

**Qualité de vie et déterminants de son évolution au cours
de la prise en charge ambulatoire de patients dépendants
aux substances psychoactives : résultats de la cohorte
SUBUSQOL**

Ophélie Muller

► **To cite this version:**

Ophélie Muller. Qualité de vie et déterminants de son évolution au cours de la prise en charge ambulatoire de patients dépendants aux substances psychoactives : résultats de la cohorte SUBUSQOL. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297427

HAL Id: hal-03297427

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297427>

Submitted on 23 Jul 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

MULLER Ophélie

le 04 Octobre 2018

**QUALITÉ DE VIE ET DÉTERMINANTS DE SON ÉVOLUTION AU
COURS DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE PATIENTS
DÉPENDANTS AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :**

Résultats de la cohorte SUBUSQOL

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

Madame le Docteur Stéphanie BOURION-BÉDÈS

Président

Juge

Juge

Juge et Directrice



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
 Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
 Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET
 Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
 Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
 Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER
 Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques
 LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL
 – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
 Pierre PAYSANT Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL -
 Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel
 SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER -
 Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
 Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAURÉIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Professeur de Psychiatrie Adulte et Addictologue au CPN de Nancy,
Président du jury et Juge,**

Je vous remercie de m'avoir permis de travailler sur l'étude SUBUSQOL et vous suis profondément reconnaissante de m'avoir donné votre aval pour étudier la qualité de vie des patients atteints de troubles liés à l'usage de substances. Depuis le début de mon internat l'addictologie suscite mon intérêt et ce travail de thèse a su faire de cette curiosité naissante un de mes domaines de prédilection.

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse.
Qu'il me soit permis de vous témoigner ma gratitude et tout mon respect.

**À Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Professeur de Pédopsychiatrie et Addictologue au CPN de Nancy,
Juge,**

Vos grandes qualités humaines et scientifiques sont pour moi un exemple et votre présence au sein de ce jury me fait honneur. Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

**À Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN,
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier,
Docteur en Épidémiologie et Méthodologiste au CHRU de Nancy,
Juge,**

Soyez vivement remercié de l'intérêt porté à ce travail de thèse. Votre aide précieuse, vos remarques pertinentes et vos suggestions avisées ont été décisives pour nos recherches.

Qu'il me soit permis de vous communiquer toute ma reconnaissance.

**À Madame le Docteur Stéphanie BOURION-BÉDÈS,
Docteur en Pédopsychiatrie et Addictologue au SMPR de Metz,
Directrice de thèse et Juge,**

Je ne saurais assez te remercier pour ton encadrement sans faille, ton discernement et ta grande disponibilité. Par tes nombreux conseils et tes encouragements, tu as su me rassurer et me guider tout au long de cette vaste entreprise. J'ai beaucoup appris à tes côtés.

Merci encore de la confiance dont tu m'as témoigné en acceptant de diriger cette thèse.

À toutes les équipes qui m'ont vu grandir professionnellement,

À l'équipe du SMPR de Metz,

C'est sous votre regard bienveillant que j'ai eu la chance de faire mes premiers pas d'interne. Ces douze mois passés auprès de vous ont été une expérience formidable. Portée par votre exceptionnelle gentillesse et votre bonne humeur, j'ai non seulement beaucoup appris à vos côtés mais également gagné en assurance. Aux Docteurs Luka SEVERDIJA, Caroline PHAN-DINH et Elsa CLERGET, à Agathe, Adeline, Sean, Catja, Michel, Valérie, Mireille, Virginie, Alexandra, Patricia, Laurence, Odile, Brigitte, Alicia, Fabienne, Marie-Pierre et Rachel. Je vous suis infiniment reconnaissante.

Aux équipes de l'Unité 6 du CPN de Nancy,

Merci à tous les soignants des Unités de Soins Protégés et Libres du pôle de Toul, et tout particulièrement au Professeur Jean-Pierre KAHN ainsi qu'aux Docteurs Pauline KIEFFER et Sarah LOPPARELLI. Votre humanité, votre rigueur clinique et votre professionnalisme m'ont tant apporté. Merci de m'avoir ainsi fait grandir et évoluer.

À l'équipe du CMP Winnicott de Metz,

J'ai eu la chance de faire mes deux semestres de Pédopsychiatrie dans vos murs. Votre énergie communicative, votre douceur bienveillante et votre patience sont des trésors. Vous m'avez permis de vaincre mes appréhensions et fait aimer ce champ d'exercice si singulier qu'est la Pédopsychiatrie. Merci au Docteur Anne TAILLEMITE pour nos précieux échanges, à Fabienne, Nathalie, Béatrice, Marie-Laure, Martine et Morgane pour votre entrain et votre gentillesse et merci encore à Brigitte et Sabine pour ces inoubliables moments de partage avec les enfants au Centre Pompidou de Metz.

À l'équipe du CSAPA de Nancy,

Votre dynamisme et votre ouverture d'esprit exemplaires forgent l'admiration. À vos côtés, j'ai pu parfaire mon autonomie et approfondir ma pratique. Merci pour toutes les précieuses connaissances que vous m'avez enseignées.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail de thèse.

À l'ensemble des enseignants du DES de Psychiatrie,

Au Docteur Pierre HORRACH,

Merci de m'avoir choisie pour compléter votre équipe au sein de l'UHSA du CPN de Nancy. Cette marque de confiance m'honore et il me tarde de prendre mes fonctions auprès de mes futurs collègues.

À ma famille,

À mes parents,

Merci pour votre indéfectible soutien et votre amour infini. Sans les formidables valeurs humaines que vous m'avez transmises, je n'aurais pas pu devenir celle que je suis aujourd'hui. Voir la fierté briller dans vos yeux est pour moi le plus beau des cadeaux. Je ne vous le dirai jamais assez, vous êtes extraordinaires et je vous aime de tout mon cœur.

À mes grands-parents Anny, Jacques, Isabelle et Jean-Louis,

À ma mémé Renée,

À ma tante Martine et mon oncle Pierre,

D'ici ou de là-haut, merci de m'avoir toujours encouragée et d'avoir si bien veillé sur moi.

À mes amis,

À Serhat,

Merci d'avoir été là pour moi durant toutes ces années. Tant de fois tu as su trouver les mots pour me réconforter, me rassurer et me redonner le sourire. J'ai une chance inouïe de t'avoir dans ma vie et la demi-portion que je suis ne pouvais rêver meilleur ami que toi.

À Arthur, Armand et Léna, mes plus jolies rencontres de cet internat.

Merci pour votre infinie gentillesse, votre bonne-humeur et votre grain de folie.

Et à tous les autres, pour ces fantastiques soirées, ces éclats de rire, ces échanges animés, ces réassurances bien senties et plus largement chaque précieux moment de partage. À Grégory, Marion, Bruno, Alexandra, Nathanaël, Marine, Eve, Baptiste, Sondos, Guillaume B., Majda, Pierre-Henry, Marie, Laura, Julie, Guillaume J. et Yan, ainsi qu'à ces vieux amis qui ont pris une autre route que la mienne et à tous ceux que j'aurai pu oublier... Merci.

À Ludovic,

Je voudrais tant que tu puisses te voir à travers mes yeux pour ne plus jamais douter de toi. Tu es un être exceptionnel et le temps n'a pas d'emprise sur l'admiration que je te porte. Entre nous, tout a toujours été simple, comme une évidence. Peu importent les obstacles ou les difficultés à venir, aujourd'hui plus rien ne m'effraie car je sais que main dans la main nous traverserions l'impossible s'il le fallait. Merci d'avoir illuminé ma vie. Je t'aime.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	18
INTRODUCTION	19
CHAPITRE 1 : QUALITÉ DE VIE ET SATISFACTION VIS-À-VIS DES SOINS	20
1. La santé et la qualité de vie	20
1.1. Définition et évolution des concepts	20
1.2. La qualité de vie, un concept subjectif, multidimensionnel et dynamique	21
1.2.1. La subjectivité.....	21
1.2.2. L'aspect multidimensionnel	22
1.2.3. Le caractère dynamique	23
1.3. La mesure de la qualité de vie	23
1.4. Intérêts de la mesure de la qualité de vie.....	25
1.4.1. Intérêt clinique de la mesure de la qualité de vie	25
1.4.2. Intérêts politique et économique de la mesure de la qualité de vie	26
1.5. Difficultés et limites de la mesure de la qualité de vie.....	27
1.6. Les déterminants de la qualité de vie et de son évolution	29
1.6.1. Caractéristiques socio-démographiques	29
1.6.2. Dans le champ des maladies psychiatriques.....	29
1.6.3. Dans le champ des addictions.....	30
2. La satisfaction vis-à-vis des soins	33
2.1. Définition et cadre réglementaire	33
2.2. La mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins	34
2.2.1. L'analyse des plaintes.....	34
2.2.2. L'approche qualitative	34
2.2.3. L'approche quantitative	35
2.3. Des liens complexes entre soins, satisfaction vis-à-vis des soins et qualité de vie	35
CHAPITRE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE	38
1. Méthodologie	38
1.1. Type d'étude et population étudiée	38
1.2. Échantillon étudié et critères d'éligibilité.....	38
1.3. Indicateurs étudiés, méthode de mesure et mode de passation	39
1.3.1. Les données socio-démographiques, cliniques et sur la prise en charge.....	40
1.3.2. La qualité de vie	41
1.3.2.1. Méthode de mesure.....	41
1.3.2.2. Mode de passation	41

1.3.3. La satisfaction vis-à-vis des soins	42
1.3.3.1. Méthode de mesure	42
1.3.3.2. Mode de passation	42
1.3.4. L'anxiété-dépression	43
1.3.4.1. Méthode de mesure	43
1.3.4.2. Mode de passation	43
1.4. Analyse statistique.....	43
1.4.1. La saisie des données.....	43
1.4.2. L'exploitation des données	44
2. Organisation logistique.....	45
2.1. Information du patient et garantie éthique	45
2.2. Implication personnelle dans la recherche.....	45
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	47
3. Résultats.....	73
3.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon	73
3.2. État de santé perçu à l'inclusion et à 3 mois de suivi.....	75
3.3. Satisfaction précoce vis-à-vis des soins	77
3.4. Déterminants de l'évolution de la qualité de vie après 3 mois de suivi	78
CHAPITRE 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	80
1. Résultats principaux.....	80
1.1. Caractéristiques de l'échantillon de patients	80
1.2. Niveaux de qualité de vie et évolution à 3 mois.....	81
1.3. Déterminants de l'évolution de la qualité de vie	82
2. Forces et limites de l'étude	84
2.1. Échantillonnage	84
2.2. Effectif et puissance statistique	84
2.3. Les forces de l'étude.....	85
3. Perspectives.....	87
3.1. En clinique	87
3.2. En santé publique.....	87
3.3. En recherche	88
CONCLUSION.....	89
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	90
ANNEXES.....	102

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : <i>Design de l'étude sur la période de T0 à T2</i>	39
Tableau 1 : <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon</i>	73
Tableau 2 : <i>Scores de santé perçue à 0 et 3 mois chez les patients répondeurs et non répondeurs au EQS-C</i>	75
Tableau 3 : <i>Satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus</i>	77
Tableau 4 : <i>Déterminants de l'évolution de la qualité de vie entre 0 et 3 mois</i>	78

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- CCTIRS** : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
- CHRU** : Centre Hospitalier Régional et Universitaire
- CIC-EC** : Centre d'Investigation Clinique - Épidémiologie Clinique
- CNIL** : Comité National Informatique et Liberté
- CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition
- EQS-C** : Échelle de Qualité de Soins en Consultation
- ET** : Écart Type
- HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale
- INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- MCS** : Mental Component Summary score
- MOS SF-12** : Medical Outcome Study 12-Items Short Form
- MOS SF-36** : Medical Outcome Study 36-Items Short Form
- NHP** : Nottingham Health Profile
- OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PARC** : Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique
- PCS** : Physical Component Summary score
- PROs** : Patient-Reported Outcomes
- PROQOLID** : Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database
- QV** : Qualité de Vie
- SAS** : Statistical Analysis System
- SUBUSQOL** : SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life
- WHOQOL** : World Health Organization Quality of Life

INTRODUCTION

Les troubles liés à l'usage des substances constituent un problème majeur de santé publique, dont la prévalence est estimée à 31 millions de personnes à travers le monde (1). Responsables d'un taux de morbi-mortalité considérable, l'Organisation Mondiale de la Santé les a classé parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^{ème} siècle (2,3). Les dernières statistiques de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies retrouvent 3,4 millions de consommateurs à risque d'alcool et 230 000 usagers réguliers d'opiacés en France (4,5). Ces chiffres témoignent de l'ampleur du problème et soulignent l'importance d'une prise en charge optimale de ces patients. À cet effet, de plus en plus de recherches s'intéressent aux indicateurs de santé perçue des patients dépendants aux substances psychoactives, au sein desquels la qualité de vie tient une place centrale.

