



HAL
open science

Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires chez des patients dépendants aux substances psychoactives

S. Royer, P. Di Patrizio, C. Baumann, A. Chapron, S. Viennet, I. Clerc-Urmès, R. Schwan, S. Bourion-Bédès

► To cite this version:

S. Royer, P. Di Patrizio, C. Baumann, A. Chapron, S. Viennet, et al.. Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires chez des patients dépendants aux substances psychoactives. *L'Encéphale*, 2019, 45 (4), pp.333-339. 10.1016/j.encep.2019.02.006 . hal-02140008

HAL Id: hal-02140008

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02140008>

Submitted on 20 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires chez les patients dépendants aux substances psychoactives : résultats de la cohorte SUBUSQOL

Early satisfaction with care among outpatients with substance dependence: results of SUBUSQOL study

Solène ROYER¹, Paolo DI PATRIZIO¹, Cédric BAUMANN^{2,3}, Anne CHAPRON¹,
Sarah VIENNET¹, Isabelle CLERC-URMÈS³, Raymund SCHWAN¹,
Stéphanie BOURION-BEDES^{1,2,4*}

1 -CHRU Nancy, CSAPA, F-54000 Nancy, France

2 - Univ. Lorraine, EA4360 APEMAC, F-54000 Nancy, France

3 - CHRU Nancy, Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique, F-54000 Nancy, France

4- CH Lorquin, SMPR de Metz, F-57790 Lorquin, France

* **Corresponding author:** Stéphanie BOURION-BEDES
CHRU Nancy, CSAPA, F-54000 Nancy, France
E-mail adress: steph_bedes@yahoo.fr

CONFLITS D'INTERETS

Aucun

Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires chez des patients dépendants aux substances psychoactives

Early satisfaction with care among outpatients with substance dependence

Résumé

Objectif : La satisfaction vis-à-vis des soins est reconnue comme un indicateur de choix de la qualité des soins. L'objectif principal était d'identifier des facteurs liés à la satisfaction précoce vis-à-vis des soins au 45e jour du début de la prise en charge ambulatoire de patients dépendants aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés. L'objectif secondaire était d'étudier la reproductibilité de la satisfaction au cours des soins. **Méthode** : Une étude longitudinale a été réalisée. La satisfaction a été mesurée de manière précoce aux 15e et 45e jours du début des soins au moyen du questionnaire de satisfaction EQS-C. Les déterminants de la satisfaction à J45 ont été explorés par des modèles de régression linéaire multivariés. La reproductibilité de la mesure J15/J45 a été appréciée par un calcul du coefficient de corrélation intraclasse. **Résultats** : Au total, 189 patients ont été inclus dont 90 ont répondu aux deux temps de mesure de la satisfaction. Le niveau de satisfaction précoce est élevé. Si l'absence d'antécédents de prise en charge de la dépendance est associée à une meilleure satisfaction à J45 dans un premier temps ($\beta=6,8$; $p=0,05$), seul le score total de la satisfaction à J15 y est associé lorsqu'il est pris en compte ($\beta=0,7$; $p<0,0001$). La reproductibilité de la mesure de la satisfaction totale J15J45 s'avère par ailleurs satisfaisante avec un CIC = 0,68. **Conclusion** : Nous recommandons une mesure précoce à J15 de la satisfaction vis-à-vis des soins ambulatoires chez les patients dépendants aux substances.

Mots-clés : satisfaction vis-à-vis des soins, dépendance aux substances, soins ambulatoires, déterminants de la satisfaction

Abstract

Background: Patient satisfaction with health care is an important indicator of health care quality. The main objective was to identify factors associated with early outpatient satisfaction with care 45 days after study inclusion for alcohol and opioid dependence. The secondary objective was to study the reproducibility of the satisfaction during the care. **Methods**: A longitudinal study was conducted. Satisfaction was assessed during the early care process 15 and 45 days after study inclusion using the quality of care satisfaction questionnaire in outpatient consultation EQS-C. Multiple linear regression was performed to identify the variables associated with satisfaction level. The reproducibility of the questionnaire between the two measurements (15 and 45 days after inclusion) was tested by intraclass correlation coefficient. **Results**: A total of 189 outpatients were included, and 90 patients

completed the satisfaction questionnaire both at 15 and 45 days after inclusion. The level of early satisfaction with care was high. If patients without a history of previous care for substance dependence were at first more satisfied at 45 days ($\beta=6.8$; $p=0.05$) than those who had received care previously, only the total score of the satisfaction with care at 15 days is associated with satisfaction with care at 45 days when taken into account in the model ($\beta=0,7$; $p<0,0001$). The results indicated good total satisfaction reproducibility with an intraclass correlation coefficient ICC=0.68. **Conclusion:** We recommend an early measure of satisfaction with care among outpatients with substance dependence.

