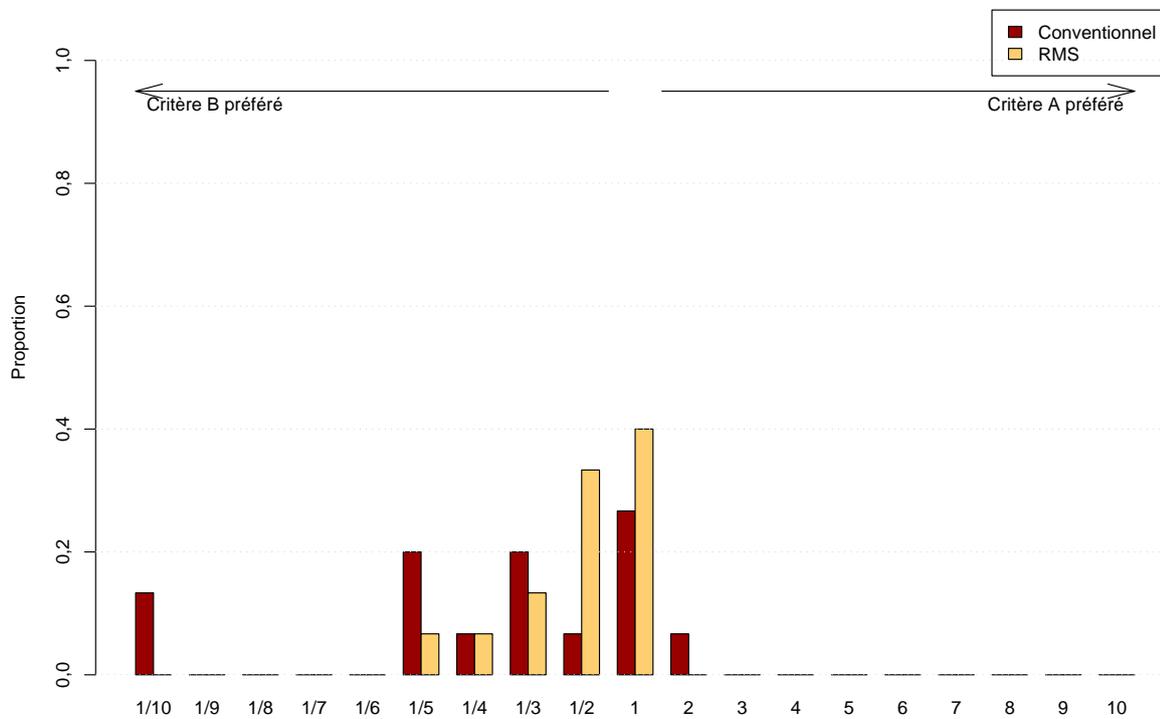


FIG. 25 – Choix entre A : continuité des soins et B : réactivité du médecin et appartenance à RMS

4.3.2.4 Choix 4 : dépistage du VHC et changer de vie

La quatrième comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

DV Passer les examens de dépistage de l'hépatite C,

CV Avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution.
 Les préférences des médecins sont résumées dans le tableau 41.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	73,33 %	26,67 %	0,00 %	15
RMS	86,67 %	6,67 %	6,67 %	15
Ensemble	80,00 %	16,67 %	3,33 %	30

TAB. 41 – Choix entre A : dépistage du VHC et B : changer de vie et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3295$, test exact de Fisher).

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 26.

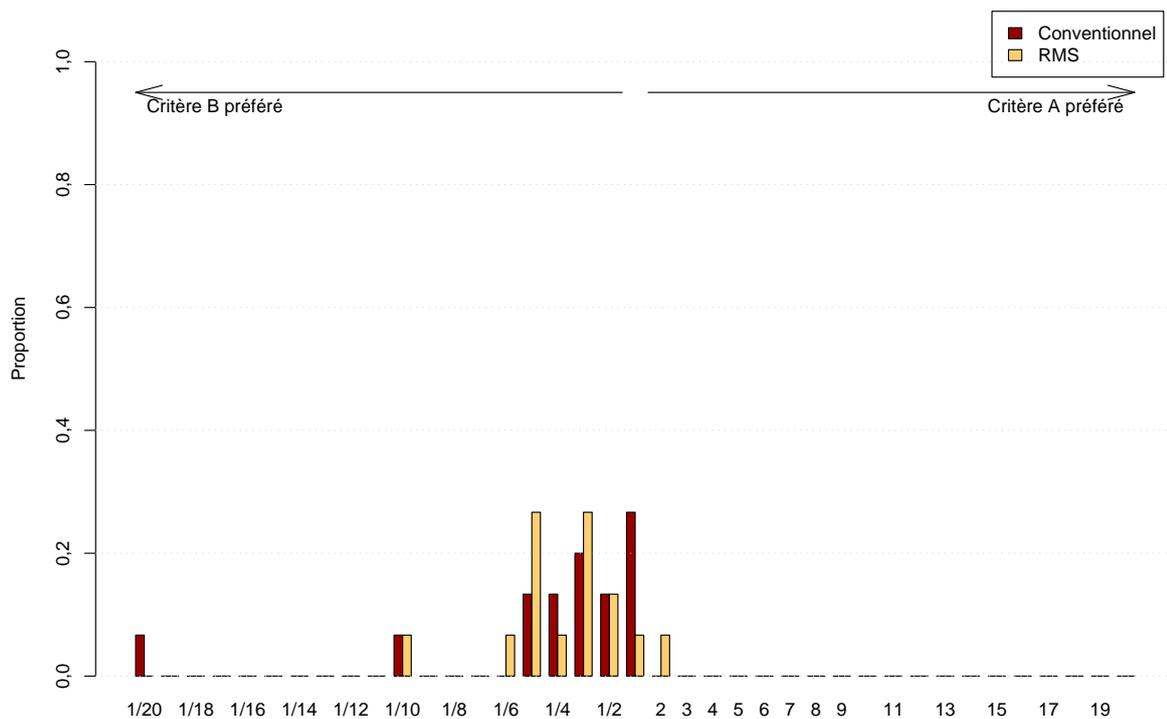


FIG. 26 – Choix entre A : dépistage du VHC et B : changer de vie et appartenance à RMS

4.3.2.5 Choix 5 : accès au médecin et maîtrise des consommations

La cinquième comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

AM Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,

MC Réussir à maîtriser ses consommations de drogue.

Les préférences des médecins sont résumées dans le tableau 42.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	53,33 %	20,00 %	26,67 %	15
RMS	20,00 %	33,33 %	46,67 %	15
Ensemble	36,67 %	26,67 %	36,67 %	30

TAB. 42 – Choix entre A : accès au médecin et B : maîtrise des consommations et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2247$, test exact de Fisher).

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 27.

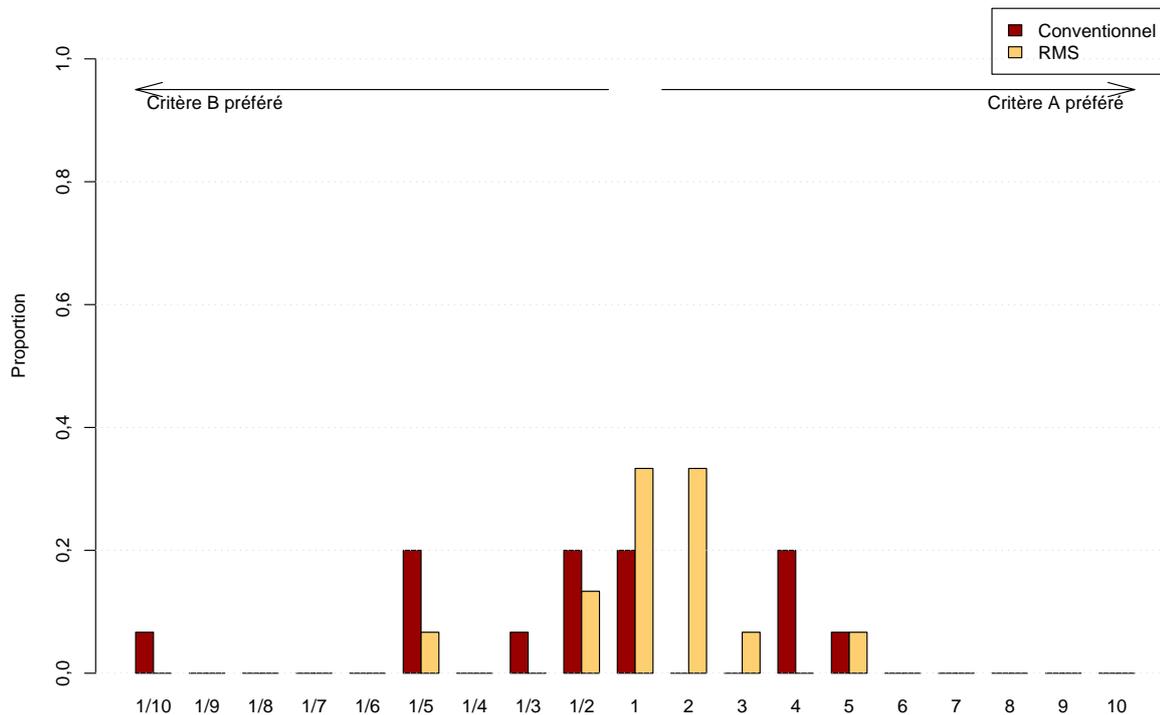


FIG. 27 – Choix entre A : accès au médecin et B : maîtrise des consommations et appartenance à RMS

4.3.2.6 Choix 6 : négocier la prescription et continuité des soins

L'avant-dernière comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

NP Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin,

CS Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin.

Les préférences des médecins sont résumées dans le tableau 43.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	28,57 %	35,71 %	35,71 %	14
RMS	20,00 %	46,67 %	33,33 %	15
Ensemble	24,14 %	41,38 %	34,48 %	29

TAB. 43 – Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,8949$, test exact de Fisher).

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 28.

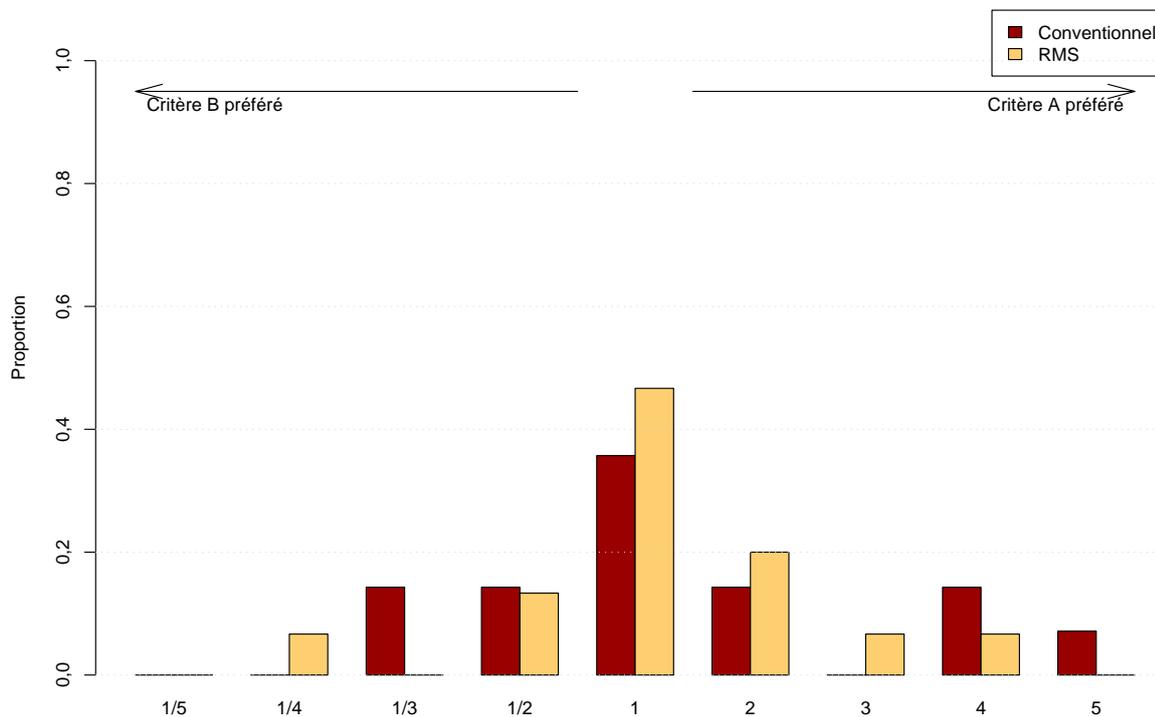


FIG. 28 – Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins et appartenance à RMS

4.3.2.7 Choix 7 : réactivité du médecin et changer de vie

La dernière comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

RM Avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments de galère,

CV Avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution.

Les préférences des médecins sont résumées dans le tableau 44.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	57,14 %	35,71 %	7,14 %	14
RMS	53,33 %	33,33 %	13,33 %	15
Ensemble	55,17 %	34,48 %	10,34 %	29

TAB. 44 – Choix entre A : réactivité du médecin et B : changer de vie et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 29.

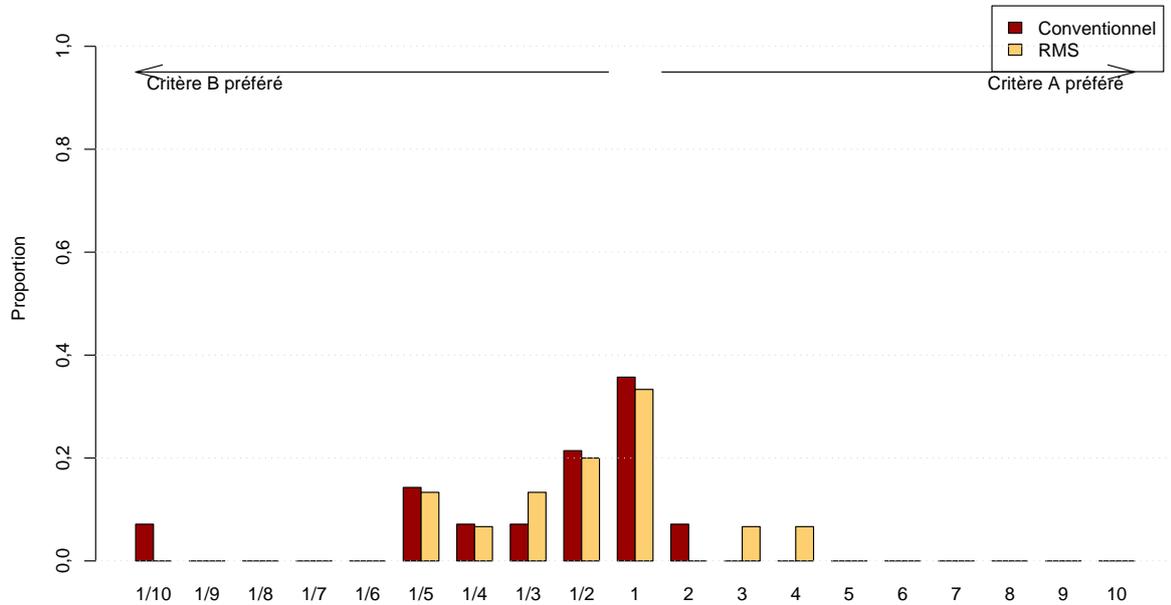


FIG. 29 – Choix entre A : réactivité du médecin et B : changer de vie et appartenance à RMS

4.3.3 Hiérarchisation des critères

À partir des réponses données lors des 7 comparaisons binaires, nous pouvons reconstruire l'utilité partielle de chacun des huit critères retenus.

4.3.3.1 Critère 1 : Accessibilité du médecin

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,1504	0,1320	0,0040	0,3899
RMS	15	0,1256	0,1167	0,0245	0,4018
Ensemble	29	0,1376	0,1227	0,0040	0,4018

TAB. 45 – Utilité partielle de l'accès au médecin et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne que l'accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution contribue à 15,04 % de l'utilité totale du patient. Un médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 12,56 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,7600$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.2 Critère 2 : Accessibilité du psychologue ou de l'assistante sociale

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,0539	0,0445	0,0020	0,1299
RMS	15	0,0674	0,0466	0,0082	0,1755
Ensemble	29	0,0609	0,0453	0,0020	0,1755

TAB. 46 – Utilité partielle de l'accès au psy ou à un travailleur social et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne que l'accès à un psychologue ou à un travailleur social contribue à 5,39 % de l'utilité totale du patient. Un médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 6,74 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,4773$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.3 Critère 3 : Maîtrise des consommations

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,1794	0,1682	0,0119	0,4608
RMS	15	0,0978	0,0797	0,0050	0,3510
Ensemble	29	0,1372	0,1343	0,0050	0,4608

TAB. 47 – Utilité partielle de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne que réussir à maîtriser ses consommations de drogue contribue à 17,94 % de l'utilité totale du patient. Un médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 9,78 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,2656$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.4 Critère 4 : Négociation de la prescription

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,0692	0,0525	0,0052	0,1791
RMS	15	0,1102	0,0823	0,0149	0,3419
Ensemble	29	0,0904	0,0714	0,0052	0,3419

TAB. 48 – Utilité partielle de la négociation des prescriptions et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne que pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin contribue à 6,92 % de l'utilité totale du patient. Un médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 11,02 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1691$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.5 Critère 5 : Continuité des soins

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,0608	0,0549	0,0080	0,1791
RMS	15	0,0844	0,0352	0,0167	0,1379
Ensemble	29	0,0730	0,0465	0,0080	0,1791

TAB. 49 – Utilité partielle de la continuité des soins et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne que pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin contribue à 6,08 % de l'utilité totale du patient. Un médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 8,44 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1377$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.6 Critère 6 : Réactivité du médecin

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,1250	0,0743	0,0217	0,2976
RMS	15	0,1534	0,0685	0,0167	0,2564
Ensemble	29	0,1397	0,0716	0,0167	0,2976

TAB. 50 – Utilité partielle de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne qu'avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments de galère contribue à 12,50 % de l'utilité totale du patient. Un

médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 15,34 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,2135$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.7 Critère 7 : Dépistage de l'hépatite C

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,0994	0,0867	0,0036	0,2976
RMS	15	0,0945	0,0675	0,0056	0,2759
Ensemble	29	0,0969	0,0760	0,0036	0,2976

TAB. 51 – Utilité partielle du dépistage du VHC et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne que passer les examens de dépistage de l'hépatite C contribue à 9,94 % de l'utilité totale du patient. Un médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 9,45 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,7105$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.8 Critère 8 : Changer de vie

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	14	0,2619	0,1457	0,0108	0,5855
RMS	15	0,2668	0,1747	0,0334	0,6219
Ensemble	29	0,2644	0,1585	0,0108	0,6219

TAB. 52 – Utilité partielle de changer de vie et groupe d'appartenance

Un médecin conventionnel considère en moyenne qu'avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution contribue à 26,19 % de l'utilité totale du patient. Un médecin en microstructure pense en moyenne que ce critère contribue à 26,68 % de l'utilité totale du patient. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 1,0000$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4.3.3.9 Hiérarchie globale des critères

La variabilité des réponses en ce qui concerne les utilités partielles de chacun des 8 critères retenus pour l'évaluation est représenté dans la figure 30.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,3316$, T^2 de Hotelling).

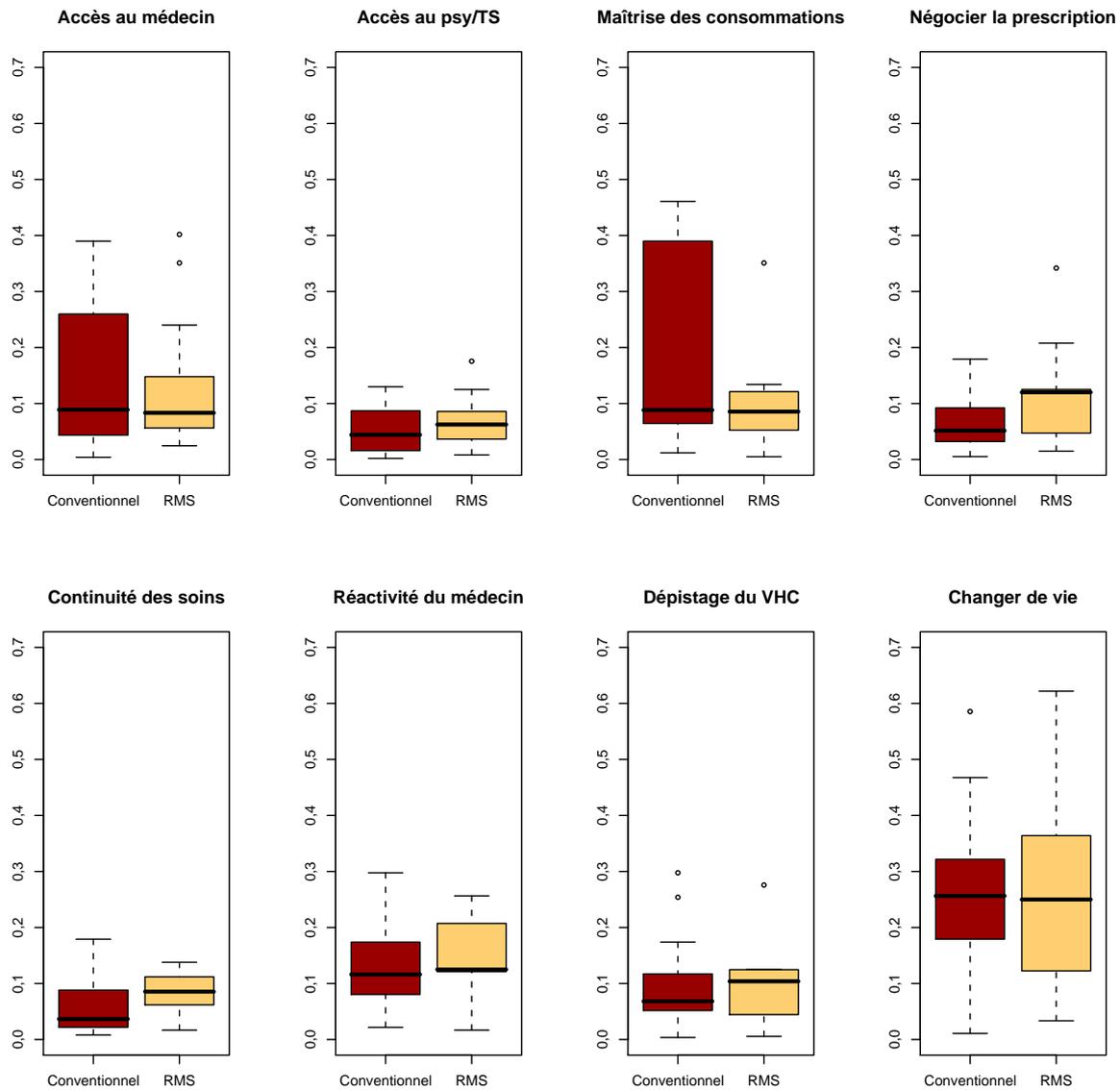


FIG. 30 – Utilités partielles des 8 critères et appartenance à RMS

Les longueurs des boîtes (représentant les intervalles interquartiles) nous renseignent sur le degré de consensus pour chacun des critères. Ainsi, les médecins du groupe RMS ont des opinions plus consensuelles (1^{er} quartile de 5,6 %, 3^e quartile de 14,8 %) que ceux du groupe conventionnel (1^{er} quartile de 4,4 %, 3^e quartile de 25,9 %) sur l'utilité partielle de l'accessibilité du médecin. Le même phénomène se retrouve pour l'estimation de l'utilité partielle de la maîtrise des consommations. À l'inverse, les médecins du groupe conventionnel s'accordent mieux que ceux du groupe RMS sur l'utilité partielle du changement de vie.

4.4 Bilan

La faible taille de l'échantillon de médecins entraîne un manque de puissance dans les analyses statistiques. Certaines tendances mises en avant ne sont pas statistiquement significatives.

4.4.1 *Caractéristiques des médecins*

Les médecins recrutés dans le groupe conventionnel ont plus tendance à exercer dans une grande ville de la région, à être de sexe masculin, plus âgés et avec un exercice plus ancien que leurs confrères RMS, mais avec moins d'expérience en matière de suivi d'usagers de drogue. Dans le cadre des traitements de substitution, les médecins du groupe conventionnel ont tendance à faire moins usage de médicaments de substitution autres que le subutex (un quart des médecins de ce groupe ne prescrit pas de méthadone, les deux tiers ne prescrivent pas d'autres molécules). Les médecins du groupe conventionnel ont un peu moins tendance à s'estimer satisfaits dans leur suivi, et à attendre que la relation soit établie pour parler à leurs patients de dépistage. Ils se montrent également un peu plus sceptiques sur l'utilité du psychologue et de l'assistante sociale. Toutes les tendances que nous venons d'énumérer ne sont toutefois pas significatives.

Au niveau des caractéristiques des médecins, nous identifions tout de même quelques différences significatives : Les médecins du groupe RMS ont une **file active d'usagers** de drogue sous traitement de substitution plus importante (24 vs. 9 patients, $p=0,03$), la part de ces usagers dans l'ensemble de la file active étant plus importante (18 % vs. 8 %, $p=0,01$). Le temps consacré à ces patients est également plus important dans le groupe RMS : la **durée moyenne de consultation** est de 16 minutes, comparativement à 11 minutes dans le groupe conventionnel ($p=0,02$). Les médecins RMS se sentent **plus à l'aise dans le suivi** de ces patients (tableau 21 page 75, $p=0,04$). Ils sont plus nombreux à estimer que leurs patients peuvent **accéder facilement** à un psychologue ($p<0,01$) et à un travailleur social ($p=0,02$).

4.4.2 *Fonctions d'utilité*

Nous ne mettons pas en évidence de différences dans l'appréciation de l'utilité pour le patient des différentes modalités des critères retenus entre les médecins RMS et conventionnels. L'absence de significativité pourrait toutefois s'expliquer par la faible taille d'échantillon ainsi que par une forte variabilité dans les réponses.

Quoi qu'il en soit, les fonctions d'utilités moyennes estimées sur les deux groupes pour chacun des critères sont pertinentes et, pour la plupart des critères, sigmoïdales voire linéaires.

4.4.3 *Hiérarchisation des critères*

En matière de préférences absolues, on observe une divergence statistiquement significative entre les médecins du groupe RMS et ceux du groupe conventionnel sur les préférences entre l'accès au médecin et l'accès aux autres professionnels (psychologue ou

travailleur social). Les médecins du groupe RMS sont plus nombreux à considérer les deux critères comme d'égale importance, alors que ceux du groupe conventionnel favorisent l'accès au médecin (tableau 38 page 96, $p=0,04$). Cependant, puisque l'importance relative des deux critères reste proche (la majeure partie des médecins conventionnels considérant l'accès au médecin comme 2 fois plus important que l'accès aux autres professionnels), on n'identifie pas de différence entre les médecins des deux groupes pour ce qui est des utilités partielles de l'accès au médecin (L'accès au médecin contribue à 15 % de l'utilité totale du patient pour le groupe des médecins conventionnels contre 13 % dans le groupe RMS).

Une seconde différence est observée sur les préférences entre la maîtrise des consommations et la possibilité de négocier la prescription : les médecins du groupe RMS favorisent le second critère alors que les trois quarts de ceux du groupe conventionnel estiment que la maîtrise des consommations est plus souhaitable ($p=0,02$). Là encore, cette divergence n'est plus statistiquement significative au niveau des utilités partielles, bien que les différences soient plus creusées : la maîtrise des consommations participe à 18 % de l'utilité totale du patient pour le groupe conventionnel contre 10 % dans le groupe RMS ; les utilités partielles sont respectivement de 7 % et 11 % pour la possibilité de négocier la prescription.

En définitive, en considérant l'ensemble des utilités partielles, on n'identifie pas de différence significative entre les médecins des deux groupes. L'appréciation de l'utilité de chaque critère pour le patient ne dépend donc pas fortement (une différence forte aurait été identifiée même avec un faible échantillon) de l'appartenance ou non à une microstructure. Les médecins du groupe RMS, exception faite du critère relatif à la possibilité de changer de vie, semblent toutefois partager une même culture de l'accompagnement, qui se traduit par une moindre variabilité dans les réponses (voir les écarts interquartiles de la figure 30 page 108).

5 ANALYSE DES RÉPONSES DES PATIENTS

La section précédente décrit les réponses données par les médecins généralistes au questionnaire qui leur était dédié. La présente section traite des réponses données par les usagers de drogue sous traitement de substitution à leur questionnaire. Les patients ont pu répondre au questionnaire en s'écartant des consignes de remplissage. Le premier chapitre de cette section va donc décrire en détail les conventions de codage adoptées pour traiter les réponses des usagers. Le chapitre suivant (page 122) décrit les questionnaires supprimés de l'échantillon. Suivent une description des réponses des patients au questionnaire (page 122) et l'estimation des préférences des patients (page 165) relativement aux huit critères d'utilité retenus.

5.1 Conventions de codage adoptées

Tout comme pour les questionnaires médecin (et plus encore), des problèmes ont été soulevés lors de la saisie des questionnaires patient. Nous décrivons ici les choix effectués pour les résoudre.

Problèmes relatifs à la question Q1 (date de remplissage). Le patient 112-B03 déclare avoir rempli le questionnaire en 1977. Il s'agit plus probablement de sa date de naissance, on considère l'information comme manquante.

D'une manière générale, nous imputerons toute date de questionnaire manquante à la date moyenne de remplissage des patients du même médecin. Ainsi, le patient 110-C10, qui précisait juste « OCTOBRE 2007 », se voit imputer la date du 11/10/2007. 13 autres dates sont imputées en suivant la même règle.

Problèmes relatifs à la question Q4 (enfants). Le patient 106-D03 précise avoir 5 enfants, mais répond « pas tous » lorsqu'on lui demande s'ils sont à sa charge. *Il sera codé en « Oui »* à cette question.

Le patient 105-A01B coche à la fois « Non » et « Oui » lorsqu'on lui demande si ses enfants sont à sa charge : deux ne le sont pas, trois le sont. Il sera *codé « Oui »*.

Le patient 210-A04 ne précise pas s'il a ou non des enfants, mais déclare en avoir 2. On va *coder sa réponse à Q4 à « Oui »*.

Problèmes relatifs à la question Q5 (situation de couple). Le patient 106-D03 coche à la fois les cases « Seul » et « Seul avec enfants ». Il sera *codé en « Seul avec enfants »* (il précise avoir des enfants à charge en Q4).

Le patient 105-B06 coche à la fois « Seul » et « Avec des amis » (il précise en Q6 habiter à la fois dans un logement durable indépendant et dans un logement provisoire chez des proches). Il sera *codé en « Seul »*, correspondant à sa situation de logement durable.

Nous allons procéder à quelques recodages par rapport aux patients ayant coché la catégorie « Autre » :

- 104-A06 précise « Avec ex conjoint », il sera classé dans « Avec des amis ».
- 102-CO2 précise « Ex petit ami », il sera classé dans « Avec des amis ».
- 104-D09 précise « Avec deux conjointes », il sera classé dans « Avec un conjoint seulement ».

- 114-A08A précise « Avec ma conjointe chez ses parents », il sera classé dans « Avec un conjoint seulement ».
- 114-B05A précise « Avec ma copine », il sera classé dans « Avec un conjoint seulement ».
- 114-C06A précise « Copain », elle sera classée dans « Avec un conjoint seulement ».
- 110-C10 précise « En voie de séparation prochainement », elle sera classée dans « Avec un conjoint seulement ».
- 108-C04 précise « Avec un conjoint séparément », il sera classé dans « Seul ».
- 208-D05 précise « Hébergement d'urgence », il sera classé dans « Seul ».
- 208-C08 précise « Ma grand-mère », il sera classé dans « Avec vos parents ».
- 219-B04 précise « Avec ma grande soeur », il sera classé dans « Avec vos parents ».

La catégorie « Avec un conjoint seulement » s'entendra comme « Avec un conjoint, sans enfants ». La catégorie « Avec vos parents » s'entendra comme « Avec un membre de votre famille ».

Problèmes relatifs à la question Q6 (logement). Le patient 106-B01A coche « chez des proches » à la fois dans un logement durable et dans un logement provisoire. C'est également le cas des patients 104-C04, 114-A04A (qui précise « s'il n'y aurait pas mes parents je serais SDF » – *sic*), 209-A01, 106-C02, 208-C04, 112-B03, 112-A02, 112-C08, 216-D05. Ces patients seront tous *recodés en* « Chez des proches » durable : s'ils ont le sentiment que leur situation est temporaire, on va postuler qu'elle est soutenable pour les 6 prochains mois (c'est manifestement le cas d'au moins le patient 114-A04A).

Le patient 105-B06 coche à la fois « Indépendant (chez moi) » et « Chez des proches (famille/amis) » provisoire. (il précise en Q5 vivre à la fois seul et avec des amis). Il sera *codé en* « Indépendant ».

Le patient 209-C07 coche les cases « Autre » provisoire, et « Autre », en précisant à chaque fois « Association ». Il sera *codé en* « Autre » provisoire.

Le patient 201-C07 coche lui les cases « En institution » durable, et « Autre » : HLM. Il sera *codé en* « Indépendant » durable.

Le patient 103-D02A coche « Chez des proches » durable, et « Autre » : « Je suis déclaré SDF, mais j'habite chez une copine ». Il sera *codé en* « Chez des proches » durable.

Le patient 208-D05 coche les cases « En institution » durable, « En institution » provisoire et « Je suis sans domicile ». Il a précisé à la question Q5 être en « Hébergement d'urgence¹⁵ ». Il sera *codé en* « En institution » provisoire.

Le patient 210-D03 coche les cases « Indépendant » et « Autre » : « ma maison individuelle ». Il sera *codé en* « Indépendant ».

Le patient 110-C10 coche la case « Autre » et précise « Chez mon compagnon très provisoirement... Puisque la séparation est prévue prochainement ». Il sera *recodé en* « Chez des proches » provisoire

Le patient 219-B04 coche à la fois « Indépendant » et « Chez des proches » provisoire. Il précise « Ne rien mettre » à côté de « Indépendant » et déclare habiter « avec [sa] grande soeur » en Q5, on le *codera en* « Chez des proches » provisoire.

Le patient 103-C05 coche à la fois « Autre » provisoire, en précisant « CHRS (foyer

¹⁵La mission des centres d'hébergement d'urgence est d'accueillir les personnes sans domicile fixe pour une courte durée.

pr adultes) », « Je suis sans domicile » et « Autre », en précisant « Je vais perdre mon logement à la fin du mois car ce sont des "contrats de location" d'une durée de six mois et le mien arrive à terme ». On retient la *catégorie* « Autre » provisoire.

Le patient 208-C08 coche à la fois « Chez des proches » durable et « Autre », en précisant « Non déclarée ». On retient la *catégorie* « Chez des proches » durable.

Le patient 210-B05 coche à la fois « Chez des proches » durable, « Je suis sans domicile » et « Autre », en précisant : « Mon père veut que je fasse ma vie ! ». On le recode en « Chez des proches » provisoire.

Nous allons également recoder certaines catégories « Autres » :

- 5 patients cochent « Autre » provisoire, ils précisent :
 - « Association GALA » pour 106-D03,
 - « Locataire » pour 106-B05B,
 - « CHRS (Foyer pour adultes) » pour 103-C05 il sera *recodé en* « Institution » provisoire,
 - « Résidence meublée » pour 217-C07,
 - « Parents » pour 218-C02, il sera *recodé en* « Chez des proches » provisoire.
- 5 patients cochent « Autre », ils précisent :
 - « Location » pour 110-D03, il sera *recodé en* « Indépendant » durable,
 - « Colocataire » pour 110-A04, il sera *recodé en* « Indépendant » durable,
 - « Accueil 115 » pour 108-A02, il sera *recodé en* « Institution » provisoire,
 - « Foyer ADOMA¹⁶ » pour 208-D01, il sera *recodé en* « Institution » durable,
 - « Propriétaire » pour 101-C07, il sera *recodé en* « Indépendant » durable.

Problèmes relatifs à la question Q7 (situation professionnelle). Le patient 106-B01B coche « Autre » et précise en marge « Invalide ». On conserve ce codage.

Le patient 106-C06 coche « Chômage » et « Autre » en précisant « RMI ». On le *code comme au* « Chômage ».

Les patients 109-B03 et 114-A04A cochent « Activité salariée intermittente » et « Chômage ». On le *code à* « Activité salariée intermittente ».

Le patient 104-B03 coche « Activité salariée intermittente » et « Étudiant », il sera *codé comme* « Étudiant ».

Le patient 104-C12 coche « Activité salariée intermittente » et « Autre », en précisant « Stages non rémunérés ». On retient le *code* « Activité salariée intermittente ».

Le patient 103-D06 ne coche aucune case mais précise en marge « Je suis en invalidité ». On retient le *code* « Autre ».

Le patient 208-B03 coche « Autre » et précise en marge « Licencié depuis 31/07/2007 (A.T.) ». On le *code en* « Chômage ».

Le patient 211-D02 coche « Activité salariée intermittente » et « Chômage ». Il coche en Q8 « Revenus d'emplois » et « ASSEDIC ». On retient la *catégorie* « Chômage ».

¹⁶ Anciennement SONACOTRA, l'Adoma construit et gère des foyers sociaux. Le parc se compose de foyers pour personnes isolées, de résidences sociales (anciens foyers pour travailleurs migrants), de centres d'hébergement pour personnes sans domicile, d'aires d'accueil pour les gens du voyage et l'accueil d'urgence de réfugiés. . Créée à l'origine pour loger les travailleurs migrants, Adoma a maintenant pour mission d'accueillir et soutenir tous ceux et celles qui traversent des difficultés et ne trouvent pas leur place dans le logement social traditionnel.

Le patient 211-B04 coche « Activité salariée intermittente » et « Autre », il précise en marge « RMI ». On le *code en* « *Activité salariée intermittente* ».

Le patient 217-C07 coche « Chômage » et « Autre », il précise en marge « RMI ». On le *code en* « *Chômage* ».

Le patient 219-D02 coche « Activité salariée intermittente » et « Chômage ». Il précise en Q8 que l'origine principale de ses ressources provient des ASSEDIC. On retient la *catégorie* « *Chômage* ».

Problèmes relatifs à la question Q8 (origine des ressources). Le patient 109-C11 coche la case « Autre » et précise « ASS¹⁷ ». On le *recodera en* « *ASSEDIC* ».

Le patient 113-D08 indique également « ASS » en marge de la case « ASSEDIC », qu'il ne coche pas. On le *code en* « *ASSEDIC* ».

Le patient 104-B03 coche « Revenus d'emplois » et « Ressources provenant d'un tiers ». On retient le *code* « *Revenus d'emplois* ».

Le patient 114-A04A coche « Revenus d'emplois » et « ASSEDIC ». Puisqu'on le considère en activité salariée intermittente, nous retiendrons le *code* « *Revenus d'emplois* ».

Le patient 203-C01 coche « RMI » et « Autres ». On retient le *code* « *RMI* ».

Le patient 202-A04 coche « Autres prestations sociales » et « revenus d'emplois ». On retient le *code* « *Revenus d'emplois* ».

Le patient 208-B03 coche « Autres » et précise en marge « Salaire & depuis 1 mois, ASSEDIC ». On retient le *code* « *ASSEDIC* ».

Le patient 105-A01B coche « RMI » et « Autres prestations sociales ». On retient la *modalité* « *RMI* ».

Le patient 210-B05 coche « ASSEDIC » et « Autres », en précisant « Travail au noirt » (sic). On retient la *modalité* « *ASSEDIC* ».

Le patient 210-B01 coche « Revenus d'emplois » et « ASSEDIC ». Il précise en Q7 « Accident de travail. Sinon j'ai toujours travaillé en interim » (sic). On retient la *modalité* « *ASSEDIC* ».

Le patient 211-D06 coche « Revenus d'emplois » et « RMI ». Il coche en Q7 « Activité salariée intermittente ». On retient la *modalité* « *Revenus d'emploi* ».

Le patient 211-D02 coche « Revenus d'emplois » et « ASSEDIC ». Il coche en Q7 « Activité salariée intermittente » et « Chômage ». On retient la *catégorie* « *ASSEDIC* ».

Problèmes relatifs à la question Q9 (niveau d'études). Le patient 109-D08 coche à la fois « BEPC » et « Bac ». La case « BEPC » semblant barrée, on retient le *code* « *Bac* ».

Le patient 107-D02 coche à la fois « BEPC », « BEP/CAP » et « Bac ». On retient la *modalité* « *Bac* ». De même pour le patient 112-B03.

Le patient 210-B05 coche « BEP/CAP » et « Bac ». On retient la *modalité* « *Bac* ».

Le patient 217-C07 coche « Brevet », « BEP/CAP » mais précise en marge « 4ème ». Par homogénéité avec les conventions employées, on reinteint la *modalité* « *BEP/CAP* ».

¹⁷Les demandeurs d'emploi qui arrivent au terme de leurs droits à l'ARE (allocation d'aide au retour à l'emploi) peuvent bénéficier de l'allocation de solidarité spécifique (ASS). À condition d'être à la recherche effective d'un emploi, de justifier de 5 ans d'activité salariée dans les 10 ans précédant la fin du contrat de travail et de ne pas dépasser un plafond de ressources.

Le patient 218-A04 ne coche aucune case mais marque au niveau de « BEP/CAP » la phrase suivante : « pas Niveau examen Réussi » (*sic*). On considère qu'il a le niveau « BEP/CAP ».

Problèmes relatifs à la question Q10 (couverture sociale). Certains patients ne cochent pas la case « Je suis affilié à la sécurité sociale » tout en précisant avoir la CMU, être en ALD ou avoir une couverture complémentaire. Ils seront considérés comme affiliés à la sécurité sociale.

Le patient 217-C07 coche « CMU » en précisant en marge « CMU = En cours. ». On conserve sa réponse.

Problèmes relatifs aux questions Q14 (consommations) et Q15 (ivresses). De manière générale, nous allons postuler que tout patient remplissant au moins une consommation, n'en mettant pas une autre à « Jamais », n'a saisi que les consommations qui l'ont concerné. Les consommations manquantes seront donc valorisées à « Jamais ». 49 patients sont dans ce cas.