Notre recherche a pour objectif d'identifier les déterminants de l'évolution de la qualité de vie des patients dépendants à l'alcool ou aux opiacés qui initient une prise en charge ambulatoire et questionne notamment la valeur prédictive du niveau de satisfaction précoce vis-à-vis des soins sur cette évolution après 3 mois de suivi.

Ainsi, la première partie de ce travail de thèse s'attache à décrire les concepts de qualité de vie et de satisfaction vis-à-vis des soins. La méthodologie, l'organisation logistique de l'étude SUBUSQOL et les résultats de notre axe de recherche sont présentés dans une deuxième partie. Celle-ci est illustrée par un article scientifique intitulé « *Patient's early satisfaction with care: a predictor of quality of life change among outpatients with substance dependence* ». Dans une troisième et dernière partie, nous discutons les résultats de notre recherche, relevons ses forces et ses limites, puis abordons les perspectives amenées par ce travail, en clinique, en santé publique ainsi qu'en recherche.

CHAPITRE 1 : QUALITÉ DE VIE ET SATISFACTION VIS-À-VIS DES SOINS

1. La santé et la qualité de vie

1.1. Définition et évolution des concepts

La définition du mot « santé » a évolué au fil des siècles. Jusqu'à l'aube des années quarante, la santé était conçue comme un capital. État de forme apprécié en regard des notions de mortalité et de morbidité, elle reflétait « la vie dans le silence des organes » (6). Il fallut attendre l'achèvement de la seconde Guerre Mondiale pour que cette célèbre maxime de René Leriche cède sa place à l'acception moderne de la notion de santé. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit en 1946 dans le préambule de sa constitution comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité » (7). Cette notion de « bien-être » a ouvert la voie à l'approche perceptuelle de la santé, centrée sur le ressenti du patient : la « qualité de vie » ou QV (8). Si les premières tentatives de conceptualisation de la qualité de vie restaient principalement axées sur le symptôme et le retentissement fonctionnel provoqué par la maladie, sa définition fut progressivement enrichie d'autres dimensions, permettant un abord de plus en plus exhaustif de ce concept.

La littérature reflète les difficultés rencontrées par les auteurs pour définir cette notion complexe de la façon la plus consensuelle et complète possible. En 1984, Kenneth Calman fait de l'aspiration une propriété singulière de la qualité de vie, qu'il définit comme « l'écart entre les attentes d'une personne et son expérience vécue » (9). Un an plus tard, Harvey Schipper y voit « la représentation fonctionnelle et pragmatique de la réponse physique, psychologique et sociale du patient à une maladie et à son traitement » (10). En

1986, Jeremiah Noah Morris renoue avec l'idée de bien-être et propose une définition opérationnelle de la qualité de vie, qui consiste en « la prévention et le soulagement de la souffrance physique et mentale, ainsi qu'en la présence d'un réseau de soutien familial et amical » (11). Pour David Cella, ce concept renvoie à « l'évaluation des patients et à leur satisfaction quant à leur niveau actuel de fonctionnement en comparaison de ce qu'ils perçoivent comme étant possible ou idéal » (12). Toutes ces définitions, éparses, incomplètes et abstraites, échouent à asseoir la qualité de vie comme un paramètre appréciable de façon fiable et reproductible pour la pratique clinique. En 1991, l'OMS crée un groupe de travail dédié à la qualité de vie et à sa mesure : le World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) (13). En 1994, il définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (14). Cette approche, qui insiste sur la nature multidimensionnelle de la qualité de vie et souligne son caractère subjectif, constitue l'un des fondements de la restructuration des définitions académiques classiques.

1.2. La qualité de vie, un concept subjectif, multidimensionnel et dynamique

Bien qu'il n'existe pas encore de définition consensuelle de la qualité de vie, trois grands aspects de sa conceptualisation font cependant l'unanimité : sa subjectivité, son aspect multidimensionnel et son caractère dynamique.

1.2.1. La subjectivité

Procédant du jugement que tout un chacun pose à un moment donné sur sa propre réalité, la qualité de vie résulte de la seule appréciation de l'individu concerné, selon des références, des attentes et des aspirations qui lui sont propres (15). Aussi, le regard qu'un patient porte sur sa qualité de vie n'est pas toujours en adéquation avec les données

recueillies par les cliniciens au moyen d'outils d'hétéro-évaluation (16). Il apparaît ainsi opportun de faire du patient le principal évaluateur de sa qualité de vie. La nécessité de se placer du point de vue du patient fait d'autant plus sens en psychiatrie (17), une discipline dans laquelle il est difficile pour un observateur extérieur d'apprécier avec exactitude l'impact des symptômes sur la qualité de vie, nombre d'entre eux étant perceptuels ou subjectifs (18).

La qualité de vie s'intègre ainsi pleinement parmi les nouveaux indicateurs centrés sur l'appréciation et le ressenti du patient : les « Patient-Reported Outcomes » ou PROs (19). Regroupant l'ensemble des résultats dont le patient est lui-même la source, les PROs offrent l'avantage de s'affranchir du risque d'interprétation par un tiers des données recueillies.

1.2.2. L'aspect multidimensionnel

La qualité de vie est un concept très large, influencé de manière complexe par de multiples facteurs individuels et environnementaux (20). Il est aujourd'hui admis que le champ de la qualité de vie s'organise autour de quatre dimensions principales :

- La dimension physique (niveau d'activité, degré d'autonomie...)
- La dimension somatique (douleur, asthénie, compliance et tolérance thérapeutique...)
- La dimension psychologique (anxiété, humeur, image de soi, spiritualité...)
- La dimension sociale et environnementale (réseau de soutien familial et amical, sexualité, loisirs, fonctionnement professionnel, ressources économiques...)

La « qualité de vie liée à la santé » est une approche restreinte de la qualité de vie, qui tend à se limiter au retentissement de l'état de santé d'un individu sur sa qualité de vie (21). Bien qu'ils ne soient pas superposables, les concepts de qualité de vie et de qualité de vie liée à la santé n'en restent pas moins proches. Ainsi, dans la littérature comme dans la recherche, ces deux expressions sont souvent employées sans distinction d'usage (22,23).

1.2.3. Le caractère dynamique

La qualité de vie d'un individu peut évoluer très rapidement dans le temps, en fonction de nombreux facteurs intrinsèques ou extrinsèques. Par conséquent, il ne s'agit pas d'un absolu mais d'un continuum, qu'il est pertinent de considérer tout au long de l'évolution d'une maladie ou d'un handicap. La qualité de vie constitue ainsi un concept dynamique et évolutif, dont l'évaluation revêt un caractère temporel (24).

1.3. La mesure de la qualité de vie

La prise en compte du point de vue du patient représente depuis toujours un élément essentiel de la pratique médicale. Toutefois, sa mesure et sa formalisation sont des phénomènes récents. Les premiers outils de mesure standardisés de la qualité de vie sont apparus à la fin des années soixante. Ils avaient pour objectif principal de répondre à la volonté croissante d'apporter des soins adaptés à la demande des patients, rendant nécessaire l'appréciation des résultats des stratégies thérapeutiques employées au-delà du seul point de vue des professionnels de santé. Leur utilisation s'est depuis considérablement étendue et structurée, donnant à ces instruments une place désormais reconnue parmi les outils d'évaluation de la santé (25).

En psychiatrie, l'évaluation de la qualité de vie s'est développée plus tardivement que dans les autres disciplines médicales. Ce délai semble s'expliquer par une vision de longue date selon laquelle les instruments d'évaluation classiquement utilisés en psychiatrie appréciaient déjà la qualité de vie des patients en questionnant leur bien-être, rendant ainsi la mesure de la qualité de vie superflue (26). Or, si les outils d'évaluation psychiatrique standards sont effectivement le plus souvent centrés sur le patient, ils se limitent à un rapport individuel des symptômes perçus, ce qui ne saurait se substituer à une authentique évaluation de la qualité de vie. En pratique, les instruments de mesure spécifiques de la qualité de vie

ont d'abord été créés pour les patients présentant des troubles psychotiques (27) ou dépressifs (28). Ils ont ensuite été développés pour les patients atteints de troubles anxieux (29), de troubles obsessionnels compulsifs (30) et de troubles addictifs (31). Plus récemment, des questionnaires ont également été conçus et utilisés dans le syndrome de stress post-traumatique, les troubles de la personnalité et les maladies mentales propres à l'enfance (32). Tous ces outils ont été validés dans différentes populations de patients, à l'échelle nationale et internationale (33).

Deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie peuvent être utilisées : l'évaluation qualitative qui s'appuie sur des relevés d'informations factuelles, des grilles d'observation des comportements ou des guides d'entretien, et l'évaluation quantitative qui utilise des auto et/ou des hétéro-questionnaires. L'approche qualitative présente un certain nombre d'inconvénients parmi lesquels une standardisation difficile, une utilisation limitée dans les études comparatives, une possibilité réduite d'application à grande échelle et un coût élevé. La qualité de vie est donc préférentiellement évaluée selon l'approche quantitative. La plupart des questionnaires utilisés ont été développés dans des pays d'Europe et d'Amérique du Nord. L'élaboration de ces instruments de mesure relève d'un travail d'experts, long et difficile. Aussi, la transcription d'une échelle déjà validée dans un autre pays est souvent privilégiée au développement d'un nouveau questionnaire. Le contexte socioculturel conditionnant en partie les valeurs accordées aux différentes dimensions de la qualité de vie, la traduction des items du questionnaire doit être couplée à un travail d'adaptation culturelle. Fruits d'une collaboration entre cliniciens, linguistes, statisticiens et psychométriciens, ces outils possèdent des propriétés psychométriques robustes (34).

Plusieurs outils de mesure de la qualité de vie sont à la disposition des cliniciens et des chercheurs via la base PROQOLID™. Parmi eux, deux types de questionnaires permettent d'apprécier la qualité de vie : les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques. Les questionnaires de qualité de vie génériques ont l'avantage de pouvoir être utilisés indifféremment dans diverses populations de sujets, malades ou non, rendant possible la comparaison de la qualité de vie de patients présentant des pathologies différentes. Ils comprennent entre autres le MOS SF-36 (Medical Outcome Study 36-Items Short Form), le MOS SF-12 (Medical Outcome Study 12-Items Short Form, version abrégée du SF-36), le NHP (Nottingham Health Profile) et le WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life BREF, version raccourcie à 26 items du WHOQOL-100). Les questionnaires de qualité de vie spécifiques sont eux adaptés à une maladie ou à un symptôme donné. Particulièrement sensibles au changement, ils offrent des résultats précieux mais la comparaison des résultats entre des populations différentes s'avère plus difficile qu'avec les questionnaires génériques.

1.4. Intérêts de la mesure de la qualité de vie

La mesure de la qualité de vie présente un intérêt remarquable, tant en pratique clinique quotidienne que dans les domaines de la recherche et de la santé publique.

1.4.1. Intérêt clinique de la mesure de la qualité de vie

Plusieurs études réalisées dans le champ des maladies chroniques ont démontré qu'un faible score de qualité de vie en début de prise en charge est associé à une évolution défavorable de l'état de santé du patient (35,36). Ainsi, la mesure de la qualité de vie permet non seulement d'apprécier l'impact d'une maladie sur l'état de santé d'un individu, mais rend également possible l'identification précoce des patients qui présentent un profil évolutif désavantageux. Guidés par la valeur prédictive de la qualité de vie, les soignants peuvent

alors proposer à ces patients des prises en charge spécifiques au moyen d'actions préventives et thérapeutiques ciblées (37,38). Il a par ailleurs été établi que l'évaluation de la qualité de vie accentue la pertinence de l'information délivrée aux patients et qu'elle favorise l'adhésion au traitement ainsi que l'observance. Elle améliore aussi la qualité de la communication patient-médecin (39) et renforce l'alliance thérapeutique (40,41). Enfin, la mesure de qualité de vie revêt une utilité pour la recherche clinique, où elle permet d'éviter les biais liés au changement d'observateur et participe à l'évaluation de traitements et de technologies nouvelles dans le cadre d'essais thérapeutiques.