Keywords: satisfaction with care, substance dependence, ambulatory care, determinants of satisfaction with care

Introduction

Les troubles liés à l'usage des substances psychoactives de type alcool ou opiacés constituent un problème majeur de santé publique aux impacts multiples, médicaux, sociaux et économiques. Les taux de morbidité et de mortalité qui leur sont liés sont très élevés dans le monde [1,2] et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) place les addictions parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^e siècle. La satisfaction vis-à-vis des soins, aujourd'hui reconnue comme un indicateur de choix de la qualité des soins [3], est utilisée dans de nombreux pays pour apprécier la qualité des soins reçus en ambulatoire ou en hospitalisation. Indicateur centré sur l'appréciation et le ressenti du patient, la satisfaction vis-à-vis des soins fait partie dans la terminologie anglo-saxonne des « Patient-Reported Outcomes » qui suscitent depuis deux décennies de l'intérêt en clinique et en recherche [4]. Les études soulignent l'intérêt de cet indicateur, un niveau élevé de satisfaction du patient vis-à-vis des soins étant associé à une meilleure compliance au traitement, à une meilleure continuité de soins et à une amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient [5]. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions de 2007-2011 soulève l'importance à accorder à la prévention, au repérage et aux interventions précoces en médecine générale auprès des patients dépendants qui, lorsqu'ils sont pris en charge, présentent des parcours de soins souvent ponctués de rupture de soins et de consultations plus ou moins investies. Aussi, il apparaît important de s'intéresser dans le champ des addictions à la satisfaction vis-à-vis des soins délivrés et à son évolution au cours de la prise en charge afin d'apporter une meilleure connaissance de la qualité des soins et d'identifier des prises en charge à risque de rupture. Les travaux sur la satisfaction vis-à-vis des soins dans le champ des troubles mentaux témoignent de l'hétérogénéité des temps de mesure de la satisfaction, aussi bien pour les patients pris en charge en ambulatoire que pour les patients hospitalisés [6,7]. Il n'existe à notre connaissance aucune étude réalisée sur la mesure de la satisfaction précoce vis-à-vis des soins chez les patients dépendants aux substances psychoactives initiant une démarche de soins en ambulatoire. À ce titre, notre étude a plusieurs objectifs : (1) Étudier les facteurs liés à la satisfaction au 45^e jour du début de la prise en charge ambulatoire de patients pris en charge pour une dépendance aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés et (2) étudier la reproductibilité de la mesure J15/J45 ; l'hypothèse étant faite que la satisfaction précoce serait un facteur déterminant d'une mesure plus tardive et que cette mesure précoce pourrait ainsi se substituer à une mesure tardive.

Méthodes

Type et design de l'étude

Une étude longitudinale au sein de la cohorte multicentrique à visée pronostique SUBUSQOL (SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life) a été réalisée. La population étudiée correspond aux patients présentant une dépendance aux substances psychoactives de type alcool et/ou opiacés en regard des critères diagnostiques de la classification DSM-IV [8], initiant une prise en charge ambulatoire dans un des services spécialisés co-investigateurs et pour lesquels une mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins a été renseignée (ClinicalTrials.gov ID: NCT02894476). Une prise en charge pluridisciplinaire médicale, sociale, psychologique et éducative est accessible dans la structure de soins. L'autorisation du comité national informatique et liberté a été obtenue (CNIL DR-2013-156).

Données collectées

Des données socio-démographiques, cliniques et relatives à la prise en charge du patient ont été recueillies sur un cahier d'observation complété à l'inclusion par le médecin investigateur. Des autoquestionnaires validés appréciant l'état de santé perçue ont été complétés par le patient à l'inclusion. La satisfaction vis-à-vis des soins a été évaluée précocement, à 15 et 45 jours du début de la prise en charge, par un autoquestionnaire validé adressé par voie postale au patient.