Nous ferons une exception pour le patient 219-D02 qui déclare consommer de l'héroïne 2 à 6 fois par semaine et des benzodiazépines tous les jours : sa consommation d'alcool, manquante, n'est pas nulle, puisqu'il déclare une ivresse en Q15.

Nous adoptons une convention supplémentaire pour les « Autres » produits : si aucun n'est précisé, c'est que le patient n'est pas concerné, on retient alors la catégorie « Jamais ».

Le patient 106-B01B ne répond ni à Q14, ni à Q15, mais précise « J'ai arrêté l'alcool depuis 3 semaines ainsi que tout autre stupéfiants » (*sic*). On *code à 0* ses consommations.

Le patient 205-C05 répond « 5-6 fois » lorsqu'on lui demande son nombre d'ivresses au cours du mois passé. Il sera *codé à « 5,5 » fois*.

Le patient 114-A04B coche « 1 fois par mois » et « 1 fois par semaine » pour décrire sa consommation d'alcool. Nous retiendrons la catégorie supérieure, et donc le *code « 1 fois par semaine »*. De même pour le patient 102-D03, qui coche « 1 fois par semaine » et « 2 à 6 fois par semaine » pour l'héroïne, et « 1 fois par mois » et « 1 fois par semaine » pour le cannabis : *nous retenons « 2 à 6 fois par semaine » et « 1 fois par semaine »*. Quant au patient 102-C02, il coche pour ses consommations de cocaïne « Jamais » et « 1 fois par mois ». On retient le *code « 1 fois par mois »*. Le patient 103-A03B coche les cases « Jamais » et « 2 à 6 fois par semaine » pour les benzodiazépines et « Jamais » et « Chaque jour » pour l'alcool. Il déclare 1 ivresse au cours du dernier mois. On retient les *catégories « 2 à 6 fois par semaine » et « Chaque jour »*.

Une fois toutes les conventions et recodages appliqués, restent 27 patients pour lesquels on compte au moins une valeur manquante. Nous les traitons au cas par cas :

- Le patient 104-B11 coche « Jamais » pour la cocaïne et « 1 fois par mois » pour le cannabis. Il ne répond pas pour les autres produits. Comme ce patient déclare que la cocaïne seulement est à l'origine de son suivi, on va postuler qu'il n'a répondu qu'aux produits le concernant directement, et recoder les autres à « Jamais ».
- Les patients 205-D04 et 210-A04 cochent « Jamais » pour l'héroïne » et « Chaque jour » pour l'alcool. Le produit à l'origine de leur suivi est l'héroïne. On recode les valeurs manquantes à « Jamais ».
- Les patients 110-D07, 113-C03, 210-D07 et 219-A07 répondent à tout sauf aux benzodiazépines et à la catégorie « Autre ». On considère ces consommations comme

manquantes.

- Le patient 114-A08A répond à tout sauf au cannabis. On considère cette consommation comme manquante.
- Le patient 106-C02 répond à tout sauf à l'ecstasy et à la catégorie « Autre ». On considère ces consommations comme manquantes.
- Les patients 113-B06 et 102-A08 répondent à tout sauf à l'alcool et à la catégorie « Autre ». On considère ces consommations comme manquantes.
- Les patients 201-C07, 202-C02, 216-D01 et 110-C10 ne répondent pas à la question Q14.
- Les patients 103-B08, 218-C02 et 218-C06 répondent à tout sauf aux benzodiazépines. On considère cette consommation comme manquante.
- Le patient 208-C04 renseigne ses consommations d'héroïne et de cannabis, mais pas de cocaïne et de speed (ces deux produits sont à l'origine de son suivi). Il ne renseigne pas sa consommation d'alcool ni d'ecstasy. On considère ces consommations comme manquantes.
- Les patients 208-A06 et 213-D04 renseignent leurs consommations d'héroïne et cocaïne, les deux produits à l'origine de son suivi. Il ne renseigne pas ses autres consommations, qui seront codées à « Jamais ».
- Le patient 208-D05 répond à tout sauf à l'ecstasy. On considère cette consommation comme manquante.
- Le patient 107-D02 ne précise pas ses consommations de benzodiazépines, d'alcool et d'« autres » produits. Seule l'héroïne est à l'origine de son suivi, et il a renseigné à « Jamais » les consommations d'héroïne, cocaïne, ecstasy et cannabis. On considère les autres consommations comme manquantes.
- Le patient 111-A07 renseigne seulement ses consommations d'héroïne et d'alcool, alors qu'il déclare comme produits à l'origine de son suivi l'héroïne, le cannabis, l'alcool, ecstasy et le LSD. On considère les consommations non renseignées comme manquantes.
- Le patient 211-B08 indique « Méthadone » dans le champ réservé aux « Autres » produits. Il s'agit de son traitement de substitution. On va coder « Autres » à « Jamais ».
- Le patient 216-D05 ne renseigne pas ses consommations de cocaïne et d'ecstasy, la cocaïne (avec l'héroïne, le cannabis et l'alcool) étant à l'origine de son suivi. On considère ces deux consommations comme manquantes.

Le patient 106-C02 déclare ne jamais avoir consommé d'alcool au cours du dernier mois, puis déclare 10 ivresses à la question Q15. On va recoder sa consommation d'alcool en Q14 comme manquante.

Le patient 201-A01 déclare ne jamais avoir consommé d'alcool tout en déclarant une ivresse, en précisant en marge « Anniversaire ». On va recoder ses consommations d'alcool en Q14 à « 1 fois par mois ».

Problèmes relatifs à la question Q16 (justice). Le patient 103-C05 coche « Non, jamais » puis marque en marge « (1 fois) ». On le recode en « Oui, j'en ai eu ».

Problèmes relatifs à la question Q20 (traitement de substitution). Le patient 219-B08 déclare ne pas bénéficier d'un traitement de substitution, puis déclare bénéficier depuis 5 à 10 ans de méthadone. On va considérer qu'il bénéficie d'un traitement de

substitution.

Le patient 109-A09 prend à la fois du subutex et de la méthadone. Étant le seul patient dans cette situation, il sera classé dans la catégorie « Autre » traitement.

Le patient 205-D12 prend du subutex, de l'équanil¹⁸ et de l'atarax¹⁹. Seul le subutex étant à proprement parler un traitement de substitution, nous le garderons dans la catégorie « Subutex ». Par contre, nous recoderons la réponse de ce patient à la question Q24, pour prendre en compte sa prise d'anxiolytiques.

Le patient 102-B01 précise prendre du valium avec du subutex comme traitement de substitution. On retiendra le subutex comme traitement de substitution, on modifiera la réponse de ce patient à la question Q24, pour prendre en compte sa prise d'anxiolytiques.

Le patient 102-A08 précise prendre de l' »EXOMILE » en complément de la méthadone comme traitement de substitution. On va considérer qu'il fait référence au LEXOMIL et modifier sa consommation d'Anxiolytiques en Q24 en conséquence.

Le patient 103-D06 marque « 16 MG » dans le cadre réservé au subutex sans cocher aucun traitement. On va considérer qu'il prend du subutex.

Le patient 208-D01 coche à la fois les cases « Entre 1 et 4 ans » et « Entre 5 et 10 ans » pour décrire l'ancienneté de son traitement. On retient la modalité « Entre 5 et 10 ans ».

Le patient 208-D05 coche les cases « Méthadone » et « Autre », en précisant « Benzos ». Ce patient déclare par la suite prendre des anxiolytiques. On va considérer son traitement de substitution comme étant la « Méthadone ».

Le patient 110-C10 ne précise pas depuis combien de temps il bénéficie d'un traitement de substitution, mais évoque en marge avoir commencé en 1993 un traitement par méthadone. Nous retiendrons donc la modalité « Plus de 10 ans ».

Le patient 218-A04 ne chiffre pas le dosage de Subutex, mais précise en marge « 2 mg 1 comprimé 1/2 3 mg ». On va considérer qu'il consomme 3.5 mg par jour de Subutex.

Problèmes relatifs à la question Q22 (sniff du traitement de substitution). Le patient 201-B02 a changé récemment de traitement, de Subutex à Méthadone, et précise sniffer « Presque toujours » « quand j'étais sous Subutex ». La question se rapportant à ses comportements actuels, il sera recodé à « Jamais ».

Problèmes relatifs à la question Q23 (satisfaction de l'accompagnement). Le patient 102-D03 souligne « Assez Bon » et « Mauvais ». Il précise en marge « En oubliant mon médecin qui fait ce qui peut Si j'ai souligné, je pense que la situation pouvait être meilleur » (sic). On adopte la réponse la plus pessimiste, on retient le *code* « *Mauvais* ».

Problèmes relatifs à la question Q24 (autres traitements). Le patient 109-D08 coche « Non » lorsqu'on lui demande s'il bénéficie d'autres traitements, puis coche « Autres » : « Laroxyl²⁰ ». Il sera *codé* à « *Oui* » et « *Antidépresseur* ».

Le patient 108-A02 coche « Non » lorsqu'on lui demande s'il bénéficie d'autres traitements, puis coche « Hypnotique » et « Autres » : « Complément alimentaire ». Il sera *codé* à « *Oui* ».

¹⁸Anxiolytique

¹⁹Hydroxyzine, aux propriétés anxiolytiques, antiallergiques, anticholinergiques et antihistaminiques.

²⁰Antidépresseur imipraminique (tricyclique) utilisé pour traiter les épisodes dépressifs sévères, certaines douleurs rebelles et certaines énurésies chez l'enfant.

Le patient 109-D04 coche « Non » lorsqu'on lui demande s'il bénéficie d'autres traitements, puis coche « Anxiolytique » et « Neuroleptiques ». Il sera *codé à « Oui »*.

Le patient 110-D03 coche « Non » lorsqu'on lui demande s'il bénéficie d'autres traitements, puis coche « Anxiolytique » et « Autres » : « Somnifère ». Il sera *codé à « Oui », « Anxiolytique » et « Hypnotique »*.

Le patient 104-DO1 coche « Autres » : « Bromézapan ; buspar ». Le bromézapan comme le buspar étant des anxiolytiques, il sera *codé comme prenant des anxiolytiques*.

Le patient 205-A05 note prendre « [Mot illisible] tranxène ». Il sera *codé comme prenant des anxiolytiques*.

Le patient 208-D01 coche « Autres » : « Valium ». Il sera *codé comme prenant des anxiolytiques*.

Le patient 211-A03 coche « Autres » : « Tercian ». Il sera *codé comme prenant des neuroleptiques*.

Le patient 217-C07 coche « Autres » : « Exomile ». Il sera *codé comme prenant des anxiolytiques*.

Problèmes relatifs à la question Q25 (prises en charge antérieures). Le patient 109-D08 coche « Non » lorsqu'on lui demande s'il a déjà été pris en charge pour un problème lié à l'usage de drogues, puis coche « En médecine générale » et « Autres » : « Fil d'Ariane²¹ ». Il sera *codé à « Oui » et « En médecine générale » + « Dans un centre spécialisé »*.

Le patient 104-D09 coche « Non » lorsqu'on lui demande s'il a déjà été pris en charge pour un problème lié à l'usage de drogues, mais précise une date et un lieu. On va considérer qu'il a déjà été pris en charge et le recoder à « Oui ». On procède de même pour les patients 102-C02 et 105-B02B. Le patient 216-A02 précise, lui, une date mais pas de lieu de soins, on ne le recode donc pas.

Les patients 113-C03 et 218-B01 déclarent une prise en charge en médecine générale alors qu'ils déclarent ne pas avoir été pris en charge dans le passé. On considèrera qu'ils font référence à leur prise en charge actuelle.

Problèmes relatifs à la question Q26 (consultations). 5 patients ne mettent pas de chiffre à « Autre professionnel » tout en précisant quelque chose :

- 106-D03 précise « Mon médecin traitant ». On codera « Autre professionnel » à 0.
- 205-B02 précise « Dentiste ». Il s'agit bien d'un autre professionnel, mais nous n'en connaissons pas le nombre de visites.
- 208-C08 précise « Mon assistante sociale ». Ce patient a bien déclaré 3 visites au travailleur social, on codera « Autre professionnel » à 0.
- 216-D09 précise « Gastro-entérologue ».
- 218-A04 précise « Hôpital ».

De manière générale, nous allons postuler que tout patient remplissant au moins une consultation, n'en mettant pas une autre à « 0 », n'a saisi que les consultations qui l'ont concerné. Les consultations manquantes seront donc valorisées à « 0 ». 35 patients sont dans ce cas.

Le patient 106-B01B déclare « 2 » visites chez un médecin spécialiste à l'hôpital (non psychiatre) et précise « alcoologue – assistante sociale en alcoologie ». On va conserver

²¹Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes situé à Strasbourg

sa réponse bien qu'un alcoologue puisse être considéré comme un psychiatre et qu'une assistante sociale n'est pas un médecin spécialiste.

Le patient 215-C01 barre les cases relatives au nombre de consultations chez le psychiatre, qui seront *codées* à « 0 ».

Le patient 102-B01 coche le champ « travailleur social » au lieu d'y renseigner le nombre de visites. Ce champ sera considéré comme manquant. Il barre la case « Autre professionnel », ce champ sera considéré comme nul.

Le patient 103-D06 marque « 5 ans » dans la case réservée au psychiatre (peut-être pour indiquer qu'il est suivi depuis 5 ans ?) et « Hopitale+ » (sic) dans « Un autre professionnel ». On va considérer ces réponses comme manquantes.

Le patient 103-C05 déclare avoir vu « plusieurs » fois un travailleur social. On considère cette réponse comme manquante.

Le patient 103-A03B ne répond à aucune des questions de Q26 mais marque « non, aucuns » (sic) dans l'espace réservé à « Un autre professionnel ». On va considérer que le « s » à « aucuns » fait référence à l'ensemble des professionnels et les valoriser à 0.

Le patient 219-D02 marque « 0 » pour le psychologue et le psychiatre, puis marque « Mon Medecin généraliste me suffis » (sic). On va considérer qu'il n'a vu aucun des professionnels proposés, et les renseigner à « 0 ».

Le patient 218-A04 ne précise pas son nombre de consultations chez le psychologue, le psychiatre et d'autres professionnels, mais marque « Plusieurs fois » à côté des cases correspondantes. On considère ces valeurs comme manquantes.

Problèmes relatifs à la question Q28 (ancienneté du médecin). Le patient 208-D01 coche à la fois les cases « Entre 1 et 4 ans » et « Entre 5 et 10 ans » pour décrire l'ancienneté de son médecin. On retient la modalité « Entre 5 et 10 ans ».

Problèmes relatifs à la question Q30 (modes de connaissance du médecin). Le patient 112-A02 coche la case « Autres » en précisant « amis ». Cette modalité sera *recodée en* « Par un membre de mon entourage ». De même pour les patients 205-B02 et 215-D02.

Problèmes relatifs à la question Q31 (facilité d'accès au médecin). Le patient 106-C02 coche à la fois « Très facilement » et « Facilement ». On retient la modalité inférieure et donc le *code* « Facilement ».

Les patients 113-B02 et 113-D04 cochent à la fois « Facilement » et « Difficilement ». On retient le *code* « Difficilement ».

Problèmes relatifs à la question Q32 (négociation du traitement). Le patient 105-B06 coche « Non » lorsqu'on lui demande s'il lui arrive de discuter avec son médecin de son traitement, mais ajoute en marge « sauf début traitement ». Il sera *codé en* « Oui ».

Le patient 213-A01 coche « facile » et « très facile » pour qualifier la facilité de négociation de son traitement. On retient la *modalité* « facile ».

Le patient 110-C10 ne répond pas mais précise en marge « Pour le moment non ! la dose journalière me convient parfaitement ». On le *code en* « Non ».

Les patients 206-D03, 113-B02 et 101-C03 ne précisent pas s'il leur arrive de discuter avec leur médecin d'un ajustement du dosage, mais déclarent que « C'est facile ». On les *code en* « Oui ».

Les patients 205-A05 et 203-A07 déclarent qu'il ne leur arrive pas de discuter avec leur médecin d'un ajustement du dosage, mais précisent que ça serait « Assez difficile » et « Très facile », respectivement. On les *code en* « *Oui* ».

Le patient 104-D01 déclare qu'il lui arrive de discuter avec son médecin d'un ajustement du dosage, mais ne précise pas avec quelle facilité, se contentant de marquer en marge : « Compréhensible, très très bon médecin à l'écoute !! » (sic). On le *code en* « *C'est facile* ».

Problèmes relatifs à la question Q33 (continuité des soins). Le patient 218-C06 coche les cases « Oui, sans hésitation » et « Oui, sans doute ». On retient la *modalité* « *Oui, sans doute* ».

Problèmes relatifs à la question Q34 (changer de vie). Le patient 208-C04 coche à la fois les cases « Non, ma vie n'a pas trop changé » et « oui, des choses ont changé ». Il sera *codé en* « *Non, ma vie n'a pas trop changé* ».

Les patients 212-D01, 217-C07 et 218-C06 cochent à la fois les cases « Oui, ma vie a profondément changé » et « oui, des choses ont changé ». Il seront *codés en* « *oui, des choses ont changé* ».

Problèmes relatifs à la question Q35 (accessibilité du psy et du travailleur social). Le patient 102-A08 coche à la fois « Difficilement » et « Très difficilement » à cette question, il sera *codé en* « *Très difficilement* ».

Le patient 103-A03B se contente de préciser « Moyennement » à la question « Avec quelle facilité ». On considère que « Moyennement » est compris entre « Facilement » et « Difficilement » et on retient donc la *catégorie* « *Difficilement* ».

Les patients 109-A09, 110-D03, 208-C08, 101-C03, 110-C10 ne précisent pas s'ils pourraient rencontrer un psychologue ou un travailleur social, mais précisent tout de même le degré de facilité avec lequel ils le feraient. On les *code en* « *Oui* ».

Le patient 213-D04 précise qu'il ne pourrait pas rencontrer ces professionnels s'il le voulait, puis dit qu'il le ferait « Difficilement ». On le *code en* « *Oui* ».

Les patients 105-A05, 206-D03 et 103-06 déclarent qu'ils pourraient rencontrer ces professionnels, mais ne précisent pas avec quelle facilité. On les *code à* « *Facilement* », la modalité modale.

Problèmes relatifs à la question Q36 (réactivité du médecin). Le patient 110-B01 ne répond pas à la question, mais marque en marge « Pas connu la galère, ni les goulas ». On retient les *codes* « *Je n'ai pas eu besoin d'aide* ».

Le patient 203-A03 ne répond pas à la question et marque en marge « pas de galère ». On retient les *codes* « *Je n'ai pas eu besoin d'aide* ».

Le patient 105-B02B coche à la fois « Il a fait tout son possible » et « Un peu ». Nous retenons la *modalité* « *Un peu* ».

Le patient 212-D01 ne coche aucune case à la question « Vous a-t-il été utile ? » mais note en marge : « Oui et même psychologiquement car quand il <illisible> de problème familiale il est toujours à mon écoute » (sic). On retient la *catégorie* « *Un peu* ».

Le patient 110-C10 barre la question. On va considérer qu'il n'a pas eu besoin d'aide.

Le patient 206-D03 déclare que son médecin n'a « Pas du tout » tenté de l'aider, et ne précise pas s'il lui a été utile. On retient le *code* « *Pas du tout* ».

Les patients 203-C01, 213-D04 et 102-C06 déclarent ne pas avoir eu besoin d'aide et ne précisent pas si le médecin leur a été utile. On retient la modalité « Je n'ai pas eu besoin d'aide ».

Les patients 206-B06, 105-B02A, 201-A01 et 211-B08 déclarent ne pas avoir eu besoin d'aide tout en déclarant que leur médecin leur a été « Un peu » ou « Beaucoup » utile. Ces utilités seront recodées à « je n'ai pas eu besoin d'aide ».

Problèmes relatifs à la question Q37 (dépistage). Le patient 106-A08 déclare avoir fait les examens de dépistage du VHC, mais coche à la fois « Négatif (rien) » et « Positif (j'ai le virus) ». On considère sa réponse comme manquante, faute de pouvoir trancher.

Le patient 104-C04 coche, au sujet des examens de dépistage du VHC, deux cases : « Non, mais je vais les faire » et « Oui, j'ai fait les examens », en précisant en marge « (y'a 1 an) ». De même, il coche deux résultats : « Négatif » et « Je ne sais pas ». Nous allons considérer que ce patient a fait un dépistage l'année précédente mais estime avoir couru un risque de contamination depuis. Nous retenons en conséquence les réponses « Non, mais je vais les faire » et « Je ne sais pas ». De même, il déclare avoir fait des examens de dépistage du VIH « y'a un an » et coche les résultats « Négatif » et « Je ne sais pas ». Nous appliquons le même raisonnement et retenons les réponses « Non » et « Je ne sais pas ».

Le patient 113-D08 marque « pas encore les résultats » lorsqu'on lui demande les résultats de dépistage du VHC. Il sera codé en « Je ne sais pas ».

Problèmes relatifs aux questions Q38 à Q44 (hiérarchisation des critères). Un patient qui coche à la fois les critères « A » et « B » et dit ensuite que les deux critères sont aussi importants l'un que l'autre (chiffre « 1 ») donne une réponse cohérente. Par contre, si le patient coche les deux critères mais dit que l'un est x fois plus important que l'autre ($x > 1$), nous serons obligés de considérer sa réponse comme manquante. C'est le cas du patient 109-D08 pour la question Q42.

Le patient 110-B01 se contente de marquer « Aussi important l'un que l'autre » en marge de la question Q38. On code sa réponse à « 1 ».

Le patient 110-A04 marque « 5 » à l'intérieur de la case « 1 » (Aussi important) des questions Q38 et Q39. On le code à « 5 ».

Le patient 105-D08 marque en marge « 50/50 » aux questions Q38, Q40, Q42, Q43. On les code toutes à « 1 » (Aussi important).

Le patient 114-A04B déclare en Q40 que le critère A est plus important, mais coche les valeurs « 1 » et « 2 » pour quantifier cette importance. Nous retiendrons la valeur moyenne, de « 1.5 ».

Le patient 113-D04 coche en Q38 les critères A et B, puis coche les valeurs « 1 » et « 2 ». Nous considérerons que pour lui, les deux critères sont aussi importants l'un que l'autre (valeur « 1 »).

Le patient 208-A02 précise dans l'emplacement réservé aux valorisations supérieures à 5 le critère choisi (A ou B). À la question Q43, il ne coche pas la case « 1 » (ni une autre) mais précise « AB ». On va considérer qu'il considère les deux critères comme équivalents.

Le patient 212-D01 coche en Q42 les cases « 5 » et « >5 », sans préciser. On retient le chiffre « 5 ».

Le patient 115-C01 coche en Q39 et Q42 les cases « >5 » en précisant « $+\infty$ ». Arbitrairement, on va coder ses réponses à « 100 ».

Comme nous l'avons fait pour les médecins, les patients considérant que l'un des critères est « >5 » fois plus important que l'autre, sans préciser de combien, se verront imputer la valeur moyenne des patients l'ayant précisé.

5.2 Patients retenus dans la base

Les médecins 209 et 212 ont renvoyé respectivement 2 et 1 questionnaires patient sans renvoyer leur questionnaire médecin. Ces patients seront supprimés de la base.

Par ailleurs, l'un des critères d'inclusion dans l'étude DEQUASUD était la présence d'un traitement de substitution. 7 patients déclarent ne pas s'en voir prescrire. Ils seront également supprimés de la base.

Nous travaillerons donc au final sur 196 usagers de drogue, recrutés parmi 30 médecins.

5.3 Description de l'échantillon

Parmi les 196 usagers qui nous ont retourné un questionnaire « Patient », 93 consultent hors RMS et 103 en microstructure.

5.3.1 Situation personnelle et professionnelle

5.3.1.1 Médecin Traitant

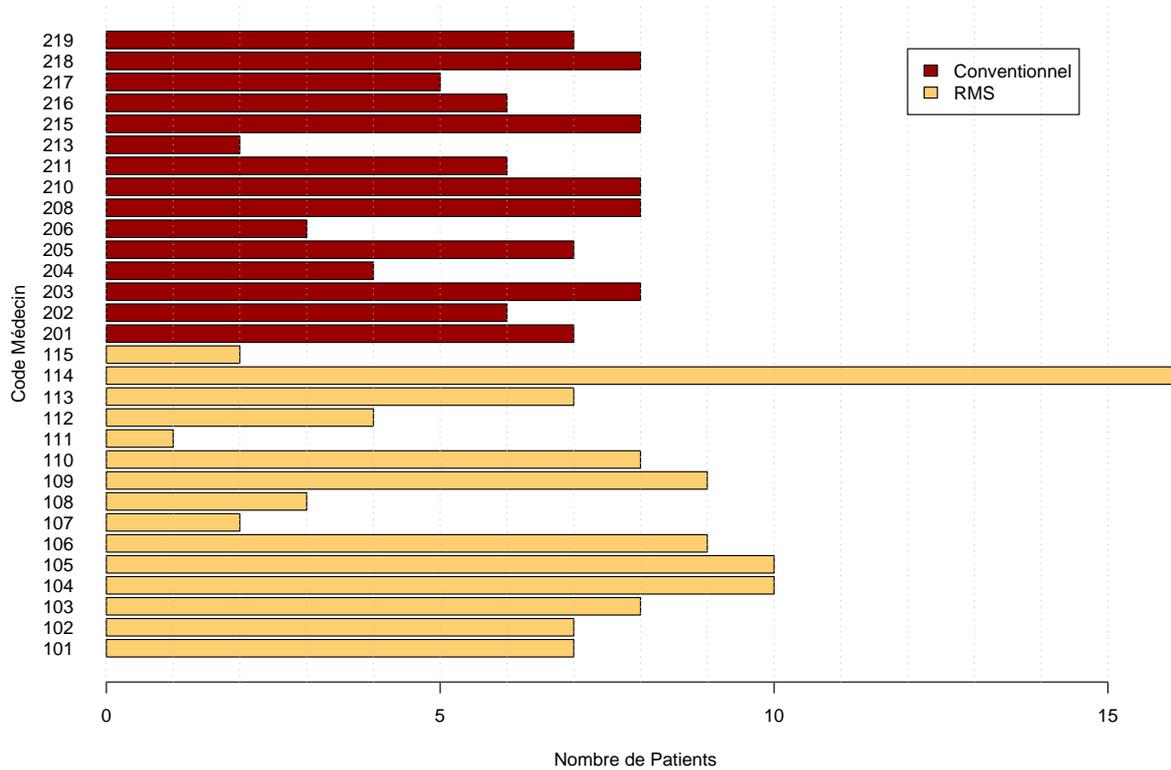


FIG. 31 – Ventilation des usagers en fonction de leur médecin

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	15	6,20	1,93	2	8
RMS	15	6,87	3,96	1	16
Ensemble	30	6,53	3,08	1	16

TAB. 53 – Nombre de patients inclus par médecin

En moyenne, les médecins du groupe conventionnel ont inclus 6,20 patients et ceux du groupe RMS en ont inclus 6,87 (Tableau 53). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,4627$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

5.3.1.2 Année de naissance

On va s'intéresser à l'âge, en années révolues, du patient au 31/12/2007. Cet âge est obtenu en soustrayant à 2007 l'année de naissance du patient.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	86	35,51	6,69	20	50
RMS	98	33,01	8,08	20	56
Ensemble	184	34,18	7,55	20	56

TAB. 54 – Âge du patient et groupe d'appartenance

En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont 35,51 ans et ceux du groupe RMS en ont 33,01 (Tableau 54). Les patients du groupe RMS sont plus jeunes que les autres ($p = 0,0209$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Signalons tout de même 12 valeurs manquantes.

5.3.1.3 Sexe

Groupe	Femme	Homme	N
Conventionnel	13,98 %	86,02 %	93
RMS	23,30 %	76,70 %	103
Ensemble	18,88 %	81,12 %	196

TAB. 55 – Sexe du patient et groupe d'appartenance

La figure 32 donne la proportion de patients des deux sexes en fonction de leur groupe d'appartenance. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1037$, test exact de Fisher).

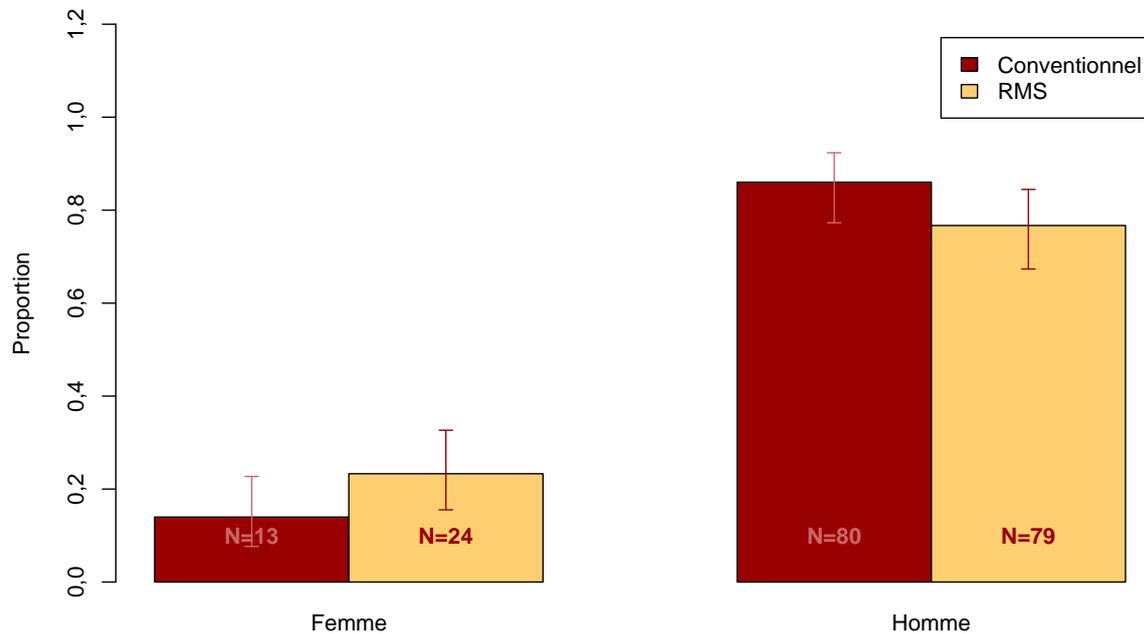


FIG. 32 – Sexe du patient et appartenance à RMS

5.3.1.4 Enfants

5.3.1.4.1 Nombre d'enfants En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont 0,99 enfants et ceux du groupe RMS en ont 0,73 (Tableau 56). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1606$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	92	0,99	1,22	0	4
RMS	100	0,73	1,06	0	5
Ensemble	192	0,85	1,14	0	5

TAB. 56 – Nombre d'enfants et groupe d'appartenance

Signalons 4 valeurs manquantes.

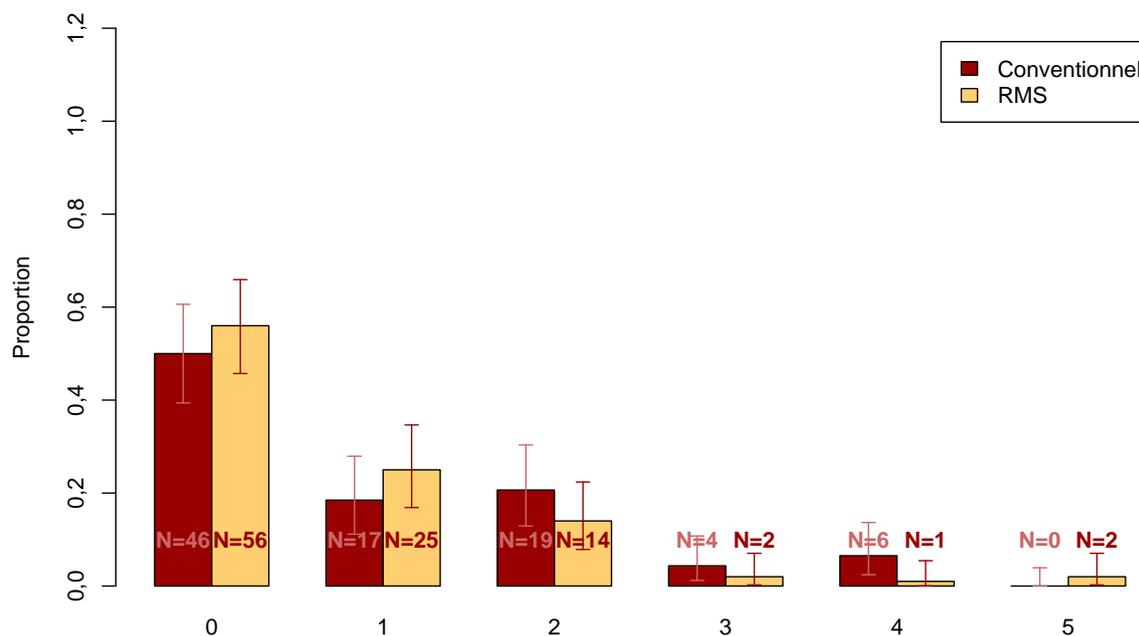


FIG. 33 – Répartition des patients par nombre d'enfants et appartenance à RMS

5.3.1.4.2 Enfants à charge Nous allons étudier combien de patients ont des enfants à charge parmi les 90 déclarant avoir des enfants.

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	34,78 %	65,22 %	46
RMS	39,53 %	60,47 %	43
Ensemble	37,08 %	62,92 %	89

TAB. 57 – Enfants à charge et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,6667$, test exact de Fisher).

5.3.1.5 Vous vivez avec...

5.3.1.5.1 Mode de vie On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0074$, test exact de Fisher).

Groupe	Seul	Famille	Enfants	Conjoint	Conjoint+Enfants	Amis	N
Conventionnel	38,71 %	15,05 %	2,15 %	11,83 %	32,26 %	0,00 %	93
RMS	25,24 %	25,24 %	5,83 %	18,45 %	20,39 %	4,85 %	103
Ensemble	31,63 %	20,41 %	4,08 %	15,31 %	26,02 %	2,55 %	196

TAB. 58 – Mode de vie et groupe d'appartenance

La figure 34 donne la répartition des modes de vie des patients en fonction de leur groupe d'appartenance.

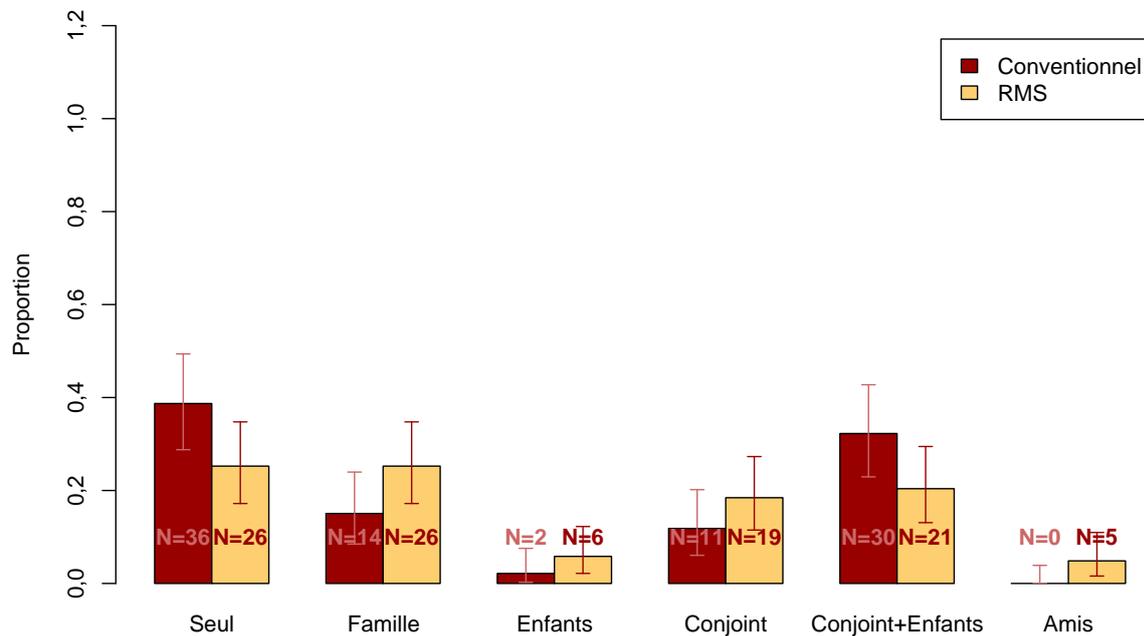


FIG. 34 – Mode de vie du patient et appartenance à RMS

Les patients du groupe conventionnel ont plus tendance à vivre seuls ou avec un conjoint et des enfants, alors que ceux du groupe RMS ont plus tendance à vivre en famille ou avec un conjoint mais sans enfants que les patients de l'autre groupe.

5.3.1.5.2 Durée du couple Pour définir si une personne est en couple ou non, nous employons les conventions suivantes :

- Si la personne déclare vivre seule, en famille, seule avec des enfants, ou avec des amis, et qu'elle ne précise pas de durée de couple, c'est qu'elle n'est pas en couple.
- Si la personne déclare vivre avec un conjoint, ou avec un conjoint et des enfants, mais ne précise pas de durée de couple, c'est que la réponse est manquante.

Groupe	Célib	<6mois	6-12mois	>12mois	N
Conventionnel	52,69 %	0,00 %	0,00 %	47,31 %	93
RMS	50,00 %	1,96 %	3,92 %	44,12 %	102
Ensemble	51,28 %	1,03 %	2,05 %	45,64 %	195

TAB. 59 – Durée du couple et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1505$, test exact de Fisher).

La variable n'est pas pertinente : presque tous les individus en couple le sont depuis plus d'un an.

5.3.1.6 Type de logement

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2684$, test exact de Fisher).

Groupe	D+Indé	D+Proc	D+Inst	P+Proc	P+Inst	P+Autr	SDF	N
Conventionnel	72,04 %	13,98 %	2,15 %	6,45 %	2,15 %	1,08 %	2,15 %	93
RMS	63,11 %	26,21 %	0,00 %	3,88 %	1,94 %	1,94 %	2,91 %	103
Ensemble	67,35 %	20,41 %	1,02 %	5,10 %	2,04 %	1,53 %	2,55 %	196

TAB. 60 – Logement et groupe d'appartenance

La figure 35 donne la répartition des logements des patients en fonction de leur groupe d'appartenance.

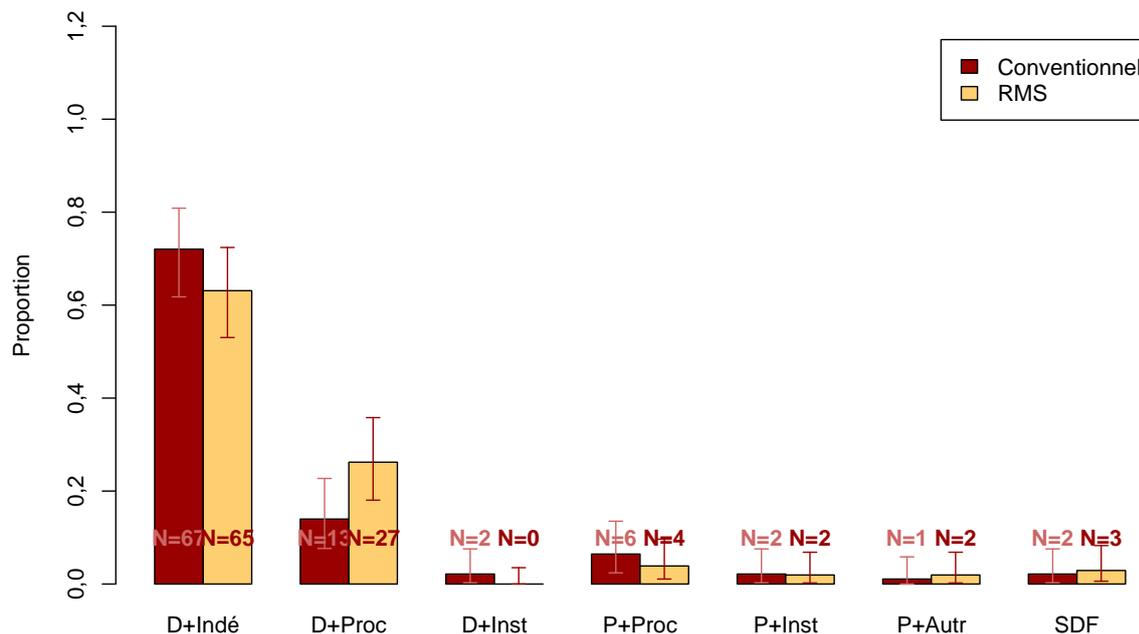


FIG. 35 – Logement du patient et appartenance à RMS

En raison du faible nombre de patients concernés par les modalités autres que « Logement durable indépendant », la variable n'a que peu d'intérêt. On va lui préférer la variable binaire séparant les patients disposant d'un logement durable des autres.

Groupe	Durable	Autre	N
Conventionnel	88,17 %	11,83 %	93
RMS	89,32 %	10,68 %	103
Ensemble	88,78 %	11,22 %	196

TAB. 61 – Logement durable et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,8244$, test exact de Fisher).

5.3.1.7 Situation Professionnelle

- 6 modalités de réponse étaient possibles :
- Activité salariée continue,
 - Activité salariée intermittente,
 - Étudiant, élève, stage non rémunéré,

- Chômage,
- Retraité,
- Autre.

Groupe	ASC	ASI	Etud	Chôm	Autre	N
Conventionnel	44,09 %	11,83 %	0,00 %	26,88 %	17,20 %	93
RMS	44,66 %	11,65 %	1,94 %	25,24 %	16,50 %	103
Ensemble	44,39 %	11,73 %	1,02 %	26,02 %	16,84 %	196

TAB. 62 – Situation professionnelle et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,8651$, test exact de Fisher).

La figure 36 donne la répartition des situations professionnelles des patients en fonction de leur groupe d'appartenance.

