

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.

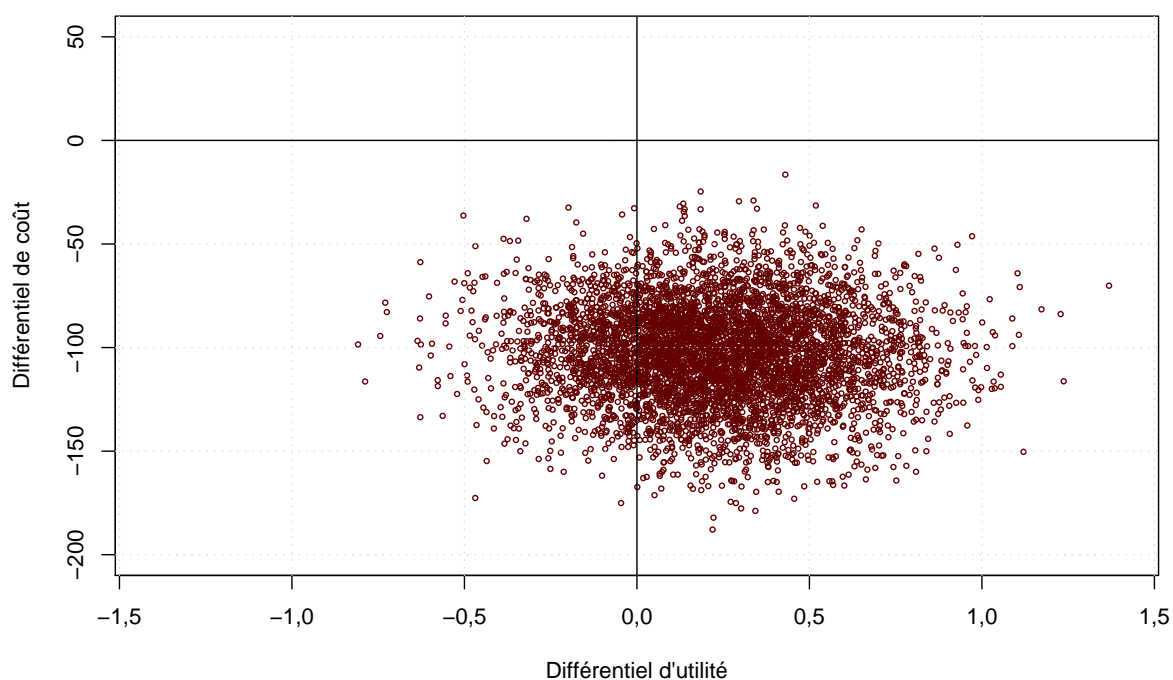


FIG. 57 – Position des échantillons de bootstrap dans le quadrant coût-utilité

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 confondues, 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.