



OBSERVATOIRE  
FRANÇAIS DES  
DROGUES ET DES  
TOXICOMANIES

## **DEQUASUD : Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues**

### **Synthèse du rapport**

*Une évaluation coût – utilité du dispositif d’accompagnement de dépendants aux opiacés fréquentant le Réseau MicroStructures Alsacien.*

#### **Introduction**

Le Réseau Micro Structures (RMS) alsacien offre une alternative innovante de prise en charge des usagers de drogues en médecine de ville. L’innovation majeure de ce réseau est de pouvoir proposer à l’usager de drogue souhaitant engager une démarche de soin, un accès privilégié à un psychologue et à un travailleur social. Cet accès privilégié se fait par la présence *in situ*, c’est-à-dire dans le cabinet même du médecin généraliste, du psychologue et du travailleur social. Le trio formé assure le suivi des patients.

L’investissement de départ en RMS étant plus élevé que dans 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 synthèses et des formations, ...), l’enjeu majeur des évaluations du RMS est d’apporter des éléments de connaissance permettant de vérifier si les résultats obtenus à l’égard des usagers de drogues justifient un tel investissement.

Les résultats attendus à l’égard du réseau concernent les effets potentiels attribuables au réseau en termes sanitaires (systématisation du dépistage, amélioration de l’accès aux traitements des hépatites et du VIH, modification de comportements addictifs des patients, amélioration des troubles psychiatriques associés), en termes psychologiques et sociaux (reconstruction des relations avec leur famille, leur entourage proche et dans leur éventuelle vie professionnelle, recherche d’un emploi, recours à un logement autonome, baisse des problèmes avec la justice, quête d’une alternative à une vie vouée aux consommations), ou encore en termes des effets pervers minimisés (par exemple le détournement des prescriptions ou le report de la consommation sur d’autres substances ou addictions).

Le RMS a déjà fait l’objet d’évaluations de ces pratiques et performances. Une première évaluation a montré que le suivi en microstructure donnait de meilleurs résultats que ceux obtenus avec une offre de soin conventionnelle dans les domaines de la consommation de drogues illicites, des relations sociales, de l’état psychiatrique et de la capacité de l’individu à trouver un emploi. Une seconde évaluation s’est, quant à elle, focalisée sur le fonctionnement du réseau. Elle montrait une augmentation de l’utilisation de la méthadone comme substitut médicamenteux et un fonctionnement satisfaisant des suivis psychologiques.

L'objectif de l'étude DEQUASUD est d'identifier la stratégie de prise en charge qui apporte, au moindre coût, les meilleurs résultats en termes sanitaires, psychologiques et sociaux sur la base des préférences déclarées des répondants. En d'autres termes, l'étude DEQUASUD porte sur le rapport coût/utilité de la prise en charge en RMS comparée au suivi en médecine générale conventionnelle.

Après avoir lancé un appel d'offre en septembre 2006, l'OFDT a retenu le Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé (REES France) et son directeur, le Professeur Robert Launois, pour mener à bien cette étude.

## Méthodologie

L'ensemble du travail visant la coût-utilité du dispositif RMS et médecine conventionnelle s'inscrit en trois temps. Le premier s'attache à faire révéler par les acteurs (médecins et patients) quels sont selon eux les éléments de qualité d'une prise en charge des conduites addictives et de leurs pathologies associées. Il convient également dans ce premier temps de l'étude d'exprimer et de « quantifier » l'utilité qu'ils retirent de leur mode de prise en charge. Dans un deuxième temps, ce sont les coûts associés à ces dispositifs qui doivent être comptabilisés. Enfin dans un troisième et dernier temps, c'est le ratio des éléments déterminés auparavant qui est mis en relief qui, *in fine*, permettent de conclure l'étude.

### La révélation des préférences

La méthodologie déployée pour faire révéler et prendre en compte les préférences des individus n'est pas simple. Deux temps distincts sont nécessaires. Dans le premier, il convient de mettre en lumière les déterminants d'une prise en charge de qualité, aussi bien pour les médecins que pour les patients. Dans un second temps, un classement et une hiérarchisation de ces déterminants doivent être effectués sur la base des préférences des individus.

Pour ce premier temps, une approche multicritère multi-agents est mobilisée dans la mesure où d'une part, l'appréciation finale ne doit pas être prononcée sur la base d'un seul critère de jugement (nous serions alors dans le cas d'une analyse coût-efficacité) et d'autre part, car l'appréciation n'est pas formée par un seul type d'acteur : on ne privilégie pas le point de vue des médecins ou des patients, les deux sont pris en compte.