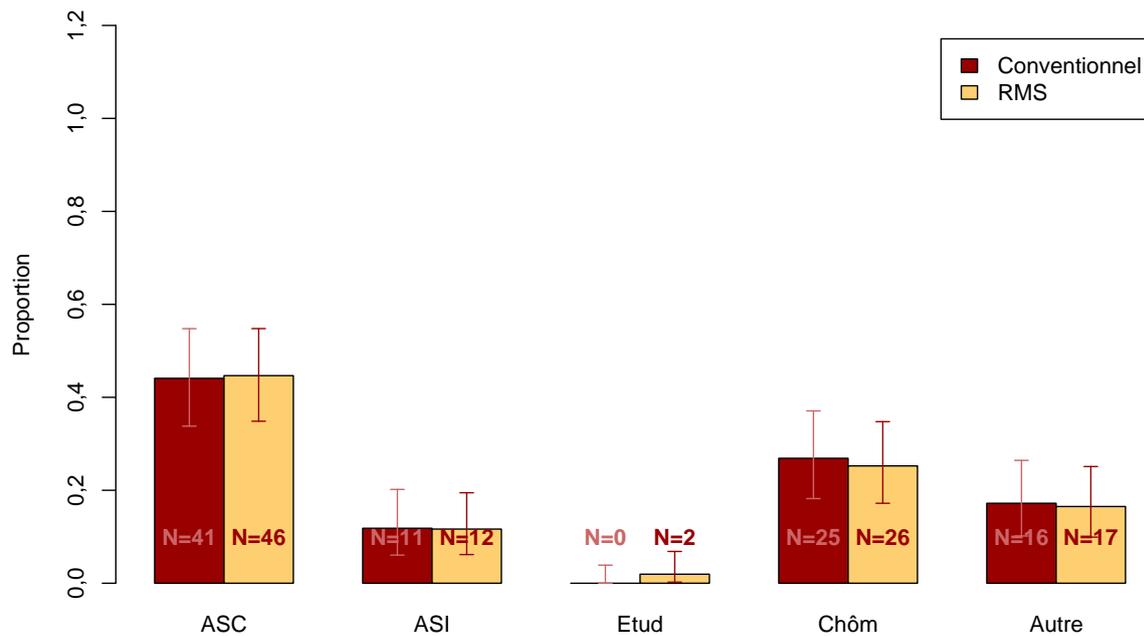


FIG. 36 – Situation professionnelle et appartenance à RMS

Par la suite, on regroupera les étudiants avec la modalité « Autre ».

5.3.1.8 Situation Professionnelle

7 modalités de réponse étaient possibles :

- Revenus d'emplois,
- ASSEDIC,
- RMI,
- Allocation adulte handicapé,
- Autres prestations sociales,
- Ressources provenant d'un tiers,
- Autres.

Groupe	Emploi	ASSEDIC	RMI	AAH	APS	Tiers	Autre	N
Conventionnel	51,65 %	12,09 %	28,57 %	4,40 %	1,10 %	0,00 %	2,20 %	91
RMS	51,96 %	8,82 %	27,45 %	2,94 %	3,92 %	0,98 %	3,92 %	102
Ensemble	51,81 %	10,36 %	27,98 %	3,63 %	2,59 %	0,52 %	3,11 %	193

TAB. 63 – Origine des ressources et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,7987$, test exact de Fisher).

La figure 37 donne la répartition des ressources des patients en fonction de leur groupe d'appartenance.

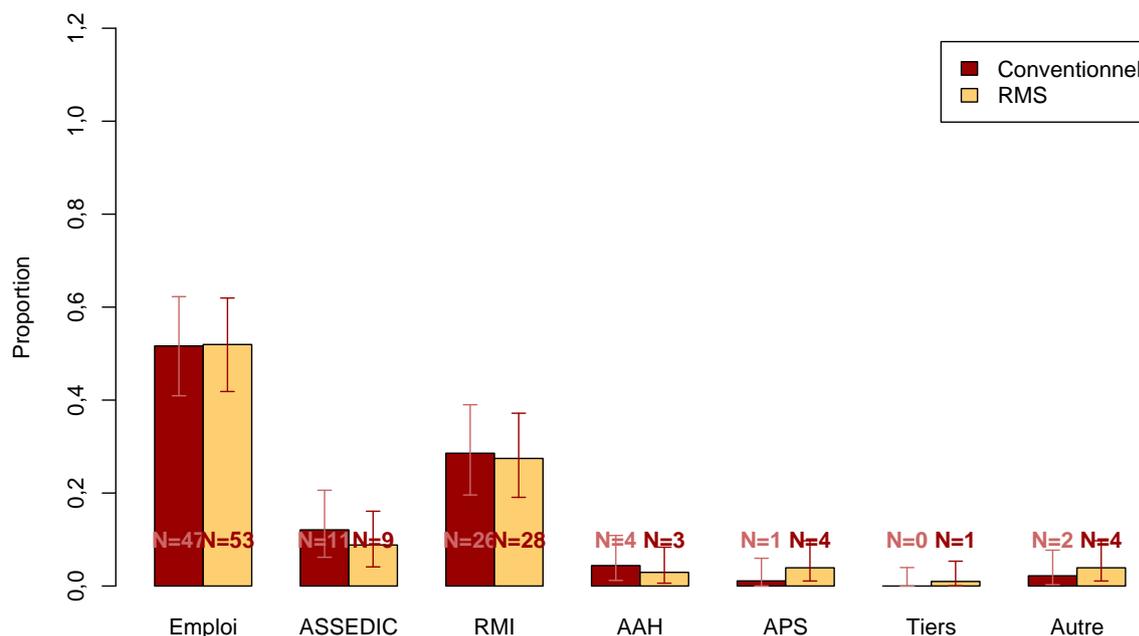


FIG. 37 – Situation professionnelle et appartenance à RMS

Sigalons 3 valeurs manquantes.

5.3.1.9 Niveau d'études

7 modalités de réponse étaient possibles :

- Je n'ai pas terminé le primaire,
- Niveau primaire,
- Niveau brevet des collèges,
- Niveau BEP/CAP,
- Niveau Bac,
- Niveau Bac+2,
- Au delà de Bac+2.

Groupe	<Prim	Prim	Brevet	BEP	Bac	Bac+2	>Bac+2	N
Conventionnel	3,26 %	5,43 %	9,78 %	53,26 %	19,57 %	5,43 %	3,26 %	92
RMS	0,00 %	1,94 %	8,74 %	60,19 %	21,36 %	4,85 %	2,91 %	103
Ensemble	1,54 %	3,59 %	9,23 %	56,92 %	20,51 %	5,13 %	3,08 %	195

TAB. 64 – Niveau d'études et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,5152$, test exact de Fisher).

La figure 38 donne la répartition des ressources des patients en fonction de leur groupe d'appartenance.

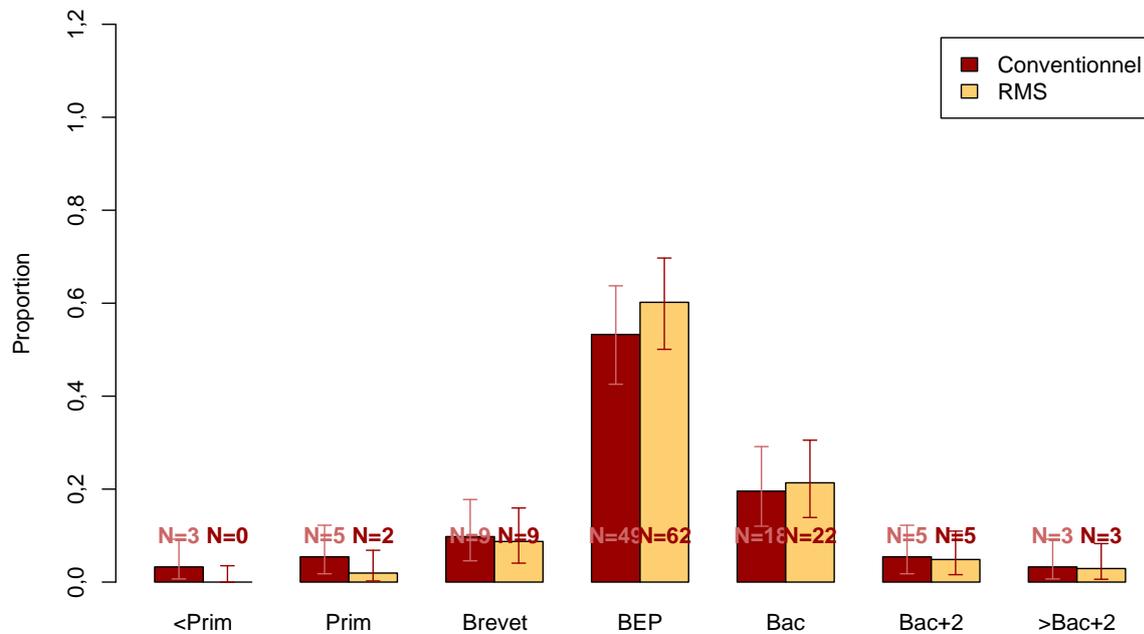


FIG. 38 – Niveau d'études et appartenance à RMS

Sigalons 1 valeur manquante.

Dans la suite de l'étude, nous retiendrons les catégories suivantes :

- Inférieur au BEP/CAP,
- BEP/CAP,
- Bac,
- Bac+2 ou plus.

5.3.1.10 Couverture sociale

Parmi les 196 patients, 5 ne répondent pas à la question et seuls 2 déclarent ne pas être affiliés à la sécurité sociale. Parmi ceux-ci, 1 déclare avoir l'AME²² et 1 ne précise pas s'il l'a ou pas.

²²L'Aide Médicale d'État (AME) est principalement destinée à prendre en charge les dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et avec des ressources inférieures au plafond de la CMU complémentaire résidant en France depuis plus de trois mois.

On se bornera à décrire la présence d'une CMU²³, d'une ALD²⁴ ou d'une couverture complémentaire.

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	60,44 %	39,56 %	91
RMS	65,00 %	35,00 %	100
Ensemble	62,83 %	37,17 %	191

TAB. 65 – CMU et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes en matière de CMU (p=0,5508, test exact de Fisher).

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	87,91 %	12,09 %	91
RMS	84,00 %	16,00 %	100
Ensemble	85,86 %	14,14 %	191

TAB. 66 – ALD et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes en matière d'ALD (p=0,5342, test exact de Fisher).

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	65,93 %	34,07 %	91
RMS	67,00 %	33,00 %	100
Ensemble	66,49 %	33,51 %	191

TAB. 67 – Couverture complémentaire et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes en matière de CMU (p=0,8794, test exact de Fisher).

Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Parmi les 190 patients pour lesquels l'information est disponible, 52 n'ont ni AME, ni CMU, ni ALD, ni couverture

²³La CMU (Couverture Maladie Universelle) est une garantie offerte à toutes les personnes résidant régulièrement en France depuis plus de trois mois, de la prise en charge des soins par les régimes obligatoires de la Sécurité Sociale. Pour certaines personnes à faibles revenus (606€ par mois pour une personne seule au 1^{er} juillet 2007), la CMU offre une couverture santé complémentaire aux remboursements de la Sécurité Sociale.

²⁴Une Affection de Longue Durée est une maladie impliquant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. L'assurance maladie en reconnaît 30, qui donnent droit à un remboursement intégral des soins, après établissement d'un protocole thérapeutique. Dans la liste figurent la cirrhose du foie décompensée, le SIDA, la psychose, l'hémophilie, les tumeurs malignes...

complémentaire et 1 patient déclare avoir la CMU, une ALD, et une couverture complémentaire.

- Parmi les patients ayant la CMU, 17% ont une ALD (pas de différence avec ceux n'ayant pas la CMU, $p=0,3995$, test exact de Fisher), 13% ont une couverture complémentaire (cette proportion diffère significativement de ceux n'ayant pas la CMU, $p<0,0001$, test exact de Fisher).
- Parmi les patients ayant une ALD, 19% ont une couverture complémentaire (pas de différence avec ceux n'ayant pas d'ALD, $p=0,0824$, test exact de Fisher).

5.3.2 Consommations passées et actuelles

5.3.2.1 Produit(s) à l'origine du suivi

Parmi les 196 patients, 2 ne répondent pas à la question.

5.3.2.1.1 Nombre de cases cochées L'une des cases proposées étant la case « Autres », pouvant regrouper plusieurs produits, il n'est pas possible de raisonner en nombre de produits à l'origine du suivi.

Groupe	1	2	3	4	5	N
Conventionnel	56,04 %	23,08 %	9,89 %	6,59 %	4,40 %	91
RMS	59,22 %	18,45 %	9,71 %	7,77 %	4,85 %	103
Ensemble	57,73 %	20,62 %	9,79 %	7,22 %	4,64 %	194

TAB. 68 – Nombre de cases cochées pour décrire les consommations à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,9554$, test exact de Fisher).

Plus de la moitié des patients n'évoquent qu'une catégorie de produits à l'origine de la prise en charge. Quelques patients au contraire ont coché toutes les cases proposées.

5.3.2.1.2 Héroïne Plus de 9 patients sur 10 ont au moins cité l'héroïne comme produit à l'origine de la prise en charge.

Groupe	HerNon	HerOui	N
Conventionnel	9,89 %	90,11 %	91
RMS	2,91 %	97,09 %	103
Ensemble	6,19 %	93,81 %	194

TAB. 69 – Héroïne à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,0701$, test exact de Fisher).

Un des critères d'inclusion dans l'étude était que le motif principal du suivi soit la dépendance aux opiacés. Ceci n'implique pas nécessairement que le produit à l'origine du suivi soit l'héroïne, il est néanmoins intéressant de décrire les 12 patients ne cochant pas cette case.

8 de ces patients ont coché la case « Autres ». Parmi ceux-ci, 7 précisent que l'« Autre » produit est le Subutex. L'autre précise « VIH-VHC-Substitution ».

Pour les 4 patients restants qui ne cochent pas la case « Autres », tous déclarent que la cocaïne est à l'origine du suivi, 2 déclarent en prime le cannabis.

5.3.2.1.3 Cocaïne Près de 3 patients sur 10 ont au moins cité la cocaïne comme produit à l'origine de la prise en charge.

Groupe	CocNon	CocOui	N
Conventionnel	70,33 %	29,67 %	91
RMS	72,82 %	27,18 %	103
Ensemble	71,65 %	28,35 %	194

TAB. 70 – Cocaïne à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,7508$, test exact de Fisher).

5.3.2.1.4 Cannabis Plus d'un patient sur 4 a au moins cité le cannabis comme produit à l'origine de la prise en charge.

Groupe	CanNon	CanOui	N
Conventionnel	73,63 %	26,37 %	91
RMS	74,76 %	25,24 %	103
Ensemble	74,23 %	25,77 %	194

TAB. 71 – Cannabis à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,8708$, test exact de Fisher).

5.3.2.1.5 Alcool L'alcool, en tant que produit à l'origine de la prise en charge, est plus rare que les autres produits proposés.

Groupe	AlcNon	AlcOui	N
Conventionnel	85,71 %	14,29 %	91
RMS	87,38 %	12,62 %	103
Ensemble	86,60 %	13,40 %	194

TAB. 72 – Alcool à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,8336$, test exact de Fisher).

5.3.2.1.6 Autres produits Près d'un patient sur 5 a cité d'autres produits comme étant à l'origine de la prise en charge. Le nombre d'« Autres » produits précisés par un patient ayant coché cette case varie de 0 à 7.

Groupe	AutNon	AutOui	N
Conventionnel	80,22 %	19,78 %	91
RMS	81,55 %	18,45 %	103
Ensemble	80,93 %	19,07 %	194

TAB. 73 – Autres produits à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,8560$, test exact de Fisher).

Parmi les 37 patients ayant coché la case « Autres »,

- 8 patients ne cochent pas la case « Héroïne ». Nous avons vu que la majorité (7 patients) évoque alors le Subutex comme autre traitement à l'origine du suivi.
- 29 patients cochent également la case « Héroïne ». Parmi ceux-ci, 26 patients précisent quels autres produits sont à l'origine de leur suivi. Sont cités le LSD/acides ($n=8$ patients), les médicaments (sans précision) ($n=6$), le subutex ($n=6$), l'ecstasy ($n=6$), le speed/amphétamines ($n=5$), les benzodiazépines ($n=3$), la kétamine ($n=3$), la morphine ($n=2$), le neocodion ($n=2$), l'opium ($n=2$), le xanax ($n=1$), le valium ($n=1$), le crack ($n=1$), la mescaline ($n=1$), le lexomil ($n=1$), le rohypnol ($n=1$), la méthadone ($n=1$), les barbituriques ($n=1$), l'eau écarlate ($n=1$), l'essence ($n=1$).

5.3.2.1.7 Bilan Nous n'identifions pas de différence significative entre les patients RMS et les autres pour ce qui est des produits à l'origine de la prise en charge avec le médecin actuel.

5.3.2.2 Injection passée de l'un des produits

Un tiers des patients n'a jamais eu de comportement d'injection par rapport au(x) produit(s) à l'origine de son suivi actuel.

Groupe	InjNon	InjOui	N
Conventionnel	34,41 %	65,59 %	93
RMS	33,01 %	66,99 %	103
Ensemble	33,67 %	66,33 %	196

TAB. 74 – Injection et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,8803$, test exact de Fisher).

5.3.2.3 Sniff passé de l'un des produits

Groupe	SniNon	SniOui	N
Conventionnel	5,38 %	94,62 %	93
RMS	2,91 %	97,09 %	103
Ensemble	4,08 %	95,92 %	196

TAB. 75 – Sniff et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,4808$, test exact de Fisher).

Presque tous les patients ont déjà sniffé un produit. Notons que seul un patient déclare n'avoir jamais eu recours ni à l'injection, ni au sniff.

5.3.2.4 Consommations au cours du mois passé

21 patients n'ont pas renseigné au moins l'une de leurs consommations.

5.3.2.4.1 Consommations d'héroïne 4 patients ne renseignent pas leur consommation d'héroïne.

Groupe	Jamais	1/mois	1/sem	<1/jour	1+/jour	N
Conventionnel	70,00 %	14,44 %	5,56 %	6,67 %	3,33 %	90
RMS	64,71 %	17,65 %	6,86 %	1,96 %	8,82 %	102
Ensemble	67,19 %	16,15 %	6,25 %	4,17 %	6,25 %	192

TAB. 76 – Consommation d'héroïne et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2621$, test exact de Fisher).

5.3.2.4.2 Consommations de cocaïne 8 patients ne renseignent pas leur consommation de cocaïne.

Groupe	Jamais	1/mois	1/sem	<1/jour	1+/jour	N
Conventionnel	83,91 %	6,90 %	5,75 %	2,30 %	1,15 %	87
RMS	85,15 %	10,89 %	2,97 %	0,99 %	0,00 %	101
Ensemble	84,57 %	9,04 %	4,26 %	1,60 %	0,53 %	188

TAB. 77 – Consommation de cocaïne et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,5292$, test exact de Fisher).

5.3.2.4.3 Consommations d'ecstasy 10 patients ne renseignent pas leur consommation d'ecstasy.

Groupe	Jamais	1/mois	1/sem	<1/jour	1+/jour	N
Conventionnel	98,84 %	1,16 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	86
RMS	95,00 %	3,00 %	1,00 %	1,00 %	0,00 %	100
Ensemble	96,77 %	2,15 %	0,54 %	0,54 %	0,00 %	186

TAB. 78 – Consommation d'ecstasy et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,7046$, test exact de Fisher).

5.3.2.4.4 Consommations de cannabis 7 patients ne renseignent pas leur consommation de cannabis.

Groupe	Jamais	1/mois	1/sem	<1/jour	1+/jour	N
Conventionnel	42,70 %	8,99 %	15,73 %	6,74 %	25,84 %	89
RMS	50,00 %	7,00 %	10,00 %	12,00 %	21,00 %	100
Ensemble	46,56 %	7,94 %	12,70 %	9,52 %	23,28 %	189

TAB. 79 – Consommation de cannabis et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,4342$, test exact de Fisher).

5.3.2.4.5 Consommations de benzodiazépines 13 patients ne renseignent pas leur consommation de benzodiazépines.

Groupe	Jamais	1/mois	1/sem	<1/jour	1+/jour	N
Conventionnel	69,77 %	2,33 %	2,33 %	6,98 %	18,60 %	86
RMS	77,32 %	4,12 %	0,00 %	8,25 %	10,31 %	97
Ensemble	73,77 %	3,28 %	1,09 %	7,65 %	14,21 %	183

TAB. 80 – Consommation de benzodiazépines et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2668$, test exact de Fisher).

5.3.2.4.6 Consommations d'alcool 10 patients ne renseignent pas leur consommation d'alcool.

Groupe	Jamais	1/mois	1/sem	<1/jour	1+/jour	N
Conventionnel	34,09 %	11,36 %	21,59 %	11,36 %	21,59 %	88
RMS	46,94 %	12,24 %	14,29 %	14,29 %	12,24 %	98
Ensemble	40,86 %	11,83 %	17,74 %	12,90 %	16,67 %	186

TAB. 81 – Consommation d'alcool et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1978$, test exact de Fisher).

5.3.2.4.7 Consommations d'autres produits 6 patients ne renseignent pas leur consommation d'autres produits.

Groupe	Jamais	1/mois	1/sem	<1/jour	1+/jour	N
Conventionnel	89,89 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	10,11 %	89
RMS	91,09 %	0,99 %	0,00 %	0,99 %	6,93 %	101
Ensemble	90,53 %	0,53 %	0,00 %	0,53 %	8,42 %	190

TAB. 82 – Consommation d'autres produits et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,6887$, test exact de Fisher).

La catégorie « Autres » a été mal comprise : beaucoup de patients y renseignent leur traitement de substitution. Ainsi, parmi les 18 patients qui déclarent une autre consommation, 13 patients précisent la consommation en question : pour 7 d'entre eux, « Subutex ». Pour 2 d'entre eux, « Méthadone ». Les autres précisent « Substitutions », « Opiacée », « LSD » et « Somnifères ».

Enfin, 1 patient précise « Speed » sans préciser la fréquence de consommation.

5.3.2.4.8 Bilan On n'identifie pas de différence entre les deux groupes d'usagers pour ce qui est de leur consommation de produits au cours du dernier mois.

5.3.2.5 Ivresses au cours du mois passé

Le nombre d'ivresses est inconnu pour 14 patients parmi les 120 déclarant avoir consommé de l'alcool ou pour lesquels la consommation d'alcool est inconnue (au nombre de 10).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	56	2,03	4,68	0	30
RMS	50	1,72	3,45	0	15
Ensemble	106	1,88	4,13	0	30

TAB. 83 – Nombre d'ivresses et groupe d'appartenance

En moyenne, les patients consommateurs d'alcool du groupe conventionnel ont connu 2,03 ivresses au cours du mois passé et ceux du groupe RMS en ont connu 1,72 (Tableau 83). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,8861$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

5.3.3 Situation vis-à-vis de la justice

5.3.3.1 Ennuis avec la justice

Groupe	Jamais	Passés	Présents	N
Conventionnel	24,73 %	68,82 %	6,45 %	93
RMS	25,24 %	66,02 %	8,74 %	103
Ensemble	25,00 %	67,35 %	7,65 %	196

TAB. 84 – Ennuis avec la justice et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,7993$, test exact de Fisher).

5.3.3.2 Condamnations par un tribunal

Groupe	CondNon	CondOui	N
Conventionnel	32,26 %	67,74 %	93
RMS	39,81 %	60,19 %	103
Ensemble	36,22 %	63,78 %	196

TAB. 85 – Condamnations et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2997$, test exact de Fisher).

5.3.3.3 Séjour en prison

Groupe	PrisNon	PrisOui	N
Conventionnel	50,54 %	49,46 %	93
RMS	65,05 %	34,95 %	103
Ensemble	58,16 %	41,84 %	196

TAB. 86 – Prison et groupe d'appartenance

Les patients du groupe RMS rapportent significativement moins de passages en prison ($p=0,0435$, test exact de Fisher).

La question portant sur la vie entière du patient, il n'est pas possible de savoir si cette différence est liée à un biais de recrutement (les patients ayant été en prison ayant plus tendance à choisir un médecin conventionnel) ou si elle est une conséquence du dispositif de soins (RMS éviterait les emprisonnements).

5.3.3.4 Tutelle/Curatelle

Groupe	TuCuNon	TuCuOui	N
Conventionnel	95,70 %	4,30 %	93
RMS	97,03 %	2,97 %	101
Ensemble	96,39 %	3,61 %	194

TAB. 87 – Tutelle ou curatelle et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,7119$, test exact de Fisher).

5.3.4 Traitement

Tous les 196 patients retenus dans la base bénéficient d'un traitement de substitution : il s'agit de l'un des critères d'inclusion dans l'étude.

5.3.4.1 Ancienneté du traitement de substitution

Groupe	<1 an	1-4 ans	5-10 ans	>10 ans	N
Conventionnel	9,68 %	32,26 %	48,39 %	9,68 %	93
RMS	14,56 %	52,43 %	23,30 %	9,71 %	103
Ensemble	12,24 %	42,86 %	35,20 %	9,69 %	196

TAB. 88 – Ancienneté du traitement et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0023$, test exact de Fisher).

La figure 39 donne la répartition des anciennetés en fonction du groupe d'appartenance des patients.

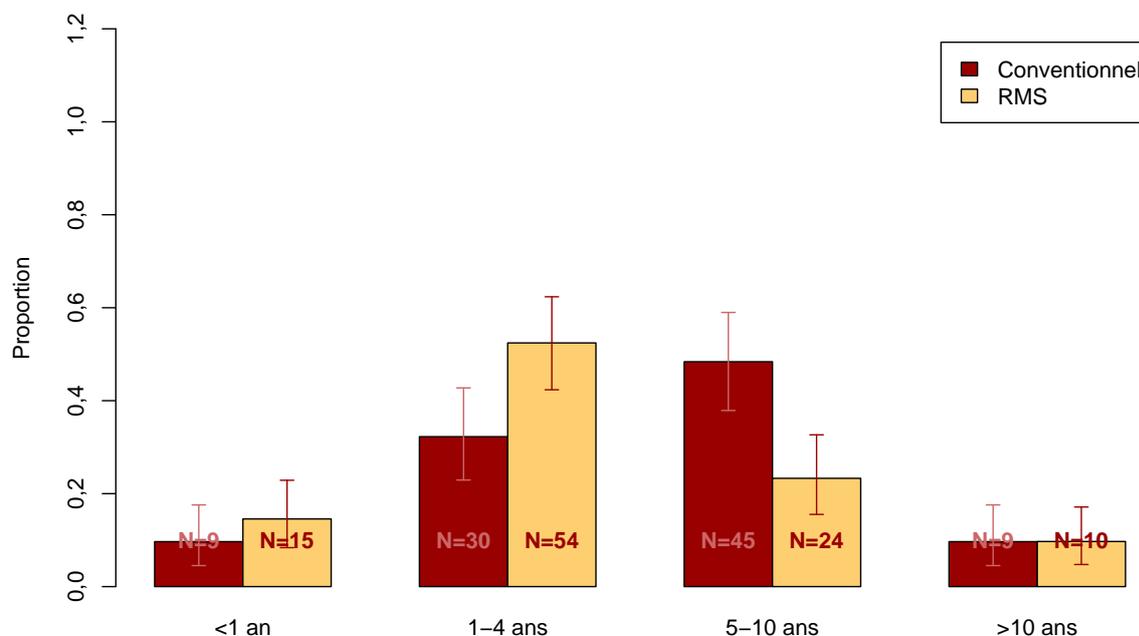


FIG. 39 – Ancienneté de la substitution et appartenance à RMS

Les patients du groupe conventionnel sont plus nombreux à bénéficier d'un traitement de substitution depuis 5 à 10 ans.

Il n'est pas possible de savoir si ces différences sont liées à des biais de recrutement (les patients du groupe RMS sont plus jeunes, cf tableau 54 page 124) ou sont la conséquence de la prise en charge (les patients du groupe RMS seraient suivis moins longtemps).

5.3.4.2 Traitement de substitution prescrit

Groupe	Subutex	Méthadone	AutreTrtS	N
Conventionnel	77,42 %	21,51 %	1,08 %	93
RMS	32,04 %	62,14 %	5,83 %	103
Ensemble	53,57 %	42,86 %	3,57 %	196

TAB. 89 – Traitement de substitution prescrit et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,0001$, test exact de Fisher).

La figure 40 donne la répartition des traitements en fonction du groupe d'appartenance des patients.

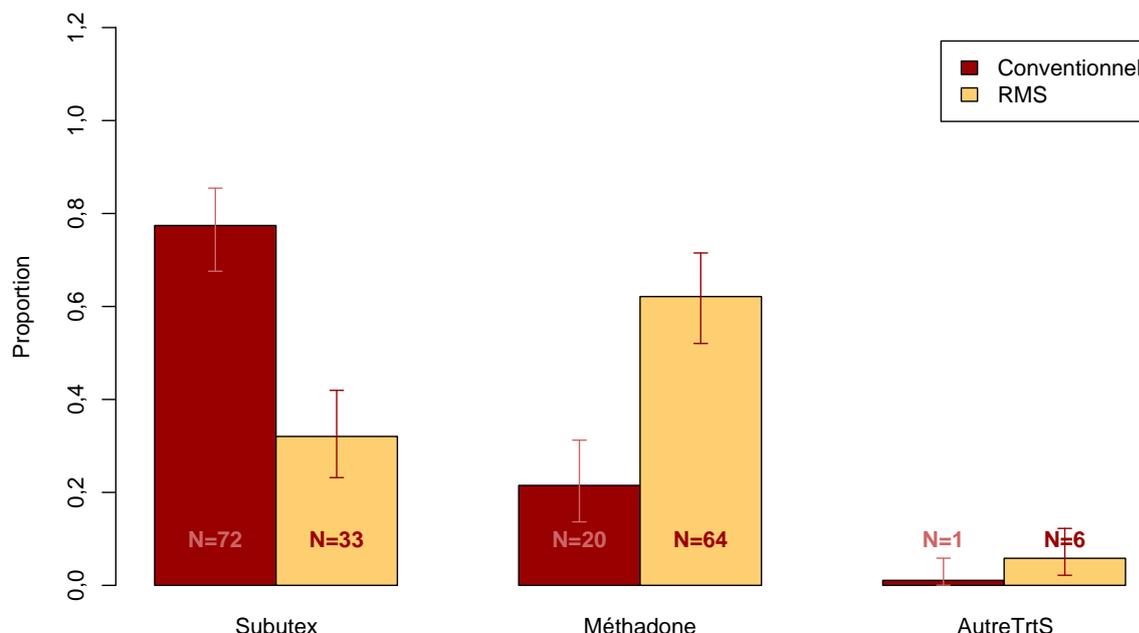


FIG. 40 – Traitement de substitution prescrit et appartenance à RMS

Les patients RMS ont moins souvent tendance à être sous subutex.

Parmi les 7 patients sous traitement autre que subutex ou méthadone, 6 précisent :

- « Sulphate de Morphine (1320 mg/jour) » (109-A01, RMS)
- « Subutex (16 mg/jour) + Méthadone (90 mg/jour) » (109-A09, RMS)
- « Moscontin²⁵ (100 mg/jour) » (104-D09, RMS)
- « Skenan²⁶ (700 mg/jour) » (113-D04, RMS)
- « Moscontin (400 mg/jour) » (103-D02A, RMS)
- « Skenan LP 200 mg (600 mg/jour) » (208-C04, Conventiionnel)

Les traitements alternatifs sont donc majoritairement à base de sulphate de morphine.

5.3.4.2.1 Dosages des patients sous subutex Le subutex existe sous trois conditionnements : boîte de 7 comprimés de 0,4 mg (code CIP 3394442), boîte de 7 comprimés de 2 mg (code CIP 3395140) et boîte de 7 comprimés de 8 mg (code CIP

²⁵Sulfate de morphine, utilisé comme antalgique opiacé fort.

²⁶Sulfate de morphine, utilisé comme antalgique opiacé fort.

3394399). Depuis 2006, il existe une forme générique de buprenorphine (codes CIP de 3715691, 3716271 et 3715722 pour les 3 conditionnements, respectivement). En 2006, l'Assurance Maladie a remboursé ces produits à hauteur de 77 636 644 €, pour 9 millions de boîtes délivrées (source : Medic'AM 2006 – Avril 2007).

Selon les données de l'Assurance Maladie, les doses moyennes de buprénorphine utilisées dans le cadre de la substitution se situent autour de 8 mg par jour [20]. La posologie de 16 mg par jour ne devrait pas, en théorie, être dépassée.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	72	10,08	9,10	0,4	70,0
RMS	33	10,55	4,51	3,0	16,0
Ensemble	105	10,22	7,93	0,4	70,0

TAB. 90 – Dosage du subutex et groupe d'appartenance

En moyenne, les patients sous Subutex du groupe conventionnel ont un dosage de 10,08 mg/jour et ceux du groupe RMS ont un dosage de 10,55 mg/jour (Tableau 90). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,3041$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

4 patients (tous du groupe conventionnel) déclarent un dosage supérieur à 16 mg : 18 mg pour 2 patients, 20 mg pour 1 et 70 mg pour 1 patient.

5.3.4.2.2 Dosages des patients sous méthadone La méthadone existe en flacons de sirop dosés à 5, 10, 20, 40 et 60 mg. La posologie moyenne recommandée est de 60 à 100 mg/jour.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	19	68,16	30,19	25	120
RMS	64	83,91	77,28	10	600
Ensemble	83	80,30	69,52	10	600

TAB. 91 – Dosage de la méthadone et groupe d'appartenance

Le dosage est inconnu pour 1 patient.

En moyenne, les patients sous méthadone du groupe conventionnel ont un dosage de 68,16 mg/jour et ceux du groupe RMS ont un dosage de 83,91 mg/jour (Tableau 91). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,5494$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

15 patients ont un dosage supérieur à 100 mg/jour. Parmi ceux-ci, seuls 2 patients sont dans le groupe conventionnel.

5.3.4.3 Injection du traitement de substitution

Aucun des patients sous méthadone ne s'injecte son traitement de substitution. Pour ne pas fausser les comparaisons, nous nous intéresserons qu'aux patients sous subutex (n=105) ou d'autres traitements (n=7).

Groupe	InjJamais	InjParfois	InjToujours	N
Conventionnel	82,19 %	12,33 %	5,48 %	73
RMS	66,67 %	20,51 %	12,82 %	39
Ensemble	76,79 %	15,18 %	8,04 %	112

TAB. 92 – Injection du traitement de substitution et groupe d'appartenance – patients sous méthadone exclus

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes (p=0,1645, test exact de Fisher).

5.3.4.4 Sniff du traitement de substitution

Bien qu'1 patient sous méthadone déclare sniffer « parfois » son traitement de substitution, nous excluons les patients sous méthadone pour rendre les groupes plus comparables.

Groupe	SniJamais	SniParfois	SniToujours	N
Conventionnel	66,67 %	23,61 %	9,72 %	72
RMS	76,92 %	17,95 %	5,13 %	39
Ensemble	70,27 %	21,62 %	8,11 %	111

TAB. 93 – Sniff du traitement de substitution et groupe d'appartenance – patients sous méthadone exclus

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes (p=0,5742, test exact de Fisher).

Signalons 1 valeur manquante.

5.3.4.5 Satisfaction tirée de l'accompagnement de la substitution

La question posée était « Actuellement, vous diriez que l'accompagnement de votre substitution est : ».

Groupe	Très Mauvais	Mauvais	Assez Bon	Bon	Excellent	N
Conventionnel	3,30 %	3,30 %	26,37 %	45,05 %	21,98 %	91
RMS	0,97 %	1,94 %	7,77 %	55,34 %	33,98 %	103
Ensemble	2,06 %	2,58 %	16,49 %	50,52 %	28,35 %	194

TAB. 94 – Qualité de l'accompagnement et groupe d'appartenance

Signalons 2 valeurs manquantes.

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0021$, test exact de Fisher).

La figure 41 donne la répartition des jugements portés en fonction du groupe d'appartenance des patients.

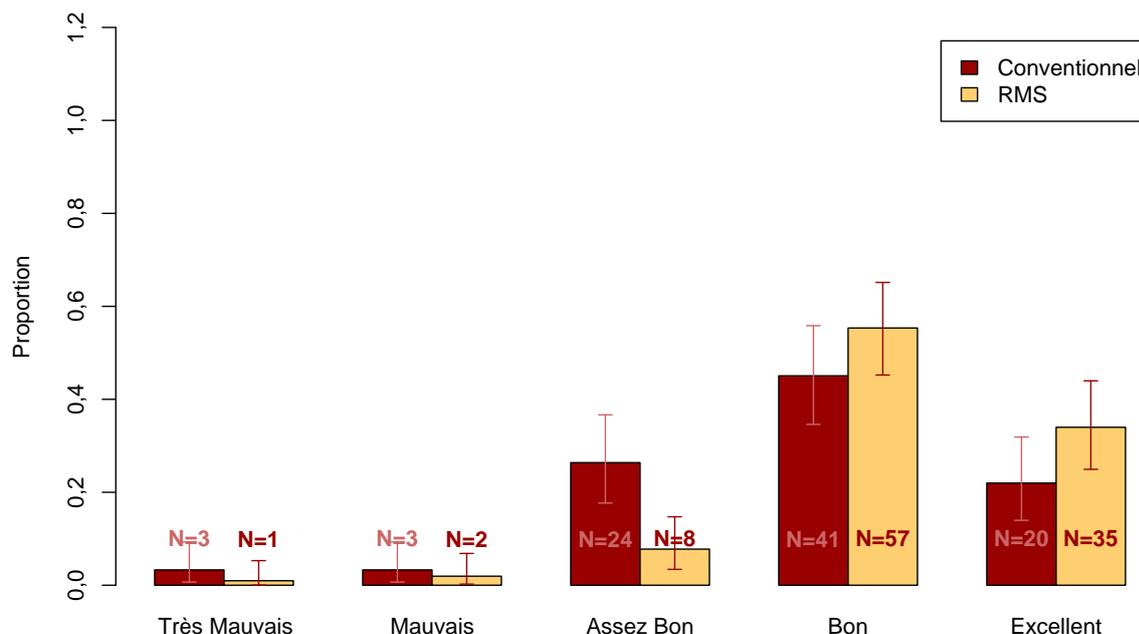


FIG. 41 – Qualité de l'accompagnement et appartenance à RMS

Les patients du groupe conventionnel portent un jugement plus nuancé sur la qualité de leur accompagnement.

Nous allons nous intéresser aux raisons soulevées par les 9 patients portant un jugement négatif sur leur accompagnement :

- « Parce qu'avec le temps, les années, c'est le sub. qui est devenu la drogue du jour indispensable ! » (RMS, accompagnement très mauvais)
- « La science c'est remplacer une erreur par une autre, de l'alcool je suis passée au subutex. Et je dirais que certains médecins sont des dealers patentés ! » (Conventionnel, accompagnement mauvais)
- « Car je suis toujours au même stade » (Conventionnel, accompagnement mauvais)
- « L'accompagnement psychologue [mot illisible] » (Conventionnel, accompagnement très mauvais)
- « Pas de suivi » (Conventionnel, accompagnement très mauvais)
- « Parce que le manque de subutex est beaucoup plus fort que l'autre » (RMS, accompagnement mauvais)

- « En oubliant mon médecin qui fait ce qu'il peut. si j'ai souligné²⁷, je pense que la situation pourrait être meilleure » (RMS, accompagnement mauvais)
- « Manque de cure après sevrage » (Conventionnel, accompagnement mauvais)
- « Pour moi c'est l'enfer une spirale (suite aux injections) » (Conventionnel, accompagnement très mauvais)

5.3.4.6 Autres traitements

1 patient ne répond pas à la question.

Groupe	AuTrNon	AuTrOui	N
Conventionnel	63,04 %	36,96 %	92
RMS	66,99 %	33,01 %	103
Ensemble	65,13 %	34,87 %	195

TAB. 95 – Prise d'autres traitements et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,6519$, test exact de Fisher).

5.3.4.6.1 Aotal L'Aotal est un traitement utilisé dans le sevrage alcoolique. Parmi les 194 patients répondant à la question, 1 déclare consommer ce produit. Nous ne pousserons pas plus avant l'analyse.

5.3.4.6.2 Antidépresseurs 2 patients ne répondent pas à la question.

Groupe	AntNon	AntOui	N
Conventionnel	86,81 %	13,19 %	91
RMS	86,41 %	13,59 %	103
Ensemble	86,60 %	13,40 %	194

TAB. 96 – Prise d'antidépresseurs et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

5.3.4.6.3 Hypnotiques 2 patients ne répondent pas à la question.

²⁷Le patient a souligné les modalités « Assez bon » et « Mauvais », en accord avec les conventions de codage adoptées, la modalité « Mauvais » a été retenue.

Groupe	HypNon	HypOui	N
Conventionnel	94,51 %	5,49 %	91
RMS	95,15 %	4,85 %	103
Ensemble	94,85 %	5,15 %	194

TAB. 97 – Prise d'hypnotiques et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

5.3.4.6.4 Anxiolytiques 2 patients ne répondent pas à la question.

Groupe	AnxNon	AnxOui	N
Conventionnel	85,71 %	14,29 %	91
RMS	81,55 %	18,45 %	103
Ensemble	83,51 %	16,49 %	194

TAB. 98 – Prise d'anxiolytiques et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,5614$, test exact de Fisher).

5.3.4.6.5 Nalorex Le nalorex est un traitement de soutien dans le sevrage de la toxicomanie et dans la prévention des rechutes. Aucun patient ne déclare en prendre.

5.3.4.6.6 Neuroleptiques 2 patients ne répondent pas à la question.

Groupe	NeuNon	NeuOui	N
Conventionnel	94,51 %	5,49 %	91
RMS	99,03 %	0,97 %	103
Ensemble	96,91 %	3,09 %	194

TAB. 99 – Prise de neuroleptiques et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1006$, test exact de Fisher).