La satisfaction vis-à-vis des soins

La mesure de la satisfaction a été effectuée au moyen de l'échelle de qualité des soins (EQS-C), un auto-questionnaire développé et validé en français dans le cadre de la prise en charge ambulatoire [5]. La version longue format adulte compte 32 items dont 28 relatifs à la satisfaction et 4 au profil du sujet. Seuls les 27 premiers items entrent dans le calcul du score total, le dernier item ayant trait à une impression globale de satisfaction. Les 27 items couvrent 4 dimensions : la prise de rendez-vous (6 items), l'accueil et confort (5 items), le temps d'attente (3 items) et la consultation avec le médecin (13 items). Pour chacun des 27 items, cinq possibilités de réponse cotées de 0 à 4 évaluant le degré de satisfaction sont proposées (4= niveau le plus élevé) ; 13 de ces items disposent par ailleurs d'une possibilité de réponse de type « non concerné ». Un score total et un score pour chacune des dimensions sont calculés. Ces scores s'étendent de 0 à 100 (0=pire satisfaction et 100=meilleure satisfaction). L'instrument comporte également au terme des 28 items relatifs à la satisfaction et des 4 items concernant le profil du sujet, une question ouverte « *À votre avis, que faudrait-il améliorer en priorité dans cette consultation ?* » qui offre la possibilité d'une réponse ou commentaire libre du sujet.

La qualité de vie

Deux instruments de mesure de la qualité de vie ont été associés : l'un générique SF-12 et l'autre spécifique Q-LES-Q-SF.

*Questionnaire de Qualité de vie SF-12

Ce questionnaire SF-12 est une version raccourcie du questionnaire SF-36 qui couvre 8 dimensions : activité physique, limitation/état physique, douleur physique, santé perçue, vitalité, vie/relations, santé psychologique, limitation/état psychologique. Deux scores globaux résumés sont calculés à

partir des 12 items pour la santé physique et la santé mentale, à savoir le Physical Component Summary Score PCS et le Mental Composite Summary Score MCS. Ces deux scores varient de 0 à 100, 100 traduisant la QV optimale. Le questionnaire de qualité de vie SF-12 a fait l'objet d'études de validation dans plusieurs langues européennes, y compris dans sa version française [9].

*Questionnaire de Qualité de vie Q-LES-Q-SF

La version courte française du questionnaire Q-LES-Q-SF- Quality of Life and Enjoyment Satisfaction-Short Form a été transmise par J. Endicott, concepteur de la version originelle, elle-même issue de la version longue Q-LES-Q à 93 items [10]. Ce questionnaire unidimensionnel comprend 16 items dont les 14 premiers entrent dans le calcul du score. Ces 14 items explorent la satisfaction du sujet avec sa santé physique, son moral, son travail, ses tâches ménagères, les relations avec les autres et avec sa famille, ses loisirs, sa capacité à gérer la vie quotidienne, son désir et son intérêt à avoir des activités sexuelles, sa situation financière, ses conditions de vie, sa capacité à se déplacer sans avoir de vertiges, sa vue et sa sensation générale de bien-être. Pour chacun des items, cinq possibilités de réponse cotées de 1 à 5 sont proposées sur une échelle ordinale pour apprécier le niveau de satisfaction au cours des sept derniers jours (1= très insatisfait à 5= très satisfait). Le score total est normé de 0 à 100, 100 traduisant la qualité de vie optimale. Les qualités psychométriques de la version courte française dans le champ des addictions sont reconnues [11,12].

L'anxiété-dépression

La version française traduite par J.P. Lépine [13] de l'échelle HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale- élaborée par Zigmond & Snaith [14] a été utilisée. Ce questionnaire comporte 14 items dont 7 items dans la dimension « dépression » et 7 items dans la dimension « anxiété ». Pour chacun des items, quatre possibilités de réponse cotées de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière ordinale l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée, sont proposées. Pour chacune des dimensions « dépression, les scores s'étendent de 0 à 21 et le score global est compris entre 0 et 42.

Données socio-démographiques, cliniques et concernant la prise en charge

L'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'étude, le statut professionnel, l'ancienneté et le type de dépendance, les comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, les antécédents de consultation pour la dépendance, l'origine de la prise en charge ainsi que la stratégie de soins ont été recueillis. Le sexe et la qualité du médecin ont également été relevés.

