



Pôle Evaluation  
des politiques  
publiques

## ANALYSE COMPARATIVE ENTRE LA PRISE EN CHARGE EN RESEAU MICROSTRUCTURE ET EN CABINET MEDICAL CONVENTIONNEL

Cahier des charges pour évaluer le "coût-utilité" du suivi des  
personnes ayant des conduites addictives

Dossier suivi par :  
Cristina DIAZ GOMEZ  
Responsable du pôle EVAL

### En bref .....

*Ce cahier des charges s'inscrit dans le cadre d'un appel d'offre qui vise à sélectionner une équipe de chercheurs pour la réalisation d'une analyse "coût-utilité". 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 d'utilité 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. Toute proposition méthodologique devra être solidement argumentée.*

*L'organisme sélectionné devra remettre les résultats de l'analyse au plus tard en octobre 2007.*

## Ce document précise ....

- les objectifs de la mission et les questions auxquelles l'évaluation doit répondre ;
- les grandes orientations méthodologiques,
- le calendrier avec dates limites de remise des résultats des analyses menées et enfin,
- l'enveloppe budgétaire pressentie.

## PREAMBULE

---

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.

Elles ont d'abord fonctionné dans le cadre d'un projet expérimental de trois ans. Le réseau *RMS* s'est constitué officiellement le 3 mars 2003. Le fonctionnement du réseau est devenu effectif à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2003. En septembre 2006, le réseau alsacien compte 20 microstructures de soins et le nombre de patients suivis s'élève à 625. Le financement du réseau est multiple. Il provient, essentiellement de l'URCAM et de l'ARH dans le cadre de la Dotation Régionale au Développement des Réseaux (DRDR), des collectivités territoriales (Ville de Strasbourg, CG67, CG 68) et de l'État (DRASS, MILDT). A ce jour, deux nouveaux réseaux de microstructures sont constitués ou sont en train de se constituer en France : *RMS Provence* (Aix-Marseille, 10 microstructures), et *RMS Loire Atlantique* (Saint Nazaire, projet de 14 microstructures).

Le principe de ces microstructures est le suivant : il vise 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. A 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.

La nouveauté de cette modalité de prise en charge tient à la réunion dans un seul lieu, le cabinet du médecin généraliste, des intervenants qui jusque-là étaient dispersés dans plusieurs institutions. L'expérience a montré que cette dispersion rendait le suivi pluridisciplinaire de ces patients difficile. Par ailleurs, ce dispositif a été créé pour améliorer l'accès des usagers de drogues aux soins de proximité.

## ORIGINE DE LA DEMANDE

---

Le développement de la recherche clinique, épidémiologique et sociologique constitue l'une des principales activités que le réseau *RMS* souhaite promouvoir pour les trois années à venir (2006-2008). Il s'agira essentiellement d'évaluer les bénéfices potentiels de cette modalité de prise en charge dans le dispositif sanitaire actuel et à justifier les dépenses engagées.

Pour répondre à cet objectif ambitieux, *RMS* a inscrit dans son programme de travail 2006-2008 la poursuite des deux investigations suivantes:

- Dans le cadre de son partenariat avec le Pôle de Référence Hépatite C du CHRU de Strasbourg dirigé par le Professeur Michel Doffoël, une enquête épidémiologique "Hépatite C" a été réalisée auprès d'un effectif total de 385 patients suivis en microstructure, sur la période janvier 2004-janvier 2005. Il ressort de cette enquête que le dépistage des hépatites a été effectué pour les deux tiers de la population à risque (75,6%)<sup>1</sup>. Une nouvelle exploitation portant sur la période 2005-2006 est en cours.
- Une convention visant à mettre en place un protocole expérimental de 3 ans pour la primoprescription de méthadone en microstructure a été signé entre le CSST *Espace indépendance* et *RMS* en 2005. Le démarrage de cette pratique expérimentale est dans l'attente d'un agrément des autorités sanitaires. Un dispositif d'évaluation sera mis en place.