1.4.2. Intérêts politique et économique de la mesure de la qualité de vie

La science médicale moderne a permis des progrès significatifs en termes de diagnostic et de traitement, entraînant une augmentation de l'espérance de vie : des maladies autrefois létales sont devenues des affections chroniques. Ainsi, le développement de la mesure de la qualité de vie a non seulement été encouragé par la montée de la position de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé, où il tient désormais une place centrale, mais également par la prévalence croissante des maladies chroniques pour lesquelles c'est la qualité de la survie qui prime.

À ce titre, la qualité de vie est fréquemment utilisée comme élément d'intérêt au cœur des actions de santé publique : l'OMS a fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité. En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 a pris en compte cette nécessité en proposant le « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 » (42), qui prévoyait notamment d'aider chaque patient à mieux appréhender sa maladie, d'explorer les besoins des malades, de faciliter leur vie quotidienne et d'élargir la médecine de soin à la prévention. La mesure de qualité de vie peut aussi servir au cours d'enquêtes

épidémiologiques transversales. Utilisée dans des populations de malades chroniques, elle offre aux chercheurs des éléments d'interprétation et de compréhension du niveau de qualité de vie chez ces patients. En population générale, l'emploi répété de cette mesure, comme lors de l'enquête décennale Santé de l'INSSE ou du Baromètre santé de l'INPES, fournit aux décideurs d'importants éléments de compréhension du niveau moyen de qualité de vie et de son évolution au cours de temps. Enfin, plusieurs études constatent une réduction des dépenses de santé lorsque des stratégies de prévention et d'accompagnement thérapeutique sont mises en place (25). Réfléchir aux voies d'amélioration de la qualité de vie pourrait également permettre de faire des économies de santé à long terme.

1.5. Difficultés et limites de la mesure de la qualité de vie

Bien que l'utilité de l'évaluation de la qualité de vie soit aujourd'hui consensuelle, son emploi reste marginal (43). La littérature fournit des pistes de réflexion concernant cette sous-utilisation de la mesure de la qualité de vie.

Tout d'abord, certains auteurs rapportent une méconnaissance des instruments de mesure de la qualité de vie, notamment des situations dans lesquelles ils peuvent être utilisés et de leur acceptabilité (praticité d'usage, temps nécessaire au remplissage ou bien logistique à mettre en œuvre) (44). D'autres soulignent le manque de sensibilité au changement de ces outils, interrogent leur pertinence dans la pratique clinique quotidienne et remettent en question l'approche normative inhérente au concept de qualité de vie.

Une autre problématique rencontrée est la difficulté d'interprétation des résultats. Très peu de questionnaires mettent à disposition des utilisateurs des valeurs de référence des scores, rendant le positionnement du patient par rapport à la population générale difficile pour le clinicien qui les utilise. Lorsque ces normes ne sont pas disponibles, les études suggèrent d'utiliser comme référentiel les valeurs de scores produites par la population ayant

servi à la validation initiale de l'outil, si tant est que cette population soit représentative de la population cible (45). Des méthodes d'aide à l'interprétation des scores, qui reposent sur la classification des individus dans des catégories de niveaux de qualité de vie, sont également proposées (46,47). Le principal inconvénient de ces méthodes est que les seuils des scores permettant d'établir ces différentes catégories dépendent de l'échantillon sur lesquels ils sont produits, ce qui vient questionner la transposabilité des résultats. L'interprétation des scores basés sur des données longitudinales soulève une autre difficulté : l'évolution des scores de qualité de vie au cours du temps pourrait aussi bien refléter un réel changement du niveau de qualité de vie qu'être l'expression de facteurs psychosociaux individuels (adaptation du patient à la maladie et ses conséquences ou modification des standards internes de l'individu) (48). Le sens clinique à attribuer à l'évolution temporelle des scores de qualité de vie reste donc à explorer.

Un dernier point à évoquer est la réticence des cliniciens et des chercheurs à proposer une évaluation de la qualité de vie au moyen d'auto-questionnaires à des patients présentant une importante altération des fonctions supérieures ou un trouble mental grave (49). L'idée selon laquelle ces patients ne seraient pas en mesure de fournir une appréciation valide et fiable de leur qualité de vie a longtemps persisté (50). Désormais, la littérature légitime l'emploi d'auto-questionnaires de qualité de vie chez ces patients (51). Des études récentes ont analysé les indicateurs de validité et de fiabilité produits à partir de ces populations spécifiques et les ont comparés aux données de référence (52,53). Tous ces travaux, conduits sur des populations présentant des pathologies mentales ou neurocognitives différentes avec des degrés de sévérité variables, mènent à des conclusions similaires : l'utilisation d'auto-questionnaires de qualité de vie chez les patients atteints de troubles psychiatriques ou cognitifs permet une mesure fiable et robuste de cet indicateur de santé perçue (54,55).

1.6. Les déterminants de la qualité de vie et de son évolution

L'identification des facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie est un préalable nécessaire à la mise en place des actions de santé publique visant à son amélioration. La littérature met ainsi en évidence plusieurs déterminants de la qualité de vie et de son évolution, tant en population générale que chez les patients atteints de maladies chroniques.

1.6.1. Caractéristiques socio-démographiques

Cinq déterminants sociodémographiques de la qualité de vie sont retrouvés dans la littérature : le sexe, l'âge, le niveau d'étude, le revenu et la situation familiale (56).

Ainsi, les femmes rapportent une moins bonne qualité de vie que les hommes, notamment sur le plan de la santé mentale, tandis que les 18-24 ans déclarent une qualité de vie sensiblement supérieure aux plus de 74 ans, avec une différence particulièrement marquée dans le domaine de la santé physique. Le niveau d'étude est également déterminant, le score de qualité de vie étant d'autant plus bas que le degré d'instruction des patients est faible (57). En ce qui concerne le revenu, il existe un gradient des patients les plus démunis vers les plus aisés. Aussi, un statut professionnel actif participe à une évaluation favorable de la qualité de vie (58). Enfin, la qualité de vie est positivement influencée par la présence de soutien social : vivre en couple est associé à une meilleure appréciation de la qualité de vie par les patients, tout domaine confondu (59).

1.6.2. Dans le champ des maladies psychiatriques

La survenue d'une maladie a un impact délétère sur la qualité de vie des individus. Ainsi, les patients atteints de maladies chroniques rapportent des niveaux de qualité de vie inférieurs à ceux de la population générale (60). Les pathologies organiques affectent

essentiellement la santé physique (61) tandis que les troubles psychiatriques altèrent à la fois la santé mentale et la santé physique (62). La présence de comorbidités s'accompagne également d'une évaluation défavorable de la qualité de vie, qui est d'autant plus faible que le nombre de problèmes de santé des patients est élevé (63).

S'il a été largement démontré que la présence d'une affection psychiatrique chronique entraîne une mauvaise appréciation de la qualité de vie chez les patients qui en sont atteints, tous les facteurs cliniques n'ont pas le même poids (64,65). Parmi eux, c'est la nature de la maladie mentale, sa sévérité ainsi que l'âge d'apparition des troubles qui sont les plus fortement corrélés à la qualité de vie (66,67). Ainsi, le trouble dépressif persistant, le trouble anxieux généralisé, l'agoraphobie et la phobie sociale sont associés aux plus faibles niveaux de qualité de vie (68). Il est à noter que ces niveaux sont même inférieurs à ceux des patients présentant les pathologies organiques chroniques qui altèrent le plus la qualité de vie, telles que la maladie de Parkinson ou l'insuffisance cardiaque. Les patients schizophrènes rapportent quant à eux un niveau de qualité de vie inférieur à celui de la population générale, équivalent à celui des individus atteints de troubles bipolaires et supérieur à celui des patients souffrant de troubles anxieux ou dépressifs (69).

1.6.3. Dans le champ des addictions

Les relations unissant les maladies mentales chroniques et la qualité de vie suscitent un intérêt croissant dans le domaine de l'addictologie. Aussi, ces dernières années, de nombreuses études ont été menées sur la qualité de vie des usagers de substances psychoactives, dont plusieurs revues de la littérature (70–72).

Les individus présentant un trouble lié à l'usage de substances rapportent une qualité de vie nettement inférieure à celle la population générale (73,74), tant sur le plan de la santé physique que de la santé mentale (75). Leur qualité de vie est également plus détériorée que

celle des patients atteints d'une pathologie organique chronique (76,77) et tout aussi faible que celle des patients atteints d'un trouble psychiatrique sévère (70,78). Les recherches portant sur les déterminants sociodémographiques et cliniques de la qualité de vie chez les patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés rapportent des résultats hétérogènes et difficilement interprétables en raison d'importantes différences méthodologiques d'une étude sur l'autre. Il apparaît toutefois que ces déterminants sont semblables à ceux retrouvés en population générale. Le sexe féminin, un âge avancé, un faible niveau d'étude et un statut professionnel inactif sont ainsi associés à de plus faibles niveaux de qualité de vie chez les patients toxicomanes (79,80). L'existence d'affections organiques comorbides est également associée à une évaluation défavorable de la qualité de vie (73). Bien que les pathologies psychiatriques soient des comorbidités fréquentes des troubles liés à l'usage de substances (81), aucune étude n'a pu apporter de conclusion formelle quant à leur influence sur la qualité de vie des patients dépendants à l'alcool ou aux opiacés (82–85). La majorité de ces recherches retrouvent néanmoins une qualité de vie plus faible en cas de trouble anxieux, de trouble dépressif, de trouble bipolaire ou de trouble de la personnalité comorbide au trouble addictif (86,87). La schizophrénie, en revanche, ne semble pas impacter davantage la qualité de vie des patients toxicomanes (88). Ces résultats soulignent l'importance d'un traitement intégré des pathologies mentales et de la toxicomanie pour la plupart des patients présentant un double diagnostic.

Plusieurs études se sont intéressées à l'influence des caractéristiques du trouble lié à l'usage de substances sur la qualité de vie des patients qui en souffrent. Si la sévérité et la nature de la dépendance ont été identifiées comme des déterminants de la qualité de vie chez les patients toxicomanes (89,90), les autres dimensions de la dépendance (ancienneté, âge d'apparition des troubles, nombre de prises en charge antérieures et complications de sevrage par exemple) ne sont pas associées de façon significative à la qualité de vie (91). Ainsi, il a

été démontré que la dépendance aux opiacés impacte d'avantage la qualité de vie que la dépendance à l'alcool, surtout en cas de comorbidités addictives (92). À ce jour, il n'existe pas encore de preuve quant à l'influence des modalités de consommation sur la qualité de vie. Plusieurs études retrouvent néanmoins une association solide entre la fréquence d'utilisation des toxiques et un faible niveau de qualité de vie, aussi bien pour l'alcool que pour les opiacés (87). Il apparaît également que le recours à l'injection intra-veineuse comme mode de consommation de l'héroïne entraîne une évaluation défavorable de la qualité de vie (93).

Sur l'ensemble des travaux de recherches portant sur la qualité de vie des patients dépendants aux substances psychoactives, seuls quelques-uns se sont intéressés aux déterminants de son évolution. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, le sexe féminin (94) et l'absence de comorbidités psychiatriques (95,96) apparaissent associés à une meilleure évolution du niveau de qualité de vie. Pour ce qui est des caractéristiques du trouble lié à l'usage de substances, les résultats des études divergent (97). Certaines retrouvent une association entre l'abstinence et une amélioration de la qualité de vie (98), tandis que d'autres concluent à l'absence de lien entre la réduction des consommations et un changement de qualité de vie (99). Une majorité d'auteurs s'accordent tout de même à dire que la mise en place d'un traitement de substitution est associée à une évolution favorable de la qualité de vie (94,100), sans différence notable entre les stratégies thérapeutiques qui recourent à la buprénorphine et celles qui utilisent la méthadone (101).

Tout comme la qualité de vie, la satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus fait partie intégrante des PROs. À ce titre, elle suscite depuis plusieurs années une attention accrue dans les domaines de la recherche et de l'évaluation des services de santé mais également auprès des différents acteurs du système de soins (102,103).

2. La satisfaction vis-à-vis des soins

2.1. Définition et cadre réglementaire

La « satisfaction vis-à-vis des soins » fait référence au jugement que les patients portent sur la qualité de leurs soins. Bien que cette notion soit largement utilisée dans les travaux de recherche, elle y est rarement définie tant elle reste subjective.