Analyses statistiques

Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives. Pour comparer les caractéristiques ont été utilisés des tests du Chi2 et de Fisher exact en cas d'effectif théorique <5 pour les variables qualitatives, des tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

La reproductibilité de la mesure J15/J45 a été calculée par le calcul du coefficient de corrélation intraclasse. Les facteurs associés au niveau de satisfaction à J45 ont été déterminés par des modèles de régression linéaire bivariés et multivariés, avec et sans ajustement sur le score de satisfaction à J15. Seuls les facteurs présentant une association significative au seuil 0.2 en régression bivariée ont

été candidats. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SASv9.4.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients

Les caractéristiques de notre échantillon total et des sous-groupes constitués en fonction de la réponse au temps de mesure J15 seul ou aux deux temps de mesure J15/J45 sont décrites dans le tableau 1.

Au total, 189 patients ont été inclus, 152 hommes et 37 femmes. L'âge moyen était de 40,1 ans (ET=11,4) et 36,6 % des patients étaient mariés. Un peu moins de 20 % des patients présentaient un niveau scolaire d'études supérieures universitaires et un tiers de l'échantillon rapportait mener une activité professionnelle à temps complet. Une dépendance aux opiacés était notée pour 97 (51,3 %) patients et à l'alcool pour 92 patients (48,7 %). L'ancienneté dans la dépendance s'élevait en moyenne à 15,3 années (ET=11,2). Des complications somatiques et/ ou psychiatriques en lien avec la dépendance aux substances étaient relevées pour plus d'un tiers des patients, à type de complications digestives, neurologiques, cardiovasculaires, infectieuses sur le versant somatique et principalement de troubles anxieux et de troubles de l'humeur sur le versant psychiatrique. Le patient était à l'origine de la demande de soins dans plus de 2 cas sur 3. Pour 9,6 % des patients, les soins étaient engagés à la demande de la justice. Les soins étaient délivrés pour les 2/3 de notre échantillon par des internes en formation. Une concordance du sexe entre le patient et son thérapeute était observée dans 46 % des prises en charge. Un projet de soins avec un objectif de réduction des consommations concernait un peu plus d'un tiers des patients de l'échantillon. Des différences statistiquement significatives ont été observées entre les deux groupes de patients sur certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques. En effet, les patients ayant complété les deux temps de mesure de la satisfaction étaient en moyenne plus âgés, séparés et présentaient une durée moyenne dans la maladie plus élevée que les patients du groupe mesure seule J15.

État de santé perçue

Les scores de qualité de vie et d'anxiété/dépression sont décrits dans le tableau 2. Les scores moyens de qualité de vie SF12 étaient de 45 (ET=9,0) pour le PCS et 35 (ET=10,3) pour le MCS. Le score moyen de qualité de vie Q-LES-Q-SF était de 51,7 (ET=17,7). Au questionnaire HADS, le score moyen obtenu dans la dimension anxiété s'élevait à 10,4 (ET=4,3) et le score moyen dans la dimension dépression à 8,3 (ET=4,1). Près d'un patient sur 2 (48,6 %) présentait une anxiété modérée voire sévère et 30,5 % une dépression modérée ou sévère. En ce qui concerne la qualité de vie et les niveaux d'anxiété-dépression, aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes.

Satisfaction vis-à-vis des soins

Les scores de satisfaction aux temps de mesure J15 et J45 sont présentés dans le tableau 3. Sur les 189 patients inclus, 90 ont complété le questionnaire de satisfaction aux deux temps de mesure et 99 au temps J15 seul. À J45, 29 de ces 99 patients sont perdus de vue et 70 toujours suivis n'ont pas