Ces projets ont été précédés par deux autres initiatives d'évaluation entreprises entre les années 2000-2005 :

- Une première évaluation expérimentale a été conduite entre 2000 et 2003. Son objectif a été d'examiner l'efficacité du réseau au regard d'une amélioration de la situation médico-psycho-sociale des patients vus en consultation. Dans ce cadre, cette nouvelle modalité de prise en charge a été évaluée à l'aide du questionnaire ASI, en la comparant à l'exercice médical traditionnel. Les premiers résultats de cette phase expérimentale, restitués en février 2004<sup>2</sup> par le Laboratoire d'épidémiologie et de Santé publique de l'Université Louis Pasteur, se sont avérés encourageants au point de permettre la création du réseau pérenne *RMS* et d'envisager l'extension de cette nouvelle pratique de la médecine générale à d'autres régions de France. En effet, à partir des données recueillies auprès des 155 patients à 24 mois, il est apparu que le suivi en microstructure donne de meilleurs résultats que ceux obtenus avec une offre de soins conventionnelle (en cabinet médical) 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. Il faut noter cependant que l'étude n'a pas trouvé de différences significatives entre la prise en charge en microstructures et les suivis conventionnels s'agissant des consommations d'alcool du patient, de son état médical ou de sa situation légale. Le résultat concernant notamment la prise en charge des alcoolodépendances suscite des interrogations auxquelles de prochains projets de recherche doivent s'intéresser.
- Après la période expérimentale, une nouvelle évaluation a été lancée. Elle avait pour ambition de décrire le fonctionnement du réseau et d'évaluer la réalisation effective

---

<sup>1</sup> Courrier des addictions, F. Di Nino et al, En Alsace, dépistage et traitement des hépatites C par les microstructures médicales, mars 2006.

<sup>2</sup> Rapport d'évaluation quantitatif remis par le Laboratoire d'Epidémiologie et de Santé Publique de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg : évolutions à 4 mois des scores du questionnaire ASI, février 2004.

des objectifs poursuivis entre les années 2003 et 2005. Les travaux d'évaluation ont donné lieu à un rapport réalisé par le laboratoire de l'ULP de Strasbourg<sup>3</sup>. Cette étude a mis en évidence, au moins, deux résultats majeurs. D'une part, s'agissant des traitements de substitution entrepris, les prises en charge par la méthadone augmentent par rapport à celles par buprénorphine haut dosage (1/3 patients substitués par la méthadone et 2/3 par la BHD). D'autre part, les suivis entrepris sur le plan psychologique sont réguliers (entre 76% et 56% des rendez-vous honorés) et importants en fréquence (plus de 30% bénéficiant de plus qu'un suivi occasionnel).

Malgré ces évaluations et les efforts déployés pour mieux comprendre le fonctionnement et l'efficacité du nouveau dispositif, de nombreuses questions sont restées sans réponse, par exemple :

- 1) La mise en synergie des fonctions du médecin, du psychologue et du travailleur social, renforce-t-elle l'efficacité du traitement ?
- 2) Le dispositif *RMS*, est-il adapté aux nouvelles pratiques addictives qui ne cessent d'apparaître et apte à les traiter sans coût supplémentaire?
- 3) Le dispositif *RMS* doit-il développer son inscription partenariale dans le maillage sanitaire existant en matière d'addiction? Plus précisément, son implantation géographique doit-elle se développer en secteur rural ou suburbain ou doit-elle rester orientée vers les grandes agglomérations ?
- 4) L'actuel outil d'évaluation du réseau est-il performant? Le système de fiches qui a été conçu pour les besoins des premières évaluations, est-il adapté aux objectifs de recherche actuellement retenus ?
- 5) Le dispositif *RMS* est-il efficient?

Ces interrogations ont conduit l'équipe qui dirige le dispositif *RMS* à solliciter l'appui méthodologique de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) afin de mettre en place une nouvelle évaluation. Dans ce cadre, l'OFDT s'est vu confier la rédaction du cahier des charges et la maîtrise d'ouvrage de cette évaluation.

## ENJEUX DE L'EVALUATION

---

L'avenir du réseau tient principalement à son coût relatif par rapport à ses résultats 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 d'effets pervers (par exemple le détournement des prescriptions ou le report de la consommation sur d'autres substances ou addictions).

---

<sup>3</sup> Hédelin, (G.), Hamadouche, (A.), Rapport final : le réseau RMS des microstructures, octobre 2005.

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 de l'évaluation 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.