La satisfaction désigne à la fois l'action d'accorder à quelqu'un ce qu'il demande et le contentement résultant de l'accomplissement d'un désir ou d'un besoin. Aussi, la satisfaction ne naît pas exclusivement de la prestation reçue. Elle est dépendante des attentes de chacun, qui varient en fonction d'un grand nombre de variables individuelles (besoins organiques primaires, état physique et psychologique, quête de sécurité...) et environnementales (tissu social, vie professionnelle, conditions matérielles...) (104). La satisfaction vis-à-vis des soins reçus vient ainsi refléter le degré de congruence entre l'expérience vécue par un patient dans une situation sanitaire donnée et les attentes de celui-ci vis-à-vis de cette situation (105,106). Une même expérience de soin peut donc être jugée satisfaisante par un patient et insatisfaisante par un autre.

L'évaluation de la satisfaction des usagers des services de santé a connu un important essor au cours des trois dernières décennies, non seulement en France (107) mais aussi en Europe et aux États-Unis, en témoigne l'émergence de nombreuses enquêtes nationales et de collaborations internationales (108). La mesure de la satisfaction des soins, évoquée dès 1947 dans une circulaire ministérielle mentionnant l'intérêt de recueillir l'avis du patient concernant son hospitalisation (109), est une obligation réglementaire en France depuis l'ordonnance sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996 (110). La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a également contribué à soutenir l'importance de la satisfaction vis-à-vis des soins (111).

Ainsi, dans chaque établissement de santé, elle a instauré une commission chargée de veiller au respect des droits des usagers, de contribuer à l'amélioration des prises en charge et de faciliter les démarches des patients souhaitant exprimer leur mécontentement.

2.2. La mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins

Les méthodes permettant d'évaluer la satisfaction vis-à-vis des soins sont hétérogènes mais complémentaires (107,112). Elles comprennent notamment l'analyse des plaintes des usagers du système de santé, l'approche qualitative qui permet aux patients de relater leur expérience de soins et l'approche quantitative qui s'appuie sur des questionnaires de satisfaction.

2.2.1. L'analyse des plaintes

L'analyse des plaintes, encadrée par la loi du 4 mars 2002 (111), ne mène que rarement à des modifications de l'organisation ou du fonctionnement des établissements auxquels elles ont été adressées. Ces plaintes étant le plus souvent dues à des problèmes de communication entre les patients et les soignants, leur traitement est essentiellement guidé par la volonté de limiter les situations contentieuses.

2.2.2. L'approche qualitative

L'approche qualitative offre la possibilité aux patients d'exprimer leur point de vue avec leurs propres mots, grâce à différents supports mis à leur disposition à cet effet (table ronde, forum des usagers ou bien boîte e-mail qualité par exemple). Peu adaptée à l'exploitation statistique des données recueillies et à la généralisation des résultats obtenus, cette approche est néanmoins indispensable à l'élaboration des questionnaires utilisés dans l'approche quantitative.

2.2.3. L'approche quantitative

L'approche quantitative de la satisfaction vis-à-vis des soins est la plus répertoriée dans la littérature. Contrairement aux deux autres méthodes d'évaluation, celle-ci permet le calcul d'indices de satisfaction et rend possible la comparaison des niveaux de satisfaction vis-à-vis des soins des patients. Mesurer la satisfaction par l'approche quantitative est cependant complexe. En effet, en plus d'être une notion subjective, la satisfaction est variable selon le moment où elle est évaluée et le résultat de sa mesure dépend à la fois du contexte dans lequel le questionnaire est administré et de la manière dont les questions sont formulées. La mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins nécessite donc de disposer d'outils valides et fiables, qui doivent être utilisés dans des conditions permettant d'éviter les biais de mesure. En psychiatrie, plusieurs instruments de mesure de la satisfaction aux propriétés psychométriques solides ont été développés ces vingt dernières années, dont une majorité de questionnaires multidimensionnels (113,114). Dans les études en population de patients pris en charge en ambulatoire, les auteurs recommandent d'évaluer la satisfaction vis-à-vis des soins à distance de la consultation, sa mesure immédiate à l'issue de celle-ci induisant un biais avec une surestimation du niveau de satisfaction du patient (115,116).

2.3. Des liens complexes entre soins, satisfaction vis-à-vis des soins et qualité de vie

Si la satisfaction des patients est un bon indicateur de la qualité des soins qui leur sont délivrés, elle n'en est pas moins influencée par de nombreux facteurs indépendants des soins (117). Plusieurs auteurs mettent ainsi en évidence un lien entre la satisfaction vis-à-vis des soins et l'âge, le statut marital ou encore le revenu des individus (118,119) : les patients les plus jeunes, ceux qui vivent seuls et ceux qui ont un niveau socio-économique élevé apparaissent les moins satisfaits. Certains facteurs cliniques, comme une mauvaise santé perçue, la présence de comorbidités et la chronicité des troubles, sont également associés à

de plus faibles niveaux de satisfaction (119,120). La qualité de la relation thérapeutique ainsi que le sexe et l'âge du soignant sont d'autres déterminants de la satisfaction (121–123). Enfin, les patients qui ont le moins d'attentes vis-à-vis de leurs soins, et notamment des résultats de leurs soins, ont un niveau de satisfaction plus élevé (124).

Le degré de satisfaction vis-à-vis des soins a également des répercussions sur les soins eux-mêmes. En effet, il a été démontré qu'un haut niveau de satisfaction des patients est associé à une amélioration de la continuité des soins ambulatoires ainsi qu'à une plus importante conformité aux différentes prescriptions, ce qui est susceptible de se traduire par de meilleurs résultats cliniques (121).

Enfin, plusieurs études mettent en évidence un lien entre la satisfaction vis-à-vis des soins reçus et la qualité de vie (125–127). Cette association se maintient après ajustement sur les principaux facteurs de confusion (âge, sexe, niveau d'éducation notamment) et elle apparaît indépendante du niveau de qualité de vie initial. La nature de la relation qui unit ces deux concepts n'en est pas moins complexe (128): les différentes recherches ayant questionné l'existence d'une association entre la satisfaction vis-à-vis des soins et l'évolution de la qualité de vie amènent des résultats contradictoires d'une étude sur l'autre (129). En outre, si quelques auteurs retrouvent un lien entre un niveau élevé de satisfaction et l'amélioration de la qualité de vie, ces constats se limitent à des populations de patients atteints d'affections psychiatriques diverses (129,130) et n'abordent pas spécifiquement le domaine des addictions.

Permettre aux patients d'accéder au meilleur niveau de qualité de vie possible revêt une importance clinique et socio-économique qui n'est plus à démontrer. Cependant, il persiste de nombreuses interrogations autour des déterminants de l'évolution de cet indicateur de santé perçue. Dans le domaine de l'addictologie, cette problématique demeure inexplorée. À cet égard, la seconde partie de notre travail étudie les déterminants de l'évolution de la qualité de vie des patients atteints d'un trouble lié à l'usage de substances. Notre recherche explore notamment le rôle prédictif de la satisfaction vis-à-vis des soins sur cette évolution dans un échantillon de patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés issus de la cohorte SUBUSQOL (SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life).

CHAPITRE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE

1. Méthodologie

1.1. Type d'étude et population étudiée

Il s'agit d'une étude longitudinale multicentrique à visée pronostique menée à partir des données de la cohorte prospective SUBUSQOL (SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life). Référencée sous l'identifiant ClinicalTrials.gov ID : NCT02894476, elle est centralisée au CIC-EC 1433 (Centre d'Investigation Clinique - Épidémiologie Clinique) de Nancy. Cette étude s'intéresse au rôle pronostique de la qualité des soins, qui est mesurée par le degré de satisfaction vis-à-vis des soins reçus en ambulatoire, sur l'évolution de la qualité de vie des patients présentant une dépendance aux substances psychoactives.

La population étudiée correspond aux patients qui initient une prise en charge ambulatoire pour une dépendance aux substances psychoactives de type alcool et/ou opiacés, ce diagnostic étant établi par les cliniciens selon les critères codifiés du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) (131).

1.2. Échantillon étudié et critères d'éligibilité

Les patients qui initient une prise en charge ambulatoire pour une dépendance de type alcool et/ou opiacés ont été inclus entre avril 2014 et juillet 2018 par les médecins exerçant dans l'un des services de soins co-investigateurs de l'étude. Ces unités sont le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) du CHRU (Centre Hospitalier Régional et Universitaire) de Nancy ainsi que la structure ANPAA-CSAPA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) d'Aurillac et son antenne de soins de Saint-Flour.

L'inclusion se déroulait lors de la première consultation médicale, au cours de laquelle les critères d'éligibilité et de non éligibilité des patients étaient vérifiés par le médecin investigateur :

- Critères d'inclusion : diagnostic de dépendance aux substances psychoactives de type alcool et/ou opiacés selon les critères du DSM-IV (131) ; patients initiant une prise en charge ambulatoire dans un des centres co-investigateurs.
- Critères de non-inclusion : âge inférieur à 18 ans ; patient dans l'incapacité de répondre aux questionnaires en raison de difficultés de lecture ou de compréhension de la langue française.

1.3. Indicateurs étudiés, méthode de mesure et mode de passation

Le design de l'étude est présenté dans la **Figure 1**. Des données socio-démographiques, cliniques et sur la prise en charge ainsi que plusieurs indicateurs de santé perçue des patients ont été recueillis à différents temps de mesure.

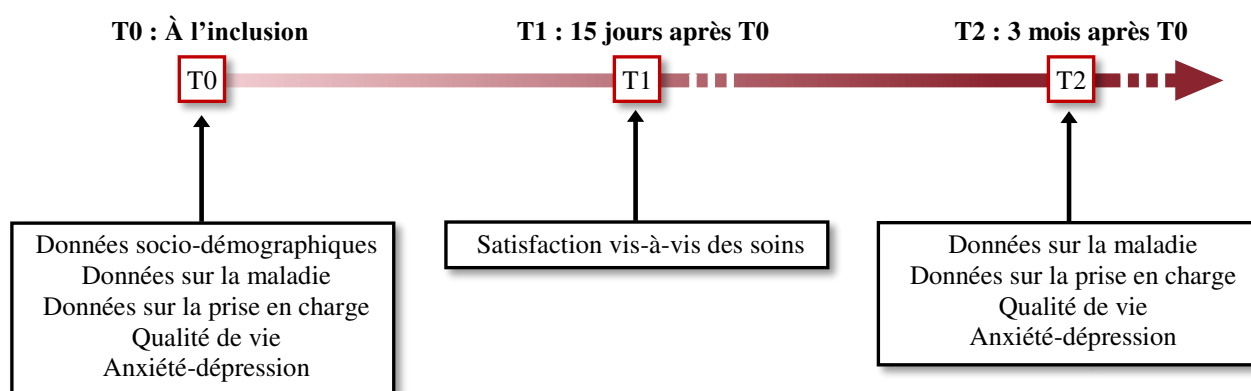


Figure 1 : Design de l'étude sur la période de T0 à T2

1.3.1. Les données socio-démographiques, cliniques et sur la prise en charge

À l'inclusion (T0), des données sociodémographiques, des données cliniques ainsi que des données relatives aux modalités de prise en charge du patient étaient recueillies par le médecin investigateur sur un cahier d'observation, dans le volet « inclusion » :

- Les données sociodémographiques comprennent le sexe, le mois et l'année de naissance du patient, son lieu de vie, sa situation familiale, son mode de vie, sa situation professionnelle, sa catégorie socio-professionnelle et son niveau d'études.
- Les données cliniques explorent le type et l'ancienneté de la dépendance, les comorbidités psychiatriques et/ou somatiques, le statut sérologique, la présence ou non d'une grossesse et les traitements médicamenteux en cours.
- Les données sur la prise en charge concernent l'origine de celle-ci, les antécédents de prise en charge hospitalière et ambulatoire pour la dépendance à l'alcool et/ou aux opiacés et les caractéristiques du médecin prenant en charge le patient, à savoir son sexe, sa qualité et son ancienneté d'exercice.

À 3 mois (T2), des données cliniques et des données relatives aux modalités de prise en charge des patients étaient rapportées par le médecin investigateur sur le cahier d'observation, dans le volet « 3 mois ». Ces données concernent les traitements médicamenteux en cours, notamment l'instauration d'un nouveau traitement dans le cadre de la prise en charge de la dépendance aux substances psychoactives, la survenue d'événements intercurrents (problèmes de santé ou grossesse par exemple), le nombre d'entretiens médicaux honorés par le patient ainsi que l'appréciation qualitative de l'évolution des consommations.