complété le questionnaire. En ce qui concerne le groupe ayant complété la satisfaction au seul temps de mesure J15, le score total moyen de la satisfaction vis-à-vis des soins était de 77,8 (ET=15,7). Les scores moyens étaient de 79,4 (ET=17) dans la dimension "prise de rendez-vous"; 76,4 (ET=17,3) dans la dimension "accueil et confort"; 72,2 (ET=25,9) dans la dimension "temps d'attente" et 79,3 (ET=17,1) dans la dimension "consultation avec le médecin". Dans le groupe disposant de la satisfaction à J15 et J45, le score total moyen de la satisfaction s'élevait à 78,9 (ET=15,5) à J15 et à 77,3 (ET=16,1) à J45. Dans ce même groupe, les scores moyens à J15 étaient de 79,2 (ET=19,7) dans la dimension "prise de rendez-vous"; 78,5 (ET=15,6) dans la dimension "accueil et confort"; 73,5 (ET=22) dans la dimension "temps d'attente" et 80,4 (ET=17,3) dans la dimension "consultation avec le médecin". Aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes, tant sur le score total que sur le score dans chacune des dimensions de la satisfaction à J15. Pour l'item 28 du questionnaire EQS-C explorant l'intentionnalité du patient à poursuivre les soins dans le service, 53 (56,4 %) patients du groupe à J15 exprimaient être tout à fait d'accord et 24 (25,5 %) être d'accord avec l'item. Pour les patients ayant complété les deux temps de mesure, 49 (55,1 %) patients déclaraient être tout à fait d'accord et 28 (31,5 %) être d'accord avec une poursuite des soins dans le service concerné. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes ($p=0,82$). Des commentaires dans le champ libre à la question ouverte ont été relevés pour 28 (31,1 %) patients du groupe de patients ayant répondu à J15 seulement et pour 50 (50,6 %) patients du groupe de patients ayant renseigné les deux temps de mesure. Les aspects à améliorer pour les patients concernaient essentiellement l'attente, le confort et l'écoute du médecin à leur rencontre.

Déterminants de la satisfaction vis-à-vis des soins à J45

Les résultats de deux modèles d'analyses construits pour expliquer le score total de la satisfaction de l'EQS-C à J45 sont présentés dans le tableau 4, selon que la variable satisfaction à J15 ait été introduite dans le modèle (modèle 1) ou pas (modèle 2). Seul le score total de satisfaction à J15 est associé au score total de satisfaction à J45 lorsqu'il est introduit dans le modèle, un meilleur score total de satisfaction à J15 ($\beta=0,7$; $p<0,0001$) étant associé à un score de satisfaction total plus élevé à J45 alors que seule l'absence d'antécédents de consultation pour la dépendance apparaît associée à une meilleure satisfaction à J45 dans le modèle 1 ($\beta=6,8$; $p=0,05$). Nous relevons que 47 % de la variance du score de satisfaction à J45 dans la dimension du score total de satisfaction est expliquée par ce modèle 2.

Reproductibilité de la mesure de la satisfaction

Les résultats des calculs des coefficients de corrélation intraclasse pour le score total et pour chacune des dimensions de l'EQS-C sont présentés dans le tableau 5. Ces résultats illustrent une reproductibilité modérée à bonne de la satisfaction entre J15 et J45 avec des coefficients de corrélation intraclasse supérieurs à 0,55 pour les dimensions accueil et confort, prise de rendez-vous et consultation avec le médecin et un coefficient de corrélation intraclasse proche de 0,50 pour la dimension temps d'attente. La reproductibilité au niveau du score total de la satisfaction est bonne avec un coefficient de corrélation intraclasse égal à 0,68.

Discussion

Les résultats de la satisfaction à J15 témoignent d'un niveau satisfaisant de satisfaction précoce vis-à-vis des soins. Le score moyen de la satisfaction dans la dimension « attente » était inférieur aux scores moyens dans les trois autres dimensions, ce qui est également retrouvé dans l'étude de validation du questionnaire EQS-C [5]. De précédents travaux sur la satisfaction vis-à-vis des soins mesurée par d'autres outils de mesure que l'EQS-C, travaux menés au sein de patients présentant des troubles liés à l'usage de substances, pointent des niveaux élevés de satisfaction vis-à-vis des soins chez ces patients au début de la prise en charge [15]. Les auteurs émettent par ailleurs l'hypothèse que le niveau de satisfaction serait plus élevé lors d'une mesure précoce de la satisfaction, les besoins et attentes des patients pouvant être rapidement identifiés et adressés au soignant au début des soins et source de satisfaction alors que l'évaluation plus tardive de la satisfaction serait plus impactée par les difficultés de changement et d'amélioration en lien avec la problématique addictive [15]. Au regard de nos résultats et dans la mesure où il a déjà été rapporté dans la littérature que la longueur du temps d'attente était identifiée comme une cause importante de l'insatisfaction des patients et que cela impactait sur la satisfaction de la relation avec le soignant et les soins délivrés [16,17], nos efforts doivent être maintenus pour perpétuellement améliorer la qualité de soins au-delà de la relation avec le patient dans le champ de la prise en charge ambulatoire.