5.3.4.6.7 Autres traitements 2 patients ne répondent pas à la question.

Groupe	AutNon	AutOui	N
Conventionnel	91,21 %	8,79 %	91
RMS	91,26 %	8,74 %	103
Ensemble	91,24 %	8,76 %	194

TAB. 100 – Prise d'autres traitements et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

Parmi les 17 patients cochant la case « Autres », 16 précisent :

- Lamisil et Mycoster²⁸,
- Trithérapie,
- VIH,
- Eupantol pour ulcère et brûlure,
- Célébrex (douleurs du dos),
- Parkinane²⁹,
- Toxivir³⁰,
- Complément alimentaire,
- Traitement anti-épileptique,
- Anti-constipation !,
- Efferalgan codéiné,
- Traitement pour problèmes respiratoires,
- Norvir/Kivexa³¹,
- Tension,
- Traitement indispensable car j'ai subit deux greffes de valves cardiaques !,
- Levothyrox³².

5.3.4.7 Prise en charge passée liée à un usage de drogues

2 patients ne répondent pas à la question.

Groupe	PCPaNon	PCPaOui	N
Conventionnel	40,22 %	59,78 %	92
RMS	36,27 %	63,73 %	102
Ensemble	38,14 %	61,86 %	194

TAB. 101 – Prise en charge passée et groupe d'appartenance

²⁸Deux antifongiques

²⁹Antiparkinsonien

³⁰Produit de médecine alternative

³¹Des antiviraux/antirétroviraux

³²Hormone thyroïdienne

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,6573$, test exact de Fisher).

5.3.4.7.1 Année du premier traitement Parmi les 120 patients déclarant une prise en charge passée, 9 ne déclarent pas l'année du premier traitement.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	49	1996,98	4,46	1986	2007
RMS	62	1997,21	6,00	1974	2007
Ensemble	111	1997,11	5,35	1974	2007

TAB. 102 – Année du premier traitement et groupe d'appartenance

En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont commencé leur premier traitement en 1996,98 et ceux du groupe RMS en 1997,21 (Tableau 102). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,4786$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

5.3.4.7.2 Lieux de soins connus Les analyses porteront sur les seuls patients déclarant une prise en charge passée. Ils sont au nombre de 120, parmi lesquels 1 patient ne répondant pas à la question.

Hôpital Psychiatrique

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2596$, test exact de Fisher).

Groupe	HôpNon	HôpOui	N
Conventionnel	57,41 %	42,59 %	54
RMS	67,69 %	32,31 %	65
Ensemble	63,03 %	36,97 %	119

TAB. 103 – Prise en charge passée en hôpital psychiatrique et groupe d'appartenance

Centre Spécialisé

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,7046$, test exact de Fisher).

Groupe	CenNon	CenOui	N
Conventionnel	66,67 %	33,33 %	54
RMS	63,08 %	36,92 %	65
Ensemble	64,71 %	35,29 %	119

TAB. 104 – Prise en charge passée en centre spécialisé et groupe d'appartenance

Médecine générale

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0048$, test exact de Fisher).

Groupe	MédNon	MédOui	N
Conventionnel	53,70 %	46,30 %	54
RMS	27,69 %	72,31 %	65
Ensemble	39,50 %	60,50 %	119

TAB. 105 – Prise en charge passée en médecine générale et groupe d'appartenance

Les patients ayant déjà été pris en charge pour un problème lié à l'usage de drogues dans le passé du groupe RMS déclarent plus souvent que ceux de l'autre groupe un suivi en médecine générale.

UCSA ou SMPR

L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) est une unité de soins médicaux située à l'intérieur d'une prison. Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) est un service hospitalier de consultations ambulatoires implanté au sein d'un établissement pénitentiaire. Il a la charge des soins psychiatriques.

Seuls 2 patients déclarent des soins en UCSA ou SMPR. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

Groupe	UCSNon	UCSOui	N
Conventionnel	98,15 %	1,85 %	54
RMS	98,46 %	1,54 %	65
Ensemble	98,32 %	1,68 %	119

TAB. 106 – Prise en charge passée en UCSA ou SMPR et groupe d'appartenance

Autres lieux de soins

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

Groupe	AutNon	AutOui	N
Conventionnel	75,93 %	24,07 %	54
RMS	75,38 %	24,62 %	65
Ensemble	75,63 %	24,37 %	119

TAB. 107 – Prise en charge passée dans d'autres lieux et groupe d'appartenance

Parmi les 29 patients cochant la case « Autres », 28 précisent :

- « Postcure » (RMS),
- « Post-cure » (RMS),
- « Post-cure Blanave » (Conventionnel),
- « Post-cure » (Conventionnel),
- « En hôpital à Saverne et la 2^e fois à Saverne et après en post-cure en Normandie » (Conventionnel),
- « Limoges : hôpital, service spécifique » (RMS),
- « Hôpital civil » (Conventionnel),
- « Hôpitaux universitaires » (RMS),
- « Hôpital » (Conventionnel),
- « Hôpital Med A » (Conventionnel),
- « Hôpital » (RMS),
- « Hôpital de Saverne » (RMS),
- « Hôpital civil de Strasbourg » (RMS),
- « Hôpital » (Conventionnel),
- « Hospitalisation en médecine interne » (RMS),
- « Psychiatre » (RMS),
- « Psy » (RMS),
- « Médecins du monde » (Conventionnel),
- « MDM (STG) » (RMS),
- « Cure dans le sud » (Conventionnel),
- « Prison, 2 fois » (RMS),
- « Astuce » (RMS),
- « Chez mon père (à la dure) » (Conventionnel),
- « Env 19 endroits de soins connus (Pr moi, des années) » (RMS),
- « Famille d'accueil » (RMS),
- « Saverne » (Conventionnel),
- « Spécialiste en traitement pour le foie » (Conventionnel),
- « Chez Argile » (Conventionnel).

5.3.4.8 Consultations au cours du mois passé

Cette question se caractérise par un nombre record de valeurs manquantes : 12 pour les autres généralistes, 15 pour les psychologues, 14 pour les travailleurs sociaux, 20 pour les psychiatres, 12 pour les médecins spécialistes à l'hôpital et 46 pour les autres professionnels.

Vu le grand nombre de patients ne déclarant pas de visites à ces professionnels, nous ne traiterons pas les variables comme quantitatives.

5.3.4.8.1 Autres médecins généralistes On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1285$, test exact de Fisher).

Groupe	0	1	2	3	4	5	8	20	N
Conventionnel	60,00 %	18,82 %	12,94 %	2,35 %	3,53 %	1,18 %	0,00 %	1,18 %	85
RMS	66,67 %	10,10 %	20,20 %	0,00 %	1,01 %	1,01 %	1,01 %	0,00 %	99
Ensemble	63,59 %	14,13 %	16,85 %	1,09 %	2,17 %	1,09 %	0,54 %	0,54 %	184

TAB. 108 – Consultation d'autres généralistes et groupe d'appartenance

5.3.4.8.2 Psychologues On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0008$, test exact de Fisher).

Groupe	0	1	2	3	4	5	8	10	N
Conventionnel	86,75 %	7,23 %	0,00 %	0,00 %	2,41 %	1,20 %	1,20 %	1,20 %	83
RMS	65,31 %	21,43 %	6,12 %	3,06 %	3,06 %	1,02 %	0,00 %	0,00 %	98
Ensemble	75,14 %	14,92 %	3,31 %	1,66 %	2,76 %	1,10 %	0,55 %	0,55 %	181

TAB. 109 – Consultation de psychologues et groupe d'appartenance

La figure 42 donne la répartition des consultations chez le psychologue en fonction du groupe d'appartenance des patients.

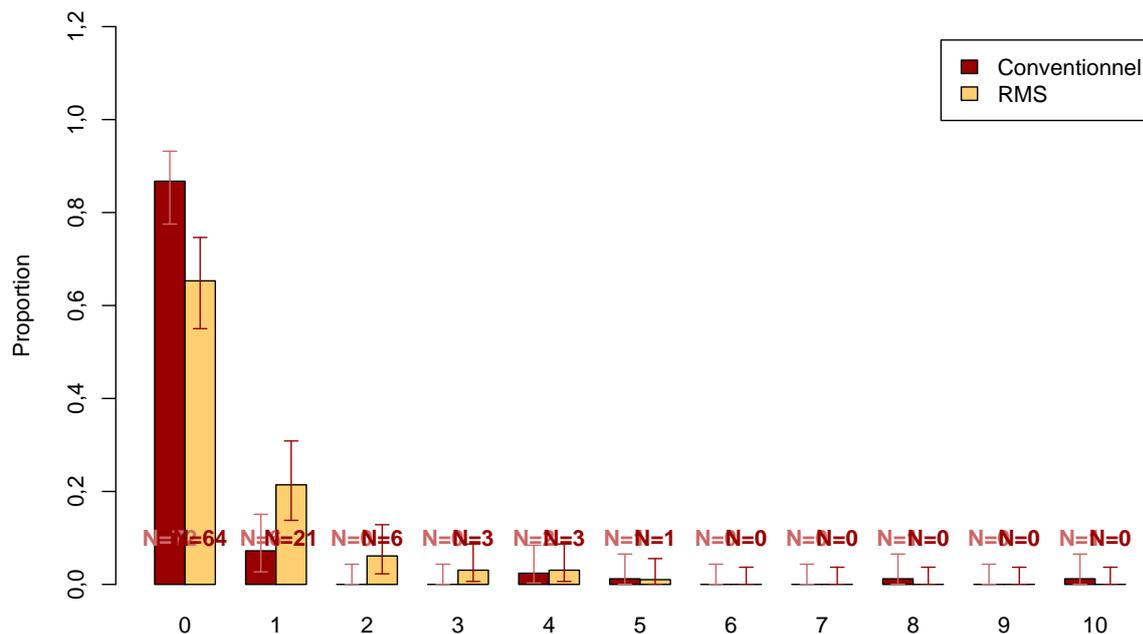


FIG. 42 – Consultations de psychologues dans le mois et appartenance à RMS

Les patients du groupe conventionnel sont plus nombreux à ne pas avoir consulté de psychologues au cours du mois précédant l'enquête.

5.3.4.8.3 Travailleurs sociaux On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,0846$, test exact de Fisher).

Groupe	0	1	2	3	4	5	8	10	12	20	N
Conventionnel	80,46 %	5,75 %	5,75 %	2,30 %	0,00 %	2,30 %	0,00 %	0,00 %	2,30 %	1,15 %	87
RMS	71,58 %	15,79 %	5,26 %	4,21 %	1,05 %	0,00 %	1,05 %	1,05 %	0,00 %	0,00 %	95
Ensemble	75,82 %	10,99 %	5,49 %	3,30 %	0,55 %	1,10 %	0,55 %	0,55 %	1,10 %	0,55 %	182

TAB. 110 – Consultation de travailleurs sociaux et groupe d'appartenance

5.3.4.8.4 Psychiatre On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1744$, test exact de Fisher).

Groupe	0	1	2	4	5	99	N
Conventionnel	92,68 %	3,66 %	2,44 %	0,00 %	0,00 %	1,22 %	82
RMS	96,81 %	1,06 %	0,00 %	1,06 %	1,06 %	0,00 %	94
Ensemble	94,89 %	2,27 %	1,14 %	0,57 %	0,57 %	0,57 %	176

TAB. 111 – Consultation de psychiatres et groupe d'appartenance

5.3.4.8.5 Médecin spécialiste hospitalier On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3750$, test exact de Fisher).

Groupe	0	1	2	3	N
Conventionnel	94,25 %	5,75 %	0,00 %	0,00 %	87
RMS	90,72 %	5,15 %	3,09 %	1,03 %	97
Ensemble	92,39 %	5,43 %	1,63 %	0,54 %	184

TAB. 112 – Consultation de spécialistes hospitaliers et groupe d'appartenance

5.3.4.8.6 Autres professionnels On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3574$, test exact de Fisher).

Groupe	0	1	2	N
Conventionnel	91,67 %	8,33 %	0,00 %	72
RMS	87,18 %	8,97 %	3,85 %	78
Ensemble	89,33 %	8,67 %	2,00 %	150

TAB. 113 – Consultation d'autres professionnels et groupe d'appartenance

16 patients déclarent avoir consulté d'autres professionnels. 15 précisent :

- « Dentiste » (RMS, 1 consultation),
- « Dermatologue » (RMS, 1 consultation),

- « Médecin à mon domicile » (Conventionnel, 1 consultation),
- « Dermatologue » (RMS, 1 consultation),
- « Au centre méthadone (médecin) » (Conventionnel, 1 consultation),
- « Dentiste » (RMS, 1 consultation),
- « Médecin du travail » (Conventionnel, 1 consultation),
- « Kinésithérapeute (problème de dos) » (Conventionnel, 1 consultation),
- « Docteur [Ecrit le nom du médecin l'ayant inclus] (suivant besoin) » (RMS, 2 consultations),
- « Dentiste » (RMS, 1 consultation),
- « Dentiste » (RMS, 1 consultation),
- « Mon médecin traitant » (RMS, 2 consultations),
- « Pneumologue » (RMS, 2 consultations),
- « Pour prescription méthadone » (RMS, 1 consultation),
- « Un psychanalyste » (Conventionnel, 1 consultation).

5.3.4.9 Hospitalisations en psychiatrie

2 patients ne répondent pas à la question.

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0145$, test exact de Fisher).

Groupe	HoPNon	HoPOui	N
Conventionnel	89,13 %	10,87 %	92
RMS	98,04 %	1,96 %	102
Ensemble	93,81 %	6,19 %	194

TAB. 114 – Hospitalisation psychiatrique dans l'année et groupe d'appartenance

Les patients du groupe conventionnel ont plus souvent connu une hospitalisation en psychiatrie dans les 12 mois précédant l'enquête.

5.3.5 Médecin

5.3.5.1 Ancienneté du médecin

De la même manière qu'était demandée l'ancienneté du traitement de substitution (cf tableau 88 page 142), on s'intéresse à l'ancienneté du médecin. Il n'y a pas nécessairement concordance entre les deux : un traitement de substitution peut avoir été initié par le médecin actuel après un certain délai, comme il peut avoir été initié par un autre médecin.

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0205$, test exact de Fisher).

Groupe	<1 an	1-4 ans	5-10 ans	>10 ans	N
Conventionnel	8,60 %	35,48 %	41,94 %	13,98 %	93
RMS	15,53 %	50,49 %	25,24 %	8,74 %	103
Ensemble	12,24 %	43,37 %	33,16 %	11,22 %	196

TAB. 115 – Ancienneté du médecin dans l'année et groupe d'appartenance

La figure 43 donne l'ancienneté de la relation avec le médecin en fonction du groupe d'appartenance des patients.

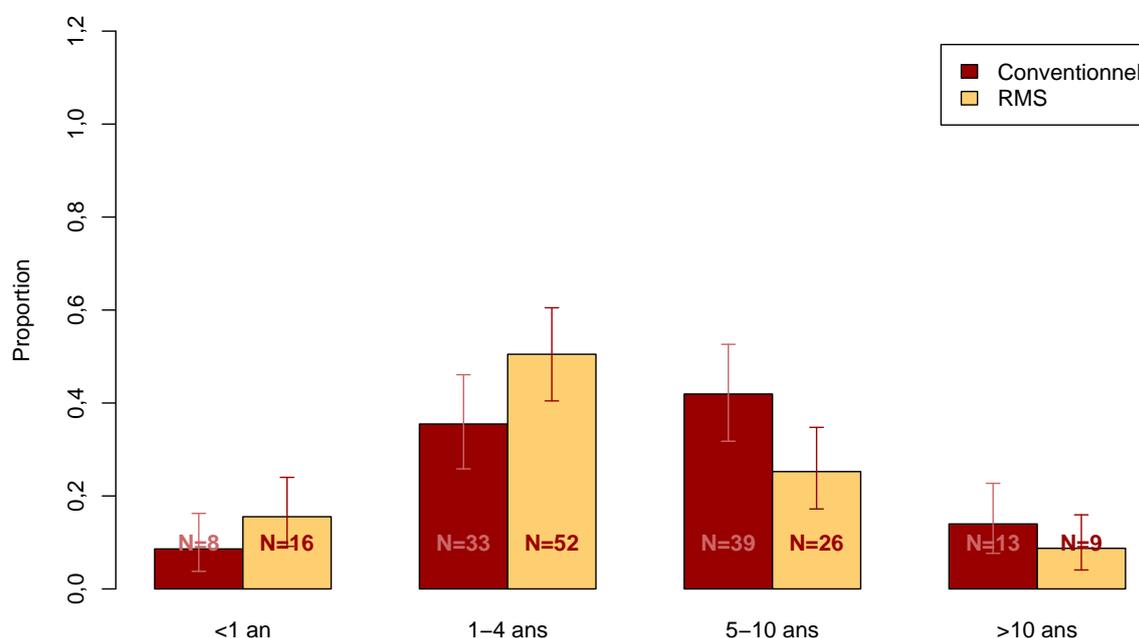


FIG. 43 – Ancienneté du médecin et appartenance à RMS

Les patients du groupe RMS voient leur médecin actuel depuis moins de temps que ceux du groupe conventionnel. Cette différence peut être due à un biais de recrutement (les patients RMS sont plus jeunes) ou être la conséquence du groupe de suivi (les patients RMS quitteraient plus rapidement leur médecin).

5.3.5.2 Fréquence de consultation

7 patients n'ont pas précisé leur nombre mensuel de consultations.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	88	1,91	1,46	1	8
RMS	101	2,19	1,46	1	14
Ensemble	189	2,06	1,46	1	14

TAB. 116 – Fréquence mensuelle des consultations et groupe d'appartenance

En moyenne, les patients du groupe conventionnel voient leur médecin actuel 1,91 fois par mois et ceux du groupe RMS le font 2,19 fois par mois (Tableau 116). On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0011$, test non paramétrique de Mann-Whitney). Les patients RMS ont une fréquence de suivi supérieure.

5.3.5.3 Mode de connaissance du médecin

4 patients ne précisent pas comment ils ont connu leur médecin actuel. 7 patients précisent deux modes de rencontre.

Nous ne nous apesantirons pas sur le RMS (cité par 3 patients, tous du groupe RMS), ni sur le pharmacien (cité par 3 patients, dont 2 du groupe RMS).

5.3.5.3.1 Le patient a connu son médecin par lui-même Ce mode de rencontre arrive en seconde place, avec 68 citations.

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0234$, test exact de Fisher).

Groupe	MoiNon	MoiOui	N
Conventionnel	56,04 %	43,96 %	91
RMS	72,28 %	27,72 %	101
Ensemble	64,58 %	35,42 %	192

TAB. 117 – Connaissance du médecin par soi-même et groupe d'appartenance

Les patients du groupe conventionnel sont plus nombreux à avoir connu leur médecin par eux-mêmes.

5.3.5.3.2 Le patient a connu son médecin par un membre de son entourage Ce mode de rencontre arrive en première position, avec 83 citations.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=1,0000$, test exact de Fisher).

Groupe	EntNon	EntOui	N
Conventionnel	57,14 %	42,86 %	91
RMS	56,44 %	43,56 %	101
Ensemble	56,77 %	43,23 %	192

TAB. 118 – Connaissance du médecin par l'entourage et groupe d'appartenance

5.3.5.3.3 Le patient a connu son médecin par un centre spécialisé Ce mode de rencontre compte 21 citations.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1034$, test exact de Fisher).

Groupe	CenNon	CenOui	N
Conventionnel	93,41 %	6,59 %	91
RMS	85,15 %	14,85 %	101
Ensemble	89,06 %	10,94 %	192

TAB. 119 – Connaissance du médecin par un centre spécialisé et groupe d'appartenance

5.3.5.3.4 Le patient a connu son médecin par d'autres moyens Ce mode de rencontre compte 21 citations.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2467$, test exact de Fisher).

Groupe	AutNon	AutOui	N
Conventionnel	92,31 %	7,69 %	91
RMS	86,14 %	13,86 %	101
Ensemble	89,06 %	10,94 %	192

TAB. 120 – Connaissance du médecin par d'autres moyens et groupe d'appartenance

Parmi les patients citant ce mode de rencontre, 20 précisent :

- « Médecin » (RMS),
- « Par mon ancien généraliste » (RMS),
- « Remplaçante de mon ancien médecin » (RMS),
- « Médecin de famille » (Conventionnel),
- « Médecin » (RMS),
- « Médecins du monde » (Conventionnel),
- « Médecin » (Conventionnel),
- « Médecin » (RMS),
- « Médecin traitant » (RMS),
- « Un médecin » (RMS),

- « Argile CSSC » (RMS),
- « Médecin » (RMS),
- « Par un autre médecin » (RMS),
- « Médecins du monde » (RMS),
- « Regain » (RMS),
- « Médecin » (RMS),
- « Ancien médecin » (Conventionnel),
- « Par mon médecin généraliste » (Conventionnel),
- « Par un autre médecin » (Conventionnel),
- « Par un médecin » (RMS).

Dans la catégorie « Autres », c'est donc un médecin qui est le plus souvent cité.

5.3.5.4 Facilité d'accès au médecin

La question posée était « Avez-vous facilement trouvé un bon médecin pour votre traitement de substitution ? ». 2 Patients ne répondent pas à la question.

Groupe	Très difficilement	Difficilement	Facilement	Très facilement	N
Conventionnel	6,59 %	26,37 %	46,15 %	20,88 %	91
RMS	6,80 %	27,18 %	55,34 %	10,68 %	103
Ensemble	6,70 %	26,80 %	51,03 %	15,46 %	194

TAB. 121 – Facilité d'accès au médecin et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2577$, test exact de Fisher).

5.3.5.5 Négociation du traitement

Les questions posées au patient étaient « Vous arrive-t-il de discuter avec votre médecin d'un ajustement du dosage de votre traitement ou d'un changement de traitement ? Si oui, avec quelle facilité ? ». 1 patient ne répond pas à la question.

Groupe	Très facile	Facile	Assez difficile	Très difficile	Jamais	N
Conventionnel	29,35 %	40,22 %	15,22 %	6,52 %	8,70 %	92
RMS	29,13 %	47,57 %	13,59 %	0,00 %	9,71 %	103
Ensemble	29,23 %	44,10 %	14,36 %	3,08 %	9,23 %	195

TAB. 122 – Négociation du traitement et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1058$, test exact de Fisher).

5.3.5.6 Continuité des soins

La question posée au patient était « S'il vous arrivait d'arrêter de voir votre médecin pendant un moment, pensez-vous que vous pourriez retourner le voir plus tard ? ». 1 patient ne répond pas à la question.

Groupe	Sans hésitation	Sans doute	Probablement pas	Certainement pas	N
Conventionnel	68,48 %	26,09 %	5,43 %	0,00 %	92
RMS	67,96 %	29,13 %	2,91 %	0,00 %	103
Ensemble	68,21 %	27,69 %	4,10 %	0,00 %	195

TAB. 123 – Continuité des soins et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,6254$, test exact de Fisher).

8 patients pensent qu'ils ne retourneraient probablement pas voir leur médecin en cas de rupture des visites. 5 précisent :

- « Je ne sais. » (Conventionnel),
- « Parce que j'aurais trahi sa confiance » (RMS),
- « Non renouvellement d'ordonnance » (Conventionnel),
- « Non respect » (RMS),
- « Car je n'ai pas arrêté mon traitement » (Conventionnel).

5.3.5.7 Changer de vie

La question posée au patient était « Aujourd'hui, diriez-vous que votre vie a changé depuis que vous voyez ce médecin pour votre traitement de substitution ? ».

Groupe	Pas du tout	Pas trop	Des choses	Profondément	N
Conventionnel	3,23 %	15,05 %	53,76 %	27,96 %	93
RMS	1,94 %	6,80 %	61,17 %	30,10 %	103
Ensemble	2,55 %	10,71 %	57,65 %	29,08 %	196

TAB. 124 – Changement de vie et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2562$, test exact de Fisher).

5.3.5.8 Facilité d'accès au psychologue ou au travailleur social

Les questions posées étaient « Pensez-vous que vous pourriez facilement rencontrer un(e) psychologue ou un travailleur social si vous le désirez ? Si oui, avec quelle facilité ? ». 1 patient ne répond pas à la question.

Groupe	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Jamais	N
Conventionnel	17,20 %	56,99 %	8,60 %	1,08 %	16,13 %	93
RMS	33,33 %	58,82 %	4,90 %	0,98 %	1,96 %	102
Ensemble	25,64 %	57,95 %	6,67 %	1,03 %	8,72 %	195

TAB. 125 – Accessibilité du psy et du travailleur social et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0006$, test exact de Fisher).

La figure 44 donne l'accessibilité du psychologue et du travailleur social en fonction du groupe d'appartenance des patients.

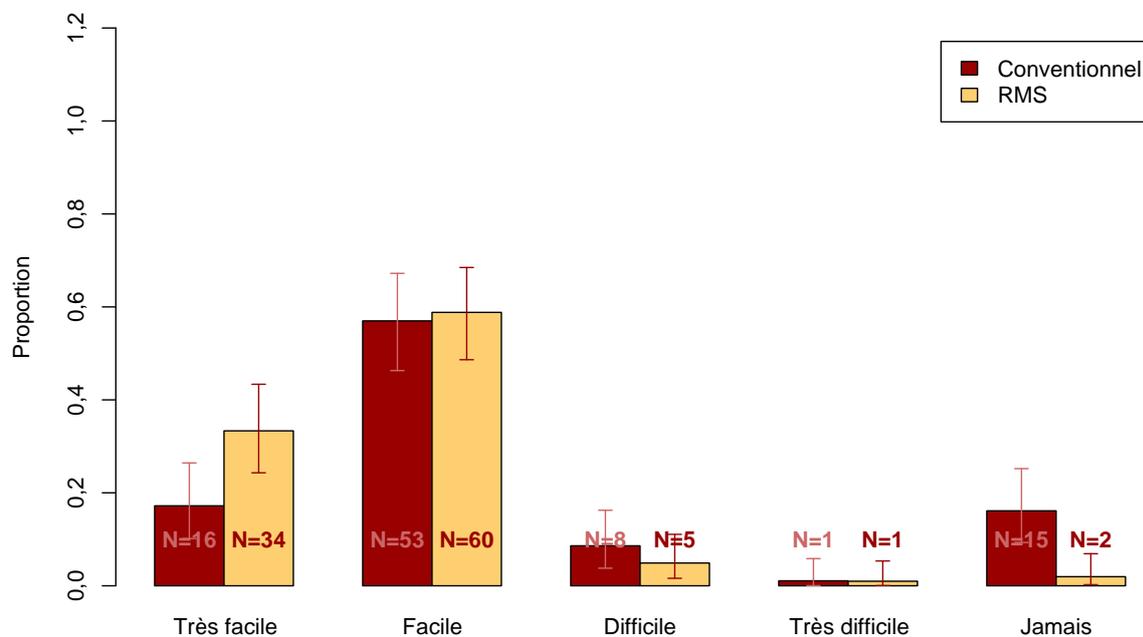


FIG. 44 – Accessibilité du psy et du travailleur social et appartenance à RMS

Les patients du groupe conventionnel ont plus tendance à déclarer ne pas pouvoir rencontrer un psychologue ou un travailleur social s'ils le désirent.

5.3.5.9 Réactivité du Médecin

3 patients ne se prononcent pas sur ce critère.

5.3.5.9.1 Le médecin a tenté d'aider Nous identifions les patients qui n'ont pas eu besoin d'aide par le sigle « NC » (non concerné).

Groupe	Tout son possible	Un peu	Pas du tout	NC	N
Conventionnel	64,13 %	5,43 %	2,17 %	28,26 %	92
RMS	70,30 %	5,94 %	1,98 %	21,78 %	101
Ensemble	67,36 %	5,70 %	2,07 %	24,87 %	193

TAB. 126 – Aide du médecin et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,7686$, test exact de Fisher).

5.3.5.9.2 Le médecin a été utile On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,4558$, test exact de Fisher).

Groupe	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	NC	N
Conventionnel	55,43 %	14,13 %	2,17 %	28,26 %	92
RMS	66,34 %	9,90 %	1,98 %	21,78 %	101
Ensemble	61,14 %	11,92 %	2,07 %	24,87 %	193

TAB. 127 – Aide du médecin et groupe d'appartenance

5.3.5.10 Dépistage du VHC et du VIH

5.3.5.10.1 Le médecin parle de l'hépatite C 3 patients ne répondent pas à la question.

Groupe	Non	Bout d'1 temps	1e consultation	N
Conventionnel	12,22 %	40,00 %	47,78 %	90
RMS	10,68 %	26,21 %	63,11 %	103
Ensemble	11,40 %	32,64 %	55,96 %	193

TAB. 128 – Hépatite C abordée et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,0841$, test exact de Fisher).

5.3.5.10.2 Le patient fait les examens de dépistage 2 patients ne répondent pas à la question.

Groupe	Statut connu	Refus	Projet	Fait	N
Conventionnel	8,70 %	2,17 %	8,70 %	80,43 %	92
RMS	8,82 %	1,96 %	6,86 %	82,35 %	102
Ensemble	8,76 %	2,06 %	7,73 %	81,44 %	194

TAB. 129 – Dépistage du VHC et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,9840$, test exact de Fisher).

5.3.5.10.3 Résultat du dépistage du VHC On travaille sur les 158 patients déclarant avoir fait le dépistage. Parmi ceux-ci, 156 précisent leur statut sérologique.

Groupe	Négatif	Positif	Inconnu	Refus	N
Conventionnel	61,64 %	34,25 %	0,00 %	4,11 %	73
RMS	71,08 %	24,10 %	2,41 %	2,41 %	83
Ensemble	66,67 %	28,85 %	1,28 %	3,21 %	156

TAB. 130 – Sérologie du VHC et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2685$, test exact de Fisher).

5.3.5.10.4 Dépistage du VIH réalisé On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,4201$, test exact de Fisher).

Groupe	VIHNon	VIHOui	N
Conventionnel	9,89 %	90,11 %	91
RMS	5,83 %	94,17 %	103
Ensemble	7,73 %	92,27 %	194

TAB. 131 – Dépistage du VIH et groupe d'appartenance

5.3.5.10.5 Résultat du dépistage du VIH On travaille sur les 179 patients déclarant avoir fait le dépistage. Parmi ceux-ci, 179 précisent leur statut sérologique.

Groupe	Négatif	Positif	Inconnu	Refus	N
Conventionnel	95,12 %	1,22 %	1,22 %	2,44 %	82
RMS	94,85 %	5,15 %	0,00 %	0,00 %	97
Ensemble	94,97 %	3,35 %	0,56 %	1,12 %	179

TAB. 132 – Sérologie du VIH et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,0763$, test exact de Fisher).

5.4 Critères de qualité d'un traitement

5.4.1 Préférences relatives aux critères

5.4.1.1 Choix 1 : accès au médecin et au psychologue ou un travailleur social

La première comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

AM Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,

AP Avoir accès à un psychologue ou à un travailleur social.

Les préférences des patients sont résumées dans le tableau 133.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	5,43 %	19,57 %	75,00 %	92
RMS	2,00 %	27,00 %	71,00 %	100
Ensemble	3,65 %	23,44 %	72,92 %	192

TAB. 133 – Choix entre A : accès au médecin et B : accès au psy ou au travailleur social et groupe d'appartenance – Patients

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,2646$, test exact de Fisher).

4 patients n'ont pas fourni de réponse permettant d'évaluer leurs préférences sur ce critère.

5.4.1.2 Choix 2 : maîtrise des consommations et négociation du traitement

La seconde comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

MC Réussir à maîtriser ses consommations de drogue,

NP Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin.

Les préférences des patients sont résumées dans le tableau 134.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	27,17 %	30,43 %	42,39 %	92
RMS	42,57 %	15,84 %	41,58 %	101
Ensemble	35,23 %	22,80 %	41,97 %	193

TAB. 134 – Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et groupe d'appartenance – Patients

3 patients n'ont pas fourni de réponse permettant d'évaluer leurs préférences sur ce critère.

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0217$, test exact de Fisher). Les patients du groupe RMS sont plus nombreux à considérer que la possibilité de négocier la prescription est plus importante que la maîtrise des consommations.

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 45.

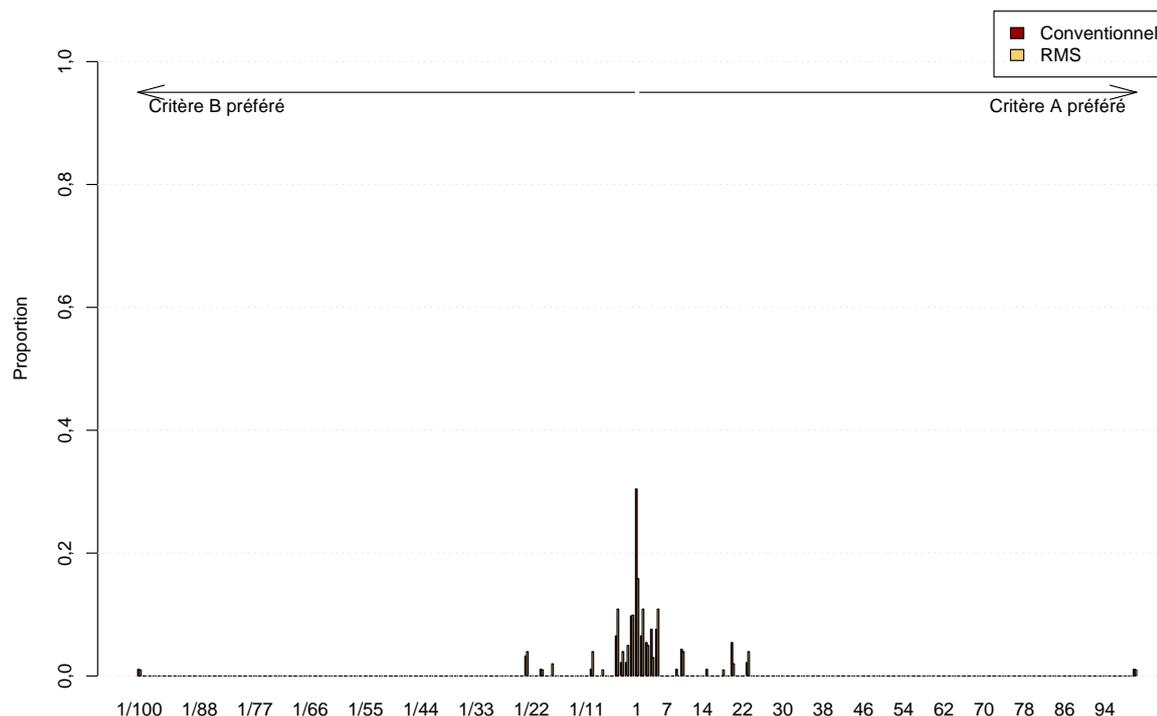


FIG. 45 – Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et appartenance du patient à RMS

5.4.1.3 Choix 3 : continuité des soins et réactivité du médecin

La troisième comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

CS Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin,

RM Avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments de galère.

Les préférences des patients sont résumées dans le tableau 135.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	60,87 %	29,35 %	9,78 %	92
RMS	74,00 %	20,00 %	6,00 %	100
Ensemble	67,71 %	24,48 %	7,81 %	192

TAB. 135 – Choix entre A : continuité des soins et B : réactivité du médecin et groupe d'appartenance – Patients

4 patients n'ont pas fourni de réponse permettant d'évaluer leurs préférences sur ce critère.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1512$, test exact de Fisher).

5.4.1.4 Choix 4 : dépistage du VHC et changer de vie

La quatrième comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

DV Passer les examens de dépistage de l'hépatite C,

CV Avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution.

Les préférences des patients sont résumées dans le tableau 136.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	55,43 %	30,43 %	14,13 %	92
RMS	45,83 %	39,58 %	14,58 %	96
Ensemble	50,53 %	35,11 %	14,36 %	188

TAB. 136 – Choix entre A : dépistage du VHC et B : changer de vie et groupe d'appartenance – Patients

8 patients n'ont pas fourni de réponse permettant d'évaluer leurs préférences sur ce critère.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,3647$, test exact de Fisher).

5.4.1.5 Choix 5 : accès au médecin et maîtrise des consommations

La cinquième comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

AM Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,

MC Réussir à maîtriser ses consommations de drogue.

Les préférences des patients sont résumées dans le tableau 137.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	26,37 %	38,46 %	35,16 %	91
RMS	24,00 %	34,00 %	42,00 %	100
Ensemble	25,13 %	36,13 %	38,74 %	191

TAB. 137 – Choix entre A : accès au médecin et B : maîtrise des consommations – Patients

5 patients n'ont pas fourni de réponse permettant d'évaluer leurs préférences sur ce critère.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,6217$, test exact de Fisher).

5.4.1.6 Choix 6 : négocier la prescription et continuité des soins

L'avant-dernière comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

NP Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin,

CS Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin.

Les préférences des patients sont résumées dans le tableau 138.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	17,58 %	36,26 %	46,15 %	91
RMS	8,25 %	24,74 %	67,01 %	97
Ensemble	12,77 %	30,32 %	56,91 %	188

TAB. 138 – Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins – Patients

8 patients n'ont pas fourni de réponse permettant d'évaluer leurs préférences sur ce critère.

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p=0,0127$, test exact de Fisher). Comme précédemment (voir tableau 134 page 165), les patients du groupe RMS accordent plus d'importance à la possibilité de négocier la prescription.

Les importances relatives données aux deux critères sont décrites dans la figure 46.

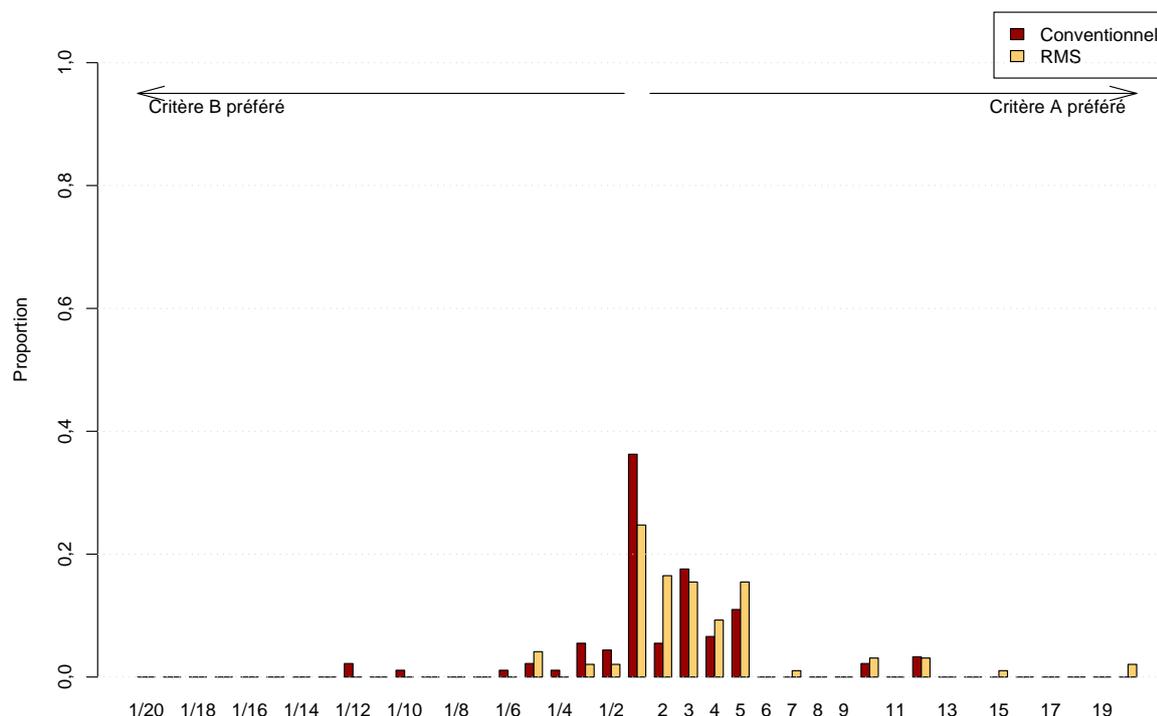


FIG. 46 – Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins et appartenance du patient à RMS

5.4.1.7 Choix 7 : réactivité du médecin et changer de vie

La dernière comparaison binaire s'intéressait aux critères suivants :

RM Avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments de galère,

CV Avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution.

Les préférences des patients sont résumées dans le tableau 139.

Groupe	B préféré	Egalité	A préféré	N
Conventionnel	32,22 %	34,44 %	33,33 %	90
RMS	21,43 %	44,90 %	33,67 %	98
Ensemble	26,60 %	39,89 %	33,51 %	188

TAB. 139 – Choix entre A : réactivité du médecin et B : changer de vie – Patients

8 patients n'ont pas fourni de réponse permettant d'évaluer leurs préférences sur ce critère.

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,1932$, test exact de Fisher).

5.4.2 Hiérarchisation des critères

À partir des réponses données lors des 7 comparaisons binaires, nous pouvons reconstruire l'utilité partielle de chacun des huit critères retenus.

Cet exercice n'est pas possible pour 17 patients.

5.4.2.1 Critère 1 : Accessibilité du médecin

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,1892	0,1647	0,00005	0,7732
RMS	89	0,1639	0,1319	0,00081	0,7883
Ensemble	179	0,1766	0,1494	0,00005	0,7883

TAB. 140 – Utilité partielle de l'accès au médecin et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne que l'accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution contribue à 18,92 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 16,39 % de son utilité totale. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,6736$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 45 page 104).

5.4.2.2 Critère 2 : Accessibilité du psychologue ou de l'assistante sociale

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,0645	0,0600	0,00011	0,2462
RMS	89	0,0674	0,0732	0,00066	0,3717
Ensemble	179	0,0660	0,0667	0,00011	0,3717

TAB. 141 – Utilité partielle de l'accès au psy ou à un travailleur social et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne que l'accès à un psychologue ou à un travailleur social contribue à 6,45 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 6,74 % de son utilité totale. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,8298$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 46 page 105).

5.4.2.3 Critère 3 : Maîtrise des consommations

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,1629	0,1595	0,00017	0,8164
RMS	89	0,1606	0,1869	0,00090	0,9488
Ensemble	179	0,1618	0,1732	0,00017	0,9488

TAB. 142 – Utilité partielle de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne que réussir à maîtriser ses consommations de drogue contribue à 16,29 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 16,06 % de son utilité totale. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,3543$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 47 page 105).

5.4.2.4 Critère 4 : Négociation de la prescription

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,1044	0,0850	0,00054	0,3941
RMS	89	0,1214	0,1013	0,00263	0,6536
Ensemble	179	0,1129	0,0936	0,00054	0,6536

TAB. 143 – Utilité partielle de la négociation des prescriptions et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne que pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin contribue à 10,44 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 12,14 % de son utilité totale. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,2017$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 48 page 106).