1.3.2. La qualité de vie

1.3.2.1. Méthode de mesure

La qualité de vie a été évaluée au moyen du questionnaire SF-12 (12-Item Short Form), un auto-questionnaire générique validé dans plusieurs langues européennes, dont le français (132). Il s'agit d'une version abrégée du SF-36 (36-Item Short Form), un questionnaire composé de 36 items qui couvrent huit dimensions (133). Le SF-12 explore sept de ces huit dimensions en 12 items : activités physiques (2 items), limitations dues à l'état physique (2 items), douleurs physiques (1 item), vie et relations avec les autres (1 item), santé psychique (3 items), limitations dues à l'état psychique (2 items) et santé perçue (1 item). La vitalité n'est pas explorée dans le SF-12. Deux scores résumés globaux sont calculés à partir de ces 12 items, un score de qualité de vie mentale ou MCS (Mental Component Summary score) et un score de qualité de vie physique ou PCS (Physical Component Summary score). Ces deux scores varient de 0 à 100, 100 traduisant la QV optimale.

1.3.2.2. Mode de passation

Pour l'étude SUBUSQOL, la qualité de vie a été mesurée à T0 et T2 par l'auto-questionnaire SF-12. Le questionnaire rempli a été placé dans une enveloppe fermée, ouverte lors de la saisie des données par l'investigateur-coordonateur.

1.3.3. La satisfaction vis-à-vis des soins

1.3.3.1. Méthode de mesure

La satisfaction vis-à-vis des soins a été appréciée par l'échelle de qualité des soins EQS-C (Échelle de Qualité de Soins en Consultation), un auto-questionnaire développé en France dont la validité et la fiabilité ont été établies (134). La version longue du format adulte comprend 32 questions, 28 ayant trait à la satisfaction liée aux soins et 4 au profil du patient (sexe, âge, précédente consultation dans le même service et satisfaction de sa vie en général). L'EQS-C comporte également un champ de commentaire libre en fin de questionnaire. Sur les 28 items explorant la satisfaction, seuls les 27 premiers entrent dans le calcul du score total. Ces 27 items recouvrent quatre dimensions : prise de rendez-vous (6 items), accueil et confort (5 items), temps d'attente avant de voir le médecin (3 items) et consultation avec le médecin (13 items). Le 28^{ème} item évalue le degré d'intention du patient à continuer d'être suivi dans le même service. Chaque item est coté de 0 à 4 par le patient, 4 correspondant au plus haut niveau de satisfaction. La réponse « non concerné » a été rendue possible pour toutes les situations qui ne sont pas universellement rencontrées, soit 13 items. Cette réponse ainsi que la non-réponse sont considérées comme des données manquantes. Pour chacune des quatre dimensions, un score est calculé lorsqu'au moins la moitié des items a été complétée. Un score de satisfaction totale est ensuite calculé pour l'ensemble des quatre dimensions. Ce score varie de 0 à 100, où 100 représente la satisfaction maximale.

1.3.3.2. Mode de passation

La satisfaction précoce vis-à-vis des soins reçus a été mesurée à T1 au moyen de l'auto-questionnaire EQS-C, transmis par voie postale au domicile du patient. Une enveloppe de retour pré-affranchie était jointe au courrier et une relance téléphonique était effectuée en cas de non-retour du questionnaire dans les dix jours suivant son envoi.

1.3.4. L'anxiété-dépression

1.3.4.1. Méthode de mesure

L'anxiété-dépression a été mesurée à l'aide de l'auto-questionnaire HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). La version française de ce questionnaire a été validée par des études antérieures qui mettent en évidence des évaluations cliniques de dépression et d'anxiété fiables et reproductibles (135). L'HADS compte 14 items divisés en deux sous-échelles (136) : 7 items évaluent le niveau de dépression et 7 autres le niveau d'anxiété. Chaque item est coté de 0 à 3 par le patient au moyen d'une échelle ordinale lui permettant d'apprécier l'intensité des symptômes présentés au cours de la semaine passée. Pour chacune des deux sous-échelles, les scores varient de 0 à 21. Le score total est compris entre 0 et 42. Conformément aux recommandations (137), un seuil de 8 a été retenu pour chaque sous-échelle afin de différencier une absence d'état anxieux ou dépressif (0-7), un état anxieux ou dépressif probable (8-10) et un état anxieux ou dépressif certain (11-21).

1.3.4.2. Mode de passation

Dans notre étude, l'anxiété-dépression a été mesurée à T0 et T2 par l'auto-questionnaire HADS. Le questionnaire rempli a été placé dans une enveloppe fermée, ouverte lors de la saisie des données par l'investigateur-coordonateur.

1.4. Analyse statistique

1.4.1. La saisie des données

Les données obtenues à partir des questionnaires et du cahier d'observation ont été saisies informatiquement dans une base de données centralisée au CIC-EC 1433, où les auto-questionnaires et les bordereaux dans leur version papier sont archivés.

1.4.2. L'exploitation des données

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS v9.4 avec le concours de la PARC (Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique) du CHRU de Nancy.

La première étape de l'analyse statistique a consisté en une description de chacune des variables de notre échantillon : le nombre de sujets, le calcul de la moyenne, de l'écart à la moyenne et de la médiane pour les variables quantitatives d'une part et le calcul de fréquence et de pourcentages pour les variables qualitatives d'autre part. Les moyennes ont été comparées par un test-t de Student et la fréquence de la distribution des variables qualitatives par un test de Chi2 ou un test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, c'est à dire trop faibles pour remplir les conditions de validité du test de Chi2.

La deuxième étape de l'analyse statistique avait pour objectif d'identifier les déterminants du changement de scores de qualité de vie à T2, notamment la valeur prédictive du niveau de satisfaction précoce vis-à-vis des soins sur l'évolution des scores de la qualité de vie. Des modèles de régression linéaire ont été effectués. Les variables dont le degré de signification était inférieur à 0,2 en analyses bivariées ont été introduites dans le modèle multivarié. Le seuil de significativité retenu était 5%.

2. Organisation logistique

2.1. Information du patient et garantie éthique

La mise en œuvre de la recherche SUBUSQOL a nécessité l'information préalable des médecins investigateurs et des patients inclus dans l'échantillon. Les objectifs et les modalités de l'étude ont été expliqués par le médecin au patient, oralement puis par écrit au moyen d'une notice d'information. La libre participation à l'étude, la garantie du respect de l'anonymat ainsi que le retrait d'étude ont également été rappelés à chacun des patients.

L'étude SUBUSQOL est une recherche sur la santé donnant lieu à l'informatisation de données indirectement nominatives. Le protocole a reçu l'approbation et l'autorisation d'informatisation du CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé) du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. L'autorisation du Comité National Informatique et Liberté (CNIL) a également été obtenue (CNIL DR-2013-156).

2.2. Implication personnelle dans la recherche

Dans le cadre du suivi longitudinal des patients inclus dans la cohorte SUBUSQOL, j'ai réalisé les temps de mesure 3 mois, 6 mois et un an de 17 patients qui avaient précédemment été inclus et que j'ai été amenée à prendre en charge lors de mon semestre au CSAPA.

J'ai également procédé à l'inclusion de 43 patients, après leur avoir présenté l'étude SUBUSQOL ainsi que ses objectifs et recueilli leur accord de participation. J'ai remis les auto-questionnaires d'inclusion à tous les patients inclus et j'ai complété le cahier d'observation pour chacun d'entre eux.

En outre, j'ai pu participer aux réunions de présentation concernant le déroulement de l'étude SUBUSQOL en amont de ma prise de fonction d'interne au CSAPA et j'ai été associée à l'élaboration d'un poster qui a été présenté au Congrès international d'Addictologie 2018.

ARTICLE SCIENTIFIQUE

**“Patient’s early satisfaction with care: a predictor of quality of life
change among outpatients with substance dependence”**

Ophélie Muller ^a, Cédric Baumann ^{b, c}, Paolo Di Patrizio ^a, Sarah Viennet ^a, Guillaume Vlamynck ^a, Laura Collet ^a, Isabelle Clerc-Urmès ^b, Raymund Schwan ^a, Stéphanie Bourion-Bédès ^{a, c, d*}

^a CSAPA (Health Care Centre of Accompaniment and Prevention in Addictology), University Hospital of Nancy, 54000 Nancy, France

^b PARC (Platform of Clinical Research Facility) Unit MDS, University Hospital of Nancy, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

^c EA4360 APEMAC (Health adjustment, measurement and assessment, interdisciplinary approaches) MICS team, University of Lorraine, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

^d Service médico-psychologique régional, 57000 Metz, France

***Correspondence:**

Stéphanie Bourion-Bédès

Service médico-psychologique régional

1, Rue Seulhotte

B.P. 15082

57073 Metz

France

Phone: +33 (0) 3 87 38 51 05

Email: steph_bedes@yahoo.fr

Highlights

- Outpatients with alcohol or opioid dependence had seriously impaired QoL scores
- Improvements in QoL scores were found at the 3-month follow-up
- QoL scores at baseline were related to the level of improvement at 3 months
- The level of outpatients' early satisfaction with care influenced mental QoL change
- Being legally compelled to drug treatment negatively impacted physical QoL change

Abstract

Background: Although research on quality of life (QoL) has increased in the addiction field, few studies have focused on the determinants of QoL changes. This study aimed to describe dependent patients' QoL changes at a 3-month follow-up and to assess what factors can predict those changes among outpatients starting care for alcohol or opioid dependence.

Methods: QoL was measured with SF-12 at baseline and 3 months later in a prospective cohort of dependent outpatients. Satisfaction was assessed with a self-administered questionnaire early after inclusion. Data on sociodemographics, clinical characteristics and patients' levels of anxiety and depression were also collected. A multivariate analysis was performed to identify factors associated with QoL changes, on both the physical and mental component summary scores (PCS and MCS, respectively).

Results: A total of 172 patients were included with seriously impaired QoL scores at baseline. QoL improvement was significant after 3 months for both PCS and MCS. Never being married ($\beta=5.5$; $p=0.001$) and a lower baseline PCS score ($\beta=-0.6$; $p<0.0001$) were associated with significant PCS improvement, whereas being legally compelled to drug treatment ($\beta=-5.9$; $p=0.02$) was associated with less PCS change. Higher early satisfaction with care ($\beta=0.1$; $p=0.02$) and a lower baseline MCS score ($\beta=-0.7$; $p<0.0001$) were associated with significant MCS improvement.

Conclusion: Our findings supported the hypothesis that higher satisfaction with care may predict QoL improvement among dependent outpatients. Further studies are needed to understand the factors that affect patients' early satisfaction with care in order to identify areas of improvement and thus improve QoL.

Keywords: Quality of life, determinants, satisfaction, outpatient, substance dependence

1. Introduction

Quality of life (QoL) refers to the individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns (World Health Organization, 1997). Helped by a growing recognition of the importance of patients' self-reported health status, QoL has been increasingly used as an outcome measure in clinical trials, medical practice and health services research (Valderas et al., 2008). Given the chronic, relapsing nature of substance use disorder (SUD) (McLellan et al., 2000; Koob and Volkow, 2010) and the pejorative consequences in various life domains affected by drug use (Laudet, 2011), there has been expanding interest in measuring QoL in people with substance use disorders in recent years. Numerous studies have included QoL assessment as an important clinical and research tool and outcome for assessing the health of patients with substance use disorders and for evaluating drug programs (De Maeyer et al., 2010; Ugochukwu et al., 2013; Picci et al., 2014). Currently, there is evidence that QoL will improve as a function of treatment and recovery in patients with substance use disorders (Pasareanu et al., 2015). Moreover, it has been suggested that QoL should be collected and reported regularly by clinicians from the beginning of addiction treatment to support evaluations of the recovery progress and decision making with regard to continuing care (McLellan et al., 2005).