## OBJECTIFS DE L'EVALUATION

---

L'objectif de l'étude 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. Il faudra que ces résultats soient explicités au regard des caractéristiques propres à chaque modalité de prise en charge.

L'étude doit porter sur le rapport coût/utilité de la prise en charge en *RMS* comparée au suivi en médecine générale conventionnelle. Pour répondre aux attentes des commanditaires de cet appel à projets, l'analyse coût/utilité doit être conduite en particulier, au moyen d'approches qualitatives fondées sur de solides outils méthodologiques pour le recueil et l'analyse des données.

## DELIMITATION ET DESCRIPTION DU CHAMP DE LA RECHERCHE

---

Il est du ressort de l'équipe candidate de proposer les critères de sélection du territoire concerné par l'étude, de l'échantillon (professionnels/patients) ainsi que les modalités de recrutement. Ces choix doivent être justifiés.

## GRANDES LIGNES METHODOLOGIQUES

---

Le rapport "coût-utilité" doit être estimé sur la base des coûts directs attribuables aux prises en charge "RMS/branche conventionnelle" ainsi qu'à partir des fonctions d'utilité des professionnels et des usagers de drogues.

La définition de la mesure de l'utilité doit occuper 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.

**Toute proposition méthodologique devra être solidement argumentée.**

L'équipe retenue devra intégrer dans son analyse les éléments de connaissance cumulés dans le cadre des études réalisées depuis 2000. Notamment, les éléments concernant le fonctionnement du dispositif devront être pris en compte par les chercheurs sélectionnés.

#### **DISPOSITIF DE SUIVI ET RESPONSABILITE VIS-A-VIS DE L'ETUDE**

---

Un comité de pilotage de l'étude sera constitué. L'OFDT est chargé de la maîtrise d'œuvre de l'étude. Des représentants institutionnels ou experts pourront y être ponctuellement associés. Le comité de pilotage accompagnera l'équipe sélectionnée dans la finalisation des outils méthodologiques en conformité avec les termes du cahier des charges.

Dans ce schéma, l'OFDT assure le secrétariat général du comité de pilotage et, en collaboration avec un expert indépendant, le suivi méthodologique de l'étude. Un chargé d'étude de l'OFDT et l'expert veilleront à ce que l'étude soit menée dans le respect des conditions scientifiques de rigueur et d'indépendance. Un contrat d'étude sera signé entre l'OFDT et l'organisme retenu sur la base du protocole complet d'étude.

Un responsable scientifique ou directeur de l'étude sera désigné par l'équipe sélectionnée. Ce dernier sera désigné dans la proposition d'étude soumise dans le cadre du présent appel d'offres. La sous-traitance de certaines tâches par des entreprises spécialisées est possible mais devra être explicitement décrite.

Le comité de pilotage de l'étude se réunira au moins trois fois :

- au démarrage de l'enquête, afin d'affiner les questionnements du commanditaire, la méthodologie, les outils et le calendrier ;
- à mi parcours, après la réalisation du terrain, principalement pour valider le déroulement de l'étude sur la base d'une note d'étape qui aura été préalablement transmise aux membres du comité de pilotage ;
- une fois le rapport final réalisé et transmis aux membres du comité de pilotage, afin de discuter les résultats mis à jour.

Le rapport final donnera lieu à une procédure d'appréciation de la qualité des travaux qui sera confiée à des experts externes, en vertu des critères suivants : la satisfaction de la commande, l'adéquation de la méthodologie, la fiabilité des données, la solidité de l'analyse, la crédibilité des résultats, l'impartialité des conclusions et la clarté du rapport.

#### **BUDGET**

---

L'enveloppe budgétaire ne pourra pas dépasser le montant de 100 000 euros TTC sur la base d'un devis détaillé et circonstancié des dépenses prévues (*cf.* rubrique sur la structure de la proposition).

#### **CALENDRIER**

---

Les grandes étapes de l'échéancier avec les dates limites de remise des résultats sont présentées par la suite.

Il est du ressort de l'équipe candidate d'adapter ce calendrier à sa proposition.