5.4.2.5 Critère 5 : Continuité des soins

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,0772	0,0919	0,00040	0,6522
RMS	89	0,0526	0,0428	0,00053	0,1835
Ensemble	179	0,0650	0,0727	0,00040	0,6522

TAB. 144 – Utilité partielle de la continuité des soins et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne que pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin contribue à 7,72 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 5,26 % de son utilité totale. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1665$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 49 page 106).

5.4.2.6 Critère 6 : Réactivité du médecin

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,1315	0,1017	0,0031	0,4878
RMS	89	0,1598	0,1073	0,0053	0,5128
Ensemble	179	0,1456	0,1052	0,0031	0,5128

TAB. 145 – Utilité partielle de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne qu'avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments difficiles contribue à 13,15 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 15,98 % de son utilité totale.

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 50 page 106).

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0382$, test non paramétrique de Mann-Whitney). Les patients RMS accordent plus d'importance à la réactivité du médecin.

5.4.2.7 Critère 7 : Dépistage de l'hépatite C

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,0988	0,1303	0,00069	0,8607
RMS	89	0,1137	0,1020	0,00077	0,4128
Ensemble	179	0,1062	0,1170	0,00069	0,8607

TAB. 146 – Utilité partielle du dépistage du VHC et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne que passer les examens de dépistage de l'hépatite C contribue à 9,88 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 11,37 % de son utilité totale. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1052$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 51 page 107).

5.4.2.8 Critère 8 : Changer de vie

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	90	0,1714	0,1991	0,00076	0,9744
RMS	89	0,1606	0,1486	0,00061	0,7042
Ensemble	179	0,1660	0,1754	0,00061	0,9744

TAB. 147 – Utilité partielle de changer de vie et groupe d'appartenance du patient

Un patient conventionnel considère en moyenne qu'avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution contribue à 17,14 % de son utilité totale. Un patient RMS pense en moyenne que ce critère contribue à 16,06 % de son utilité totale. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,5717$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

Ces résultats sont à comparer avec ceux donnés par les médecins (tableau 52 page 107).

5.4.2.9 Hiérarchie globale des critères

Les utilités partielles de chacun des 8 critères retenus pour l'évaluation sont représentées dans la figure 47.

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0348$, T^2 de Hotelling). Les patients du groupe RMS n'ont pas la même hiérarchisation des critères que ceux du groupe conventionnel. En particulier, ils valorisent moins l'accès au médecin et la continuité des soins, mais plus la réactivité du médecin et la négociation du traitement.

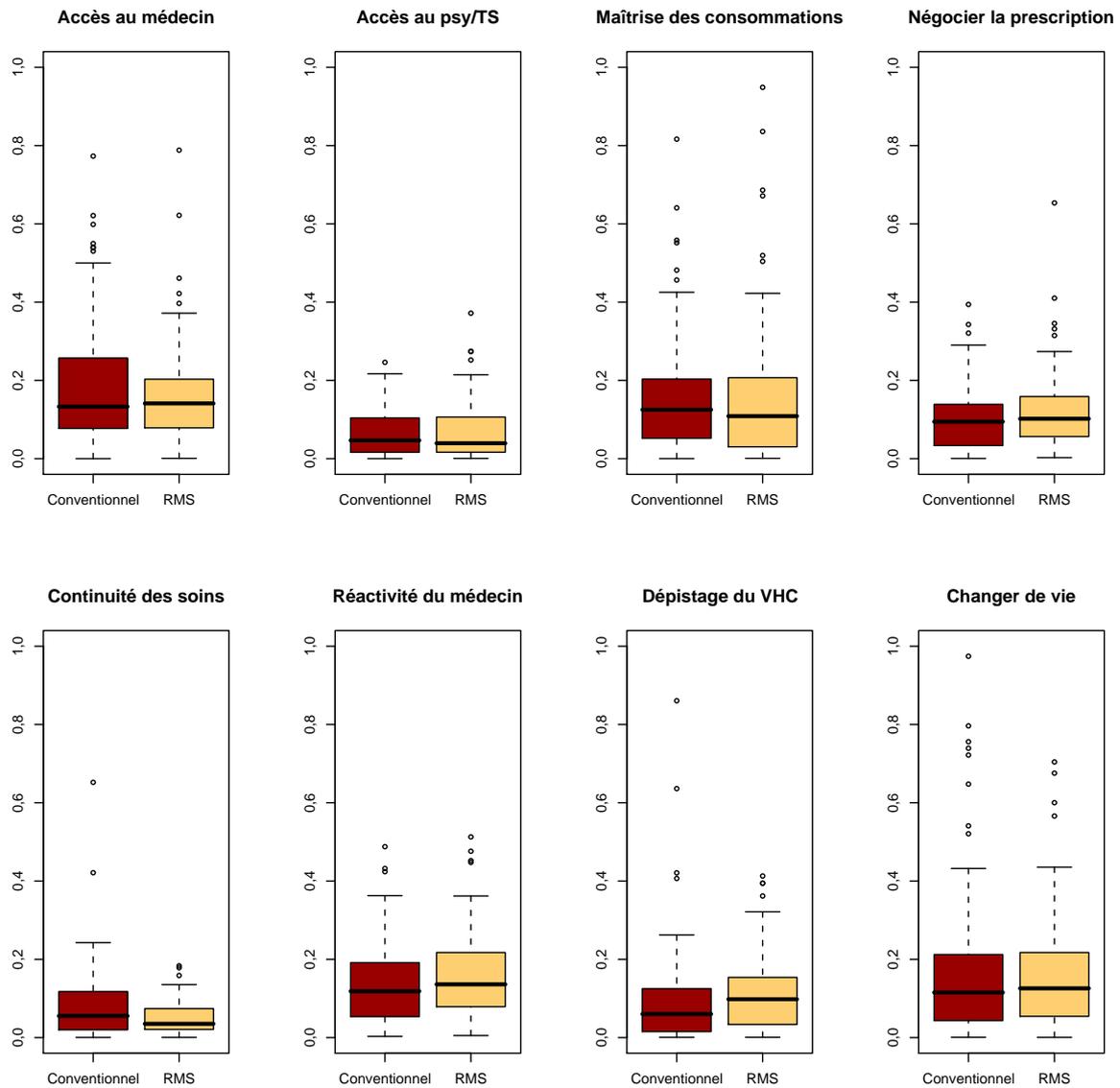


FIG. 47 – Utilités partielles des 8 critères et appartenance du patient à RMS

5.4.3 Fonctions d'utilité

Les patients étaient séparés en 4 groupes se prononçant chacun sur 2 critères uniquement.

5.4.3.1 Accessibilité du médecin

Les situations proposées à l'appréciation du patient sont les suivantes :

- Je peux **très facilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience

- des addictions et des questions de substitution,
- Je peux **facilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,
 - Je peux **difficilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution,
 - Je peux **très difficilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution.

50 patients (dont 26 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. 1 patient n'a pas fourni de réponses exploitables.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 148.

Groupe	N	Très F.		Facile		Difficile		Très D.	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	24	8,86	2,48	8,49	3,04	2,60	3,99	1,73	3,79
RMS	25	9,70	1,27	8,34	2,25	0,74	2,18	1,43	3,32
Ensemble	49	9,29	1,98	8,41	2,64	1,65	3,30	1,58	3,52

TAB. 148 – Utilité de l'accès au médecin et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,1523$, T^2 de Hotelling).

La figure 48 décrit les fonctions d'utilité relatives à l'accès au médecin pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

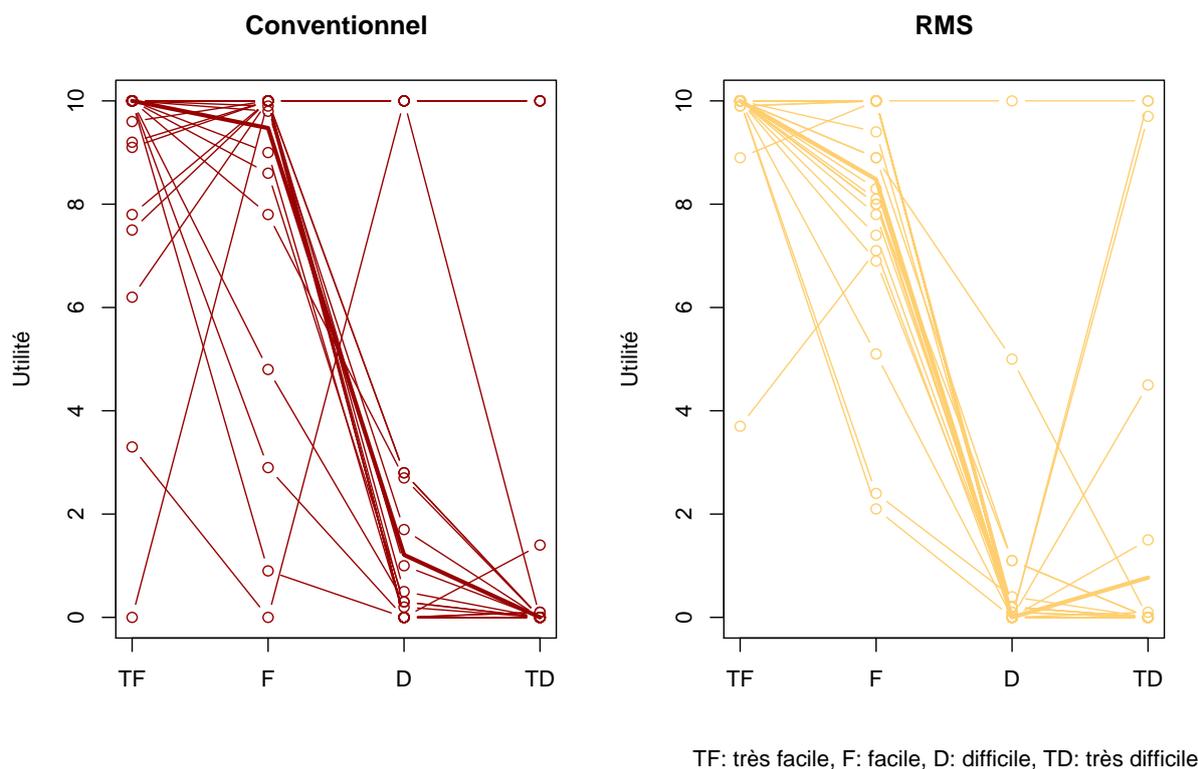


FIG. 48 – Utilité de l'accès au médecin et appartenance du patient à RMS

5.4.3.2 Accessibilité du psychologue ou de l'assistante sociale

Les situations proposées à l'évaluation du patient sont les suivantes :

- Je peux **très facilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social,
- Je peux **facilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social,
- Je peux **difficilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social,
- Je peux **très difficilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social.

50 patients (dont 26 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. 1 patient n'a pas fourni de réponses exploitables.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 149.

Groupe	N	Très F.		Facile		Difficile		Très D.	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	24	8,49	2,59	7,26	3,87	4,13	4,28	4,60	5,07
RMS	25	9,50	2,00	8,75	2,16	1,53	2,81	1,26	3,31
Ensemble	49	9,01	2,34	8,02	3,17	2,81	3,80	2,90	4,54

TAB. 149 – Utilité de l'accès au psy ou AS et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,0906$, T^2 de Hotelling).

La figure 49 décrit les fonctions d'utilité relatives à l'accès au psychologue ou au travailleur social pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

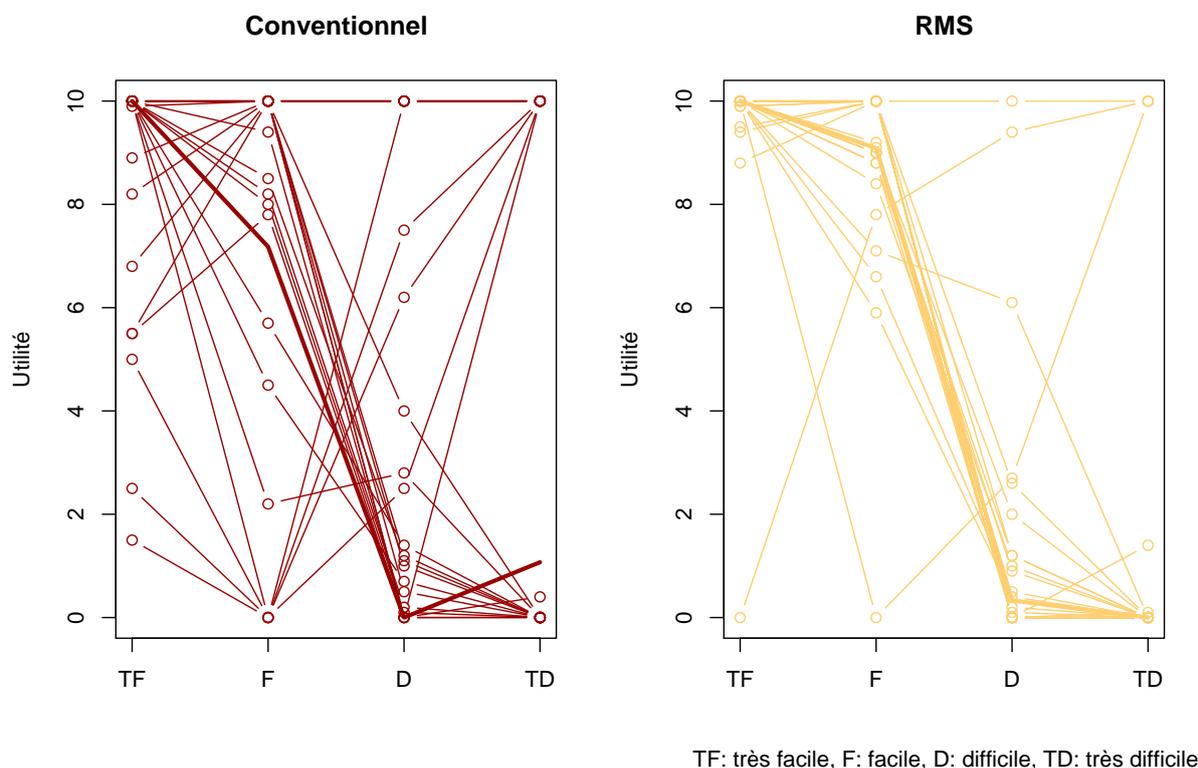


FIG. 49 – Utilité de l'accès au psy ou à l'AS et appartenance du patient à RMS

5.4.3.3 Maîtrise des consommations

Les situations proposées à l'évaluation du patient sont les suivantes :

- Je **ne prends pas** de médicament de substitution et je n'ai **plus de problème** avec ma consommation d'autres produits,
- Je **prends** un médicament de substitution et je n'ai **plus de problème** avec ma consommation d'autres produits,
- Je **prends** un médicament de substitution et j'ai **du mal à maîtriser** mes consommations d'autres produits,
- Je **ne prends pas** de médicament de substitution et j'ai **du mal à maîtriser** mes consommations d'autres produits.

52 patients (dont 28 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. 3 patients n'ont pas fourni de réponses exploitables.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 150.

Groupe	N	NS.+Maît.		Sub.+M		Sub.+NM		NS.+NM.	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	21	8,29	3,59	7,08	3,43	1,11	1,72	0,51	1,21
RMS	28	7,67	3,90	7,82	2,97	1,72	2,73	1,07	2,81
Ensemble	49	7,93	3,74	7,50	3,16	1,46	2,35	0,83	2,27

TAB. 150 – Utilité de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,6184$, T^2 de Hotelling).

La figure 50 décrit les fonctions d'utilité relatives à la maîtrise des consommations pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

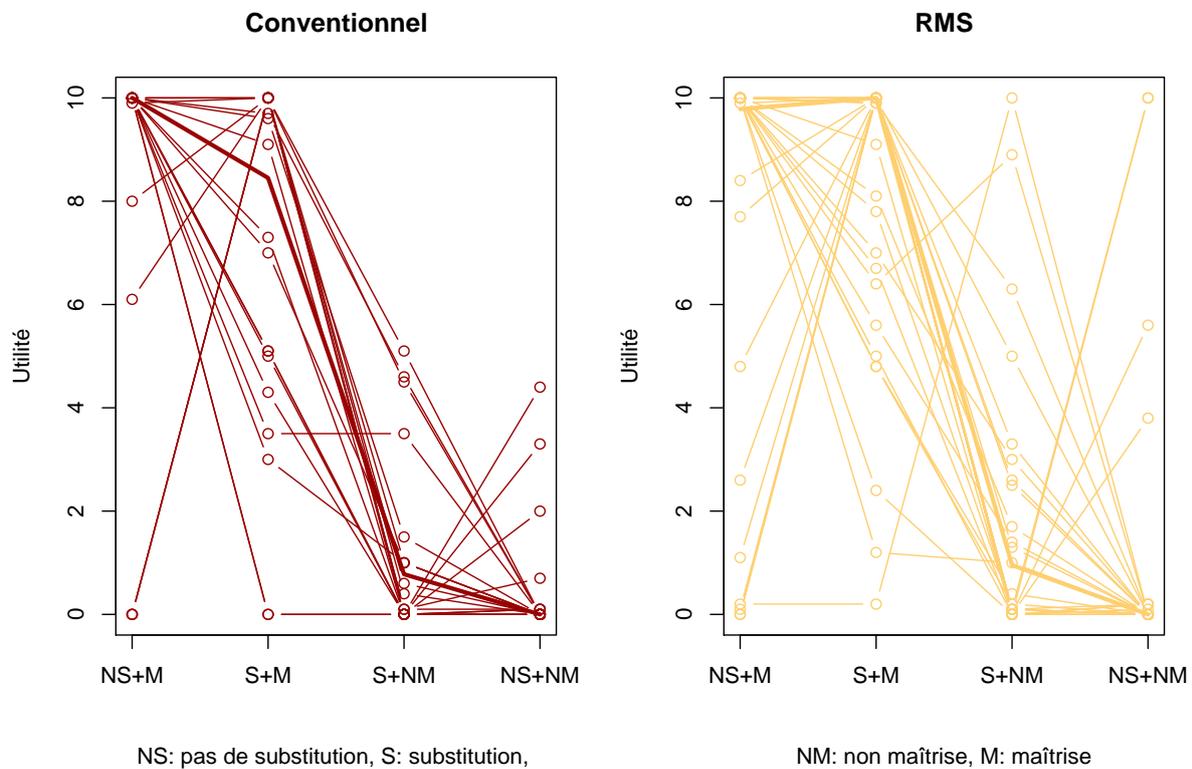


FIG. 50 – Utilité de la maîtrise des consommations et appartenance du patient à RMS

5.4.3.4 Négociation de la prescription

Les situations proposées à l'évaluation du patient sont les suivantes :

- Je peux **très facilement** discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,

- Je peux **facilement** discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,
- Je peux, mais **assez difficilement**, discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,
- Je peux, mais **très difficilement**, discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage,
- Je ne peux **jamais** discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage.

52 patients (dont 28 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. 2 patients n'ont pas fourni de réponses exploitables.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 151.

Groupe	N	Très F.		Facile		Assez D.		Très D.		Jamais	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	22	9,73	0,85	9,36	1,42	2,01	3,10	1,40	2,71	0,01	0,04
RMS	28	9,58	1,89	9,37	0,89	1,86	2,47	0,98	2,07	0,00	0,00
Ensemble	50	9,65	1,51	9,37	1,14	1,92	2,74	1,16	2,35	0,01	0,02

TAB. 151 – Utilité de la négociation du traitement et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,4064$, T^2 de Hotelling).

La figure 51 décrit les fonctions d'utilité relatives à la négociation du traitement pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

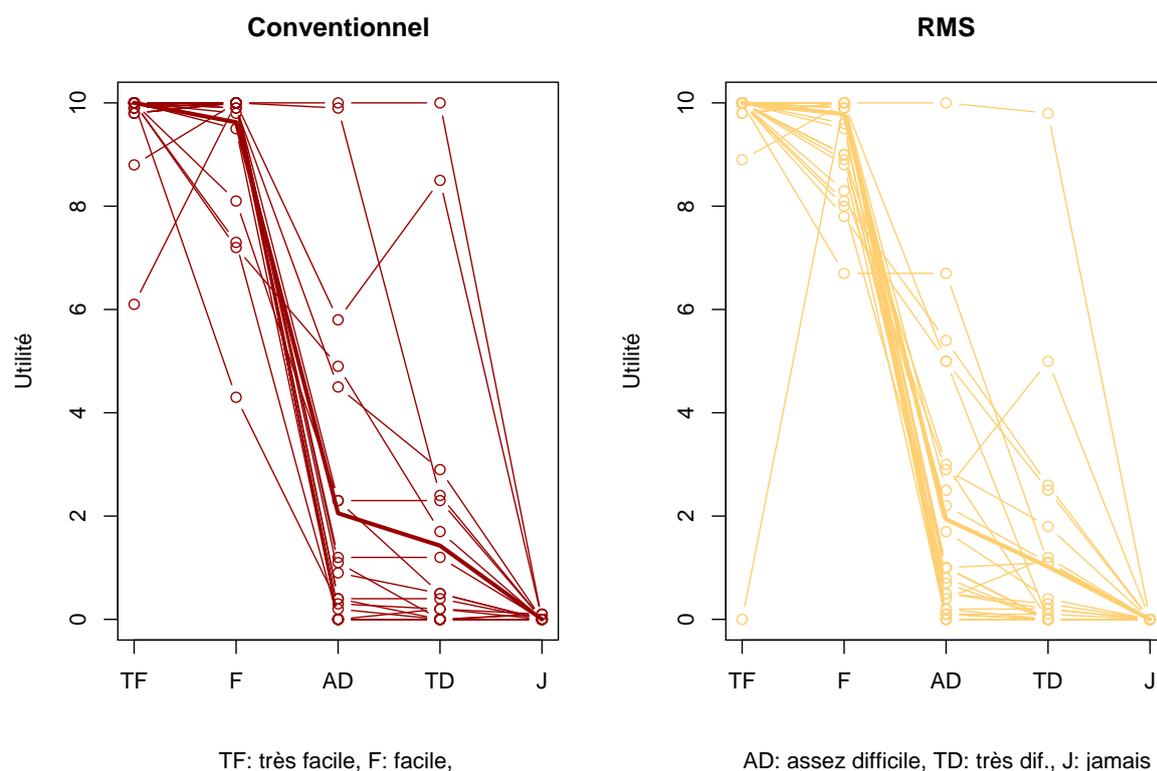


FIG. 51 – Utilité de la négociation du traitement et appartenance du patient à RMS

5.4.3.5 Continuité des soins

Les situations proposées à l'évaluation du patient sont les suivantes :

- Suite à un arrêt des consultations, je peux retourner **sans hésitation** voir mon médecin,
- Suite à un arrêt des consultations, je peux **sans doute** retourner voir mon médecin,
- Suite à un arrêt des consultations, je ne peux **probablement pas** retourner voir mon médecin,
- Suite à un arrêt des consultations, je ne peux **certainement pas** retourner voir mon médecin.

50 patients (dont 28 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. 5 patients n'ont pas fourni de réponses exploitables.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 152.

Groupe	N	Sans hés.		Sans doute		Prob. pas		Cert. pas	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	21	9,41	2,19	6,23	4,10	1,68	3,31	1,53	3,57
RMS	24	9,24	2,12	6,62	4,24	1,30	2,48	0,02	0,08
Ensemble	45	9,32	2,13	6,44	4,13	1,47	2,87	0,72	2,53

TAB. 152 – Utilité de la continuité des soins et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,2738$, T^2 de Hotelling).

La figure 52 décrit les fonctions d'utilité relatives à la continuité des soins pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

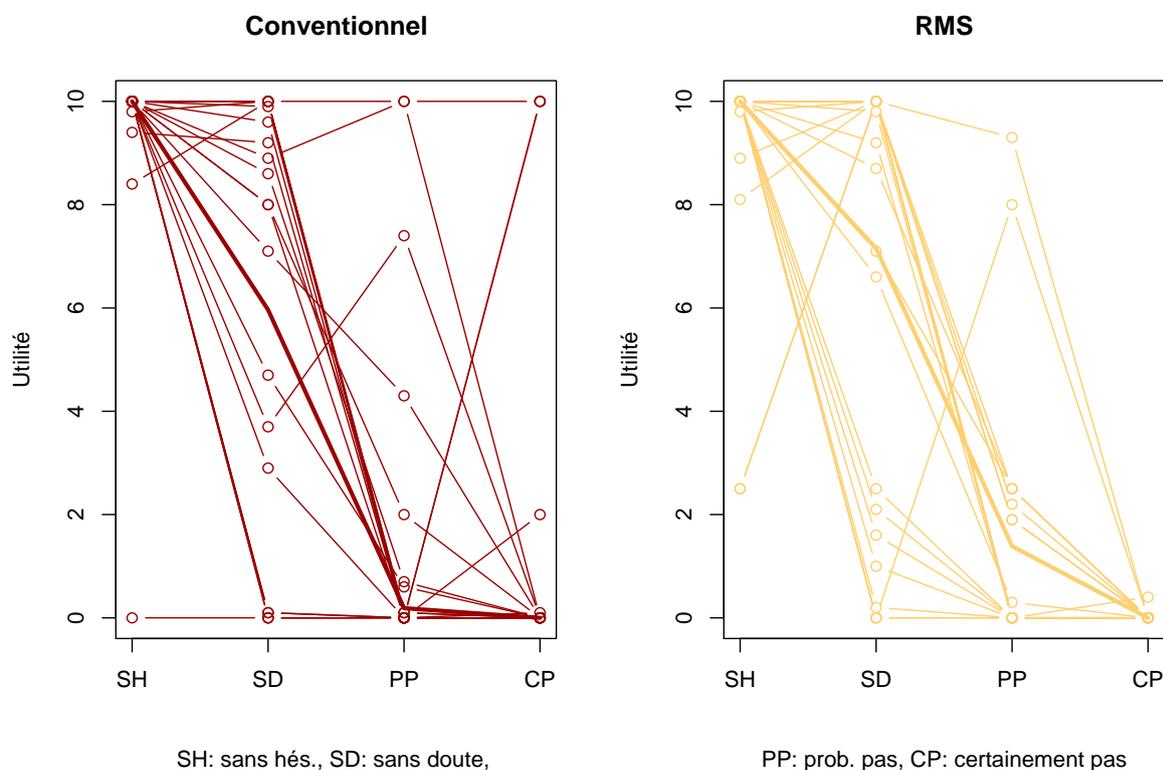


FIG. 52 – Utilité de la continuité des soins et appartenance du patient à RMS

5.4.3.6 Réactivité du médecin

Les situations proposées à l'évaluation du patient sont les suivantes :

- Si j'étais en galère, mon médecin ne **chercherait pas** à m'aider,
- Si j'étais en galère, mon médecin **essayerait un peu** de m'aider et **obtiendrait** des résultats,

- Si j'étais en galère, mon médecin **essayerait un peu** de m'aider mais **obtiendrait peu** de résultats,
- Si j'étais en galère, mon médecin **ferait tout ce qu'il peut** pour m'aider et **obtiendrait** des résultats,
- Si j'étais en galère, mon médecin **ferait tout ce qu'il peut** pour m'aider mais **obtiendrait peu** de résultats.

50 patients (dont 28 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. 2 patients n'ont pas fourni de réponses exploitables.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 153.

Groupe	N	Pas d'aide		E+R		E+PR		FT+R		FT+PR	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	22	2,28	4,28	5,83	3,24	4,03	2,77	8,66	3,21	5,27	3,79
RMS	26	0,37	1,47	6,40	2,65	2,74	2,84	9,05	2,70	5,72	3,86
Ensemble	48	1,24	3,21	6,14	2,92	3,33	2,85	8,87	2,92	5,51	3,80

TAB. 153 – Utilité de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,1067$, T^2 de Hotelling).

La figure 53 décrit les fonctions d'utilité relatives à la réactivité du médecin pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

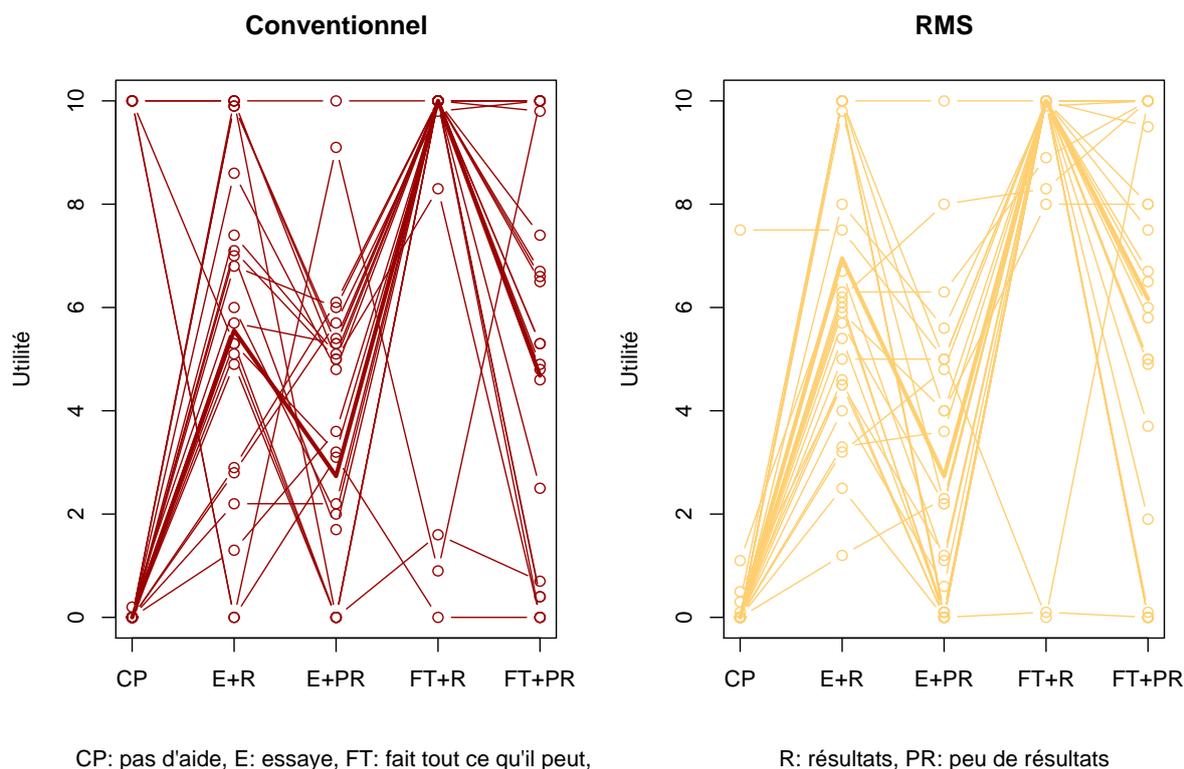


FIG. 53 – Utilité de la réactivité du médecin et appartenance du patient à RMS

5.4.3.7 Dépistage du VHC

Les situations proposées à l'évaluation du médecin sont les suivantes :

- Le médecin me parle de l'hépatite C **dès la première consultation**, et j'**accepte** de faire les tests,
- Le médecin me parle de l'hépatite C **dès la première consultation**, et je **refuse** de faire les tests,
- Le médecin me parle de l'hépatite C **lorsqu'une relation est établie**, et j'**accepte** de faire les tests,
- Le médecin me parle de l'hépatite C **lorsqu'une relation est établie**, et je **refuse** de faire les tests,
- Le médecin **ne me parle pas** à son patient de l'hépatite C.

44 patients (dont 21 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. 1 patient n'a pas fourni de réponses exploitables.

Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 154.

Groupe	N	PC+T		PC+R		RE+T		RE+R		Ne parle pas	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	23	7,99	3,36	1,93	3,05	8,88	2,86	0,91	2,04	0,77	2,36
RMS	20	7,96	2,90	1,91	3,24	9,34	1,31	1,08	2,44	1,23	2,77
Ensemble	43	7,98	3,12	1,92	3,10	9,09	2,26	0,99	2,21	0,98	2,54

TAB. 154 – Utilité du dépistage du VHC et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,9101$, T^2 de Hotelling).

La figure 54 décrit les fonctions d'utilité relatives au dépistage du VHC pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

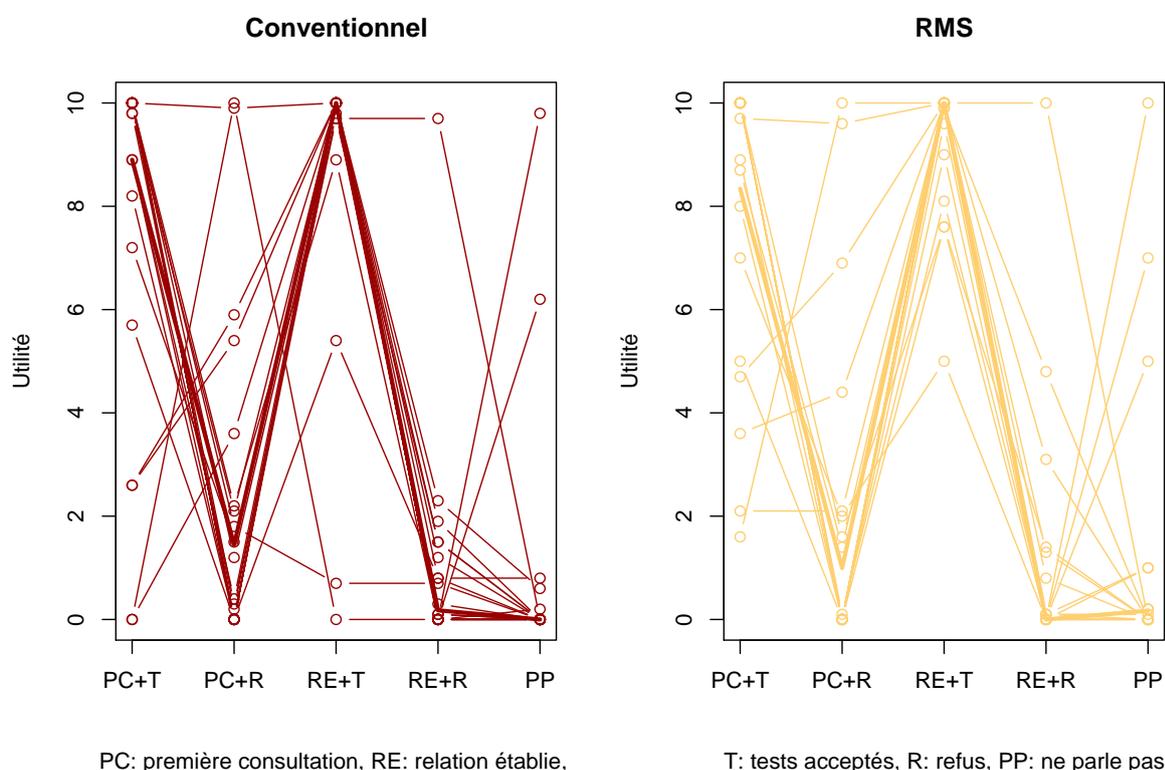


FIG. 54 – Utilité du dépistage du VHC et appartenance du patient à RMS

5.4.3.8 Changer de vie

Les situations proposées à l'évaluation du patient sont les suivantes :

- Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que ma vie change **profondément**,

- Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que **des choses** changent dans ma vie,
- Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que ma vie ne change **pas trop**,
- Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que ma vie n'est **pas du tout** changée.

44 patients (dont 21 RMS) devaient donner leur fonction d'utilité pour ce critère. Les utilités moyennes sont résumées dans le tableau 155.

Groupe	N	Profondément		Des choses		Pas beaucoup		Pas du tout	
		Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
Conventionnel	23	7,93	3,26	8,57	2,91	1,88	2,75	1,60	3,57
RMS	21	7,71	3,61	8,01	3,56	3,64	4,09	1,56	3,58
Ensemble	44	7,83	3,39	8,30	3,21	2,72	3,52	1,58	3,53

TAB. 155 – Utilité d'un changement de vie et groupe d'appartenance du patient

On n'identifie pas de différence significative entre les fonctions d'utilité des patients des deux groupes ($p=0,5594$, T^2 de Hotelling).

La figure 55 décrit les fonctions d'utilité relatives à un changement de vie pour chacun des patients des deux groupes, ainsi que la fonction d'utilité moyenne du groupe (ligne épaisse).

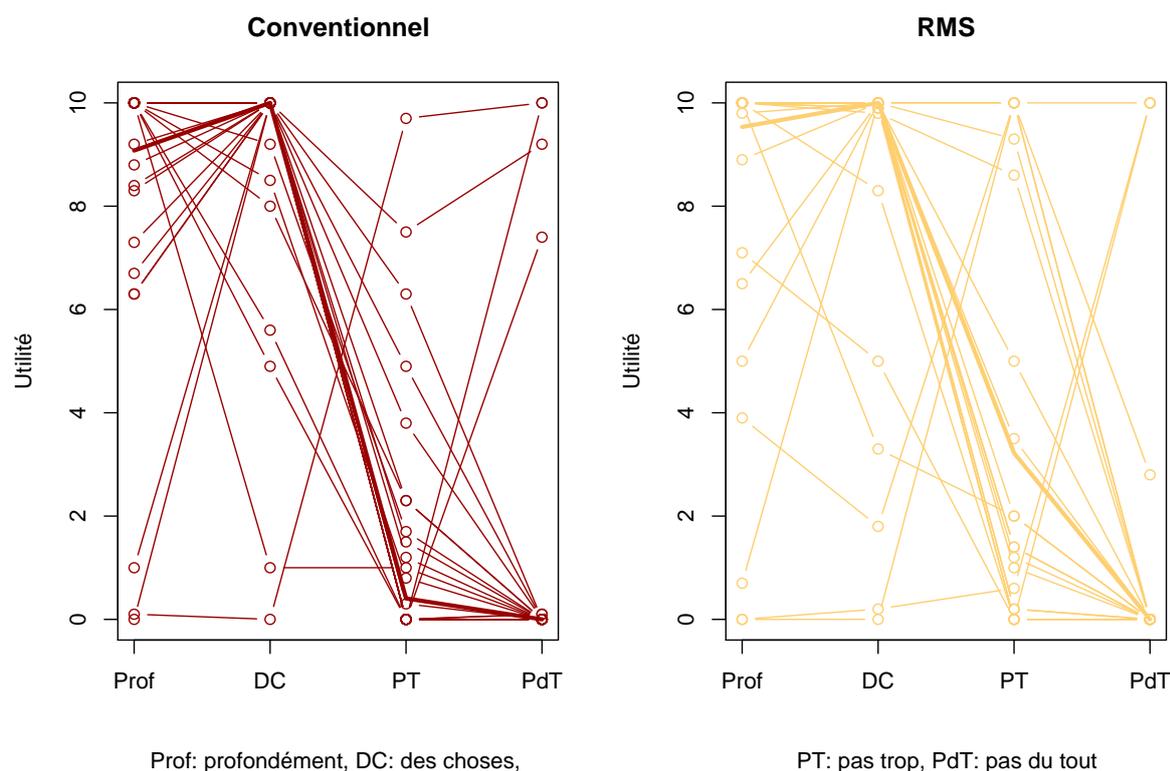


FIG. 55 – Utilité d'un changement de vie et appartenance du patient à RMS

5.5 Bilan

5.5.1 Caractéristiques des patients

Il existe quelques différences entre les patients consultant en microstructure et ceux consultant un médecin conventionnel. Certaines différences préexistaient avant le début de l'accompagnement, d'autres peuvent être la cause de ce même accompagnement.

Les usagers RMS sont par exemple plus jeunes (cf tableau 54 page 124). On observe également plus de femmes en RMS, bien que cette différence ne soit pas significative.

Les usagers du groupe conventionnel ont plus tendance à vivre seuls (cf tableau 58 page 127) sans que l'on puisse savoir si cette différence est ou non une conséquence du suivi médical.

Les usagers du groupe conventionnel sont sous traitement de substitution depuis plus longtemps (cf tableau 88 page 142). Ils déclarent également être suivis par leur médecin actuel depuis plus longtemps (cf tableau 115 page 157).

Les pratiques diffèrent en matière de traitement prescrit : les usagers en RMS ont bien plus souvent recours à une substitution par méthadone (cf tableau 89 page 143). Par ailleurs, ils sont suivis plus fréquemment (cf tableau 116 page 158).

Les usagers en réseau microstructure se déclarent plus fréquemment satisfaits de l'accompagnement de leur substitution (cf tableau 94 page 146)

Parmi les usagers ayant connu d'autres prises en charge de problèmes de dépendance avant leur prise en charge actuelle, il existe une différence quand au recours à la médecine générale, plus fréquent chez les patients du groupe RMS (cf tableau 105 page 152).

Les usagers RMS déclarent plus souvent avoir consulté un psychologue dans le mois précédant l'enquête (cf tableau 109 page 154). La différence n'est pas significative pour les travailleurs sociaux. Les usagers RMS sont également plus nombreux à déclarer qu'il leur est très facile de rencontrer l'un de ces professionnels (cf tableau 125 page 162).

Les usagers conventionnels déclarent pour leur part plus d'hospitalisations psychiatriques (pour d'autres motifs que la dépendance) dans l'année précédant l'enquête (cf tableau 114 page 156).

Le mode de connaissance du médecin diffère également : les usagers conventionnels déclarent plus fréquemment avoir connu leur médecin actuel par eux-mêmes (cf tableau 117 page 158).

Les comparaisons entre les deux groupes doivent s'interpréter en gardant à l'esprit qu'il s'agit ici de comparaisons brutes, sans ajustements sur d'éventuelles différences au niveau des caractéristiques des usagers voire des médecins les accompagnant. Par ailleurs, la nature transversale de l'enquête ne permet pas de savoir si certaines différences observées résultent du type de suivi ou sont simplement le fait de différences de recrutement des patients.

5.5.2 *Fonctions d'utilité*

Les remarques faites pour les médecins peuvent être ici intégralement reprises. Nous ne mettons pas en évidence de différences dans l'appréciation de l'utilité des différentes modalités des critères retenus entre les usagers RMS et conventionnels. L'absence de significativité pourrait toutefois s'expliquer par la faible taille d'échantillon (un quart des patients se prononçait sur chacun des critères) ainsi que par une forte variabilité dans les réponses.