En ce qui concerne les déterminants de la satisfaction à J45, l'absence d'antécédents de consultation pour la dépendance aux substances se retrouvait être le seul facteur associé au niveau de satisfaction total à J45 dans le modèle 1, les patients ayant des antécédents de prise en charge se révélant être moins satisfaits. Ce résultat peut s'expliquer par le fait d'avoir déjà eu recours dans le passé à ce type de prise en charge, ce qui entraîne généralement une augmentation des attentes et génère une perception moins favorable de la qualité des soins délivrés. Des liens entre les attentes du patient et la satisfaction vis-à-vis des soins ont déjà été démontrés dans ce sens dans des travaux antérieurs [18,19]. Les résultats du modèle 2 révèlent que seul le score de satisfaction à J15 est significativement associé au score total de satisfaction à J45 lorsque le score de satisfaction est candidat au modèle et l'absence de consultation pour la dépendance aux substances n'est plus un facteur associé à la satisfaction à J45. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les patients qui déclarent ne pas avoir d'antécédents de consultation sont en fait plus satisfaits dès J15. Il s'avère que 47 % de la variance du score total de satisfaction à J45 est expliquée par ce modèle 2, ce qui est conséquent.

Nos résultats avec une reproductibilité satisfaisante au niveau du score total de satisfaction J15/J45 sont en faveur d'une stabilité de la satisfaction à J45 en regard de la satisfaction à J15 et confortent ainsi l'idée d'une mesure précoce, dès J15, de la satisfaction dans la prise en charge des patients suivis en ambulatoire. Ces résultats sont cohérents avec ceux des travaux d'une revue systématique de la littérature récente portant sur la satisfaction des patients présentant des troubles psychiatriques et des troubles liés à l'usage de substances pour lesquels des mesures répétées de la satisfaction au cours des soins ont été effectuées [15], une étude pointant une stabilité de la satisfaction au cours de la prise en charge des patients [20]. L'absence de différence statistiquement significative entre les deux temps de mesure à l'item 28 concernant l'intention du patient de continuer à être suivi dans le service, corrobore par ailleurs de cette stabilité de la satisfaction très

précocement dans la prise en charge. L'intérêt d'une mesure précoce de la satisfaction est par ailleurs renforcé par les 29,2 % de perdus de vue dans notre échantillon très tôt dans les soins.

Une première limite concerne le recrutement des patients effectué dans des services de soins spécialisés ambulatoires dans la prise en charge des addictions. Ce mode opératoire a amené à la constitution d'un échantillon qui n'est pas représentatif de l'ensemble des patients présentant une dépendance à l'alcool et/ou aux opiacés et accédant à des soins en ambulatoire. La taille faible de l'échantillon pour apprécier les déterminants de la satisfaction à J45 constitue vraisemblablement une limite au rendu des résultats statistiques. L'absence de différence entre les deux groupes sur le score de la satisfaction à J15 et sur la majorité des caractéristiques liées au patient et à la maladie permet d'écarter un biais de sélection de l'échantillon de patients ayant répondu aux deux temps.

Conclusion

L'étude des facteurs prédictifs de la satisfaction mesurée à 45 jours après le début de la prise en charge ambulatoire révèle que le niveau de satisfaction mesuré plus tôt, à J15, est un prédicteur majeur. Complétés par une reproductibilité de la satisfaction à ces 2 temps de mesure, ces résultats plaident en faveur d'une mesure de la satisfaction dès la deuxième semaine de prise en charge. Cette mesure plus précoce de la satisfaction pourrait être recommandée au sein de la population dépendante aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés initiant des soins ambulatoires. Une évaluation de la satisfaction précoce offrirait ainsi la perspective de repérer les patients insatisfaits et à fort risque de rupture du suivi et ce, à terme, pour ajuster leur prise en charge.

RÉFÉRENCES

1. Rehm J, Gmel G, Sempos CT et al. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res Health* 2003;27:39-51.
2. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J et al. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality of Life Research* 2011;20:139-50.
3. Fan VS, Burman M, McDonnell MB et al. Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. *J Gen Intern Med* 2005;20:226-33.
4. Awad AG. « The patient »: at the center of patient-reported outcomes. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2015;15:729-31.