Among individuals with substance use disorders, quality of life is generally poorer compared to the general population and as low as individuals suffering from other chronic diseases or serious psychiatric disorders (Morgan et al., 2003; Griffin et al., 2015; Muller et al., 2016). Several sociodemographic and clinical variables have been studied as predictors of baseline QoL among patients suffering from SUD (Foster et al., 1999; Colpaert et al., 2013). The findings are somewhat inconsistent and difficult to interpret because of differences in methodologies, instruments and populations (Morgan et al., 2004). Overall, male gender, younger age, higher education and being employed are consistently associated with better QoL scores (Foster et al., 2000; Donovan et al., 2005). Inversely, suffering from physical and mental comorbidities altered QoL (Bizzarri et al., 2005; Günther et al., 2007). Regarding the main SUD-specific characteristics, the severity of dependence is constantly associated with poorer functioning in nearly all quality of life domains (Volk et al., 1997) whereas duration of addiction, drinking patterns and prior treatments are not (Millson et al., 2006). It has also been noted that opiate dependence impaired QoL more than alcohol dependence did (Smith and Larson, 2003). Little research has focused on factors associated

with QoL improvement among the SUD population. If the literature has shown that specialized substance use disorder treatment enhanced QoL for dependent patients (Pasareanu et al., 2015), mixed findings have been reported about the predictors for large improvements in QoL (Nosyk et al., 2011). Indeed, some studies provided evidence that QoL improved with abstinence (Kraemer et al., 2002), whereas others showed that there was no correlation between a reduction in substance use and health-related status (McHugo et al., 2007). In addition, a published study found that sociodemographics and clinical factors, such as marital status, income and somatic or psychological comorbidities, explained QoL changes between alcohol-dependent twins and their abstainer co-twins (Romeis et al., 1999). In the same way, the relationship between patients' satisfaction with care and QoL changes has not been clearly established among populations with psychiatric disorders (Petkari and Pietschnig, 2015). Patient satisfaction can be defined as an individual's cognitive evaluation of, and emotional reaction to, his or her health-care experience (Ware et al., 1983; Urden, 2002). Particularly important to the quality provision of addiction services, patient satisfaction has been found to predict better outcomes for treatment, including greater physical and mental health (Morris and Gannon, 2008) and psychological improvements (Kelly et al., 2010). Although many studies have explored the QoL and substance use disorders, few have analyzed changes in these scores and determinants of the improvements (Wang et al., 2012), and no previously published study has focused on patients' early satisfaction as a factor related to a change in QoL.

Thus, this study aimed to a) examine patients' quality of life changes at a 3-month follow-up study; and b) identify whether early satisfaction with care predicted a change in QoL among outpatients who are starting care for alcohol or opioid dependence.

2. Methods

2.1. Participants and setting

This study is a longitudinal analysis of data from the SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life (SUBUSQOL) study, a prospective cohort study of outpatients who began care at French specialized addiction treatment centers and met the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) criteria for alcohol dependence or opioid dependence (ClinicalTrials.gov ID: NCT02894476).

Patients aged over 18 years were recruited by clinicians who were certified in addiction pathologies and were familiar with the DSM-IV. The clinicians assigned to patients who sought care to either the alcohol- or opioid-dependent group according to their main type of dependence, using axis I of the DSM-IV. The treatment wards had multidisciplinary staff, including psychiatrists, psychologists, social workers and specialized nurses. Treatment included individual motivation enhancement, supportive therapy, pharmacotherapy and assessments of somatic and mental health.

2.2. Data collection

Sociodemographic and clinical data were collected at the time of inclusion (T0) and three months after inclusion (T2) through medical interviews and clinical testing. Self-perceived quality of life and anxiety-depression were assessed with self-reported questionnaires at T0 and T2. Satisfaction was assessed with a self-administered questionnaire to be completed at home 15 days after the first visit (T1) (Figure 1).

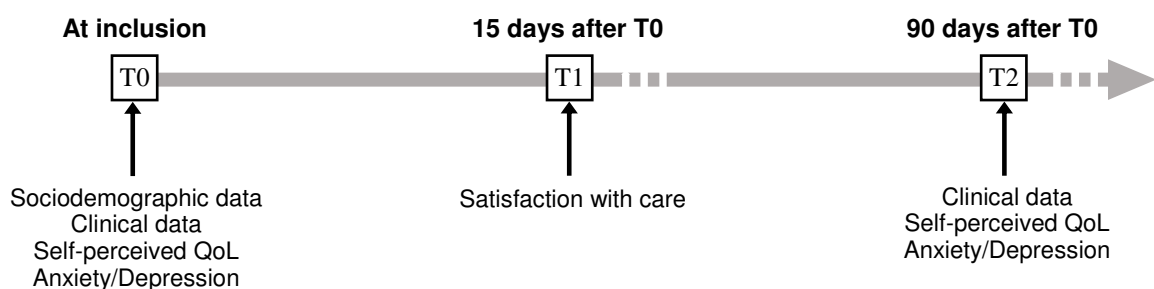


Figure 1 Time points of collection of SUBUSQOL data

2.2.1. Self-reported quality of life

Self-reported quality of life was assessed with the Short-Form 12 questionnaire (SF-12). The SF-12 is a well-known generic 12-item instrument based on the earlier SF-36 (Gandek et al., 1998), from which the French version yielded valid and reliable clinical assessments of self-reported health status among substance users (Bourion-Bedes et al., 2015a, 2015b). The SF-12 covers eight domains: physical functioning, role-physical (that is, role limitations due to physical problems), bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional (that is, role limitations due to emotional problems) and mental health. Information from all 12 items is used to calculate a physical health component summary (PCS) and a mental health component summary (MCS). All scores were transformed to a standardized 0–100 score. Higher scores indicate better self-reported QoL.

2.2.2. Outpatient satisfaction

Satisfaction was assessed with the quality of care satisfaction questionnaire in the outpatients' consultation (EQS-C), for which validity and reliability have been previously established (Gasquet et al., 2004). The EQS-C is a 27-item self-report questionnaire that is composed of 4 dimensions that explore the technical and interpersonal aspects of care and satisfaction with staff and treatment. These dimensions are contact/appointments (6 items), reception facilities (5 items), waiting time (3 items) and consultation with the doctor (13 items). Each item is scored from 0 to 4, 4 indicating the greatest level of satisfaction. A "does not apply" category was provided for 13 items related to situations that are not universally relevant. The "does not apply" category and the nonresponses were considered missing data. Scores were computed when at least half of the items in a dimension were completed. The scores for each dimension are based on the standardized sum of the items, ranging from 0 (low satisfaction) to 100 (high satisfaction). The instrument also included one additional item pertaining to behavioral intention that is not in the scoring, as well as sociodemographic data, overall life satisfaction and an open-ended comment field at the end of the questionnaire.

2.2.3. Anxiety and depression

Anxiety and depression were assessed using the French version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which yielded valid and reliable clinical assessments of depression and anxiety (Lépine, 1997). The HADS is a 14-item self-report questionnaire assessing levels of anxiety and depression, with 7 items for each subscale (Zigmond and Snaith, 1983). Each item is rated on a 4-point Likert scale. For each subscale, the score is obtained by summing the respective 7 items (subscale scores range from 0–21). Each subscale has three ranges using cut-off scores indicating severity of distress levels: 0–7 (non-cases), 8–10 (mild), and 11–21 (moderate or severe) (Bjelland et al., 2002).

2.2.4. Sociodemographic and clinical data

These data included factors that might be related to the change in QoL: gender, age, marital status, educational level, occupational status, type of substance dependence, duration of illness, medication introduced, presence of psychiatric and/or somatic comorbidity and origin of the care request. Data related to the physician: gender, academic qualifications and years of clinical practice were also noted.

2.3. Statistical analysis

2.3.1. Descriptive and comparative analyses

Continuous variables were described by the mean or the median, as appropriate, and categorical variables by percentages. Student's t-test and Pearson's chi-squared test or Fisher's exact test were used to compare groups.

2.3.2. Bivariate and multivariate analyses

Linear regression models were performed to determine variables associated with the change of PCS and MCS scores ($\Delta\text{QoL} = \text{QoL at 3 months} - \text{QoL at baseline}$). Sociodemographic and clinical factors, the influence of anxiety or depression and early satisfaction with care score were investigated. Relevant factors were identified as those found to be associated in the bivariate analysis at the 10% threshold. Only significant factors at the 5% threshold in the level models were retained on multivariate analyses. The correlations between the variables retained in the models were also tested. Analyses were performed using SAS 9.4 (SAS Inst., Cary, NC, USA).

2.4. Ethics approval and consent to participate

Ethical approval was granted by the Institutional Review Board (Comité National Informatique et Liberté DR-2013-156) and ensured the confidentiality of the data collected. Potential participants were informed of the research's purpose and aims and received guidance about how they could withdraw consent at any point. Consent forms were signed in the presence of a researcher and kept in the main study site file.

3. Results

3.1. Patient characteristics

Of the 172 outpatients followed up at 3 months, 136 answered the EQS-C (79.1%). The sociodemographic and clinical characteristics of the patients are presented in *Table 1* for the entire sample and separately based on whether the EQS-C was answered. Most patients were male (82.6%) with a mean age of 38.9 years old (SD=10.5). More than one-third of the patients were married (38.9%), half of them were unemployed (59.6%) and a minority reported a high school or university level education (17.5%). According to the DSM-IV criteria, 58 (33.7%) patients suffered from alcohol dependence, and 114 patients

(66.3%) suffered from opioid dependence. The mean duration of substance dependence was 14.4 years (SD=10.7). Fifteen patients required care while undergoing a legally mandated addiction treatment. All of the physicians were currently working with patients with substance dependence, and 124 outpatients were screened by a junior physician (72.1%). In 40% of all cases, the patient and physician were of the same gender. Outpatients with opioid dependence ($p=0.01$) and those who did not match their physicians' gender ($p=0.04$) were significantly more likely to be EQS-C nonresponders; otherwise, the EQS-C nonresponders did not differ from the EQS-C responders in terms of their sociodemographic or clinical characteristics. After 3 months, the average number of medical sessions completed was 7.3 (ET= 4.6), and a positive change in substance use behavior was observed for 102 (60.4%) outpatients.

3.2. SF-12 and HADS scores at baseline and at the 3-month follow-up study

The levels of change in self-reported health status on the SF-12 and HADS during the 3-month period of care are shown in *Table 2*.

At T0, the mean SF-12 scores were 45.5 (SD=8.8) and 35.1 (SD=10.7) for the PCS and MCS domains, respectively. The mean HADS score for the depression subscale was 8.1 (SD=4.1) and the mean HADS score for the anxiety subscale was 10.5 (SD=4.5). The results did not reveal a significant difference between the EQS-C responders and nonresponders. After 3 months, outpatients showed a positive change in QoL scores. The mean SF-12 MCS and SF-12 PCS changes showed significant positive improvements for the whole sample with 7.4 (SD=11.6) ($p<0.0001$) and 2.6 (SD=8.8) ($p=0.0004$) point improvements, respectively. The results also showed a positive change in anxiety and depression levels during the first 3 months with a 2.6 (SD=3.8) ($p<0.0001$) and 2.5 (SD=3.8) ($p<0.0001$) point decrease, respectively. The results did not reveal a significant difference between EQS-C responders and nonresponders in terms of changes in QoL on the SF-12 and for anxiety and depression on the HADS.

3.3. Satisfaction scores

The satisfaction scores are shown in *Table 3*. The mean overall satisfaction score was 80.8 (SD=15.2). The mean satisfaction scores were 80.6 (SD=19.1) for “contact/appointments”, 79.4 (SD=16.1) for “reception facilities”, 76.5 (SD=22.6) for “waiting time”, and 82.5 (SD=16.5) for “consultation with the doctor”. Of the 136 EQS-C

responders, 119 (87.3%) intended to consult with the doctor again after the initial consultation. A total of 71 (51.7%) patients made several comments in the open-ended comment field of the EQS-C. Less than a quarter of these comments were negative and pertained to waiting and reception.

3.4. Factors associated with QoL changes

The results of the bivariate and multivariate analyses are reported in *Table 4*. Three variables were associated with significant SF-12 PCS improvement from T0 to T2 with a proportion of variance explained (i.e., R^2) at 0.47. Never being married ($\beta=5.5$; $p=0.001$), being married ($\beta=4.0$; $p=0.02$) and lower SF-12 PCS score at baseline ($\beta=-0.6$; $p<0.0001$) were associated with a statistically significant increase in the physical domain score at 3 months. Being legally compelled to addiction treatment ($\beta=-5.9$; $p=0.02$) was associated with a lower PCS score change compared to personal engagement. Two variables were associated with significant SF-12 MCS improvement from T0 to T2 with a proportion of variance explained (i.e., R^2) at 0.40. Significant increments at 3 months in the mental health domain were observed in outpatients with higher early satisfaction with care ($\beta=0.1$; $p=0.02$) and with lower SF-12 MCS score at baseline ($\beta=-0.7$; $p<0.0001$).

4. Discussion

This study showed a seriously impaired QoL at baseline and positive changes in QoL in both physical and mental health domains at the 3-month follow-up among outpatients with substance dependence actively seeking treatment. Our results were consistent with previous studies that showed that QoL was low among individuals with substance use disorders (Garg et al., 1999; Raisch et al., 2012; Daepfen et al., 2014) and that significant improvements in QoL in both mental and physical dimensions were found at the three-month follow-up (Eshelman et al., 2010; Feelemyer et al., 2014; Mitchell et al., 2015; Nosyk et al., 2015). Interestingly, the positive change in the physical domain of QoL was milder than the change in the mental domain. Previous authors have suggested that the lack of improvement within the physical health domain might be due to a shortage of time for substantial improvements or the intractability of some somatic health problems (Villeneuve et al., 2006).