A ce stade, c'est le travail du sociologue réalisant des entretiens semi-directifs auprès des acteurs qui permet la mise en relief des déterminants constituant une prise en charge médico-psycho-sociale de qualité de personnes présentant des conduites addictives. L'étude qualitative conduite auprès de quatre professionnels en RMS (2 médecins, une psychologue et une assistante sociale), quatre patients en RMS, quatre médecins conventionnels et quatre patients suivis par des médecins hors réseau aboutit à la mise en exergue de huit critères définissant une prise en charge de qualité :

- Accéder à un médecin généraliste ayant l'expérience des questions de substitution,
- Accéder à d'autres professionnels (psychologue, travailleur social),
- Maîtrise des consommations de drogues,
- Continuité du suivi et relation de confiance avec le médecin généraliste,
- Pouvoir négocier la prescription,
- Réactivité et aide du médecin généraliste,

- Suivi médical et dépistage de l'hépatite C,
- Changer de vie.

Une fois les critères qualifiant les déterminants d'une prise en charge de qualité mis en exergue, il convient de prendre la mesure des préférences des acteurs (médecins et patients) vis-à-vis de ces derniers. En d'autres termes, afin de pouvoir faire émerger une potentielle différence de qualité perçue entre une prise en charge conventionnelle et une prise en charge en RMS, il faut d'une part faire « quantifier » ces critères par les acteurs et d'autre part, les faire classer les uns par rapport aux autres. On propose alors aux participants un « jeu » où les critères sont comparés deux à deux. Il s'agit pour les médecins et les patients de dire quel critère est le plus important à leurs yeux et combien de fois plus. Ceci permet au final de faire révéler les préférences et l'utilité retirée de tel ou tel accompagnement en mettant en lumière des pourcentages d'utilité retirés des critères. Cette méthode est dérivée de la théorie de l'utilité multi-attribut.

Cette méthode est en cela attrayante puisqu'elle offre non seulement la possibilité pour la personne interrogée d'exprimer son utilité ressentie retirée de chacun des critères mais aussi de donner son avis sur leur importance relative.

Pour ce faire, les médecins et patients ont été interrogés par auto-questionnaire entre le 22 septembre 2007 et le 20 décembre 2007. La base de données obtenue comporte 196 patients (93 conventionnels et 103 RMS) et 30 médecins répartis pour moitié entre la branche conventionnelle et le RMS.

### **L'analyse des coûts**

La prise en compte des coûts dans l'étude DEQUASUD s'est exclusivement faite sur la base des remboursements réalisés par l'URCAM pour des patients fréquentant le RMS ou des médecins conventionnels. La base mise à disposition par l'URCAM se compose des remboursements de 679 patients (435 RMS et 244 conventionnels) suivis sur 21 mois, de janvier 2006 à septembre 2007.

Outre des données socio-démographiques, la base de données fournie par l'URCAM se désagrège en remboursements des actes médicaux (allant de l'imagerie médicale aux indemnités journalières en passant par les actes de biologie), des remboursements de pharmacie et des remboursements des narcotiques (dont la méthadone et la buprénorphine).

Les coûts de remboursements ainsi formulés ne permettent pas de retirer des éléments de comparaisons pertinents entre les deux dispositifs de prise en charge. Il faut en effet savoir si c'est le fait d'être suivi en RMS ou non qui explique un potentiel différentiel de coût de remboursement. Des modélisations statistiques et économétriques sont alors entreprises pour aboutir à une simulation des coûts de remboursements induits par chacun des dispositifs.

### **Synthétisation des coûts-utilité**

Dés lors que les préférences des individus vis-à-vis des critères de qualité d'une prise en charge sont rapportées aux prédictions de coûts obtenus par simulation statistique, le ratio coût-utilité obtenu permet de répondre à la question initiale : quel est le dispositif générant le plus d'utilité à ses acteurs au moindre coût ?

Ne pouvant se contenter de l'analyse de ce résultat du fait de la relative faiblesse de l'échantillon d'individu, la réalisation d'un bootstrap permet de contourner cette faille et de retrouver de la robustesse statistique dans le résultat obtenu.

Le bootstrap vient en effet renouveler artificiellement l'étude réalisée en pratiquant un tirage aléatoire avec remise dans notre base de données. En simulant environ 5 000 fois la présente étude, le résultat final s'exprime en probabilité pour un dispositif d'être  $x$  fois plus coût-utile que l'autre.