- Sélection du candidat et constitution du comité de pilotage : première semaine de novembre 2006
- Lancement de l'étude (première réunion du comité de pilotage), validation des tâches de l'organisme d'évaluation et du calendrier définitif : mi-novembre 2006
- Définition du cadre conceptuel permettant de caractériser les composantes du coût et les fonctions de préférence à retenir et validation par le comité de pilotage (2ème réunion): mi-janvier 2007
- Elaboration du protocole de collecte des données et recrutement des professionnels et des usagers de drogues : mi-février 2007
- Recrutement des structures et des cabinets médicaux. Organisation du recrutement de patients et mise en place effective du dossier "patient" : début mars 2007
- Recrutement de l'échantillon de patients (mise à jour des dossiers) : fin mai 2007
- Réalisation du terrain (entretiens) : juin 2007
- Analyse des données et rédaction du rapport : juillet - septembre 2007
- Remise du rapport : octobre 2007
- Validation du rapport (3ème réunion du comité de pilotage) : novembre 2007.

L'étude devra se dérouler sur une période maximale de 13 mois.

#### QUALIFICATIONS REQUISES

---

Cet appel à projets est ouvert à tous les chercheurs cumulant des expériences dans les domaines de l'économie, de la sociologie ou de la santé publique. Il n'est pas nécessaire de posséder une expérience dans le domaine des substances psychoactives pour pouvoir déposer une proposition.

**La collaboration entre des économistes de la santé et des sociologues est un pré-requis indispensable pour que le projet puisse retenir l'attention du comité de sélection.** Les compétences des médecins de santé publique et des psychologues sont un atout complémentaire.

#### STRUCTURE DE LA PROPOSITION

---

La proposition doit tenir en une vingtaine de pages au maximum (hors annexes). Elle doit notamment comprendre :

- La description de l'organisme porteur de l'offre, son expérience et ses principales missions et activités ;
- La composition de l'équipe mobilisée pour réaliser l'étude en précisant les tâches assurées par chacun de ses membres -responsabilité du projet, conception des outils de recueil des données, recueil des données, analyse des résultats et

rédaction du rapport-, les qualités et les éventuelles publications des personnes qui réaliseront l'étude ;

- Une problématisation de l'objet d'étude ;
- Un exposé de la méthodologie la plus adaptée aux finalités de l'étude et aux questions évaluatives posées dans le présent cahier des charges ;
- Le calendrier (phasage de l'étude, tâches, remise des documents produits) ;
- Un devis détaillé et circonstancié des différents postes de dépenses prévues, notamment à l'égard des différentes tâches à accomplir ;
- Pièces administratives : d'une part, une copie du ou des jugements prononcés si le candidat est en redressement judiciaire et d'autre part, une déclaration sur l'honneur dûment datée et signée pour justifier qu'il n'entre dans aucun des cas mentionnés à l'article 8 de l'ordonnance 2005-649 du 6 juin 2006.
- Annexes : CV des intervenants.

#### **DATE LIMITE DE DEPOT DES OFFRES**

---

Les propositions doivent être **déposées à l'OFDT au plus tard le vendredi 27 Octobre 2006 avant 10 heures, ou postées au plus tard le jeudi 26 Octobre**, le cachet de la poste faisant foi. L'enveloppe devra impérativement porter la mention "**Projet Coût utilité**".

Adresse pour les dépôts ou envois :

**OFDT,  
3 av. du stade de France,  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.  
Téléphone pour renseignements : 01 41 62 77 16**

Les propositions soumises hors délai ou non conformes aux spécifications décrites dans la section « Structure de l'offre » ne seront pas examinées.

#### **EXAMEN DES OFFRES SOUMISES**

---

Un comité de sélection ad hoc sera constitué par l'OFDT pour examiner les propositions recevables. Il remettra son avis dans les 10 jours ouvrés à partir de la date d'expiration de l'appel d'offres. Le comité de sélection se réserve la possibilité d'auditionner les équipes candidates (le cas échéant, un rendez-vous téléphonique sera pris).

Les critères de sélection appliqués sont les suivants :

- la compréhension des enjeux, de la problématique, de la nature de la mission et de son contexte ;
- les compétences techniques et l'expérience de l'organisme. Relativement à l'objet de l'étude ciblée dans le présent cahier des charges, **des compétences cumulées de sociologie, d'économie et de santé publique sont particulièrement attendues.**
- la qualité de la méthodologie, sa pertinence par rapport à la demande, sa clarté et son argumentation.