

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 évaluables 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 $FIV > 10$.