Quoi qu'il en soit, les fonctions d'utilités moyennes estimées sur les deux groupes pour chacun des critères sont pertinentes et, pour la plupart des critères, sigmoïdales voire linéaires.

5.5.3 *Hierarchisation des critères*

En ce qui concerne les préférences absolues, on n'identifie de différences entre les deux groupes d'usagers que sur les choix impliquant la possibilité de négocier son traitement. Ce critère est plus souvent préféré par les usagers RMS à la fois à la maîtrise des consommations (cf tableau 134 page 165) et à la continuité des soins (cf tableau 138 page 168).

Nous ne retrouvons pas cette différence au niveau des utilités partielles. Bien que l'utilité partielle de la négociation de la prescription soit légèrement supérieure parmi les usagers RMS (cf tableau 143 page 171), cette différence n'est pas significative. On identifie par contre une différence significative au niveau de l'utilité partielle de la réactivité du médecin, supérieure chez les patients RMS (cf tableau 145 page 172).

Toutes utilités partielles considérées, on identifie une différence statistiquement significative entre les usagers du groupe RMS et les autres. Ces deux groupes de patients n'ont donc pas les mêmes préférences par rapport aux 8 critères de qualité de l'accompagnement retenus.

Troisième partie

Évaluation de l'efficacité de l'accompagnement

6 FONCTIONS D'UTILITÉ

Nous distinguons 4 fonctions différentes, pour chacun des critères :

- La fonction d'utilité des *médecins RMS*
- La fonction d'utilité des *médecins conventionnels*,
- La fonction d'utilité des *usagers RMS*,
- La fonction d'utilité des *usagers conventionnels*.

La fonction d'utilité utilisée en critère de jugement principal sera la moyenne de ces 4 fonctions d'utilité, en attribuant le même poids (25 %) à chacune. Chacune des 4 parties prenantes se voit ainsi attribuer la même importance dans la décision.

6.1 Critère 1 : Accessibilité du médecin

Groupe	Accès Très F.	Accès Facile	Accès Difficile	Accès Très D.
Usager RMS	10,00	8,48	0,00	0,77
Usager Conv	10,00	9,47	1,21	0,00
Médecin RMS	10,00	7,80	2,19	0,00
Médecin Conv	8,32	10,00	3,60	0,00
Ensemble	10,00	9,32	1,66	0,00

TAB. 156 – Accessibilité du médecin : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 156, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	91	6,83	3,90	0	10
RMS	103	6,67	3,88	0	10
Ensemble	194	6,75	3,88	0	10

TAB. 157 – Accessibilité du médecin et groupe d'appartenance

L'utilité maximale pour ce critère serait de 10, l'utilité minimale de 0. En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 6,83 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 6,67 (Tableau 157). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,3187$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

6.2 Critère 2 : Accessibilité du psychologue ou du travailleur social

Groupe	Accès Très F.	Accès Facile	Accès Difficile	Accès Très D.
Usager RMS	10,00	9,09	0,33	0,00
Usager Conv	10,00	7,18	0,00	1,07
Médecin RMS	10,00	9,80	1,42	0,00
Médecin Conv	8,48	10,00	2,26	0,00
Ensemble	10,00	9,36	0,78	0,00

TAB. 158 – Accessibilité du psy ou de l'AS : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 158, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Notons que la question posée au patient distinguait 5 modalités (accès très facile, facile, difficile, très difficile et impossible), nous fusionnerons les deux dernières.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	93	7,12	4,08	0	10
RMS	102	8,88	2,48	0	10
Ensemble	195	8,04	3,44	0	10

TAB. 159 – Accessibilité du psy ou de l'AS et groupe d'appartenance

L'utilité maximale pour ce critère serait de 10, l'utilité minimale de 0. En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 7,12 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 8,88 (Tableau 159). On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,0002$, test non paramétrique de Mann-Whitney) – voir également le tableau 125 page 162.

6.3 Critère 3 : Maîtrise des consommations

Groupe	NS+Maît	Sub+Maît	Sub+NM	NS+NM
Usager RMS	9,78	10,00	0,95	0,00
Usager Conv	10,00	8,45	0,78	0,00
Médecin RMS	7,12	10,00	0,00	0,55
Médecin Conv	10,00	9,52	2,21	0,00
Ensemble	9,71	10,00	0,91	0,00

TAB. 160 – Maîtrise des consommations : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 160, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Quelques considérations sont à prendre en compte. Tout d'abord, de par les critères de recrutement, tous les patients sont nécessairement substitués. Les utilités correspondant à la non substitution (avec ou sans maîtrise des consommations) ne servaient qu'à situer les utilités correspondant à la substitution.

Ensuite, il va falloir préciser ce que l'on entend par « Maîtrise des consommations ». Nous nous limiterons à la consommation d'héroïne, la dépendance pour laquelle le traitement est pris. Sera considéré comme maîtrisant sa consommation tout patient n'ayant pas consommé d'héroïne au cours du mois précédant l'enquête, et ne s'injectant ni ne sniffant son traitement de substitution.

Groupe	Non maîtrise	Maîtrise	N
Conventionnel	56,18 %	43,82 %	89
RMS	51,96 %	48,04 %	102
Ensemble	53,93 %	46,07 %	191

TAB. 161 – Maîtrise des consommations (en unités naturelles) et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est de la maîtrise des consommations ($p=0,5648$, test exact de Fisher).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	89	4,89	4,54	0,9	10,0
RMS	102	5,28	4,57	0,9	10,0
Ensemble	191	5,10	4,54	0,9	10,0

TAB. 162 – Maîtrise des consommations et groupe d'appartenance

Sur une population théorique de patients ayant connu une dépendance aux opiacés, l'utilité maximale pour ce critère serait de 10 (Patients sous traitement de substitution et maîtrisant leurs consommations de drogue, puisque la maîtrise sans traitement de substitution se voit attribuer une utilité moindre), l'utilité minimale de 0 (patients sans traitement de substitution et ne maîtrisant pas leur consommations). En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 4,89 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 5,28 (Tableau 162). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,5616$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

6.4 Critère 4 : Négociation du traitement

Groupe	Très F	Facile	Assez D	Très Difficile	Jamais
Usager RMS	10,00	9,78	1,94	1,02	0,00
Usager Conv	10,00	9,63	2,05	1,43	0,00
Médecin RMS	10,00	9,12	3,28	1,47	0,00
Médecin Conv	9,43	10,00	4,98	2,65	0,00
Ensemble	10,00	9,77	3,11	1,67	0,00

TAB. 163 – Négociation du traitement : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 163, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	92	7,45	3,76	0	10
RMS	103	7,98	3,50	0	10
Ensemble	195	7,73	3,62	0	10

TAB. 164 – Négociation du traitement et groupe d'appartenance

L'utilité maximale pour ce critère serait de 10 (négociation très facile), l'utilité minimale de 0 (négociation impossible). En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 7,45 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 7,98 (Tableau 164). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,5362$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

6.5 Critère 5 : Continuité des soins

Groupe	Sans hésitation	Sans doute	Probablement pas	Certainement pas
Usager RMS	10,00	7,15	1,39	0,00
Usager Conv	10,00	5,96	0,19	0,00
Médecin RMS	10,00	8,48	2,71	0,00
Médecin Conv	9,74	10,00	1,30	0,00
Ensemble	10,00	7,95	1,41	0,00

TAB. 165 – Continuité des soins : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 165, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	92	9,00	2,04	1	10
RMS	103	9,15	1,64	1	10
Ensemble	195	9,08	1,83	1	10

TAB. 166 – Continuité des soins et groupe d'appartenance

L'utilité maximale pour ce critère serait de 10 (reprise sans hésitation des soins), l'utilité minimale de 0 (certainement pas de reprise). En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 9,00 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 9,15 (Tableau 166). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,9651$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

6.6 Critère 6 : Réactivité du médecin

Groupe	Pas d'aide	Essai+Résultat	Essai+Peu	FT+Résultat	FT+Peu
Usager RMS	0,00	6,95	2,73	10,00	6,16
Usager Conv	0,00	5,56	2,74	10,00	4,68
Médecin RMS	0,00	7,98	5,42	10,00	6,29
Médecin Conv	0,00	9,42	6,01	10,00	6,41
Ensemble	0,00	7,48	4,22	10,00	5,88

TAB. 167 – Réactivité du médecin : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 167, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Il n'était pas possible d'envisager tous les cas de figure de réponse des patients. Quelques conventions devront être adoptées :

- Le scénario « le médecin fait tout ce qu'il peut, et obtient des résultats » correspond aux patients ayant coché « Il a fait tout son possible » puis « Beaucoup utile »,
- Le scénario « le médecin fait tout ce qu'il peut, mais obtient peu de résultats » correspond aux patients ayant coché « Il a fait tout son possible » puis « Un peu utile »,
- Le scénario « le médecin essaye, et obtient des résultats » correspond aux patients ayant coché « Il a un peu essayé » puis « Beaucoup utile »,
- Le scénario « le médecin essaye, mais obtient peu de résultats » correspond aux patients ayant coché « Il a un peu essayé » puis « Un peu utile »,
- Le scénario « Le médecin ne cherche pas à aider » regroupe tous les autres cas de figure : les patients ayant coché que leur médecin n'a pas du tout cherché à les aider, mais également ceux ayant coché qu'il n'a pas du tout été utile.
- Les patients ayant coché « Je n'ai pas eu besoin d'aide » seront considérés comme non évaluable sur ce critère et traités comme des réponses manquantes.

Groupe	Pas du tout	Essai+R	Essai+PR	Tout+R	Tout+PR	N
Conventionnel	4,55 %	1,52 %	4,55 %	75,76 %	13,64 %	66
RMS	2,53 %	1,27 %	6,33 %	83,54 %	6,33 %	79
Ensemble	3,45 %	1,38 %	5,52 %	80,00 %	9,66 %	145

TAB. 168 – Réactivité du médecin (en unités naturelles) et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est de la réactivité du médecin ($p=0,5564$, test exact de Fisher).

A noter que 48 patients n'ont pas été évalués parce qu'ils déclarent ne pas avoir eu besoin d'aide et 3 patients n'ont pas répondu à la question.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	66	8,68	2,61	0	10
RMS	79	9,09	2,24	0	10
Ensemble	145	8,90	2,42	0	10

TAB. 169 – Réactivité du médecin et groupe d'appartenance

L'utilité maximale pour ce critère serait de 10 (Le médecin fait tout pour aider et obtient beaucoup de résultats), l'utilité minimale de 0 (le médecin ne fait rien pour aider ou n'obtient pas du tout de résultats). En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 8,68 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 9,09 (Tableau 169). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,2746$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

6.7 Critère 7 : Dépistage du VHC

Groupe	Prem C+Test	Prem C+Refus	Rel Et+Test	Rel Et+Refus	Parle Pas
Usager RMS	8,34	0,99	10,00	0,00	0,17
Usager Conv	8,90	1,44	10,00	0,18	0,00
Médecin RMS	6,30	4,74	10,00	5,06	0,00
Médecin Conv	4,38	2,93	10,00	2,71	0,00
Ensemble	6,97	2,50	10,00	1,95	0,00

TAB. 170 – Dépistage du VHC : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 170, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Comme nous l'avons fait dans le cas de la réactivité du médecin, nous allons considérer que les patients connaissant déjà leur statut (au nombre de 17) ne sont pas évaluables sur ce critère.

Nous allons par ailleurs considérer que les réponses « Non, mais je vais les faire » ne correspondent pas à un refus de faire le dépistage.

Groupe	Prem C+Test	Prem C+Refus	Rel Et+Test	Rel Et+Refus	Parle Pas	N
Conventionnel	47,56 %	1,22 %	37,80 %	1,22 %	12,20 %	82
RMS	65,59 %	0,00 %	23,66 %	1,08 %	9,68 %	93
Ensemble	57,14 %	0,57 %	30,29 %	1,14 %	10,86 %	175

TAB. 171 – Dépistage du VHC(en unités naturelles) et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est du dépistage du VHC ($p=0,0842$, test exact de Fisher).

A noter que 17 patients n'ont pas été évalués parce qu'ils déclarent déjà connaître leur statut et 4 patients n'ont pas répondu à au moins une partie de la question.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	82	7,15	3,17	0	10
RMS	93	6,96	2,69	0	10
Ensemble	175	7,05	2,92	0	10

TAB. 172 – Dépistage du VHC et groupe d'appartenance

L'utilité maximale pour ce critère serait de 10 (acceptation d'un dépistage abordé une fois la relation établie), l'utilité minimale de 0 (ne pas aborder le dépistage). En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 7,15 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 6,96 (Tableau 172). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,2085$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

6.8 Critère 8 : Changer de vie

Groupe	Profondément	Des choses	Pas trop	Pas du tout
Usager RMS	9,53	10,00	3,22	0,00
Usager Conv	9,08	10,00	0,41	0,00
Médecin RMS	9,40	10,00	3,58	0,00
Médecin Conv	8,28	10,00	5,53	0,00
Ensemble	9,07	10,00	3,18	0,00

TAB. 173 – Changer de vie : fonctions d'utilité

À partir de la fonction d'utilité finale présentée dans le tableau 173, nous pouvons décrire la performance des deux groupes de traitement sur ce critère.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	93	8,39	2,82	0	10
RMS	103	9,06	2,13	0	10
Ensemble	196	8,75	2,50	0	10

TAB. 174 – Changer de vie et groupe d'appartenance

L'utilité maximale pour ce critère serait de 10 (des choses ont changé dans la vie), l'utilité minimale de 0 (la vie n'est pas du tout changée). En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité de 8,39 pour ce critère et ceux du groupe RMS une utilité de 9,06 (Tableau 174). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1566$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

7 PONDÉRATIONS DES CRITÈRES

7.1 Poids relatifs

De la même manière qu'a été élaboré une fonction d'utilité principale à partir des fonctions d'utilité moyennes des 4 parties prenantes, nous allons ici calculer une pondération principale des critères.

Groupe	Accès Méd	Accès P+AS	Maîtrise	Négociation	Continuité	Réactivité	Dépistage	Changer
Usager RMS	0,16	0,07	0,16	0,12	0,05	0,16	0,11	0,16
Usager Conv	0,19	0,06	0,16	0,10	0,08	0,13	0,10	0,17
Médecin RMS	0,13	0,07	0,10	0,11	0,08	0,15	0,09	0,27
Médecin Conv	0,15	0,05	0,18	0,07	0,06	0,12	0,10	0,26
Ensemble	0,16	0,06	0,15	0,10	0,07	0,14	0,10	0,22

TAB. 175 – Pondérations des critères

Nous identifions certaines différences entre les acteurs. Les usagers RMS, par rapport aux autres acteurs, accordent plus d'importance à la négociation du traitement. Ce critère est au contraire peu valorisé par les médecins conventionnels, qui lui préfèrent la maîtrise des consommations. Les médecins RMS valorisent la continuité des soins là où les autres acteurs valorisent l'accessibilité du médecin (notamment les usagers conventionnels).

7.2 Efficacité multicritères

À partir des 8 indicateurs d'efficacité décrits précédemment et des pondérations attribuées à chaque critère, nous pouvons construire notre critère d'efficacité composite. Il est composé par la somme des utilités associées à chacun des critères, pondérées par leur utilité partielle (la pondération du critère).

Nous avons procédé à certains ajustements pour les patients qui n'étaient pas concernés ni par la réactivité du médecin (car n'ayant pas eu besoin d'aide) ni par le dépistage (car connaissant déjà leur statut), au nombre de 5, tout comme pour ceux non concernés uniquement par la réactivité du médecin (au nombre de 43) ou par le dépistage (au nombre de 12). Le critère d'efficacité pour ces patients est calculé sans tenir compte du critère ne les concernant pas, en repondérant les poids des autres critères de manière à ce que leur somme soit de 1.

Malgré ce traitement, 16 valeurs manquantes sont à signaler, liées au fait que de 1 à 3 critères sont manquants pour certains patients.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	81	7,35	1,58	3	10
RMS	99	7,76	1,39	4	10
Ensemble	180	7,58	1,49	3	10

TAB. 176 – Critère d'efficacité composite et groupe d'appartenance

L'utilité maximale que l'on pourrait obtenir serait de 10 (performance optimale sur les 8 critères), l'utilité minimale de 0 (performance minimale sur les 8 critères). En moyenne, les patients du groupe conventionnel ont une utilité multicritère de 7,35 et ceux du groupe RMS une utilité multicritère de 7,76 (Tableau 176). On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,1118$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

On identifie une bonne corrélation avec les efficacités calculées avec les préférences des médecins RMS, conventionnels, des patients RMS ou conventionnels seulement (cf tableau 177).

	Ensemble	Usager RMS	Usager Conv	Médecin RMS	Médecin Conv
Ensemble	1,00	0,98	0,98	0,97	0,96
Usager RMS	0,98	1,00	0,98	0,94	0,91
Usager Conv	0,98	0,98	1,00	0,94	0,91
Médecin RMS	0,97	0,94	0,94	1,00	0,93
Médecin Conv	0,96	0,91	0,91	0,93	1,00

TAB. 177 – Coefficients de corrélation de Pearson entre les mesures d'efficacité

8 COMPARAISON DE L'EFFICACITÉ DES DEUX STRATÉGIES

Note : les termes d'« utilité » et d'« efficacité » sont utilisés simultanément dans le rapport. Nous mesurons en effet l'efficacité de l'accompagnement de la substitution à l'aide d'un critère composite résumant l'utilité tirée par l'utilisateur de 8 dimensions liées à l'accompagnement. L'efficacité de l'accompagnement mesure donc le degré d'atteinte d'une utilité optimale pour l'utilisateur. En analyse brute, nous n'identifions pas de différence entre

le réseau microstructure et la médecine conventionnelle en matière d'efficacité des soins (cf tableau 176 page 197).

Cependant, nous avons également constaté que les patients recrutés dans les deux groupes différaient selon certaines caractéristiques, tout comme les médecins des deux groupes. Pour comparer l'efficacité dans les deux groupes, nous procéderons à des ajustements :

- Au niveau des médecins, nous ajusterons sur :
 - l'âge (différence non significative, mais les médecins RMS ont tendance à être plus jeunes) – nous n'inclurons pas l'ancienneté du médecin car celle-ci est très corrélée à l'âge (coefficient de corrélation de Pearson de 0,87) et est manquante pour l'un des médecins,
 - le sexe (différence non significative, mais les médecins RMS ont tendance à comporter plus de femmes),
 - le nombre d'années d'expérience en substitution (différence non significative, mais les médecins RMS, pourtant plus jeunes, ont tendance à avoir plus d'expérience) – à noter 2 valeurs manquantes qui seront imputées à la moyenne du groupe ajustée sur l'âge du médecin,
 - la file active d'utilisateurs suivis pour traitements de substitution (différence significative, les médecins RMS ont une file active plus importante) – à noter 1 valeur manquante, d'un médecin RMS qui ne renseigne pas non plus sa file active. Elle sera imputée par la file active moyenne des médecins RMS,
 - la durée moyenne de consultation (différence significative, les médecins RMS ont une durée de consultation supérieure) – à noter 2 valeurs manquantes qui seront imputées à la moyenne du groupe.
- Au niveau des usagers, nous ajusterons sur :
 - L'âge (différence significative, les usagers RMS sont plus jeunes) – signalons tout de même 12 valeurs manquantes, qui seront imputées par la moyenne du groupe ajustée sur l'ancienneté du traitement,
 - Le sexe (différence non significative, mais les usagers RMS ont tendance à compter plus de femmes).

Les variables explicatives choisies, si elles peuvent sembler en nombre limité, notamment pour le patient, sont celles qui, incontestablement, ne peuvent être une conséquence du traitement et qui ne sont pas colinéaires avec les autres variables (par exemple, l'âge des usagers et l'ancienneté du traitement).

La variable à expliquer est l'efficacité du traitement. Celle-ci est mesurée dans une

échelle allant de 0 (pire situation possible) à 10 (meilleure situation envisageable), à partir des fonctions d'utilité appliquées aux 8 critères d'efficacité retenus (accessibilité du médecin, du psychologue et du travailleur social, maîtrise des consommations, possibilité de négocier le traitement, continuité des soins, réactivité du médecin, dépistage du VHC, changement de vie). L'efficacité observée pour chacun des 8 critères est combinée en une utilité totale à l'aide des poids accordés à chaque critère par les patients et les médecins.

Le tableau 178 résume les résultats du modèle de régression linéaire. En ajustant sur l'âge du médecin, le sexe du médecin, le nombre d'années d'expérience en matière de substitution du médecin, la file active hebdomadaire d'utilisateurs sous substitution du médecin, la durée moyenne de consultation pour ces utilisateurs déclarée par le médecin, l'âge de l'utilisateur et le sexe de l'utilisateur, l'effet de l'appartenance à une microstructure sur l'efficacité totale est positif (l'efficacité croît de 0,24 points sur 10, avec un intervalle de confiance à 95 % de [-0,38 ; 0,85]), mais non significatif ($p = 0,4511$).

	Coefficient	Ecart-Type	p-value
Constante	9,4376	1,3902	0,0000
Usager RMS	0,2352	0,3114	0,4511
Âge du médecin	-0,0658	0,0282	0,0206
Médecin homme	0,1875	0,3252	0,5649
Exp. Subst. Méd.	0,0587	0,0384	0,1281
File Act. Subst. Méd.	-0,0024	0,0048	0,6115
Durée Consult. Méd.	-0,0064	0,0294	0,8281
Âge de l'utilisateur	0,0139	0,0162	0,3929
Usager homme	0,1058	0,2915	0,7172

TAB. 178 – Effet du groupe de traitement sur l'efficacité, modèle de régression linéaire

En définitive, le modèle employé prédit mal l'efficacité de l'accompagnement, avec un coefficient de détermination de 6 %. La variable explicative et les 7 variables d'ajustement introduites dans le modèle n'expliquent que 6 % de la variance de l'efficacité de l'accompagnement.

Un examen des facteurs d'inflation de la variance³³ ne permet pas de conclure à la présence de multicolinéarité au niveau des variables introduites dans le modèle : le facteur d'inflation le plus fort s'observe pour l'âge du médecin et n'est que de 2,62.

³³Ce terme est calculé, pour chacune des variables explicatives, à partir de la formule $FIV = \frac{1}{1-R^2}$ où R^2 est le coefficient de détermination de la régression prédisant la variable explicative considérée par toutes les autres. Plus le R^2 est proche de 1, plus le FIV tendra vers l'infini. Un FIV élevé traduit donc une forte multicollinéarité de cette variable avec les autres. On prend en général comme seuil $FIV > 10$.

Quatrième partie

Évaluation des coûts

9 DESCRIPTION DE LA BASE URCAM

9.1 Caractéristiques des patients

9.1.1 Groupe de traitement

679 patients ont été conservés dans la base URCAM. Les patients du groupe micro-structure sont majoritaires : ils sont au nombre de 435 (soit 64,06 % de l'échantillon). Ce résultat est à rapprocher de l'analyse des réponses des médecins dans l'étude DEQUASUD, où la file active d'utilisateurs sous traitement de substitution en microstructure était 2,6 fois plus importante que celle déclarée par les médecins conventionnels (cf tableau 17 page 73).

Signalons toutefois qu'une proportion non négligeable de patients RMS (161 soit 62,99 % des utilisateurs RMS) a également bénéficié d'au moins une prescription de narcotiques par au moins un médecin hors microstructure. Nous verrons plus loin que ces patients ont des montants remboursés de narcotiques supérieurs aux patients qui ne se voient prescrire des narcotiques que par des médecins de microstructure, mais inférieurs aux patients du groupe conventionnel.

Nous distinguerons par la suite entre 3 groupes de patients : les patients « conventionnels », ayant bénéficié de prescriptions de narcotiques de la part de médecins conventionnels mais pas de microstructure, les patients « mixtes », bénéficiant de prescriptions des deux types de médecins, et les patients « RMS », ne bénéficiant pas de prescriptions de narcotiques hors microstructure.

9.1.2 Âge

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	36,39	7,31	22	68
Mixte	161	36,38	6,97	22	57
RMS	274	36,30	7,48	20	55
Ensemble	679	36,35	7,29	20	68

TAB. 179 – Âge des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

Contrairement à ce que l'on constate dans la base DEQUASUD (cf tableau 54 page 124), l'âge des patients retenus dans la base URCAM est le même dans les trois groupes ($p=0,5974$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.1.3 Sexe

Groupe	Femme	Homme	N
Conventionnel	18,85 %	81,15 %	244
Mixte	23,60 %	76,40 %	161
RMS	18,25 %	81,75 %	274
Ensemble	19,73 %	80,27 %	679

TAB. 180 – Sexe des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

Comme dans l'étude DEQUASUD, les usagers sont majoritairement masculins (cf tableau 55 page 124). On n'identifie pas de différence significative entre les trois groupes ($p=0,3671$, test exact de Fisher).

9.1.4 Commune

La commune est inconnue pour 12 usagers.

Groupe	Rurale	Urbaine	N
Conventionnel	4,56 %	95,44 %	241
Mixte	12,90 %	87,10 %	155
RMS	15,13 %	84,87 %	271
Ensemble	10,79 %	89,21 %	667

TAB. 181 – Commune des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les trois groupes ($p=0,0002$, test exact de Fisher). Les patients du groupe RMS (au sens large, incluant les patients mixtes) sont plus souvent des patients ruraux.

9.1.5 Régime

Groupe	AME	Autres	CMU	Détenu	Salarié	N
Conventionnel	0,41 %	10,66 %	16,80 %	9,43 %	62,70 %	244
Mixte	0,00 %	18,01 %	11,80 %	1,86 %	68,32 %	161
RMS	0,00 %	8,03 %	8,76 %	3,28 %	79,93 %	274
Ensemble	0,15 %	11,34 %	12,37 %	5,15 %	70,99 %	679

TAB. 182 – Régime des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p<0,0001$, test exact de Fisher – les patients mixtes sont regroupés avec les patients RMS pour simplifier les

calculs). Les patients du groupe conventionnel sont plus souvent détenus ou bénéficiaires de la CMU. Cette tendance n'était pas significative dans ma base DEQUASUD, où les bénéficiaires de CMU étaient plus nombreux (cf tableau 65 page 134).

9.1.6 ALD

Groupe	Non	Oui	N
Conventionnel	74,59 %	25,41 %	244
Mixte	65,84 %	34,16 %	161
RMS	77,74 %	22,26 %	274
Ensemble	73,78 %	26,22 %	679

TAB. 183 – Patients de la base URCAM en ALD et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les trois groupes ($p=0,0253$, test exact de Fisher). Les patients du groupe mixte sont plus souvent en ALD. La proportion de patients en ALD de la base URCAM est supérieure à celle relevée dans l'étude DEQUASUD (cf tableau 66 page 134).

9.2 Traitement

On distingue trois types de patients : ceux s'étant vu prescrire uniquement de la buprénorphine au cours de la période, ceux s'étant vu prescrire uniquement de la méthadone, et ceux s'étant vu prescrire les deux. Du fait des critères de sélection dans la base URCAM, les patients sous d'autres traitements de substitution que la méthadone et le subutex ne sont pas inclus.

Groupe	Méthadone	Buprénorphine	Métha+Bupré	N
Conventionnel	2,46 %	90,16 %	7,38 %	244
Mixte	17,39 %	71,43 %	11,18 %	161
RMS	25,18 %	68,25 %	6,57 %	274
Ensemble	15,17 %	76,88 %	7,95 %	679

TAB. 184 – Traitement des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie une différence significative entre les trois groupes ($p<0,0001$, test exact de Fisher). Les patients du groupe mixte ont plus souvent un traitement mixte, les patients du groupe conventionnel sont très rarement sous méthadone. La proportion de patients sous buprénorphine de la base URCAM est supérieure à celle relevée dans l'étude DEQUASUD, notamment pour les usagers RMS (cf tableau 89 page 143).

9.2.1 Posologie des patients sous méthadone

Les consommations des patients sont suivies du 1^{er} janvier 2006 au 30 septembre 2007, soit pendant 637 jours. En divisant la consommation cumulée sur la période de suivi par ce chiffre, on obtient des posologies quotidiennes.

Nous écartons de l'analyse les patients consommant méthadone et buprénorphine.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	6	55,21	36,00	19,12	114,07
Mixte	28	50,65	35,18	6,72	146,55
RMS	69	51,00	33,55	5,05	213,25
Ensemble	103	51,15	33,80	5,05	213,25

TAB. 185 – Posologie (mg/jour) de méthadone des patients de la base URCAM sous méthadone exclusivement et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,9159$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Notons toutefois des dosages plus faibles que ceux déclarés par les patients dans l'enquête DEQUASUD (cf tableau 91 page 145).

9.2.2 Posologie des patients sous buprénorphine

Nous écartons de l'analyse les patients consommant méthadone et buprénorphine.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	220	21,23	23,50	0,11	165,80
Mixte	115	12,07	8,77	0,21	42,53
RMS	187	8,95	6,25	0,07	42,73
Ensemble	522	14,81	17,16	0,07	165,80

TAB. 186 – Posologie (mg/jour) de buprénorphine des patients de la base URCAM sous buprénorphine exclusivement et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p<0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Notons toutefois des dosages différant (plus faibles pour les patients RMS, plus élevés pour les autres) de ceux déclarés par les patients dans l'enquête DEQUASUD (cf tableau 90 page 145).

9.3 Coûts

Nous commencerons par décrire les coûts poste par poste, avant de décrire les agrégats utilisés pour les besoins de l'évaluation.

9.3.1 Analyse par poste

Nous transformerons les coûts cumulés sur 21 mois en coûts mensuels.

9.3.1.1 Remboursements d'actes d'anesthésie

Les actes d'anesthésie représentent 0,05 % du cout total des actes. 97,94 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,15	1,01	0,00	9,67
Mixte	161	0,08	0,70	0,00	7,94
RMS	274	0,09	0,68	0,00	7,19
Ensemble	679	0,11	0,82	0,00	9,67

TAB. 187 – Montants remboursés mensuels (€) en anesthésie des patients de la base UR-CAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,8578$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.2 Remboursements d'actes d'imagerie

Les actes d'imagerie représentent 0,58 % du cout total des actes. 55,67 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,91	1,88	0,00	12,40
Mixte	161	1,60	2,99	0,00	26,77
RMS	274	1,58	3,35	0,00	32,71
Ensemble	679	1,34	2,83	0,00	32,71

TAB. 188 – Montants remboursés mensuels (€) en imagerie des patients de la base UR-CAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p=0,0066$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Il semble que les patients du groupe conventionnel se voient moins rembourser d'actes d'imagerie.

9.3.1.3 Remboursements d'actes d'échographie

Les actes d'échographie représentent 0,29 % du cout total des actes. 84,39 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,60	1,81	0,00	12,77
Mixte	161	0,79	1,89	0,00	13,17
RMS	274	0,70	2,20	0,00	17,95
Ensemble	679	0,69	1,99	0,00	17,95

TAB. 189 – Montants remboursés mensuels (€) en échographie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,1820$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.4 Remboursements d'actes de chirurgie

Les actes de chirurgie représentent 0,15 % du cout total des actes. 92,49 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,36	1,94	0,00	19,94
Mixte	161	0,31	1,60	0,00	17,92
RMS	274	0,39	1,91	0,00	23,80
Ensemble	679	0,36	1,85	0,00	23,80

TAB. 190 – Montants remboursés mensuels (€) en chirurgie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,9657$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.5 Remboursements d'actes de masso-kinésithérapie

Les actes de masso-kinésithérapie représentent 0,28 % du cout total des actes. 94,40 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,34	1,86	0,00	20,98
Mixte	161	0,76	5,31	0,00	60,34
RMS	274	0,89	7,26	0,00	112,98
Ensemble	679	0,66	5,40	0,00	112,98

TAB. 191 – Montants remboursés mensuels (€) en masso-kinésithérapie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,6144$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.6 Remboursements d'actes dentaires

Les actes dentaires représentent 2,68 % du cout total des actes. 60,38 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	3,94	9,29	0,00	82,24
Mixte	161	7,95	20,33	0,00	140,57
RMS	274	7,29	14,90	0,00	98,65
Ensemble	679	6,24	14,86	0,00	140,57

TAB. 192 – Montants remboursés mensuels (€) en actes dentaires des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p=0,0037$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Il semblerait que les patients conventionnels se voient rembourser moins d'actes dentaires.

Nous pouvons rappeler ce commentaire d'un médecin lors des entretiens qualitatifs :

« Tous mes patients ont fait un bilan sanguin. Le signe qu'ils vont très bien, c'est quand ils se font soigner les dents. » (M, RMS)

9.3.1.7 Remboursements d'actes infirmiers

Les actes infirmiers représentent 0,2 % du cout total des actes. 80,56 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,59	4,96	0,00	72,09
Mixte	161	0,27	0,97	0,00	7,98
RMS	274	0,49	4,58	0,00	74,51
Ensemble	679	0,47	4,18	0,00	74,51

TAB. 193 – Montants remboursés mensuels (€) en actes infirmiers des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,0994$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.8 Remboursements d'actes techniques médicaux

Les actes techniques médicaux représentent 0,26 % du cout total des actes. 82,77 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,93	2,90	0,00	20,22
Mixte	161	0,51	1,92	0,00	18,79
RMS	274	0,36	1,32	0,00	11,83
Ensemble	679	0,60	2,16	0,00	20,22

TAB. 194 – Montants remboursés mensuels (€) en actes techniques médicaux des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,1259$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.9 Remboursements de biologie

Les actes de biologie représentent 1,96 % du cout total des actes. 50,96 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	3,01	5,77	0,00	45,33
Mixte	161	6,35	10,82	0,00	76,60
RMS	274	4,88	8,78	0,00	83,88
Ensemble	679	4,56	8,50	0,00	83,88

TAB. 195 – Montants remboursés mensuels (€) en biologie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p<0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients conventionnels ont des remboursements de biologie moindres.

9.3.1.10 Remboursements de consultations

Les consultations de spécialistes et de psys sont comptées à part.

Les consultations (hors spécialistes) représentent une part importante (16,98 %) du cout total des actes. Seuls 0,44 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	50,12	48,98	0,00	338,70
Mixte	161	37,40	20,44	5,33	124,19
RMS	274	31,28	17,75	0,00	150,14
Ensemble	679	39,50	33,98	0,00	338,70

TAB. 196 – Montants remboursés mensuels (€) en consultations des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p=0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients conventionnels ont des remboursements de consultations supérieurs.

9.3.1.11 Remboursements de consultations de psys

Les consultations de psys représentent (0,33 %) du cout total des actes. 96,91 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,63	4,59	0,00	50,63
Mixte	161	1,97	18,00	0,00	223,77
RMS	274	0,19	2,58	0,00	42,47
Ensemble	679	0,77	9,34	0,00	223,77

TAB. 197 – Montants remboursés mensuels (€) en consultations de psys des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,1791$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.12 Remboursements de consultations de spécialistes

Les consultations de spécialistes représentent (0,24 %) du cout total des actes. 75,26 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,45	1,24	0,00	9,20
Mixte	161	0,67	1,47	0,00	8,87
RMS	274	0,61	1,70	0,00	19,93
Ensemble	679	0,57	1,50	0,00	19,93

TAB. 198 – Montants remboursés mensuels (€) en consultations de spécialistes des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p=0,1938$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.13 Remboursements de frais hospitaliers

Les frais hospitaliers représentent la part prédominante (67,49 %) du cout total des actes. Pourtant, 61,12 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	201,13	476,58	0,00	3028,82
Mixte	161	219,91	467,26	0,00	2744,44
RMS	274	80,82	355,92	0,00	4760,31
Ensemble	679	157,03	433,50	0,00	4760,31

TAB. 199 – Montants remboursés mensuels (€) en frais hospitaliers des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p<0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients avec prescriptions de narcotiques en microstructure et hors microstructure ont des remboursements de frais d'hospitalisation supérieurs.

9.3.1.14 Remboursements d'indemnités de déplacement

Les frais hospitaliers représentent (0,15 %) du cout total des actes. 85,27 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,73	2,95	0,00	34,30
Mixte	161	0,09	0,41	0,00	3,81
RMS	274	0,14	1,32	0,00	20,40
Ensemble	679	0,34	1,99	0,00	34,30

TAB. 200 – Montants remboursés mensuels (€) en indemnités de déplacement des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p < 0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients conventionnels ont des remboursements d'indemnités de déplacement supérieurs.

9.3.1.15 Remboursements LPP

La Liste des Produits et Prestations remboursables est un ensemble très disparate de produits et prestations, vendus par des professionnels variés de statuts différents (professionnels de santé ou non). Le nombre de dispositifs médicaux remboursés est estimé à environ 60 000, un chiffre largement supérieur à celui des médicaments. Citons les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques, les articles pour pansements, les orthèses et prothèses externes (lunettes, montures, appareils correcteurs de surdité, prothèses oculaires et faciales, chaussures orthopédiques, corsets, prothèses pour amputation. . .), les dispositifs médicaux implantables (prothèses internes), les véhicules pour handicapés physiques.

Les LPP représentent (1,01 %) du cout total des actes. 72,61 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	2,69	15,76	0,00	181,30
Mixte	161	2,10	17,98	0,00	221,47
RMS	274	2,21	13,74	0,00	183,48
Ensemble	679	2,36	15,54	0,00	221,47

TAB. 201 – Montants remboursés mensuels ( ) en LPP des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p = 0,6310$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.16 Remboursements de transport de malades

Les transports de malades représentent (1,05 %) du cout total des actes. 82,03 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	2,41	10,46	0,00	133,22
Mixte	161	3,78	14,42	0,00	158,81
RMS	274	1,70	13,39	0,00	194,80
Ensemble	679	2,45	12,69	0,00	194,80

TAB. 202 – Montants remboursés mensuels ( ) pour transport de malades des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p < 0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients avec prescriptions de narcotiques en microstructure et hors microstructure ont des remboursements de transports de malades supérieurs.

9.3.1.17 Remboursements d'autres actes d'auxiliaires médicaux

Les autres actes d'auxiliaires médicaux représentent (0,005 %) du cout total des actes. 99,85 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	0,03	0,46	0,00	7,14
Mixte	161	0,00	0,00	0,00	0,00
RMS	274	0,00	0,00	0,00	0,00
Ensemble	679	0,01	0,27	0,00	7,14

TAB. 203 – Montants remboursés mensuels (€) en autres actes d'auxiliaires médicaux des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On n'identifie pas de différence entre les trois groupes ($p = 0,4101$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

9.3.1.18 Remboursements d'autres actes médicaux

Les autres actes médicaux représentent (0,38 %) du cout total des actes. 64,36 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	1,02	1,52	0,00	6,81
Mixte	161	1,11	1,51	0,00	5,54
RMS	274	0,64	1,31	0,00	6,99
Ensemble	679	0,89	1,45	0,00	6,99

TAB. 204 – Montants remboursés mensuels (€) en autres actes médicaux des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p < 0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients avec prescriptions de narcotiques en microstructure et hors microstructure ont des remboursements d'autres actes médicaux supérieurs.

9.3.1.19 Remboursements d'autres frais pharmaceutiques

Les autres frais pharmaceutiques représentent (3,12 %) du cout total des actes. 46,69 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	18,84	100,84	0,00	826,44
Mixte	161	0,85	4,27	0,00	52,71
RMS	274	0,73	2,67	0,00	29,63
Ensemble	679	7,27	61,05	0,00	826,44

TAB. 205 – Montants remboursés mensuels (€) en autres frais pharmaceutiques des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p=0,0002$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients conventionnels ont des remboursements mensuels moyens d'autres frais pharmaceutiques supérieurs.

9.3.1.20 Remboursements d'indemnités journalières

Les indemnités journalières représentent (2,41 %) du cout total des actes. 93,37 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi. Ces 45 patients appartiennent tous au groupe conventionnel.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	15,59	74,49	0,00	771,20
Mixte	161	0,00	0,00	0,00	0,00
RMS	274	0,00	0,00	0,00	0,00
Ensemble	679	5,60	45,22	0,00	771,20

TAB. 206 – Montants remboursés mensuels (€) en indemnités journalières des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p<0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients du groupe conventionnel sont les seuls à s'être fait rembourser des indemnités journalières.

9.3.1.21 Remboursements de visites

Les visites représentent (0,37 %) du cout total des actes. 77,17 % des patients n'ont bénéficié d'aucun remboursement pour ce type d'actes sur la période de suivi.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	1,47	4,99	0,00	48,05
Mixte	161	0,71	2,35	0,00	23,17
RMS	274	0,41	1,65	0,00	21,05
Ensemble	679	0,86	3,40	0,00	48,05

TAB. 207 – Montants remboursés mensuels (€) en visites des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p=0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les montants remboursés en visites sont supérieurs pour les patients du groupe conventionnel.

9.3.2 Analyse agrégée

Pour les besoins de l'évaluation, nous allons nous intéresser à trois agrégats :

- Le coût des actes médicaux, correspondant à la somme des actes décrits précédemment,
- Le coût des remboursements de produits pharmaceutiques, plus particulièrement :
 - Le coût des narcotiques,
 - Le coût des autres produits pharmaceutiques.

9.3.2.1 Coûts des actes médicaux

Cette rubrique regroupe tous les montants remboursés hors pharmacie (consultations, actes, indemnités journalières...). Nous transformerons les coûts cumulés sur 21 mois en coûts mensuels.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	305,94	518,90	0,00	3228,81
Mixte	161	287,18	481,57	6,50	2780,69
RMS	274	135,42	371,52	0,00	4893,62
Ensemble	679	232,68	461,81	0,00	4893,62

TAB. 208 – Montants remboursés mensuels (€) hors pharmacie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p<0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis). Les patients conventionnels sont ceux avec les montants remboursés les plus élevés, bien que le montant maximal observé (4893,62 € par mois en moyenne) s'observe chez un usager RMS.

9.3.2.2 Coûts de pharmacie

9.3.2.2.1 Coûts hors narcotiques On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p < 0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	63,33	150,27	0,00	1676,18
Mixte	161	95,36	293,51	0,00	3051,93
RMS	274	29,86	65,97	0,00	694,12
Ensemble	679	57,42	175,60	0,00	3051,93

TAB. 209 – Montants remboursés mensuels (€) de pharmacie (hors narcotiques) des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

Les patients avec prescriptions de narcotiques de médecins de microstructure et hors microstructure sont ceux avec les remboursements moyens de pharmacie (hors narcotiques) les plus élevés.