Our study enabled us to identify several factors linked to a favorable short-term change in QoL. First, the improvement in both psychological and physical QoL was more pronounced when the score on each QoL domain was low. This was somewhat expected, as

this has previously been shown for patients with substance use disorders (Lahmek et al., 2009; Srivastava et al., 2013). The most expected finding was that improvement in the mental component of QoL was related to early outpatient's satisfaction with care. The current study showed that the mean overall satisfaction score was aligned with studies reporting the mean overall satisfaction scores with French outpatients in medical and surgical departments at public teaching hospitals in Paris (Gasquet et al., 2004). Researchers exploring the relationship between satisfaction with care and QoL among patients with serious mental illness have largely reported an association between the two (Tierney and Kane, 2011; Zendjidjian et al., 2014). Nevertheless, studies investigating the causal nature of this relationship have remained sparse, and thus far, only a few of them have found a positive association between satisfaction with care and QoL among those patients (Ruggeri et al., 2005; Petkari and Pietschnig, 2015). Thus, our results might be even more useful for interventions among clinicians to make them more aware of early unsatisfied patients. Moreover, if other studies were to confirm our results, then measures targeted at clinicians might be created to improve early satisfaction and increase the QoL change. As half of the items of the outpatient satisfaction questionnaire used are related to the dimension "consultation with the doctor", further research is needed to address the influence of the patient-therapist or therapeutic alliance, the therapist's empathy and the patient-therapist consensus in the QoL change, as has been suggested in SUD populations (Cruz-Feliciano et al., 2017).

Our findings showed that marital status and the origin of the care request were associated with physical QoL change. In our study, never being married appeared to be much better associated with higher physical improvement of QoL than being married. This finding was consistent with a previous study on quality of life by age group that found higher QoL improvement among single 30–39 year-old participants than among married participants (Han et al., 2014). Being legally compelled to addiction treatment was associated with lower physical QoL changes in our sample. Studies investigating coerced drug treatment remain quite limited. However, most of them did not detect significant positive impacts of coerced treatment on drug use (Urbanoski, 2010; Werb et al., 2016). Moreover, some of those studies suggested that it could alter self-reported health status (Swanson et al., 2003; Bright and Martire, 2013). We could assume that the coercing nature of mandated addiction treatment could offset its early clinical benefits on QoL.

Given the low QoL among outpatients with substance dependence that seek care, one would intuitively expect an association between change in substance use behavior and QoL improvement. However, the literature has reported mixed findings and highlighted that improved QoL may not rely upon abstinence or a reduction in substance use (Pasareanu et al., 2015). Although previous studies among patients with substance use disorders have shown that female gender (Pasareanu et al., 2015) and no psychiatric comorbidities (Morgan et al., 2004; Lahmek et al., 2009) were associated with better QoL improvement, our study did not find significant associations between gender or comorbidities and QoL changes. The same applies for SUD-specific characteristics, such as duration of addiction or change in substance use behavior. The fact that sociodemographics and SUD-specific characteristics did not predict QoL changes does not prove that they were unrelated. The small number of patients included in this study reduced the power; therefore, true relationships between gender, age, comorbidities, and duration of dependence with quality of life change might not have been detected.

Our study showed that baseline QoL scores of alcohol and/or opioid dependent outpatients were much more impaired than in the general French population (Coste et al., 2001) and lower than those of patients with serious mental disorders (Vederhus et al., 2016; Adan et al., 2017). Moreover, the scores in the mental domain of QoL were more altered than the scores in the physical domain. These findings are consistent with other studies using the SF-12 or the SF-36 questionnaires to measure QoL in patients suffering from SUD (March et al., 2006; Astals et al., 2008; Lahmek et al., 2009). The mean age of our patient sample was 38.9 years, and one-fifth of the patients were women, which is consistent with the demographics found in addiction research (Palle and Rattanatrav, 2013; Palle, 2016). Moreover, the mean duration of substance dependence was consistent with the time taken to establish substance dependence (Ponizovsky and Grinshpoon, 2007). Compared with the 9% of people who were unemployed and the 30% of people living alone among the French population over 18 years of age (Volant, 2017), the high proportion of patients who were living alone and unemployed (close to 45% and 60%, respectively) reflects the social and familial causes or consequences of substance dependence.

Several methodological limitations should be discussed. The sample cannot be considered as a reflection of all patients with alcohol or opiate dependence in routine medical practice because they were recruited through specialty treatment services. Less than a quarter of the participants did not complete the outpatient questionnaire satisfaction, which may

limit the generalizability of the results. Nonetheless, very few differences in demographic or clinical characteristics and self-reported health status were found between those who completed and those who did not complete the outpatient satisfaction with care questionnaire.

To our knowledge, this study is the first to assess the effects of early satisfaction with care on the early change of QoL among outpatients who are starting care for alcohol or opioid dependence. Moreover, the EQS-C response rate of 79,1% emphasizes the importance that patients with SUD attribute to evaluating their own care, and it is a positive indicator of patients' future willingness to measure their satisfaction in substance dependence care settings. Considering the improvement of QoL associated with better early satisfaction with care, this issue is being further explored with both patients and clinicians for future studies and in clinical practice to suggest improvements in the early care of these patients. The present study also has several methodological merits. First, patient satisfaction was measured shortly after inclusion. Thus, the level of early satisfaction with care expressed by patients was independent from later improvements in their QoL. Our study design also required the completion of the satisfaction questionnaire at home, restraining a variant of the Hawthorne effect (Trujols et al., 2014). Moreover, it is important to note that the multivariate models explained between 40% and 47% of the explained variance.

In conclusion, our study confirms the poor QoL of outpatients with substance dependence who were starting care and its major improvement after 3 months. The longitudinal study enabled us to identify early satisfaction with care as a factor linked to mental QoL change at the 3-month follow up. These findings have both theoretical and practical implications. From a practical perspective, early satisfaction with care among outpatients with substance dependence should be improved because better early satisfaction with care has been related to better QoL improvement. The first step should be for satisfaction and quality of life to be assessed regularly during outpatients' follow-up. From a theoretical perspective, the factors that affect patients' ratings of satisfaction with early care must be better understood to identify areas of improvement. This could help clinicians better target their patients' needs, which is recognized to enhance treatment engagement, care adherence and therapeutic success (McLellan et al., 2005; Laudet and White, 2010). Moreover, these findings, if communicated to patients, could enhance their motivation to enter into outpatient treatment.

Authors disclosures

Role of Funding Source

Nothing declared.

Contributors

SB-B, RS, and CB designed the study protocol. SV, PDP, OM, GV and LC collected the data used in the current manuscript. CB and IC-U performed the statistical analysis. OM participated in the discussion and writing of the paper. SB-B and CB oversaw the drafting of the manuscript. All authors contributed toward reading and critically revising the paper and agree to be accountable for all aspects of the work.

Conflict of Interest

The authors of this paper declare no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors gratefully acknowledge the study team and all the care workers for their contribution. We are also grateful to SETHS for supporting this work and to CIC-EC-Inserm CIC1433, particularly to Ms Pierrez for her assistance

Table 1 Participant characteristics

Characteristics	Full sample N=172		Satisfaction Outpatient responders N=136		Satisfaction Outpatient nonresponders N=36		p- value
	n	Mean (SD) or %	n	Mean (SD) or %	n	Mean (SD) or %	
Age (years)	169	38.9 (10.5)	134	39.1 (10.5)	35	38.1 (10.9)	0.6
Gender							0.89
Male	142	82.6	112	82.4	30	83.3	
Female	30	17.4	24	17.6	6	16.7	
Marital status							0.13
Never married	70	41.9	51	38.9	19	52.8	
Married/live with a partner	65	38.9	51	38.9	14	38.9	
Separated/divorced/widowed	32	19.2	29	22.1	3	8.3	
Educational level							0.63
Primary school	19	11.1	16	11.9	3	8.3	
Secondary school	122	71.3	97	71.9	25	69.4	
High school/university	30	17.5	22	16.3	8	22.2	
Living arrangements							0.94
Alone	56	32.7	44	32.6	12	33.3	
With partner and/or children	75	43.9	59	43.7	16	44.4	
With family or friends	32	18.7	26	19.3	6	16.7	
Homeless	8	4.7	6	4.4	2	5.6	
Occupational status							0.98
Unemployed/student	102	59.6	82	60.3	20	57.1	
Full-time work	52	30.4	41	30.1	11	31.4	
Part-time work	9	5.3	7	5.1	2	5.7	
Retired	8	4.7	6	4.4	2	5.7	
Type of dependence							0.01*
Alcohol dependence	58	33.7	52	38.2	6	16.7	
Opioid dependence	114	66.3	84	61.8	30	83.3	
Duration of addiction (years)	172	14.4 (10.7)	136	14.9 (11.1)	36	12.3 (8.8)	0.2
Comorbid axis I diagnosis (yes)	66	38.4	55	30.6	11	40.4	0.28
Origin of the care request							0.3
Patient	125	72.7	100	73.5	25	69.5	
Justice	15	8.7	11	8.1	4	11.1	
Medical care	32	18.6	25	18.4	7	19.4	
Patient-physician gender match (yes)	68	39.5	59	43.4	9	25.0	0.04*
Medication initiated during the 3-months follow-up (yes)	62	36.7	53	39.6	9	25.7	0.13
Change in substance use behavior at 3 months (yes)	102	60.4	84	63.2	18	50	0.15
Number of medical sessions during the 3-month follow-up	160	7.3 (4.6)	127	7.3 (4.5)	33	7.5 (5.0)	0.21

Abbreviation: SD, standard deviation

* $p < 0.05$

Table 2 Self-reported Health status scores at baseline and a 3-month follow-up for EQS-C responders and nonresponders

Self-reported Health status	Full sample N = 172		Satisfaction Outpatient responders N=136		Satisfaction Outpatient nonresponders N=36		p- value
	n	Mean (SD) or %	n	Mean (SD) or %	n	Mean (SD) or %	
SF-12 PCS							
PCS at baseline	167	45.5 (8.8)	131	45.2 (9.0)	36	46.3 (8.1)	0.53
PCS at 3 months	164	48.2 (7.4)	130	48.0 (7.9)	34	48.8 (5.5)	0.59
SF-12 MCS							
MCS at baseline	167	35.5 (10.7)	131	36.1 (10.7)	36	33.3 (10.5)	0.16
MCS at 3 months	164	42.7 (10.5)	130	43.0 (10.2)	34	41.5 (11.7)	0.47
HADS							
Anxiety subscale score at baseline	159	10.5 (4.5)	128	10.3 (4.5)	31	11.2 (4.6)	0.35
Anxiety subscale score at 3 months	162	8.0 (4.1)	128	8.0 (4.1)	34	8.1 (4.2)	0.87
Depression subscale score at baseline	162	8.1 (4.1)	129	7.9 (4.1)	33	9.2 (4.0)	0.11
Depression subscale score at 3 months	161	5.8 (3.8)	127	5.6 (3.8)	34	6.5 (3.6)	0.21

Abbreviations: SD, standard deviation; SF-12, Short-Form 12; PCS, Physical Component Summary; MCS, Mental health Component Summary; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale

Table 3 Outpatient satisfaction with care

Satisfaction with care	EQS-C responders N=136	
	n	Mean (SD) or %
EQS-C scores		
Contact/appointments	132	80.6 (19.1)
Reception facilities	135	79.4 (16.1)
Waiting time	135	76.5 (22.6)
Consultation with the doctor	135	82.5 (16.5)
Overall satisfaction	136	80.8 (15.2)
"I think I will continue attending this department"		
Agree		31.6
Fully agree		55.7
Comments on the open-ended EQS-C question "What part of our service do you think could be improved?"		
No comment	136	48.0
Positive comment		27.2
Negative comment		16.1
Mixed comment		8.7

Abbreviations: EQS-C, Quality of Care Scale in outpatient consultation; SD, standard deviation

Table 4 Predictors of Quality of Life change from baseline to the 3-month follow-up