5. Gasquet I, Villemillot S, Estaquio C et al. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:43.
6. Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Cano N et al. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments. *Eur Psychiatry* 2009;24:540-9.
7. Zhang Z, Gerstein DR, Friedmann PD. Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. *J Health Psychol* 2008;13:388-400.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, Text revision ; 2000.
9. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998;51:1171-8.
10. Endicott J, Nee J, Harrison W et al. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 1993;29:321-6.
11. Bourion-Bédès S, Schwan R, Epstein J et al. Combination of classical test theory (CTT) and item response theory (IRT) analysis to study the psychometric properties of the French version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF). *Qual Life Res* 2015;24:287-93.
12. Bourion-Bédès S, Schwan R, Laprevote V et al. Differential item functioning (DIF) of SF-12 and Q-LES-Q-SF items among french substance users. *Health Qual Life Outcomes* [Internet] 2015;13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4619284/>
13. Lépine J. L'échelle HAD [Hospital anxiety and depression scale].. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Guelfi J; 1996, Tome 1 {Standardized clinical psychiatric assesment. Vol. 1}. page 367-74.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-70.
15. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry* 2011;11:64.

16. Siponen U, Välimäki M. Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003;10:129-35.
17. Lundqvist L-O, Ahlström G, Wilde-Larsson B et al. The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012;19:629-37.
18. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev* 1996;53:3-27.
19. Bourion-Bédès S, Schwan R, Di Patrizio P et al. The effects of patient and physician characteristics on early outpatient satisfaction with substance dependence care: results of the SUBUSQOL study. *Patient Prefer Adherence* 2017;11:887-96.
20. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR et al. "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. *J Trauma Stress* 1998;11:437-56.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de l'échantillon

Caractéristiques	Echantillon total		Patients Mesure seule J15		Patients Mesures J15 et J45		P value
	(N=189)		(N=99)		(N=90)		
	N	Moy (ET) / %	N	Moy (ET) /%	N	Moy (ET) /%	
Age	185	40,1 (11,4)	97	38,8 (11,6)	88	41,5 (11,1)	0,04*
Sexe							0,29
Homme	153	80,4	83	83,8	70	77,8	
Femme	36	19,6	16	16,2	20	22,2	
Statut marital							0,03
Jamais marié(e)	82	44,8	46	47,9	36	41,4	
Marié(e)/ vie de couple	67	36,6	39	40,6	28	32,2	
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	34	18,6	11	11,5	23	26,4	
Niveau d'éducation							0,16
Collège	23	12,4	15	15,3	8	9,1	
Lycée	126	67,7	68	69,4	58	65,9	
Etudes supérieures/université	37	19,9	15	15,3	22	25,0	
Mode de vie							0,79
Seul(e)	65	34,9	34	35,1	31	34,8	
Avec famille	82	44,1	40	41,2	42	47,2	
Avec ami(s)	32	17,2	19	19,6	13	14,6	
Sans domicile, foyer urgence	7	3,8	4	4,1	3	3,4	
Activité professionnelle							0,66
Activité temps plein	63	33,7	32	32,7	31	34,8	
Activité temps partiel	9	4,8	6	6,1	3	3,4	
Etudiant/ sans emploi	109	58,3	58	59,2	51	57,3	
Retraité	6	3,2	2	2,0	4	4,5	
Type de dépendance							
Alcool	92	48,2	44	44,4	48	53,3	0,22
Opiacés	97	51,8	55	55,6	42	46,7	
Durée dans la maladie (années)	185	15,3 (11,2)	96	13,4 (10,5)	89	17,3 (11,7)	0,02
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques (oui)	75	40,3	37	38,1	38	42,7	0,52

Moy : moyenne

ET : écart-type * p< 0.05

Tableau 2. Etat de santé perçue de l'échantillon

	Echantillon total			Patients Mesure J15 seule			Patients Mesures J15 et J45			<i>P value**</i>
	(N=189)			(N=99)			(N=90)			
	N	Moy	ET*	N	Moy	ET*	N	Moy	ET*	
Qualité de vie										
SF-12 score résumé physique	176	45,0	9,0	90	44,4	9,1	86	45,5	8,9	0,43
SF-12 score résumé mental	176	35,0	10,3	90	35,2	10,4	86	34,7	10,3	0,77
Q-LES-Q-SF	184	51,7	17,7	97	52,1	19,2	87	51,3	15,9	0,75
HADS										
Score anxiété	173	10,4	4,3	89	10,6	4,5	84	10,2	4,3	0,50
Score dépression	174	8,3	4,1	89	8,1	4,5	85	8,4	3,9	0,67