## Résultats

Les questionnaires médecins et patients de l'étude DEQUASUD permet non seulement de d'étudier les populations en fonction de variables socio-démographiques, ou d'activité professionnelles (pour les médecins) ou encore de mode de vie (pour les usagers), mais aussi et surtout d'apprendre de leur perception sur la qualité de prise en charge.

Ces perceptions pondérées par l'importance relative que leurs confère les acteurs permettent alors, une fois mises en rapport avec les coûts induits par l'activité des dispositifs, de juger de leur efficacité.

### Les acteurs et leurs préférences

#### *Les médecins*

Les groupes de médecin inclus dans l'étude ne sont bien évidemment pas représentatifs des médecins généralistes dans leur ensemble. Du fait qu'un des critères d'inclusion nécessaire pour l'étude était qu'ils aient une file active suffisante de patients sous traitement de substitution aux opiacés, nous retrouvons dans notre échantillon les plus motivés des médecins généralistes, qu'ils soient en RMS ou pas.

Certaines différences significatives émergent de leur comparaison.

- Les médecins du groupe RMS ont une file active d'utilisateur de drogue sous traitement de substitution plus importante : 24 patients contre 9 en branche conventionnelle.
- La durée de consultation moyenne consacrée à ces patients est plus importante en RMS qu'en médecine générale conventionnelle : 16 versus 11 minutes.
- Les médecins en RMS se déclarent être plus à l'aise dans leur suivi des patients sous traitement de substitution, avec notamment une proportion de 73 % contre 27 % à se déclarer « complètement » à l'aise.

Toutefois, il n'y a pas de différences notables dans l'appréciation de l'utilité pour le patient des différentes modalités des critères retenus entre les médecins RMS et conventionnels. Autrement dit, les médecins donnent les mêmes réponses quant à leur appréciation des critères définissant une prise en charge de qualité. Cette absence de différence significative peut s'expliquer par la faible taille d'échantillon ainsi que par une forte variabilité dans les réponses. Elle peut aussi néanmoins s'expliquer par les fortes valeurs communes qu'ont les médecins en général.

## Les usagers

Il existe un certain nombre de différences significatives entre les deux groupes de patients. Toutefois, une difficulté d'interprétation de ces différences doit être ici soulignée : du fait du caractère transversal de l'étude, ces différences peuvent préexister à la prise en charge (biais de recrutement) ou être la conséquence de la prise en charge (différence d'efficacité). Il convient alors de ne pas interpréter trop rapidement ces résultats.

On retrouve des différences significatives sur les points suivants :

- Le mode de connaissance du médecin diffère : 28 % des patients RMS contre 44 % de ceux en cabinet conventionnel déclarent avoir connu leur médecin par eux-mêmes.
- Les patients en RMS sont plus jeunes : 33 versus 36 ans.
- Les patients RMS déclarent être sous traitement de substitution et voir leur médecin depuis moins longtemps.
- Les patients RMS ont une fréquence de consultation supérieure : 2,19 fois par mois contre 1,91.
- Les patients RMS déclarent moins souvent vivre seuls : 25 % contre 39 %.
- Parmi l'ensemble des patients déclarant une prise en charge antérieure pour usage de drogues, les usagers RMS sont plus nombreux à déclarer que ce suivi antérieur était fait en médecine générale.
- Les patients RMS sont 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.
- Les usagers RMS sont plus souvent sous méthadone (62 % contre 22 %).
- Les patients RMS jugent l'accès à un psychologue ou à un travailleur social plus facile et déclarent d'ailleurs plus de consultations chez le psychologue au cours du moins passé (35 % contre 13 %).
- Le degré de satisfaction concernant l'accompagnement est supérieur parmi les patients RMS : 34% contre 22 % jugeant « excellent » leur suivi.

Concernant les préférences relatives des critères de qualité d'un traitement, les deux groupes de patients ne présentent pas de fortes différences. Autrement dit, ils s'accordent sur la vision de ce qu'est ou serait une prise en charge de qualité. Deux points les distinguent toutefois. Les patients du groupe RMS considèrent comme plus important dans la définition d'un suivi de qualité, de pouvoir négocier la prescription avec son médecin que de maîtriser ses consommations ou encore d'interrompre puis de reprendre en confiance les relations avec son médecin.