9.3.2.2.2 Coûts des narcotiques Les narcotiques sont la classe EphMRA (European Pharmaceutical Research Association) comportant les traitements de substitution comme la buprénorphine et la méthadone, mais également, parmi les produits remboursés au patients dans la base, la dihydrocodéine (Dicodin LP) et la morphine et dérivés (morphine Chl, Moscontin LP, Sevredol, Skenan LP).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	244	260,86	278,70	3,90	2005,07
Mixte	161	135,44	97,08	12,77	561,60
RMS	274	103,44	68,04	2,55	513,36
Ensemble	679	167,60	192,27	2,55	2005,07

TAB. 210 – Montants remboursés mensuels (€) de narcotiques des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance

On identifie au moins une différence entre les trois groupes ($p < 0,0001$, test non paramétrique de Kruskal-Wallis).

Les patients du groupe conventionnel sont ceux avec les remboursements moyens de narcotiques les plus élevés, sans doute parce qu'ils sont essentiellement sous buprénorphine.

10 MODÈLES DE COÛT

Nous allons modéliser deux coûts séparément :

- Le coût mensuel de narcotiques à partir des seules posologies de buprénorphine et de méthadone,
- Le coût mensuel hors narcotiques (pharmacie et actes) à partir :
 - des posologies de buprénorphine et de méthadone,
 - des caractéristiques des patients (âge, sexe, commune, régime, ALD),
 - du groupe de traitement (conventionnel ou RMS – les patients « mixtes » seront regroupés avec les patients RMS).

10.1 Coût des narcotiques

	Coefficient	Ecart-Type	p-value
Constante	12,6145	1,2128	0,0000
Posologie quot. buprénorphine	11,8392	0,0547	0,0000
Posologie quot. méthadone	1,0257	0,0367	0,0000

TAB. 211 – Coût mensuel des narcotiques et dosages de traitements de substitution, modèle de régression linéaire

Le tableau 211 résume les résultats du modèle de régression linéaire.

En définitive, le modèle employé prédit très bien le coût des narcotiques, avec un coefficient de détermination de 99 %. Les posologies de buprénorphine et de méthadone expliquent 99 % de la variance du coût des narcotiques. La variance non expliquée est due aux autres narcotiques (sulphates de morphine, par exemple).

La buprénorphine existe sous forme générique ou non (Subutex). La boîte de 7 comprimés de 0,4 mg coûte en 2008 3,16 € pour le Subutex et 2,63 € pour son générique, celle de 2 mg 7,66 € (Subutex) et 6,22 € (Générique), celle de 8 mg 22,24 € (Subutex) et 17,85 €. Un patient à 8 mg de buprénorphine par jour a un coût de traitement mensuel, s'il est sous Subutex, d'environ $22,24 \frac{30}{7} = 95,31$ €. Le taux de remboursement est de 65 %, soit 61,95 €.

Le modèle prédit pour sa part un cout de 107,33 €.

L'écart entre le calcul théorique et les prédictions du modèle s'explique par le fait que le coût des narcotiques inclus d'autres narcotiques que la buprénorphine, et par le fait que le coût de Subutex a diminué depuis l'introduction de sa forme générique (la boîte de 7 comprimés de 8 mg de Subutex coûtait 23,87 € en 2005).

La méthadone coûte en 2008 1,14 € pour le flacon de 5 mg, 1,24 € pour celui de 10 mg, 1,43 € pour celui de 20 mg, 1,52 € pour celui de 40 mg et 1,61 € pour celui de 60 mg.

Un patient à 60 mg de méthadone par jour a un coût de traitement mensuel, s'il est sous Subutex, d'environ $1,61 \frac{30}{7} = 6,90$ €. Le taux de remboursement est de 65 %, soit 4,49 €.

Le modèle prédit pour sa part un coût de 74,16 €.

Cette divergence s'explique probablement par une forte consommation d'autres narcotiques des patients sous méthadone. Le modèle estime de manière satisfaisante les coûts observés dans la base URCAM pour les patients sous méthadone exclusivement (figure 56).

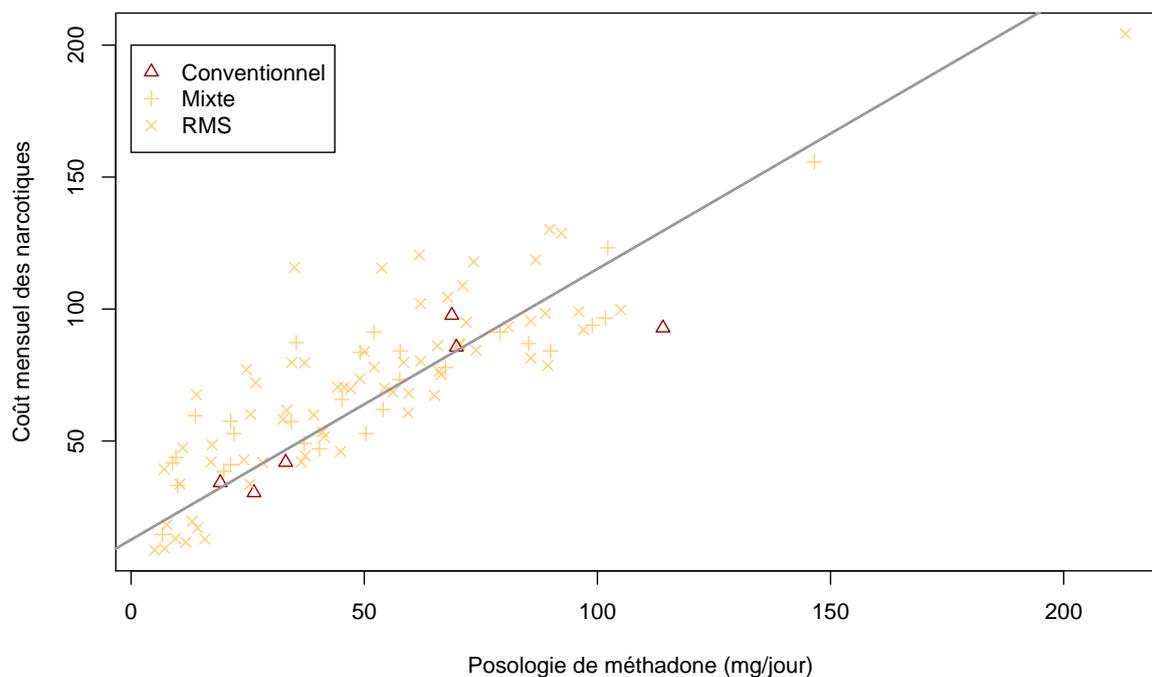


FIG. 56 – Montants de narcotiques remboursés pour les patients de la base URCAM sous méthadone exclusivement – observés et prédits

10.2 Coût hors narcotiques

Du fait de l'extrême dispersion des coûts, un modèle linéaire n'est pas envisageable. Le paramètre λ de Box-Cox est de -0,04, ce qui indique qu'une transformation logarithmique est indiquée. Un test de Park modifié [23] donne un coefficient γ de 2,19, ce qui indique que le modèle linéaire généralisé le plus approprié est un modèle Gamma.

Un patient présente un coût hors narcotiques nul. Afin de ne pas le supprimer de l'analyse (le logarithme de 0 n'est pas défini), on rajoute 0,1 € aux coûts.

Les résultats du modèle sont résumés dans le tableau 212. Nous travaillons sur un modèle gamma, à l'échelle logarithmique, et non plus un modèle linéaire. Il faut le prendre en compte dans l'interprétation des coefficients. Nous avons dans un modèle linéaire :

$$Y = \beta_0 + \beta X$$

Dans un modèle gamma, nous travaillons en échelle logarithmique :

$$\log Y = \beta_0 + \beta X$$

Pour repasser à l'échelle naturelle, il faut donc travailler sur les exponentielles :

$$Y = \exp(\beta_0) \exp(\beta X)$$

Le modèle gamma est multiplicatif et non plus additif, l'exponentielle du coefficient donne le coefficient multiplicateur pour chaque paramètre du modèle. Ainsi, les usagers en ALD ont un coût mensuel hors narcotiques, toutes caractéristiques égales par ailleurs, supérieur de 2,9 à ceux sans ALD, les patients en RMS un coût inférieur de 0,7 à ceux du groupe conventionnel. Cela veut dire que si un patient du groupe conventionnel a un coût de 100 €, le modèle prédit que, toutes caractéristiques égales par ailleurs, un patient du groupe RMS aura un coût de $0,7 \times 100 \text{ €} = 70 \text{ €}$.

	exp(Coefficient)	Ecart-Type	p-value
Constante	49,6116	1,6016	0,0150
Posologie quot. buprénorphine	1,0061	0,0041	0,1434
Posologie quot. méthadone	0,9984	0,0026	0,5348
Âge	0,9904	0,0087	0,2684
Commune urbaine	1,2478	0,1998	0,2683
Sexe masculin	0,9818	0,1580	0,9077
Régime - Autres	9,4210	1,5680	0,1531
Régime - CMU	5,6220	1,5626	0,2696
Régime - Détenu	5,1581	1,5739	0,2976
Régime - Salarié	4,2607	1,5555	0,3518
Groupe RMS	0,6862	0,1379	0,0065
Présence d'ALD	2,9314	0,1517	0,0000

TAB. 212 – Coût mensuel hors narcotiques, modèle de régression gamma

10.3 Prédiction des coûts des patients de l'étude DEQUASUD

Les modèles de prédictions des coûts élaborés sur les patients URCAM vont nous permettre de prédire le coût mensuel (des narcotiques ou hors narcotiques) des patients de l'étude DEQUASUD.

10.3.1 Coût des narcotiques

Le modèle employé est celui décrit dans le tableau 211 page 216. Les seules variables indépendantes de ce modèle sont les posologies quotidiennes de subutex et de méthadone.

Un patient ne renseigne pas son dosage de méthadone. Celui-ci sera imputé par le dosage moyen des patients sous méthadone de son groupe.

6 patients ne consomment ni buprénorphine, ni méthadone. Leur coût sera donc égal à la constante du modèle de régression linéaire (correspondant à la consommation d'autres narcotiques).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	93	120,02	98,47	12,61	841,36
RMS	103	108,83	76,80	12,61	628,02
Ensemble	196	114,14	87,70	12,61	841,36

TAB. 213 – Coût prédit en narcotiques des patients de l'étude DEQUASUD et groupe d'appartenance du patient

Le coût prédit moyen en narcotiques pour les patients du groupe conventionnel est de 120,02€. Il est de 108,83€ pour les usagers de microstructure. On n'identifie pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,4430$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

10.3.2 Coût hors narcotiques

Le modèle employé est celui décrit dans le tableau 212 page 218. Nous ne connaissons pas la commune de résidence du patient (l'information n'était pas demandée dans le questionnaire), on va postuler qu'elle est urbaine (c'était la majorité des cas dans la base URCAM). Pour le régime, nous considérerons les possibilités suivantes :

- AME si l'utilisateur déclare l'avoir (1 patient concerné),
- CMU si l'utilisateur déclare l'avoir (71 patients concernés),
- Autres si l'utilisateur déclare ne pas être affilié à la sécurité sociale,
- Salarié dans tous les autres cas.

Nous retrancherons 0,1€ aux coûts prédits, de manière symétrique à l'ajout qui avait été fait pour estimer le modèle.

5 patients ne renseignaient pas leur couverture sociale. On les a classés dans le régime salarié pour les besoins de l'estimation. On considère que ces patients ne sont pas en ALD.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	Min	Max
Conventionnel	93	259,49	132,21	46,74	764,39
RMS	103	176,01	100,09	60,85	574,92
Ensemble	196	215,62	123,42	46,74	764,39

TAB. 214 – Coût prédit hors narcotiques des patients de l'étude DEQUASUD et groupe d'appartenance du patient

Le coût mensuel prédit moyen hors narcotiques pour les patients du groupe conventionnel est de 259,49€. Il est de 176,01€ pour les usagers de microstructure. On identifie une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,0001$, test non paramétrique de Mann-Whitney).

10.3.3 Coût mensuel total

Le coût mensuel total est égal à la somme du coût mensuel en narcotiques et du coût mensuel hors narcotiques. Il est prédit individuellement pour chaque patient de la base DEQUASUD à partir des deux modèles estimés sur la base URCAM.

La comparaison brute du coût total prédit dans l'étude DEQUASUD n'aurait pas de sens : les usagers RMS et conventionnels ne sont pas comparables. Nous allons ajuster le différentiel de coût en utilisant le même modèle que pour l'efficacité multicritères.

Le tableau 215 résume les résultats du modèle de régression linéaire, avec le coût mensuel total comme variable à expliquer. En ajustant sur l'âge du médecin, le sexe du médecin, le nombre d'années d'expérience en matière de substitution du médecin, la file active hebdomadaire d'usagers sous substitution du médecin, la durée moyenne de consultation pour ces usagers déclarée par le médecin, l'âge de l'utilisateur et le sexe de l'utilisateur, l'effet de l'appartenance à une microstructure est positif (le coût décroît de -102,76 € avec un intervalle de confiance à 95 % de [-160,09 ; -45,42]). Cet effet est significatif ($p=0,0005$), bien qu'il faille prendre le résultat avec précaution : nous travaillons sur des coûts prédits, pas des coûts observés, et leur variance est donc inférieure.

	Coefficient	Ecart-Type	p-value
Constante	135,1867	129,9836	0,2997
Usager RMS	-102,7557	29,0616	0,0005
Âge du médecin	4,6554	2,6355	0,0790
Médecin homme	-59,0151	30,8135	0,0570
Exp. Subst. Méd.	-1,3897	3,5185	0,6933
File Act. Subst. Méd.	0,7391	0,4652	0,1138
Durée Consult. Méd.	0,0215	2,7620	0,9938
Âge de l'utilisateur	2,2446	1,4911	0,1339
Usager homme	-22,1733	27,5513	0,4220

TAB. 215 – Effet du groupe de traitement sur le coût total mensuel prédit, modèle de régression linéaire

En définitive, le modèle employé explique mieux le coût des soins (du point de vue de l'assurance maladie, sans prendre en compte le coût de fonctionnement de la microstructure) que l'efficacité, avec un coefficient de détermination de 13 %. La variable explicative (l'appartenance ou non à RMS) et les 7 variables d'ajustement introduites dans le modèle n'expliquent que 13 % de la variance du coût total mensuel prédit.

L'hypothèse de multicollinéarité entre les prédicteurs peut être écartée : elle a déjà été étudiée pour le modèle prédisant l'efficacité, qui compore les mêmes variables explicatives.

Cinquième partie

Évaluation Coût-Utilité

11 RATIO COÛT-UTILITÉ DIFFÉRENTIEL

Le différentiel d'efficacité entre les patients du groupe RMS et ceux du groupe Conventionnel est connu : il s'agit du coefficient β_{RMS} du modèle de régression linéaire présenté dans le tableau 178 page 200. On a $\beta_{RMS} = 0,2352$, avec un intervalle de confiance à 95 % à $[-0,38 ; 0,85]$.

Le différentiel de coût est également connu : il s'agit du coefficient β_{RMS} du modèle de régression linéaire présenté, cette fois, dans le tableau 215 page 215. On a $\beta_{RMS} = -102,76$ €, avec un intervalle de confiance à 95 % à $[-160,09 ; -45,42]$.

En définitive, le ratio coût-utilité différentiel est donc de -437 € par unité d'utilité (sur une échelle de 0=utilité nulle à 10=utilité maximale) supplémentaire. Nous n'identifions pas de différentiel d'utilité entre les deux stratégies de traitement, mais il existe un différentiel de coût en faveur des patients RMS (coût de fonctionnement de la structure non pris en compte), d'où le signe négatif.

L'interprétation du ratio coût-utilité est malaisée, du fait qu'il soit négatif (Le différentiel d'utilité étant positif alors que celui de coût est négatif) et que l'unité d'efficacité employée (ici l'utilité tirée des 8 aspects retenus pour évaluer l'efficacité du traitement) n'est pas traditionnelle (on raisonne souvent en années de vie ajustées sur la qualité).

Par ailleurs, l'estimation ponctuelle qu'est le ratio coût utilité ne prend pas en compte l'incertitude relative à la « vraie » valeur du différentiel de coût ou du différentiel d'utilité. On a vu notamment qu'il n'y a pas de différence significative entre l'utilité des usagers consultant dans le réseau microstructure et celle des usagers conventionnels, malgré une tendance en faveur des premiers.

Nous allons donc baser nos conclusions sur un critère plus pertinent pour les décideurs : la probabilité que l'accompagnement des usagers sous traitement de substitution aux opiacées en microstructure soit en position de dominance absolue (i.e. moins chère et plus efficace) par rapport à l'accompagnement pas des généralistes hors microstructure motivés. Nous présentons cet indicateur ci-dessous, au chapitre 12.2 page 222. Nous commencerons toutefois par nous intéresser à l'effet des parties prenantes sur la mesure d'efficacité.

12 ROBUSTESSE DES CONCLUSIONS

12.1 Effet des jugements de valeur portés

Jusqu'à présent, nous avons raisonné à partir des fonctions d'utilité et des priorisations moyennes des 4 parties prenantes (médecins et usagers des deux groupes). On peut étudier l'effet sur le ratio coût utilité du poids accordé à chacun des acteurs, en étudiant les cas extrêmes où l'on accorde un poids nul à tous les acteurs sauf un.

- Les *médecins conventionnels* sont les seuls juges : le différentiel d'efficacité est alors de 0,2202, avec un intervalle de confiance à 95 % de [-0,32 ; 0,76]. Le ratio coût-utilité différentiel correspondant est de -466,63 € par unité d'efficacité.
- Les *médecins RMS* sont les seuls juges : le différentiel d'efficacité est alors de 0,1856, avec un intervalle de confiance à 95 % de [-0,38 ; 0,75]. Le ratio coût-utilité différentiel correspondant est de -553,69 € par unité d'efficacité.
- Les *usagers conventionnels* sont les seuls juges : le différentiel d'efficacité est alors de 0,2161, avec un intervalle de confiance à 95 % de [-0,45 ; 0,88]. Le ratio coût-utilité différentiel correspondant est de -475,41 € par unité d'efficacité.
- Les *usagers RMS* sont les seuls juges : le différentiel d'efficacité est alors de 0,1996, avec un intervalle de confiance à 95 % de [-0,46 ; 0,86]. Le ratio coût-utilité différentiel correspondant est de -514,81 € par unité d'efficacité.

12.2 Prise en compte de l'incertitude : probabilité de dominance

12.2.1 Point de vue de l'Assurance Maladie

Nous allons avoir recours au bootstrap pour prendre en compte l'incertitude sur les coefficients de régression estimés. Nous allons générer 5000 échantillons de bootstrap à partir de l'échantillon initial, puis reestimer les deux modèles de régression linéaire afin d'avoir une idée de la variabilité conjointe du différentiel d'efficacité et du différentiel de coût. Notons que l'incertitude sur le modèle de prédiction des coûts à partir des données URCAM n'est pas prise en compte : seuls sont rééchantillonnés les patients de l'étude DEQUASUD.

La figure 57 présente les résultats du bootstrap. On voit que les différentiels de coût sont toujours négatifs, les patients RMS ont des montants remboursés inférieurs à ceux des patients conventionnels. Les différentiels d'utilité peuvent quant à eux être négatifs ou positifs, puisque l'on n'identifie pas de différence significative entre les patients des deux groupes.

Nous ne présenterons pas d'intervalle de confiance pour le Rapport Coût-Utilité Différentiel : puisque le différentiel d'utilité change de signe, et peut prendre la valeur de 0, un tel intervalle serait difficile à interpréter.

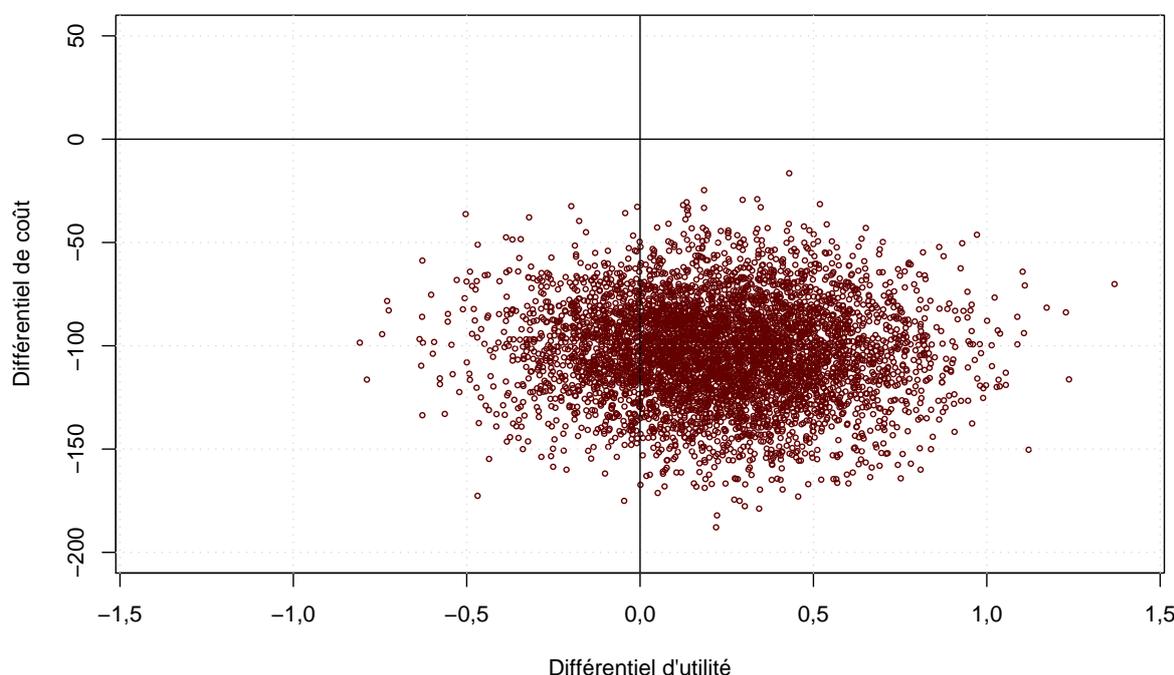


FIG. 57 – Position des échantillons de bootstrap dans le quadrant coût-utilité

En pratique, 0 % des échantillons de bootstrap sont dans la partie Nord du quadrant : dans toutes les simulations, l'accompagnement en microstructure entraîne moins de remboursements par l'Assurance Maladie que celui en cabinet conventionnel. 79,58 % des échantillons de bootstrap sont dans la partie Sud-Est du quadrant (Intervalle de confiance à 95 % de [78,43 ; 80,69]). Il y a donc environ quatre chances sur cinq pour que l'accompagnement en microstructure (sans prendre en compte les coûts de fonctionnement de la microstructure) soit en situation de dominance absolue par rapport à l'accompagnement en cabinet conventionnel.

12.2.2 Intégration des coûts de fonctionnement de la microstructure

À partir de son budget de fonctionnement et de sa file active, toutes catégories d'utilisateurs confondus, la coordination nationale des réseaux de microstructures estime que le coût supplémentaire par patient et par mois d'un usager est de 44 €. Cette estimation mériterait d'être affinée en fonction des fréquences relatives d'accès aux professionnels des réseaux entre usagers en traitement de substitutions et autres usagers de drogues, ou en fonction des caractéristiques des usagers (ancienneté, sexe...), mais elle fournit un point de départ acceptable.

On a vu que le différentiel de coût entre usagers RMS et usagers conventionnels est de $\Delta_C = -102,76$ €, avec un intervalle de confiance à 95 % à [-160,09 ; -45,42], en définissant

le coût comme le montant moyen mensuel de remboursements enregistrés par l'Assurance Maladie. Rajouter à ce différentiel 44 € ne change pas son signe, mais est susceptible de modifier la probabilité de dominance, en déplaçant le nuage de points présenté figure 57 de 44 € vers le Nord du quadrant coût-utilité.

En prenant en compte ce surcoût de 44 €, 0,60 % des échantillons de bootstrap présentent un différentiel de coût positif et non plus négatif (correspondant à la situation où RMS serait plus coûteux que l'accompagnement conventionnel). La probabilité de dominance absolue n'en est que peu affectée, passant à 79,10 % (Intervalle de confiance à 95 % de [77,94 ; 80,22]).

13 CONCLUSION GÉNÉRALE

13.1 Comparabilité des usagers

Avant de présenter toute comparaison de l'accompagnement des usagers de drogue en traitement de substitution aux opiacés entre les microstructures et le cabinet conventionnel, il convient de s'assurer que la population d'usagers est la même pour les deux types de prise en charge et d'ajuster sur les potentielles différences rencontrées.

L'exercice est rendu plus difficile par le caractère transversal de l'étude : il est parfois malaisé de déterminer si une différence observée entre les usagers RMS et les usagers conventionnels est liée à un biais de sélection, qu'il faudrait alors corriger dans les analyses, ou est la conséquence de l'accompagnement lui-même.

Nous identifions des différences statistiquement significatives entre les deux groupes d'usagers.

Certaines sont indiscutablement liées à un biais de sélection : les usagers suivis par des médecins RMS sont significativement plus jeunes (voir tableau 54 page 124). De ce fait, ils voient leur médecin actuel depuis moins longtemps (voir tableau 115 page 157) et sont sous traitement de substitution depuis moins longtemps également (voir tableau 88 page 142). Ces deux derniers points, contrairement à l'âge, ne relèvent pas nécessairement uniquement d'un biais de sélection : les usagers RMS pourraient quitter plus rapidement leur médecin (sevrage réussi ou abandon).

D'autres différences pourraient être une conséquence de l'accompagnement. Les usagers suivis en cabinet médical conventionnel sont confrontés à un environnement plus difficile : ils sont significativement plus nombreux à avoir connu la prison (voir tableau 86 page 142) ou une hospitalisation psychiatrique dans l'année précédant l'enquête, pour motif autre que la substitution (voir tableau 114 page 156). Ils diffèrent également quant à leur mode de vie, étant plus nombreux à déclarer vivre seuls ou avec un conjoint et des enfants, alors que les usagers consultant un médecin RMS sont plus souvent en famille (voir tableau 58 page 127).

Les usagers suivis en cabinet médical conventionnel l'ont plus souvent rencontré par eux-mêmes (voir tableau 117 page 158), ce qui atteste d'une plus grande difficulté à accéder à un médecin en réseau.

D'autres différences sont identifiées par rapport au mode de prise en charge. Le traitement de substitution prescrit diffère significativement selon le groupe (voir tableau 89 page 143), avec plus de prescriptions de méthadone en microstructure. Les usagers RMS voient leur médecin significativement plus souvent (voir tableau 116 page 158) et sont significativement plus nombreux à déclarer avoir vu un psychologue dans le mois précédent l'enquête (voir tableau 109 page 154).

13.2 Efficacité de l'accompagnement

13.2.1 *Éléments connexes*

Du point de vue du patient, l'efficacité clinique de l'accompagnement en microstructure a déjà été démontrée avec le questionnaire ASI [19]. Dans le questionnaire DEQUASUD,

nous disposons d'un autre indicateur en faveur des microstructures : les usagers en cabinet RMS se montrent plus satisfaits vis-à-vis de l'accompagnement de leur substitution (voir tableau 94 page 146), bien que cette comparaison ne soit pas ajustée d'éventuels biais de sélection. Cet indicateur n'est pas retenu comme indicateur d'utilité pour l'utilisateur.

Du point de vue du médecin, les médecins RMS expriment une plus grande aisance dans le suivi des usagers de drogue (voir tableau 21 page 75), peut-être du fait qu'ils sont moins isolés dans leur prise en charge. L'utilité de la microstructure pour le médecin n'est pas un critère de jugement dans notre étude.

13.2.2 *L'indicateur d'efficacité retenu : l'utilité multicritères*

Les 8 critères retenus lors des entretiens qualitatifs sont validés : ils se voient tous attribuer une contribution à l'utilité totale d'au moins 6 %. Les poids accordés à chacun des critères par chacune des parties prenantes sont présentés dans le tableau 175 page 197.

Coté médecins, un critère arrive en tête : la possibilité pour l'utilisateur de changer de vie. À lui seul, ce critère contribue à plus du quart de l'utilité totale de l'utilisateur. Suivent la réactivité du médecin, l'accès au médecin et la maîtrise des consommations, avec une contribution à l'utilité totale de l'ordre de 14 % chacun. Enfin, des critères comme le dépistage du VHC, la possibilité de négocier le traitement, la continuité des soins et l'accès à d'autres professionnels se voient accorder une contribution inférieure à 10 % chacun.

Coté usagers, les préférences diffèrent peu de celles des médecins, bien que l'accès à un médecin expérimenté soit le critère le plus valorisé et la maîtrise des consommations se voit accorder autant d'importance que le fait de changer de vie.

On observe une seule différence significative par rapport au degré d'atteinte des critères : l'accessibilité des autres professionnels (psychologue et travailleur social), les patients RMS ayant plus de facilité d'accès à ceux-ci (voir tableau 159 page 190).

Parmi les autres tendances, non significatives, seules deux sont en faveur de la prise en charge en cabinet conventionnel : l'accessibilité du médecin (les patients RMS ont eu plus de mal à trouver un médecin expérimenté) et le dépistage du VHC (les patients RMS déclarent plus souvent que le sujet est abordé dès la première consultation, alors que l'aborder une fois la relation établie est jugé plus utile).

Pour comparer l'utilité totale entre les deux types d'accompagnement, nous avons procédé à des ajustements. Afin de ne pas parasiter les analyses en ajustant sur des conséquences de l'accompagnement, nous avons sélectionné un nombre restreint de variables d'ajustement pour étudier la différence d'efficacité entre les deux groupes :

- Au niveau des médecins, nous ajustons sur :
 - l'âge (différence non significative, mais les médecins RMS ont tendance à être plus jeunes) – nous n'incluons pas l'ancienneté du médecin car celle-ci est très corrélée à l'âge,
 - le sexe (différence non significative, mais les médecins RMS ont tendance à comporter plus de femmes),
 - le nombre d'années d'expérience en substitution (différence non significative, mais les médecins RMS, pourtant plus jeunes, ont tendance à avoir plus d'expérience),

- la file active d’usagers suivis pour traitements de substitution (différence significative, les médecins RMS ont une file active plus importante),
- la durée moyenne de consultation (différence significative, les médecins RMS ont une durée de consultation supérieure).
- Au niveau des usagers, nous ajustons sur :
 - L’âge (différence significative, les usagers RMS sont plus jeunes),
 - Le sexe (différence non significative, mais les usagers RMS ont tendance à compter plus de femmes).

Les résultats de l’analyse ajustée sont présentés dans le tableau 178 page 200. On n’identifie pas de différence statistiquement significative entre l’accompagnement en microstructure et l’accompagnement conventionnel au niveau de l’utilité totale. Du fait que l’accès à d’autres professionnels soit le critère qui se voit accorder la plus faible contribution à l’utilité totale, le fait que l’on identifiait une différence significative à ce niveau ne suffit pas à identifier une différence significative au niveau de l’utilité totale.

13.3 Coûts de l’accompagnement

Si l’on ne peut conclure au niveau de l’efficacité, la prise en charge par microstructure a par contre un effet positif sur les coûts. En effectuant les mêmes ajustements que pour l’efficacité, les patients en microstructure se voient rembourser 100 € par mois de moins que les autres en moyenne (voir le tableau 215 page 215). Ces économies engendrées sont à mettre en rapport avec le coût de l’investissement en microstructure. Ceci pose plusieurs difficultés :

- Les sources de financement de RMS sont diverses, et partagent donc diversement le point de vue de l’Assurance Maladie,
- Il faudrait pouvoir imputer à chaque patient sous traitement de substitution la part de coût de fonctionnement qui lui revient. Les microstructures ne prennent pas en charge que les traitements de substitution aux opiacés, un critère pourrait être le temps consacré spécifiquement à ces patients.

La coordination nationale des réseaux de microstructures estime cependant que ce coût est de l’ordre de 44 € par usager et par mois. Ce coût reste donc inférieur aux économies engendrées pour l’Assurance Maladie.

13.4 L’accompagnement en microstructure est-il efficient ?

Un ratio coût-utilité ponctuel est difficile d’interprétation dans ce cas précis (l’unité d’efficacité, l’utilité, n’est pas une unité naturelle, et le ratio est négatif du fait du moindre coût des usagers RMS). Nous lui préférons une mesure plus transparente pour les décideurs, et prenant en compte l’incertitude relative à la fois au différentiel de coût et à celui d’efficacité : la probabilité pour l’accompagnement en microstructure d’être en position de dominance absolue. Celle-ci est obtenue à partir de 5 000 échantillons de bootstrap, en calculant la part d’échantillons pour laquelle l’accompagnement en microstructure est à la fois plus efficace et moins coûteux. Il s’avère qu’il y a environ quatre chances sur cinq pour que cet accompagnement soit dominant par rapport à l’accompagnement par un généraliste conventionnel motivé.

13.5 Conclusion

Notre méthodologie d'étude présente quelques limites : de par sa nature observationnelle, nous ne sommes pas à l'abri d'un biais de sélection des patients (qui n'ont pas été randomisés à consulter en RMS ou en médecine conventionnelle). De part sa nature transversale plutôt que longitudinale, il est parfois difficile d'inférer sur le sens des associations observées entre groupe de traitement et certains autres critères.

L'étude DEQUASUD aura toutefois permis une première réflexion sur les éléments valorisés par les patients, mais aussi par les médecins, en matière de traitement de substitution. Cette réflexion s'accompagne d'une quantification, par une méthode dérivée de la méthode de l'utilité multi-attributs, qui a fait ses preuves sur une population d'usagers de drogues : bien qu'on observe quelques réponses potentiellement incohérentes à l'échelle individuelle, celles-ci sont neutralisées en raisonnant sur l'ensemble de l'échantillon.

Nous disposons ainsi d'un outil d'évaluation qui pourra guider l'élaboration d'autres études et évaluations au niveau de la population d'usagers d'opiacés, mais également de guider les pratiques d'accompagnement : les préférences des patients permettront aux médecins d'identifier quelles sont les attentes des usagers vis-à-vis de leur accompagnement.

Sixième partie

Annexes

A INDEX DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

1	Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans	17
2	Matrice de décision	34
3	Réponses fictives de 3 répondants à une fonction d'utilité	40
4	Ville et groupe d'appartenance	68
5	Âge et groupe d'appartenance	68
6	Sexe et groupe d'appartenance	69
7	Ancienneté et groupe d'appartenance	70
8	Expérience en accompagnement d'UD des médecins et groupe d'appartenance	70
9	Part de l'accompagnement d'UD dans la carrière et groupe d'appartenance	70
10	Prescription de Subutex et groupe d'appartenance	71
11	Prescription de Méthadone et groupe d'appartenance	71
12	Prescription d'autres traitements de substitution et groupe d'appartenance	71
13	Exercice conventionnel et groupe d'appartenance	72
14	Exercice en microstructure et groupe d'appartenance	72
15	Autres types d'exercice et groupe d'appartenance	72
16	File active moyenne et groupe d'appartenance	73
17	File active d'UD moyenne et groupe d'appartenance	73
18	Part de l'accompagnement d'UD dans la file active et groupe d'appartenance	73
19	Fréquence moyenne des visites d'UD et groupe d'appartenance	74
20	Durée moyenne (en minutes) des consultations d'UD et groupe d'appartenance	74
21	Aisance dans le suivi et groupe d'appartenance	75
22	Satisfaction du suivi et groupe d'appartenance	76
23	Dépistage du VIH et groupe d'appartenance	77
24	Dépistage du VHB et groupe d'appartenance	78
25	Dépistage du VHC et groupe d'appartenance	79
26	Utilité du psychologue et groupe d'appartenance	80
27	Utilité de l'assistant(e) social(e) et groupe d'appartenance	81
28	Facilité d'accès au psychologue et groupe d'appartenance	82
29	Facilité d'accès à l'assistant(e) social(e) et groupe d'appartenance	83
30	Utilité de l'accès au médecin et groupe d'appartenance	84
31	Utilité de l'accès au psy ou à l'AS et groupe d'appartenance	86
32	Utilité de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance	87
33	Utilité de la négociation de la prescription et groupe d'appartenance	89
34	Utilité de la continuité des soins et groupe d'appartenance	90

35	Utilité de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance	92
36	Utilité du dépistage du VHC et groupe d'appartenance	93
37	Utilité du changement de vie et groupe d'appartenance	95
38	Choix entre A : accès au médecin et B : accès au psy ou au travailleur social et groupe d'appartenance	96
39	Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et groupe d'appartenance	97
40	Choix entre A : continuité des soins et B : réactivité du médecin et groupe d'appartenance	99
41	Choix entre A : dépistage du VHC et B : changer de vie et groupe d'ap- partenance	100
42	Choix entre A : accès au médecin et B : maîtrise des consommations et groupe d'appartenance	101
43	Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins et groupe d'appartenance	102
44	Choix entre A : réactivité du médecin et B : changer de vie et groupe d'appartenance	103
45	Utilité partielle de l'accès au médecin et groupe d'appartenance	104
46	Utilité partielle de l'accès au psy ou à un travailleur social et groupe d'ap- partenance	105
47	Utilité partielle de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance	105
48	Utilité partielle de la négociation des prescriptions et groupe d'appartenance	106
49	Utilité partielle de la continuité des soins et groupe d'appartenance	106
50	Utilité partielle de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance	106
51	Utilité partielle du dépistage du VHC et groupe d'appartenance	107
52	Utilité partielle de changer de vie et groupe d'appartenance	107
53	Nombre de patients inclus par médecin	123
54	Âge du patient et groupe d'appartenance	124
55	Sexe du patient et groupe d'appartenance	124
56	Nombre d'enfants et groupe d'appartenance	125
57	Enfants à charge et groupe d'appartenance	126
58	Mode de vie et groupe d'appartenance	127
59	Durée du couple et groupe d'appartenance	128
60	Logement et groupe d'appartenance	128
61	Logement durable et groupe d'appartenance	129
62	Situation professionnelle et groupe d'appartenance	130
63	Origine des ressources et groupe d'appartenance	131
64	Niveau d'études et groupe d'appartenance	132
65	CMU et groupe d'appartenance	134
66	ALD et groupe d'appartenance	134
67	Couverture complémentaire et groupe d'appartenance	134
68	Nombre de cases cochées pour décrire les consommations à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance	135
69	Héroïne à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance	135
70	Cocaïne à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance	136

71	Cannabis à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance	136
72	Alcool à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance	136
73	Autres produits à l'origine de la prise en charge et groupe d'appartenance .	137
74	Injection et groupe d'appartenance	137
75	Sniff et groupe d'appartenance	138
76	Consommation d'héroïne et groupe d'appartenance	138
77	Consommation de cocaïne et groupe d'appartenance	138
78	Consommation d'ecstasy et groupe d'appartenance	139
79	Consommation de cannabis et groupe d'appartenance	139
80	Consommation de benzodiazépines et groupe d'appartenance	139
81	Consommation d'alcool et groupe d'appartenance	140
82	Consommation d'autres produits et groupe d'appartenance	140
83	Nombre d'ivresses et groupe d'appartenance	141
84	Ennuis avec la justice et groupe d'appartenance	141
85	Condamnations et groupe d'appartenance	141
86	Prison et groupe d'appartenance	142
87	Tutelle ou curatelle et groupe d'appartenance	142
88	Ancienneté du traitement et groupe d'appartenance	142
89	Traitement de substitution prescrit et groupe d'appartenance	143
90	Dosage du subutex et groupe d'appartenance	145
91	Dosage de la méthadone et groupe d'appartenance	145
92	Injection du traitement de substitution et groupe d'appartenance – patients sous méthadone exclus	146
93	Sniff du traitement de substitution et groupe d'appartenance – patients sous méthadone exclus	146
94	Qualité de l'accompagnement et groupe d'appartenance	146
95	Prise d'autres traitements et groupe d'appartenance	148
96	Prise d'antidépresseurs et groupe d'appartenance	148
97	Prise d'hypnotiques et groupe d'appartenance	149
98	Prise d'anxiolytiques et groupe d'appartenance	149
99	Prise de neuroleptiques et groupe d'appartenance	149
100	Prise d'autres traitements et groupe d'appartenance	150
101	Prise en charge passée et groupe d'appartenance	150
102	Année du premier traitement et groupe d'appartenance	151
103	Prise en charge passée en hôpital psychiatrique et groupe d'appartenance .	151
104	Prise en charge passée en centre spécialisé et groupe d'appartenance	151
105	Prise en charge passée en médecine générale et groupe d'appartenance . . .	152
106	Prise en charge passée en UCSA ou SMPR et groupe d'appartenance	152
107	Prise en charge passée dans d'autres lieux et groupe d'appartenance	152
108	Consultation d'autres généralistes et groupe d'appartenance	154
109	Consultation de psychologues et groupe d'appartenance	154
110	Consultation de travailleurs sociaux et groupe d'appartenance	155
111	Consultation de psychiatres et groupe d'appartenance	155
112	Consultation de spécialistes hospitaliers et groupe d'appartenance	155
113	Consultation d'autres professionnels et groupe d'appartenance	155