Moy : moyenne

*ET : écart-type

** Test de Wilcoxon

Tableau 3. Scores de satisfaction de l'échantillon à l'échelle EQS-C

	Patients			Patients Mesures J15/J45			
	Mesure J15 seule			J15		J45	
	J15			J15		J45	
	N=99			N=90		N=90	
	N	Moy* (ET)	N	Moy* (ET)	N	Moy* (ET)	
EQS-C							
Prise de rendez-vous	95	79,4 (17,0)	88	79,2 (19,7)	85	79,1 (19,5)	
Accueil et confort	95	76,4 (17,3)	88	78,5 (15,6)	87	77,6 (16)	
Temps d'attente	94	72,2 (25,9)	88	73,5 (22,0)	87	72,9 (21,7)	
Consultation avec le médecin	95	79,3 (17,1)	87	80,4 (17,3)	90	77,3 (19,6)	
Score total satisfaction	95	77,8 (15,7)	89	78,9 (15,5)	90	77,3 (16,1)	

Moy : moyenne*ET : écart-type

** Test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour variables qualitatives, test de Wilcoxon pour les variables quantitatives

Tableau 4. Facteurs associés au score de satisfaction total à J45 - modèles 1 et 2

	Satisfaction score total				Satisfaction score total			
	Modèle 1 (N =88)				Modèle 2(N =87)			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée		Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	β /Moy*	P	β /Moy*	P value	β /Moy*	P value	β /Moy*	P value
Score total satisfaction à J15 dans la dimension					0,72	<0,001	0,7	<0,0001**
Age	0,05	0,76			0,05	0,76		
Sexe		0,81				0,81		
Homme	77,3				77,3			
Femme	78,3				78,3			
Statut marital		0,34				0,34		
Jamais marié(e)	78,2				78,2			
Marié(e)/ vie de couple	74,0				74,0			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)								
Niveau d'éducation		0,29				0,29		
Collège	75,6				75,6			
Lycée	76,1				76,1			
Activité professionnelle		0,44				0,44		
Activité temps plein	80,5				80,5			
Activité temps partiel	70,1				70,1			
Etudiant/ sans emploi	75,8				75,8			
Retraité	82,3				82,3			
Type de dépendance		0,05		0,12		0,04		0,35
Alcool	80,4		5,4		80,4		2,5	
Durée dans la maladie (années)	0,13	0,38			0,13	0,38		
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques		0,73				0,73		
Oui								
Non	76,8				76,8			
Antécédents de soins pour dépendance aux substances		0,05		0,05**		0,05		0,37
Oui								
Non	72,7		0		72,7		0	
Origine de la prise en charge		0,60				0,60		
Patient	76,2				76,2			
Médecin	79,6				79,6			
HADS								
Score Anxiété	0,17	0,67			0,17	0,67		
Score Dépression	-0,52	0,22			-0,52	0,22		
Qualité de vie								
SF-12 score résumé physique	0,19	0,33			0,19	0,33		
SF-12 score résumé mental	0,12	0,65			0,12	0,48		
Concordance sexe patient/ médecin								
Oui		0,99				0,99		
Non	76,2				76,2			
Qualité du médecin ou thérapeute		0,79				0,79		
Docteur	76,7				76,7			
Interne	76,8				76,8			
	77,0				77,0			

Stratégie thérapeutique		0,72		0,72
Arrêt consommation	78,3		78,3	
Réduction des consommations	77,0		77,0	
Traitement médicamenteux		0,80		0,80
Oui	77,2		77,2	
Non	78,2		78,2	

*Moy : moyenne pour les variables qualitatives ; β : coefficient de régression linéaire pour les variables quantitatives R^2 0,10 pour le modèle 1 ; R^2 0,47 pour le modèle 2

Tableau 5. Reproductibilité de la satisfaction à l'échelle EQS-C J15 et J45

	Patients- Mesures J15/J45	
		N=90
	N	ICC
<hr/>		
EQS-C		
Prise de rendez-vous	84	0,699
Accueil et confort	86	0,576
Temps d'attente	86	0,482
Consultation avec le médecin	87	0,581
Score total satisfaction	89	0,68