### Le poids des critères de jugement

La révélation des préférences ne se limite pas uniquement à la quantification et au classement des critères mis en relief définissant la qualité d'une prise en charge. Il faut aussi les pondérer les uns par rapports aux autres afin d'avoir une réelle révélation des préférences. Effectivement, si les huit critères retenus avaient la même importance aux yeux des acteurs, ils devraient tous se voir accorder un poids de  $1/8=12,5$  %. Ceci n'est pas forcément la règle et le « jeu » soumis aux médecins et aux patients confirme ce point : on observe bien des écarts par rapport à ce poids théorique de 12,5 %.

Les critères les moins valorisés sont l'accessibilité du psychologue et du travailleur social, avec un poids relatif de 6 % et la continuité des soins (7 %).

A 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 celui des patients – 17 % –), suivie par l'accessibilité à un médecin expérimenté, avec un poids relatif de 16 % (critère toutefois plus important pour les patients que pour les médecins) puis par la maîtrise des consommations, avec un poids relatif de 15 %.

Comme déjà souligné, ces écarts justifient la démarche. D'une part, on observe effectivement des différences d'importance entre les critères : la possibilité de changer de vie se voit accorder un poids presque quatre fois plus important que celle d'accéder à un psychologue ou à un travailleur social. D'autre part, comme à aucun des critères n'est conféré un poids très faible, tous apparaissent être pertinents.

Il n'y a pas de différences significatives identifiées au niveau des médecins dans l'évaluation des importances relatives des huit critères d'efficacité de la prise en charge. Par contre, les usagers RMS accordent significativement 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 % contre 10 %) et à la réactivité du médecin (16 % contre 13 %).

## Conclusion : L'efficacité du dispositif RMS

Lorsqu'il s'agit de choisir entre deux stratégies d'accompagnement des usagers de drogues, l'enjeu est d'opter pour la stratégie qui a la plus forte probabilité d'être efficace. 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 efficace par rapport à l'accompagnement dans un cabinet conventionnel.

Pour ce faire, sur la base des préférences et des caractéristiques mises en relief, il est possible de construire un score d'efficacité des suivis. Scores d'efficacité, qui, rapportés à leurs coûts produisent un ratio coût – utilité retirée des suivis. Ce dernier ratio travaillé statistiquement par la méthode du *bootstrap* permet d'obtenir une probabilité d'efficacité d'une stratégie par rapport à l'autre.

### *Les scores d'efficacité*

A partir des pondérations des critères, des fonctions d'utilité associées à chacun d'entre eux et à partir de la situation de chaque patient, un score d'efficacité a été calculé. Il est de 7,35 pour les patients conventionnels et de 7,76 pour les patients en RMS (cette différence n'est pas statistiquement significative).

En mettant en œuvre un modèle de régression statistique, et après avoir ajusté certaines variables, il ressort que l'appartenance au RMS conduit à une augmentation du score d'efficacité de 0,24 points sur 10. Encore une fois cependant, cette différence n'est pas significative.

Afin de jauger de l'efficacité des dispositifs et connaissant maintenant leurs scores d'efficacité, c'est vers les coûts qu'il faut se tourner.

### *Les coûts*

C'est à partir des bases de remboursements de l'URCAM que les coûts sont estimés. Des modèles de régression statistiques sont appliqués à deux types de coûts : d'un côté le coût médicamenteux en narcotique incluant les dosages de méthadone et de buprénorphine, et de l'autre le montant total remboursé hors narcotique.

En appliquant les modèles de coût estimés à partir de la base URCAM aux patients de la base DEQUASUD, il est ainsi possible de rattacher un coût prédit à chacun des patients. Avec les mêmes ajustements réalisés pour le modèle de score d'efficacité, un modèle de régression linéaire sur le coût mensuel total prédit un différentiel significatif de coût en faveur des patients RMS.

Les patients suivis en RMS ont un coût total mensuel inférieur de 103 € à ceux suivis en cabinet conventionnel.

### *La probabilité d'efficience*

De manière brute, on n'identifie pas de différence d'efficacité significative entre les patients des deux groupes, malgré une tendance en faveur des patients des microstructures.

Toujours en tendance, l'accompagnement des usagers de drogue en traitement de substitution en RMS 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.

Néanmoins, grâce à la technique du bootstrap qui reconduit « artificiellement » 5 000 fois l'étude réalisée, il est possible d'estimer la probabilité que l'accompagnement en RMS soit en position de dominance absolue par rapport à un accompagnement en cabinet conventionnel. Cette probabilité est de 80 %. Autrement dit, l'accompagnement en microstructure est la stratégie qui a le plus de chances (4 fois plus que l'accompagnement en cabinet conventionnel) d'être coût-utile.