114	Hospitalisation psychiatrique dans l'année et groupe d'appartenance	156
115	Ancienneté du médecin dans l'année et groupe d'appartenance	157
116	Fréquence mensuelle des consultations et groupe d'appartenance	158
117	Connaissance du médecin par soi-même et groupe d'appartenance	158
118	Connaissance du médecin par l'entourage et groupe d'appartenance	159
119	Connaissance du médecin par un centre spécialisé et groupe d'appartenance	159
120	Connaissance du médecin par d'autres moyens et groupe d'appartenance . .	159
121	Facilité d'accès au médecin et groupe d'appartenance	160
122	Négociation du traitement et groupe d'appartenance	160
123	Continuité des soins et groupe d'appartenance	161
124	Changement de vie et groupe d'appartenance	161
125	Accessibilité du psy et du travailleur social et groupe d'appartenance . . .	162
126	Aide du médecin et groupe d'appartenance	163
127	Aide du médecin et groupe d'appartenance	163
128	Hépatite C abordée et groupe d'appartenance	163
129	Dépistage du VHC et groupe d'appartenance	164
130	Sérologie du VHC et groupe d'appartenance	164
131	Dépistage du VIH et groupe d'appartenance	164
132	Sérologie du VIH et groupe d'appartenance	164
133	Choix entre A : accès au médecin et B : accès au psy ou au travailleur social et groupe d'appartenance – Patients	165
134	Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et groupe d'appartenance – Patients	165
135	Choix entre A : continuité des soins et B : réactivité du médecin et groupe d'appartenance – Patients	167
136	Choix entre A : dépistage du VHC et B : changer de vie et groupe d'ap- partenance – Patients	167
137	Choix entre A : accès au médecin et B : maîtrise des consommations – Patients	168
138	Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins – Patients	168
139	Choix entre A : réactivité du médecin et B : changer de vie – Patients . . .	169
140	Utilité partielle de l'accès au médecin et groupe d'appartenance du patient	170
141	Utilité partielle de l'accès au psy ou à un travailleur social et groupe d'ap- partenance du patient	170
142	Utilité partielle de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance du patient	171
143	Utilité partielle de la négociation des prescriptions et groupe d'apparte- nance du patient	171
144	Utilité partielle de la continuité des soins et groupe d'appartenance du patient	172
145	Utilité partielle de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance du patient	172
146	Utilité partielle du dépistage du VHC et groupe d'appartenance du patient	173
147	Utilité partielle de changer de vie et groupe d'appartenance du patient . .	173
148	Utilité de l'accès au médecin et groupe d'appartenance du patient	175
149	Utilité de l'accès au psy ou AS et groupe d'appartenance du patient	176

150	Utilité de la maîtrise des consommations et groupe d'appartenance du patient	178
151	Utilité de la négociation du traitement et groupe d'appartenance du patient	179
152	Utilité de la continuité des soins et groupe d'appartenance du patient . . .	181
153	Utilité de la réactivité du médecin et groupe d'appartenance du patient . .	182
154	Utilité du dépistage du VHC et groupe d'appartenance du patient	184
155	Utilité d'un changement de vie et groupe d'appartenance du patient	185
156	Accessibilité du médecin : fonctions d'utilité	189
157	Accessibilité du médecin et groupe d'appartenance	189
158	Accessibilité du psy ou de l'AS : fonctions d'utilité	190
159	Accessibilité du psy ou de l'AS et groupe d'appartenance	190
160	Maîtrise des consommations : fonctions d'utilité	190
161	Maîtrise des consommations (en unités naturelles) et groupe d'appartenance	191
162	Maîtrise des consommations et groupe d'appartenance	191
163	Négociation du traitement : fonctions d'utilité	192
164	Négociation du traitement et groupe d'appartenance	192
165	Continuité des soins : fonctions d'utilité	192
166	Continuité des soins et groupe d'appartenance	193
167	Réactivité du médecin : fonctions d'utilité	193
168	Réactivité du médecin (en unités naturelles) et groupe d'appartenance . . .	194
169	Réactivité du médecin et groupe d'appartenance	194
170	Dépistage du VHC : fonctions d'utilité	194
171	Dépistage du VHC(en unités naturelles) et groupe d'appartenance	195
172	Dépistage du VHC et groupe d'appartenance	195
173	Changer de vie : fonctions d'utilité	195
174	Changer de vie et groupe d'appartenance	196
175	Pondérations des critères	197
176	Critère d'efficacité composite et groupe d'appartenance	197
177	Coefficients de corrélation de Pearson entre les mesures d'efficacité	198
178	Effet du groupe de traitement sur l'efficacité, modèle de régression linéaire	200
179	Âge des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	201
180	Sexe des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	202
181	Commune des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance . . .	202
182	Régime des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	202
183	Patients de la base URCAM en ALD et groupe d'appartenance	203
184	Traitement des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance . . .	203
185	Posologie (mg/jour) de méthadone des patients de la base URCAM sous méthadone exclusivement et groupe d'appartenance	204
186	Posologie (mg/jour) de buprénorphine des patients de la base URCAM sous buprénorphine exclusivement et groupe d'appartenance	204
187	Montants remboursés mensuels (€) en anesthésie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	205
188	Montants remboursés mensuels (€) en imagerie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	205
189	Montants remboursés mensuels (€) en échographie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	206

190	Montants remboursés mensuels (€) en chirurgie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	206
191	Montants remboursés mensuels (€) en masso-kinésithérapie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	206
192	Montants remboursés mensuels (€) en actes dentaires des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	207
193	Montants remboursés mensuels (€) en actes infirmiers des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	207
194	Montants remboursés mensuels (€) en actes techniques médicaux des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	208
195	Montants remboursés mensuels (€) en biologie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	208
196	Montants remboursés mensuels (€) en consultations des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	209
197	Montants remboursés mensuels (€) en consultations de pys des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	209
198	Montants remboursés mensuels (€) en consultations de spécialistes des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	210
199	Montants remboursés mensuels (€) en frais hospitaliers des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	210
200	Montants remboursés mensuels (€) en indemnités de déplacement des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	210
201	Montants remboursés mensuels (€) en LPP des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	211
202	Montants remboursés mensuels (€) pour transport de malades des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	211
203	Montants remboursés mensuels (€) en autres actes d'auxiliaires médicaux des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	212
204	Montants remboursés mensuels (€) en autres actes médicaux des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	212
205	Montants remboursés mensuels (€) en autres frais pharmaceutiques des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	213
206	Montants remboursés mensuels (€) en indemnités journalières des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	213
207	Montants remboursés mensuels (€) en visites des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	214
208	Montants remboursés mensuels (€) hors pharmacie des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	214
209	Montants remboursés mensuels (€) de pharmacie (hors narcotiques) des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	215
210	Montants remboursés mensuels (€) de narcotiques des patients de la base URCAM et groupe d'appartenance	215
211	Coût mensuel des narcotiques et dosages de traitements de substitution, modèle de régression linéaire	216
212	Coût mensuel hors narcotiques, modèle de régression gamma	218

213	Coût prédit en narcotiques des patients de l'étude DEQUASUD et groupe d'appartenance du patient	219
214	Coût prédit hors narcotiques des patients de l'étude DEQUASUD et groupe d'appartenance du patient	219
215	Effet du groupe de traitement sur le coût total mensuel prédit, modèle de régression linéaire	220

TABLE DES FIGURES

1	Fonctions d'utilité fictives et fonction moyenne pour 3 répondants	40
2	Le quadrant coût-utilité différentiel	46
3	Exemple de représentation de la dispersion d'un rapport coût-utilité	47
4	Localisation des médecins participant à l'étude	67
5	Sexe du médecin et appartenance à RMS	69
6	Aisance du médecin dans le suivi d'UD et appartenance à RMS	75
7	Satisfaction du médecin dans le suivi d'UD et appartenance à RMS	76
8	Dépistage du VIH et appartenance à RMS	77
9	Dépistage du VHB et appartenance à RMS	78
10	Dépistage du VHC et appartenance à RMS	79
11	Utilité du psychologue et appartenance à RMS	80
12	Utilité de l'assistant(e) social(e) et appartenance à RMS	81
13	Facilité d'accès au psychologue et appartenance à RMS	82
14	Facilité d'accès à l'assistant(e) social(e) et appartenance à RMS	83
15	Utilité pour le patient de l'accès au médecin et appartenance à RMS	85
16	Utilité pour le patient de l'accès au psy ou à l'AS et appartenance à RMS	86
17	Utilité pour le patient de la maîtrise des consommations et appartenance à RMS	88
18	Utilité pour le patient de la négociation des prescriptions et appartenance à RMS	89
19	Utilité pour le patient de la continuité des soins et appartenance à RMS	91
20	Utilité pour le patient de la réactivité du médecin et appartenance à RMS	92
21	Utilité pour le patient du dépistage du VHC et appartenance à RMS	94
22	Utilité pour le patient du changement de vie et appartenance à RMS	95
23	Choix entre A : accès au médecin et B : accès au psy ou au travailleur social et appartenance à RMS	97
24	Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et appartenance à RMS	98
25	Choix entre A : continuité des soins et B : réactivité du médecin et appartenance à RMS	99
26	Choix entre A : dépistage du VHC et B : changer de vie et appartenance à RMS	100
27	Choix entre A : accès au médecin et B : maîtrise des consommations et appartenance à RMS	101
28	Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins et appartenance à RMS	103
29	Choix entre A : réactivité du médecin et B : changer de vie et appartenance à RMS	104
30	Utilités partielles des 8 critères et appartenance à RMS	108
31	Ventilation des usagers en fonction de leur médecin	123
32	Sexe du patient et appartenance à RMS	125
33	Répartition des patients par nombre d'enfants et appartenance à RMS	126
34	Mode de vie du patient et appartenance à RMS	127

35	Logement du patient et appartenance à RMS	129
36	Situation professionnelle et appartenance à RMS	130
37	Situation professionnelle et appartenance à RMS	132
38	Niveau d'études et appartenance à RMS	133
39	Ancienneté de la substitution et appartenance à RMS	143
40	Traitement de substitution prescrit et appartenance à RMS	144
41	Qualité de l'accompagnement et appartenance à RMS	147
42	Consultations de psychologues dans le mois et appartenance à RMS	154
43	Ancienneté du médecin et appartenance à RMS	157
44	Accessibilité du psy et du travailleur social et appartenance à RMS	162
45	Choix entre A : maîtrise des consommations et B : négocier la prescription et appartenance du patient à RMS	166
46	Choix entre A : négocier la prescription et B : continuité des soins et ap- partenance du patient à RMS	169
47	Utilités partielles des 8 critères et appartenance du patient à RMS	174
48	Utilité de l'accès au médecin et appartenance du patient à RMS	176
49	Utilité de l'accès au psy ou à l'AS et appartenance du patient à RMS	177
50	Utilité de la maîtrise des consommations et appartenance du patient à RMS	178
51	Utilité de la négociation du traitement et appartenance du patient à RMS	180
52	Utilité de la continuité des soins et appartenance du patient à RMS	181
53	Utilité de la réactivité du médecin et appartenance du patient à RMS	183
54	Utilité du dépistage du VHC et appartenance du patient à RMS	184
55	Utilité d'un changement de vie et appartenance du patient à RMS	186
56	Montants de narcotiques remboursés pour les patients de la base URCAM sous méthadone exclusivement – observés et prédits	217
57	Position des échantillons de bootstrap dans le quadrant coût-utilité	223

RÉFÉRENCES

- [1] François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka, Xavier Briffault, Arnaud Gautier, Béatrice Lamboy, Christophe Léon, and Jean-Louis Wilquin. Exploitation des données du baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. *Tendances (OFDT)*, 48 :1–6, Mai 2006.
- [2] R Caillet. Analyse multicritère : Etude de comparaison des méthodes existantes en vue d'une application en analyse de cycle de vie. Mémoire de master, CIRANO (Montréal, Québec) et Ecole Polytechnique (Palaiseau, France), 2003.
- [3] D Claroux-Bellocq, S De Baillencourt, F Saint-Jean, F Chinaud, N Vallier, A Weill, P Fender, H Allemand, and le groupe Médipath. Les traitements de substitution aux opiacés en france métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie. *Rev Med Ass Maladie*, 34(2) :93–102, avril-juin 2003.
- [4] Karl Claxton. The irrelevance of inference : a decision-making approach to the stochastic evaluation of health care technologies. *J Health Econ*, 18(3) :341–364, Jun 1999.
- [5] Karl Claxton, Mark Sculpher, and Michael Drummond. A rational framework for decision making by the national institute for clinical excellence (nice). *Lancet*, 360(9334) :711–715, Aug 2002.
- [6] John Dodgson, Michael Spackman, Alan Pearman, and Larry Phillips. Dtlr multi-criteria analysis manual. Technical report, NERA (National Economic Research Associates), 2002.
- [7] W Edwards. The theory of decision making. *Psychol Bull*, 51(4) :380–417, Jul 1954.
- [8] W Edwards and FH Barron. Smarts and smarter : improved simple methods for multiattribute utility measurement. *Org behav hum decis process*, 60(3) :306–25, 1994.
- [9] W Edwards and M Guttentag. *Evaluation and Experiment : Some Critical Issues in Assessing Social Programs*, chapter Experiments and Evaluation : A Reexamination, pages 409–63. Academic Press, 1975.
- [10] W. Edwards, M. Guttentag, and K. Snapper. *The University Edition of the Handbook of Evaluation Research*, chapter A decision-theoretic approach to evaluation research, pages 139–81. Sage Publications, 1983.
- [11] Ward Edwards and J. Robert Newman. *Multiattribute evaluation*. Sage university papers series on quantitative applications in the social sciences. Sage Publications, 1982.
- [12] G Excler-Cavailher, G Liabeuf, V Noiry, and D Fasquel. Traitement de substitution par buprénorphine-haut-dosage : une expérience de suivi. *Rev Med Ass Maladie*, 32(4) :305–10, octobre-décembre 2001.
- [13] A Gagnon, S Robinet, C Bronner, and PJ Parquet. Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes. *Revue du praticien médecins généralistes*, 509 :1627–35, 2000.

- [14] A. Goodman. Addiction : definition and implications. *Br J Addict*, 85(11) :1403–1408, Nov 1990.
- [15] A Hammami. *Modélisation technico-économique d'une chaîne logistique dans une entreprise réseau*. PhD thesis, Ecole Nationale Supérieure des Mines de Saint-Etienne (Université Jean Monnet, France) et faculté des Sciences et de Génie (Université Laval, Québec), 2006.
- [16] JS Hammond, RL Keeney, and H Raiffa. Even swaps : A rational method for making trade-offs. *Harvard Business Review*, 76(2) :137–49, 1998.
- [17] JS Hammond, RL Keeney, and H Raiffa. *Smart Choices : A Practical Guide to Making Better Decisions*. Harvard Business School Press, 1999.
- [18] G Hédelin and A Hamadouche. Rapport final : le réseau rms des microstructures. Technical report, 2005.
- [19] Guy Hédelin. Note de synthèse du rapport sur les microstructures médicales. évolutions à 24 mois des scores du questionnaire asi. Technical report, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique de l'université Louis Pasteur de Strasbourg, Février 2004.
- [20] Gilles Johanet. *Faits marquants - édition 2001*, chapter Toxicomanie et traitement de substitution par Subutex® : un bilan globalement positif, pages 35–44. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2001.
- [21] Ralph L. Keeney. Utility functions for multiattributed consequences. *Management Science*, 18(5) :276–287, 1972.
- [22] R.D. Luce and H. Raiffa. *Games and Decisions : Introduction and Critical Survey*. John Wiley & Sons Inc, 1957.
- [23] W. G. Manning and J. Mullahy. Estimating log models : to transform or not to transform? *J Health Econ*, 20(4) :461–494, Jul 2001.
- [24] Christophe Palle, Catherine Bernard, and Christelle Lemieux. Csst en ambulatoire - tableaux statistiques 1998-2003 - exploitation des rapports d'activité-type des csst en ambulatoire. Technical report, OFDT, Novembre 2005.
- [25] Christophe Palle and Sergine Tellier. Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997. *Études et résultats (DREES)*, 59 :1–8, Avril 2000.
- [26] Thomas L. Saaty. How to make a decision : The analytic hierarchy process. *European Journal of Operational Research*, 48(1) :9–26, September 2003.
- [27] A Weill, N Vallier, B Salanave, R Bourrel, M Cayla, C Suarez, P Ricordeau, and H Allemand. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004. *Prat Organ Soins*, 37(3) :173–88, juillet-septembre 2006.
- [28] Detlof Von Winterfeldt and Ward Edwards. *Decision analysis and behavioral research*. Cambridge University Press, 1988.

B QUESTIONNAIRES

B.1 Questionnaire Médecin



**DEMARCHE QUALITE ET ACCOMPAGNEMENT DES SOINS
AUX USAGERS DE DROGUES
DEQUASUD**

Questionnaire au Médecin

*Rappel sur les critères d'inclusion des patients :
Adultes (18 ans ou plus),
dont le motif principal du suivi est la dépendance aux opiacés,
sous traitement de substitution,
ayant eu recours (consommation principale ou de produits associés) au sniff ou à l'injection.*

15 septembre 2007

Afin d'améliorer l'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) réalise une enquête auprès de médecins généralistes et de leurs patients. Nous vous remercions d'y participer. Vos réponses à ce questionnaire anonyme nous permettront de mieux connaître vos pratiques de prescription d'un traitement de substitution, ainsi que votre opinion sur la qualité d'un suivi.

Le questionnaire est divisé en deux parties : dans la première, nous vous posons des questions relatives à votre situation et à vos pratiques en termes de traitement de substitution aux opiacés, dans la deuxième nous vous demandons de classer et de noter les caractéristiques qui assurent selon vous la qualité d'un traitement.

Date de remplissage (JJ/MM/AAAA) |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Pour commencer, nous vous posons quelques questions sur votre situation personnelle et professionnelle, et sur votre pratique de prescription de médicaments de substitution.

Votre situation personnelle et professionnelle

- **Quelle est votre année de naissance ?** |_|_|_|_|
- **Etes-vous :** Un homme Une femme
- **En quelle année vous êtes-vous installé ?** |_|_|_|_|
- **Depuis combien de temps suivez-vous des usagers de drogue pour des traitements de substitution ?** |_|_| ans
- **Quel(s) produit(s) prescrivez-vous ?** (plusieurs réponses possibles)
 Subutex Méthadone Autre : _____
- **Quel est votre mode d'exercice ?**
 En cabinet médical conventionnel En microstructure Autre : _____
- **En moyenne, combien de patients différents voyez-vous en une semaine ?** (tous patients confondus)
 Environ |_|_|_| patients
- **En une semaine, combien de patients usagers ou ex usagers de drogues suivez-vous pour des traitements de substitution ?** (tous patients sous substitution confondus)
 Environ |_|_|_| patients

Nous allons maintenant passer à la deuxième partie du questionnaire. On s'intéresse ici à votre opinion subjective sur les critères de qualité des soins proposés aux usagers de drogues en traitement de substitution.

Critères de qualité d'un traitement

- Voici une liste de situations. Indiquer à quel point chacune de ces situations est satisfaisante pour le patient, à vos yeux.

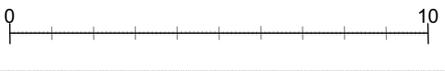
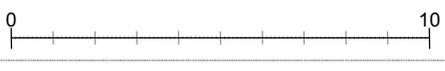
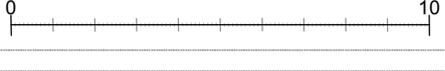
Mettez un trait oblique sur chaque échelle, pour indiquer, selon vous, quel pourrait être le degré de satisfaction, pour le patient, de chacune des situations suivantes (0 : pas du tout satisfaisant ; 10 : satisfaction maximale).

Exemple :



Cet exemple traduit une faible satisfaction (proche de zéro).



- | | |
|--|--|
| a. Le patient peut très facilement avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution. |  |
| b. Le patient peut facilement avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution. |  |
| c. Le patient peut difficilement avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution. |  |
| d. Le patient peut très difficilement avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution. |  |
| e. Le patient peut très facilement avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social. |  |
| f. Le patient peut facilement avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social. |  |
| g. Le patient peut difficilement avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social. |  |
| h. Le patient peut très difficilement avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social. |  |
| i. Le patient ne prend pas de médicament de substitution et n'a plus de problème avec ses consommations d'autres produits addictifs. |  |

j. Le patient prend un médicament de substitution et n'a plus de problème avec ses consommations d'autres produits addictifs.	0	10
k. Le patient prend un médicament de substitution et a du mal à maîtriser ses consommations d'autres produits addictifs.	0	10
l. Le patient ne prend pas de médicament de substitution et a du mal à maîtriser ses consommations d'autres produits addictifs.	0	10
m. Le patient peut très facilement discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage.	0	10
n. Le patient peut facilement discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage.	0	10
o. Le patient peut, mais assez difficilement , discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage.	0	10
p. Le patient peut, mais très difficilement , discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage.	0	10
q. Le patient ne peut jamais discuter avec son médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage.	0	10
r. Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu'il retournerait sans hésitation voir son médecin.	0	10
s. Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu'il retournerait sans doute voir son médecin.	0	10
t. Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu'il retournerait peut-être voir son médecin.	0	10
u. Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu'il ne retournerait probablement pas voir son médecin.	0	10
v. Suite à un arrêt des consultations, le patient pense qu'il ne retournerait certainement pas voir son médecin.	0	10
w. Si le patient est dans une situation de galère, son médecin ne cherche pas à l'aider.	0	10
x. Si le patient est dans une situation de galère, son médecin essaye de l'aider et obtient des résultats.	0	10

y. Si le patient est dans une situation de galère, son médecin essaye de l'aider mais obtient peu de résultats.	0	10
z. Si le patient est dans une situation de galère, son médecin fait tout ce qu'il peut pour l'aider et obtient des résultats .	0	10
aa. Si le patient est dans une situation de galère, son médecin fait tout ce qu'il peut pour l'aider mais obtient peu de résultats.	0	10
bb. Le médecin parle à son patient du VHC dès la première consultation , et le patient accepte de faire les tests.	0	10
cc. Le médecin parle à son patient du VHC dès la première consultation , et le patient refuse de faire les tests.	0	10
dd. Le médecin parle à son patient du VHC lorsqu'une relation est établie , et le patient accepte de faire les tests.	0	10
ee. Le médecin parle à son patient du VHC lorsqu'une relation est établie , et le patient refuse de faire les tests.	0	10
ff. Le médecin ne parle pas à son patient du VHC.	0	10
gg. Depuis le début du suivi par son médecin, le patient pense que sa vie change profondément .	0	10
hh. Depuis le début du suivi par son médecin, le patient pense que des choses changent dans sa vie.	0	10
ii. Depuis le début du suivi par son médecin, le patient pense que sa vie ne change pas beaucoup .	0	10
jj. Depuis le début du suivi par son médecin, le patient pense que sa vie n'est pas du tout changée.	0	10

Voici plusieurs critères qui peuvent contribuer à la qualité d'un traitement. Ils n'ont pas forcément la même importance à vos yeux. Dans les questions suivantes, vous pouvez indiquer vos priorités.

Voici un exemple :

<p>Pour vous, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Critère A</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Critère B</p>	<p>Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> >5 : 18 </p> <p>Aussi ...fois plus important (que l'autre critère) important</p>
--	---

Dans cet exemple, le critère B est plus important que le critère A et il l'est 18 fois plus. Le critère B est donc 18 fois plus important que le critère A (Le critère A est 18 fois moins important que le critère B).

- Cochez le critère qui est plus important que l'autre pour le patient, à vos yeux. Ensuite, indiquez combien de fois ce critère est plus important. S'il est plus que 5 fois plus important que l'autre, précisez de combien.

a. A vos yeux, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?

- _A Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution
- _B Avoir accès à un psychologue ou à un travailleur social

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi ...fois plus important (que l'autre critère) important

- *Même consigne.*

a. A vos yeux, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?

- _A Réussir à maîtriser ses consommations de drogue
- _B Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi ...fois plus important (que l'autre critère) important

- *Même consigne.*

a. A vos yeux, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?

- _A Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin
- _B Avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments de galère

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi ...fois plus important (que l'autre critère) important

- *Cochez le critère qui est plus important que l'autre pour le patient, à vos yeux. Ensuite, indiquez combien de fois ce critère est plus important. S'il est plus que 5 fois plus important que l'autre, précisez de combien.*

a. A vos yeux, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?

- _A Passer les examens de dépistage de l'hépatite C
- _B Avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi ...fois plus important (que l'autre critère)
important

- *Même consigne.*

a. A vos yeux, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?

- _A Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution
- _B Réussir à maîtriser ses consommations de drogue

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi ...fois plus important (que l'autre critère)
important

- *Même consigne.*

a. A vos yeux, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?

- _A Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec son médecin
- _B Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec son médecin

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi ...fois plus important (que l'autre critère)
important

- *Même consigne.*

a. A vos yeux, quel critère est le plus prioritaire pour le patient ?

- _A Avoir un médecin qui réagit et l'aide dans les moments de galère
- _B Avoir des choses qui changent dans sa vie en lien avec son traitement de substitution

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi ...fois plus important (que l'autre critère)
important

*Ce questionnaire est terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps d'y répondre.
Si vous désirez être informés des résultats de l'enquête, vous pouvez vous adresser à
REES France.*

REES France
28, rue d'Assas, 75006 Paris
Tél. 01 44 39 16 90
Fax 01 44 39 16 92
reesfrance@wanadoo.fr

B.2 Questionnaire Patient

101-A01



DEMARCHE QUALITE ET ACCOMPAGNEMENT DES SOINS AUX USAGERS DE DROGUES

DEQUASUD

Questionnaire au Patient

15 septembre 2007

Afin d'améliorer l'accompagnement des usagers de drogues, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) réalise une enquête auprès de médecins généralistes et de leurs patients. Nous vous remercions de participer à cette enquête. Vos réponses à ce questionnaire anonyme nous permettront de mieux connaître votre opinion sur votre situation actuelle, et sur votre traitement de substitution.

Le questionnaire est divisé en deux parties : dans la première, nous vous posons des questions sur vous et sur votre situation, dans la deuxième nous vous demandons de classer et de noter ce qui vous semble important pour que le traitement soit de bonne qualité.

Q1. Date de remplissage

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
JJ MM AAAA

Pour commencer, nous vous demandons quelques éléments sur votre situation personnelle et professionnelle.

Votre situation personnelle et professionnelle

Q2. Quelle est votre année de naissance ?

|_|_|_|_|_|_|_|

Q3. Êtes-vous :

Un homme

Une femme

Q4. Avez-vous des enfants ?

Non

Oui, combien ? |_|_|_|_|

Si vous avez des enfants, sont-ils à votre charge ?

Non

Oui

Q5. Actuellement, vous vivez avec :

Seul(e)

Avec vos parents

Seul(e) avec enfant(s)

Avec un conjoint seulement

Avec un conjoint et enfant(s)

Avec des amis

Autre, précisez :

Si vous êtes en couple, depuis combien de temps ?

Moins de 6 mois

Moins d'un an

Plus d'un an

Q6. Actuellement, vous habitez :

• **Dans un logement durable :**

Indépendant (chez moi)

(où je peux passer les 6 prochains mois)

Chez des proches (famille/amis)

En institution

• **Dans un logement provisoire :**

Chez des proches (famille/amis)

En institution

Autre, précisez.....

• Je suis sans domicile

• Autre, précisez :

101-A01

Etude DEQUASUD

Page 3/9

Q7. Actuellement, quelle est votre situation professionnelle (lors des 6 derniers mois) ?

- Activité salariée continue Activité salariée intermittente
 Etudiant, élève, stage non rémunéré Chômage Retraité Autre

Q8. Actuellement, quelle est l'origine principale de vos ressources (ces 6 derniers mois) ?

- Revenus d'emplois (et retraites, pensions) ASSEDIC RMI
 Allocation adulte handicapé Autres prestations sociales
 Ressources provenant d'un tiers Autres

Q9. Quel est votre niveau d'étude (ou la dernière classe que vous avez suivie) ?

- Je n'ai pas terminé le primaire Niveau primaire
 Niveau brevet des collèges (ex BEPC) Niveau BEP/CAP
 Niveau Bac Niveau Bac+2 Niveau au-delà de Bac+2

Q10. Actuellement, disposez-vous d'une couverture sociale ?

- Je suis affilié(e) à la sécurité sociale :
 Et j'ai la CMU Et je suis en ALD Et j'ai une couverture complémentaire
 Je ne suis pas affilié(e) à la sécurité sociale :
 Et j'ai l'AME Et je n'ai pas l'AME

Nous abordons maintenant la description de vos consommations de produits.

Vos consommations passées et actuelles

Q11. Quel produit est à l'origine de votre suivi par votre médecin actuel ?

- Héroïne Cocaïne Cannabis Alcool
 Autre :

Q12. Vous êtes-vous déjà injecté l'un de ces produits ? Oui Non

Q13. Avez-vous déjà sniffé l'un de ces produits ? Oui Non

101-A01

Etude DEQUASUD

Page 5/9

Q21. Actuellement, vous arrive-t-il de vous injecter votre traitement de substitution ?
 Jamais Parfois Presque toujours

Q22. Actuellement, vous arrive-t-il de sniffer votre traitement de substitution ?
 Jamais Parfois Presque toujours

Q23. Actuellement, vous diriez que l'accompagnement de votre substitution est :
 Excellent Bon Assez bon Mauvais Très mauvais

Pourquoi ?

Q24. Bénéficiez-vous actuellement d'autres traitements ? Non Oui

Si oui, quels autres traitements vous sont prescrits ?
 Aotal®/Acamprosate Antidépresseur Hypnotique Anxiolytique
 Nalorex®/Naltrexone Neuroleptiques Autres :

Q25. Dans le passé, avez-vous déjà été pris en charge pour un problème lié à l'usage de drogues (sevrage, substitution...)? Non Oui

Si oui, indiquez l'année du premier traitement ? c'était en |...|...|...|...|
 (indiquez l'année de début du premier traitement)

Si oui, indiquez les différents lieux de soins que vous avez connus ?

(pour le premier traitement et les suivants)

 En hôpital psychiatrique Dans un centre spécialisé En médecine générale
 En UCSA ou SMPR Autre :

Q26. Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous vu :

Un autre médecin généraliste |...|...| fois Un(e) psychologue |...|...| fois

Un travailleur social |...|...| fois Un(e) psychiatre |...|...| fois

Un médecin spécialiste à l'hôpital (non psychiatre) |...|...| fois

Un autre professionnel : |...|...| fois

Q27. Au cours des 12 derniers mois, avez vous été hospitalisé en psychiatrie (pour un autre motif que le sevrage) ? Non Oui

Votre médecin

Q28. Vous voyez votre médecin actuel depuis : Moins d'1 an Entre 1 et 4 ans
 Entre 5 et 10 ans Plus de 10 ans

Q29. Combien de fois par mois en moyenne voyez-vous votre médecin actuel ?

| ... | ... | fois / mois

Q30. Comment avez-vous connu votre médecin actuel ?

Par moi-même Par un membre de mon entourage Par le RMS
 Par un pharmacien Par un centre spécialisé Autre :

Q31. Avez-vous facilement trouvé un bon médecin pour votre traitement de substitution ?

Très facilement Facilement Difficilement Très difficilement

Q32. Vous arrive-t-il de discuter avec votre médecin d'un ajustement du dosage de votre traitement ou d'un changement de traitement ? Non Oui

Si oui, avec quelle facilité ?

C'est très facile C'est facile C'est assez difficile C'est très difficile

Q33. S'il vous arrivait d'arrêter de voir votre médecin pendant un moment, pensez-vous que vous pourriez retourner le voir plus tard ?

Oui, sans hésitation Oui, sans doute
 Non, probablement pas Non, certainement pas

Si non, pourquoi ?

Q34. Aujourd'hui, diriez-vous que votre vie a changé depuis que vous voyez ce médecin pour votre traitement de substitution ?

Non, pas du tout Non, ma vie n'a pas trop changé
 Oui, des choses ont changé Oui, ma vie a profondément changé

Q35. Pensez-vous que vous pourriez facilement rencontrer un(e) psychologue ou un travailleur social si vous le désirez ? Non Oui

Si oui, avec quelle facilité ?

Très facilement Facilement Difficilement Très difficilement

Q36. La dernière fois que vous avez eu besoin d'aide de votre médecin alors que vous étiez en galère :

• **A-t-il essayé de vous aider ?** Il a fait tout son possible Un peu
 Pas du tout Je n'ai pas eu besoin d'aide

• **Vous a-t-il été utile ?** Beaucoup Un peu
 Pas du tout Je n'ai pas eu besoin d'aide

Q37. Depuis que vous êtes suivi par votre médecin actuel :
• Vous a-t-il parlé de l'hépatite C ?
 Non Au bout d'un temps Dès la première consultation

• Avez-vous fait les examens de dépistage de l'hépatite C (biologie) ?
 Non, je connais déjà mon statut Non, je ne veux pas les faire
 Non, mais je vais les faire Oui, j'ai fait les examens

Si oui, quel a été le résultat ?
 Négatif (rien) Positif (j'ai le virus) Je ne sais pas Je préfère ne pas l'indiquer

• Avez-vous fait les examens de dépistage du VIH ? Non Oui

Si oui, quel a été le résultat ?
 Négatif (rien) Positif (j'ai le virus) Je ne sais pas Je préfère ne pas l'indiquer

Critères de qualité d'un traitement

Voici plusieurs critères qui peuvent contribuer à la qualité d'un traitement. Ils n'ont pas forcément la même importance à vos yeux. Dans les questions suivantes, merci d'indiquer de la façon la plus réfléchie possible vos priorités.

Voici un exemple :

Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ? <input type="checkbox"/> Critère A <input checked="" type="checkbox"/> Critère B	Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> >5 : 18 Aussi ...fois plus important (que l'autre critère) important
---	---

Dans cet exemple, le critère B est plus important que le critère A et il l'est 18 fois plus. Le critère B est donc 18 fois plus important que le critère A (Le critère A est 18 fois moins important que le critère B).

Q38. Cochez d'abord le critère qui est plus important que l'autre à vos yeux. Ensuite, indiquez combien de fois ce critère est plus important. S'il est plus que 5 fois plus important que l'autre, précisez de combien.

a. Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ?

- a. Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution
- b. Avoir accès à un psychologue ou à un travailleur social

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

1 2 3 4 5 >5 : | ... |
 Aussi ...fois plus important (que l'autre critère) important

Q39. Cochez d'abord le critère qui est plus important que l'autre à vos yeux. Ensuite, indiquez combien de fois ce critère est plus important. S'il est plus que 5 fois plus important que l'autre, précisez de combien.

a. Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ?

- _A Réussir à maîtriser mes consommations de drogue
- _B Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec mon médecin

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi important ...fois plus important (que l'autre critère)

Q40. Même consigne.

a. Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ?

- _A Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec mon médecin
- _B Avoir un médecin qui réagit et m'aide dans les moments difficiles

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi important ...fois plus important (que l'autre critère)

Q41. Même consigne.

a. Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ?

- _A Passer les examens de dépistage de l'hépatite C
- _B Avoir des choses qui changent dans ma vie en lien avec mon traitement de substitution

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi important ...fois plus important (que l'autre critère)

Q42. Même consigne.

a. Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ?

- _A Avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution
- _B Réussir à maîtriser mes consommations de drogue

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi important ...fois plus important (que l'autre critère)

Q43. Même consigne.

a. Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ?

- _A Pouvoir discuter d'un ajustement ou d'un changement du traitement avec mon médecin
- _B Pouvoir interrompre puis reprendre en confiance les relations avec mon médecin

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi important ...fois plus important (que l'autre critère)

Q44. Même consigne.

a. Pour vous, quel critère est le plus prioritaire ?

- _A Avoir un médecin qui réagit et m'aide dans les moments difficiles
- _B Avoir des choses qui changent dans ma vie en lien avec mon traitement de substitution

b. Combien de fois ce critère est-il plus important que l'autre ?

- 1 2 3 4 5 >5 : | ... |
- Aussi important ...fois plus important (que l'autre critère)

Avant de terminer, nous vous remercions de répondre à la question qui suit :

Version « A » du questionnaire.

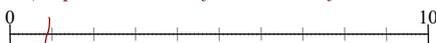
101-A01

Etude DEQUASUD

Page 9/9

Q45. À quel point ces situations sont satisfaisantes à vos yeux ?

Mettez un trait oblique sur chaque échelle, pour indiquer le degré de satisfaction que vous auriez dans chacune des situations suivantes (0 : pas du tout satisfait ; 10 : satisfaction maximum).

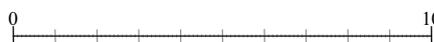
Exemple : 
Cet exemple traduit une faible satisfaction (proche de zéro).



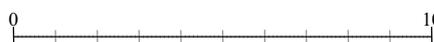
a. Je peux **très facilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution.



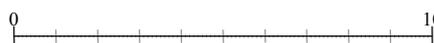
b. Je peux **facilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution.



c. Je peux **difficilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution.



d. Je peux **très difficilement** avoir accès à un médecin généraliste ayant l'expérience des addictions et des questions de substitution.



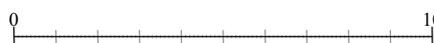
e. Je peux **très facilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social.



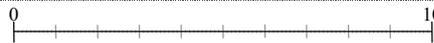
f. Je peux **facilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social.



g. Je peux **difficilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social.



h. Je peux **très difficilement** avoir accès à un(e) psychologue ou un travailleur social.



Ce questionnaire est terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps d'y répondre. Si vous désirez être informés des résultats de l'enquête, vous pouvez vous adresser à REES France.

REES France
28, rue d'Assas
75006 Paris
Tél. 01 44 39 16 90
Fax 01 44 39 16 92
reesfrance@wanadoo.fr

Version « B » du questionnaire.

101-B02

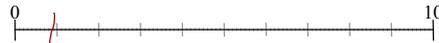
Etude DEQUASUD

Page 9/9

Q45. À quel point ces situations sont satisfaisantes à vos yeux ?

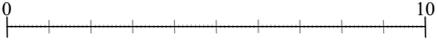
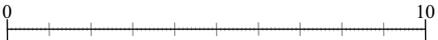
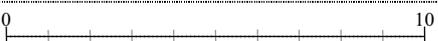
Mettez un trait oblique sur chaque échelle, pour indiquer le degré de satisfaction que vous auriez dans chacune des situations suivantes (0 : pas du tout satisfait ; 10 : satisfaction maximum).

Exemple :



Cet exemple traduit une faible satisfaction (proche de zéro).



- | | |
|--|--|
| a. Je ne prends pas de médicament de substitution et je n'ai plus de problème avec ma consommation d'autres produits. |  |
| b. Je prends un médicament de substitution et je n'ai plus de problème avec ma consommation d'autres produits. |  |
| c. Je prends un médicament de substitution et j'ai du mal à maîtriser mes consommations d'autres produits. |  |
| d. Je ne prends pas de médicament de substitution et j'ai du mal à maîtriser mes consommations d'autres produits. |  |
| e. Je peux très facilement discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage. |  |
| f. Je peux facilement discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage. |  |
| g. Je peux, mais assez difficilement, discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage. |  |
| h. Je peux, mais très difficilement, discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage. |  |
| i. Je ne peux jamais discuter avec mon médecin d'un changement de traitement ou d'un ajustement du dosage. |  |

Ce questionnaire est terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps d'y répondre. Si vous désirez être informés des résultats de l'enquête, vous pouvez vous adresser à REES France.

REES France
 28, rue d'Assas
 75006 Paris
 Tél. 01 44 39 16 90
 Fax 01 44 39 16 92
reesfrance@wanadoo.fr

Version « D » du questionnaire.

101-D04

Etude DEQUASUD

Page 9/9

Q45. À quel point ces situations sont satisfaisantes à vos yeux ?

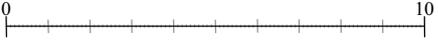
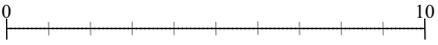
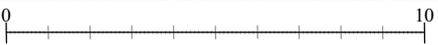
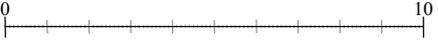
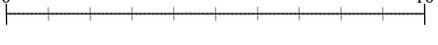
Mettez un trait oblique sur chaque échelle, pour indiquer le degré de satisfaction que vous auriez dans chacune des situations suivantes (0 : pas du tout satisfait ; 10 : satisfaction maximum).

Exemple :



Cet exemple traduit une faible satisfaction (proche de zéro).



- a.** Le médecin me parle de l'hépatite C **dès la première consultation**, et j'**accepte** de faire les tests. 
- b.** Le médecin me parle de l'hépatite C **dès la première consultation**, et je **refuse** de faire les tests. 
- c.** Le médecin me parle de l'hépatite C **lorsqu'une relation est établie**, et j'**accepte** de faire les tests. 
- d.** Le médecin me parle de l'hépatite C **lorsqu'une relation est établie**, et je **refuse** de faire les tests. 
- e.** Le médecin **ne me parle pas** de l'hépatite C. 
- f.** Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que ma vie change **profondément**. 
- g.** Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que **des choses** changent dans ma vie. 
- h.** Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que ma vie ne change **pas trop**. 
- i.** Depuis le début du suivi par mon médecin, je pense que ma vie n'est **pas du tout** changée. 

Ce questionnaire est terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps d'y répondre. Si vous désirez être informés des résultats de l'enquête, vous pouvez vous adresser à REES France.

REES France
 28, rue d'Assas
 75006 Paris
 Tél. 01 44 39 16 90
 Fax 01 44 39 16 92
reesfrance@wanadoo.fr

De par son objet et de par la méthodologie employée, l'étude DEQUASUD (DEmarche QUalité et Accompagnement des Soins aux Usagers de Drogues) constitue une première en France.

S'attachant à évaluer la satisfaction retirée par les usagers de drogues et les médecins d'une prise en charge dans les cabinets de médecine générale du Réseau Micro-Structures d'Alsace (RMS) comparativement à la médecine générale classique, l'étude a aussi tenu compte des dépenses générées par ces deux stratégies d'accompagnement.

Cette étude coût-utilité multi-critères multi-agents permet ainsi de rendre compte de la supériorité, en terme de coût-utilité, d'une prise en charge psycho-socio-sanitaire proposée par les Micro-Structures alsaciennes par rapport aux cabinets conventionnels.

Effectivement, l'un des principaux résultats de l'étude met en relief d'une part que les acteurs (médecins et usagers) retirent un peu plus de satisfaction du dispositif d'accompagnement proposé en RMS qu'en cabinet conventionnel et que d'autre part, les patients suivis en RMS génèrent des dépenses de santé inférieures aux usagers de drogues fréquentant des cabinets conventionnels.

La conclusion forte de l'étude, obtenue par la méthode du Bootstrap, tient alors en quelques mots : l'accompagnement des usagers de drogues proposé dans les cabinets du Réseau Micro-Structures présente 80 % de chances d'être plus coût-utile que la prise en charge proposée en médecine conventionnelle.