Patients characteristics	Δ^* SF-12 PCS N=118				Δ^* SF-12 MCS N=123			
	Bivariate analysis		Multivariate analysis R ² =0.47		Bivariate analysis		Multivariate analysis R ² =0.40	
	β /Mean	p-value	β /Mean	p-value	β /Mean	p-value	β /Mean	p-value
Age (years)	-0.02	0.84			0.08	0.47		
Gender		0.70				0.89		
Male	3.0				7.3			
Female	2.2				6.9			
Educational level		0.15				0.69		
Primary school	7.2				4.6			
Secondary school	2.1				7.5			
High school/university	3.3				8.0			
Marital status		0.01		0.005		0.47		
Never married	5.6		5.5	0.001**	5.6			
Married/live with a partner	2.8		4.0	0.02**	8.3			
Separated/divorced/widowed	-1.1		0.0		8.6			
Occupational status		0.4				0.78		
Unemployed	2.3				7.5			
Employed	3.7				6.8			
Type of dependence		0.17				0.38		
Alcohol dependence	1.4				8.4			
Opioid dependence	3.7				6.5			
Duration of addiction (years)	0.04	0.61			-0.09	0.37		
Origin of the care request		0.03		0.014		0.84		
Patient	3.3		0.0		7.0			
Health practitioner	3.7		2.1	0.2	8.5			
Justice	-4.9		-5.9	0.02**	6.4			
Comorbid axis I diagnosis		1.0				0.09		0.26
Yes	2.8				8.7		0.0	
No	2.8				4.9		2.0	
Medication initiated during the 3-month follow-up		0.81				0.10		
Yes	3.0				4.9			
No	2.9				8.6			
Change in substance use behavior at 3 months		0.79				0.98		
Yes	2.7				7.2			
No	3.2				7.1			
Self-reported health status at baseline								
HADS depression subscale		0.05		0.77		0.02		0.14
HADS depression subscale score <8	0.9		0.0		4.6		0.0	
HADS depression subscale score \geq 8	4.0		-0.4		9.7		-3.0	
HADS anxiety subscale		0.14				0.65		
HADS anxiety subscale score <8	1.0				6.8			
HADS anxiety subscale score \geq 8	3.5				7.9			
SF-12 PCS	-0.62	<0.0001	-0.6	<0.0001**				
SF-12 MCS					-0.67	<0.0001	-0.7	<0.0001**
EQS-C overall satisfaction score	0.0	0.95			0.17	0.01	0.1	0.02**

Abbreviations: SF-12, Short-Form 12; PCS, Physical Component Summary; MCS, Mental health Component Summary; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; EQS-C, Quality of Care Scale in outpatient consultation;

* Δ QoL = 3-month QoL-baseline QoL

** $p < 0.05$

References

Adan, A., Marquez-Arrico, J.E., Gilchrist, G. (2017). Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0781-y>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, C.C., Tato, J., Vazquez, J.M., Martín-Santos, R., Torrens, M. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Substance Use & Misuse*, 43(5), 612-632. <https://doi.org/10.1080/10826080701204813>

Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., Sbrana, A., Iagher, C., Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1765-1776. <https://doi.org/10.1080/10826080500260800>

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)

Bourion-Bédès, S., Schwan, R., Epstein, J., Laprevote, V., Bédès, A., Bonnet, J.L., Baumann, C. (2015). 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). *Quality of Life Research*, 24(2), 287-293. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0772-y>

Bourion-Bédès, S., Schwan, R., Laprevote, V., Bédès, A., Bonnet, J.L., Baumann, C. (2015). Differential item functioning (DIF) of SF-12 and Q-LES-Q-SF items among french substance users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 172. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0365-7>

Bright, D.A., Martire, K.A. (2013). Does coerced treatment of substance-using offenders lead to improvements in substance use and recidivism? A review of the treatment efficacy

literature. *Australian Psychologist*, 48(1), 69-81. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00072.x>

Colpaert, K., De Maeyer, J., Broekaert, E., Vanderplasschen, W. (2013). Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the quality of life of alcohol-, drug- and dual-dependent persons in residential treatment. *European Addiction Research*, 19(4), 173-183. <https://doi.org/10.1159/000343098>

Coste, J., Ecosse, E., Leplège, A., Pouchot, J., Perneger, T. (2001). *Le questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris: Editions Estem.

Cruz-Feliciano, M.A., Miranda-Díaz, C., Fernández-Santos, D.M., Orobitg-Brenes, D., Hunter-Mellado, R.F., Carrión-González, I.S. (2017). Quality of life improvement in Latinas receiving combined substance use disorders and trauma-specific treatment: a cohort evaluation report. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0667-z>

Daepfen, J.B., Faouzi, M., Sanchez, N., Rahhali, N., Bineau, S., Bertholet, N. (2014). Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 49(4), 457-465. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu027>

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., (2010). Quality of Life among Opiate-Dependent Individuals: A Review of the Literature. *The International Journal on Drug Policy*, 21(5), 364-380. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.010>.

Donovan, D., Mattson, M.E., Cisler, R.A., Longabaugh, R., Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, (15), 119-139. <https://doi.org/10.15288/jsas.2005.s15.119>

Eshelman, A., Paulson, D., Meyer, T., Fischer, D., Moonka, D., Brown, K., Abouljoud, M. (2010). The influence of alcohol abuse history on the differential, longitudinal patterns of mental and physical quality of life following liver transplantation. *Transplantation Proceedings*, 42(10), 4145-4147. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2010.09.022>

Feelemyer, J.P., Jarlais, D.C.D., Arasteh, K., Phillips, B.W., Hagan, H. (2014). Changes in Quality of Life (WHOQOL-BREF) and Addiction Severity Index (ASI) among participants in Opioid Substitution Treatment (OST) in Low and Middle Income Countries: An

International Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 251-258.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011>

Foster, J.H., Powell, J.E., Marshall, E.J., Peters, T.J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects: A review. *Quality of Life Research*, 8(3), 255-261.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1008802711478>

Foster, J.H., Peters, T.J., Marshall, E.J. (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol*, 22(1), 45-52. [https://doi.org/10.1016/S0741-8329\(00\)00102-6](https://doi.org/10.1016/S0741-8329(00)00102-6)

Gandek, B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L., Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00109-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00109-7)

Garg, N., Yates, W.R., Jones, R., Zhou, M., Williams, S. (1999). Effect of Gender, Treatment Site and Psychiatric Comorbidity on Quality of Life Outcome in Substance Dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(1), 44-54.
<https://doi.org/10.1080/105504999306072>

Gasquet, I., Villeminot, S., Estaquio, C., Durieux, P., Ravaud, P., Falissard, B. (2004). Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 43.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-43>

Griffin, M.L., Bennett, H.E., Fitzmaurice, G.M., Hill, K.P., Provost, S.E., Weiss, R.D. (2015). Health-related quality of life among prescription opioid-dependent patients: Results from a multi-site study. *The American Journal on Addictions*, 24(4), 308-314.
<https://doi.org/10.1111/ajad.12188>

Günther, O., Roick, C., Angermeyer, M.C., König, H.H. (2007). The EQ-5D in alcohol dependent patients: relationships among health-related quality of life, psychopathology and social functioning. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 253-264.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.07.001>

- Han, K.T., Park, E.C., Kim, J.H., Kim, S.J., Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life? *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 109. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0109-0>
- Kelly, S.M., O'Grady, K.E., Brown, B.S., Mitchell, S.G., Schwartz, R.P. (2010). The Role of Patient Satisfaction in Methadone Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(3), 150-154. <https://doi.org/10.3109/00952991003736371>
- Koob, G.F., Volkow, N.D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Kraemer, K.L., Maisto, S.A., Conigliaro, J., McNeil, M., Gordon, A.J., Kelley, M.E. (2002). Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 382-386. <https://doi.org/10.1007/s11606-002-0045-2>
- Lahmek, P., Berlin, I., Michel, L., Berghout, C., Meunier, N., Aubin, H.J. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, 6(4), 160-167. <https://doi.org/10.7150/ijms.6.160>
- Laudet, A.B., White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.06.003>
- Laudet, A.B. (2011). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 44-55. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-7-2>
- Lépine, J.P. (1997). L'échelle HAD [hospital anxiety and depression scale]. In Guelfi J.D., *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie [Standardized Clinical Psychiatric Assessment, Vol. 1]*, Boulogne: Éd. Médicales Pierre Fabre, 367–374.
- March, J.C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., Carrasco, F., The PEPSA Team. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.007>

- McHugo, G.J., Drake, R.E., Whitley, R., Bond, G.R., Campbell, K., Rapp, C.A., Goldman, H.H., Lutz, W.J., Finnerty, M.T. (2007). Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatric Services*, 58(10), 1279-1284. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.10.1279>
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- McLellan, A.T., McKay, J.R., Forman, R., Cacciola, J., Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01012.x>
- Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P.J., Strike, C.J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R., Hopkins, S. (2006). Determinants of health-related quality of life of opiate users at entry to low-threshold methadone programs. *European Addiction Research*, 12(2), 74-82. <https://doi.org/10.1159/000090426>
- Mitchell, S.G., Gryczynski, J., Schwartz, R.P., Myers, C.P., O'Grady, K.E., Olsen, Y.K., Jaffe, J.H. (2015). Changes in Quality of Life following Buprenorphine Treatment: Relationship with Treatment Retention and Illicit Opioid Use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(2), 149-157. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1014948>
- Morgan, M.Y., Landron, F., Lehert, P., New European Alcoholism Treatment Study Group. (2004). Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28(1), 64-77. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000108652.73143.4B>
- Morgan, T.J., Morgenstern, J., Blanchard, K.A., Labouvie, E., Bux, D.A. (2003). Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *The American Journal on Addictions*, 12(3), 198-210. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2003.tb00648.x>
- Morris, Z.S., Gannon, M. (2008). Drug misuse treatment services in Scotland: predicting outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 271-276. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn019>

- Muller, A.E., Skurtveit, S., Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 39. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0439-1>
- Nosyk, B., Guh, D.P., Sun, H., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D.C., Schechter, M.T., Anis, A.H. (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.04.003>
- Nosyk, B., Bray, J.W., Wittenberg, E., Aden, B., Eggman, A.A., Weiss, R.D., Potter, J., Ang, A., Hser, Y.I., Ling, W., Schackman, B.R. (2015). Short term health-related quality of life improvement during opioid agonist treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 157, 121-128. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.009>
- Palle, C., Rattanatrav M. (2013). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010 - Situation en 2010 et évolution sur la période 2005-2010 [PDF file]. Retrieved 5 July 2018, from <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>
- Palle, C. (2016). Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007 [PDF file]. Retrieved 5 July 2018, from <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>
- Pasareanu, A.R., Opsal, A., Vederhus, J.K., Kristensen, Ø., Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0231-7>
- Petkari, E., Pietschnig, J. (2015). Associations of Quality of Life with Service Satisfaction in Psychotic Patients: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(8), 1352-1367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135267>
- Picci, R.L., Oliva, F., Zuffranieri, M., Vizzuso, P., Ostacoli, L., Sodano, A.J., Furlan, P.M. (2014). Quality of life, alcohol detoxification and relapse: is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? *Quality of Life Research*, 23(10), 2757-2767. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0735-3>
- Ponizovsky, A.M., Grinshpoon, A. (2007). Quality of life among heroin users on buprenorphine versus methadone maintenance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 631-642. <https://doi.org/10.1080/00952990701523698>

Raisch, D.W., Campbell, H.M., Garnand, D.A., Jones, M.A., Sather, M.R., Naik, R., Ling, W. (2012). Health-related quality of life changes associated with buprenorphine treatment for opioid dependence. *Quality of Life Research*, 21(7), 1177-1183. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0027-0>

Romeis, J.C., Waterman, B., Scherrer, J.F., Goldberg, J., Eisen, S.A., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Lyons, M.J., Tsuang, M.T., True, W.R. (1999). The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(5), 653-662. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.653>

Ruggeri, M., Nosè, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., Stefani, B., Malchiodi, F., Tansella, M. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 121-130. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.121>

Smith, K.W., Larson, M.J. (2003). Quality of Life Assessments by Adult Substance Abusers Receiving Publicly Funded Treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29(2): 323-335.

Srivastava, S., Bhatia, M. (2013). Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1), 41-46. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.123617>

Swanson, J.W., Swartz, M.S., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Burns, B.J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(4), 473-491. <https://doi.org/10.1002/bsl.548>

Tierney, K.R., Kane, C.F. (2011). Promoting Wellness and Recovery for Persons With Serious Mental Illness: A Program Evaluation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.07.006>

Trujols, J., Iraurgi, I., Oviedo-Joekes, E., Guàrdia-Olmos, J. (2014). A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient Preference and Adherence*, 8, 107-117. <https://doi.org/10.2147/PPA.S52060>

- Ugochukwu, C., Bagot, K.S., Delaloye, S., Pi, S., Vien, L., Garvey, T., Bolotaulo, N., Kumar, N., Ishak, W. W. (2013). The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(1), 1-17. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e31827fd8aa>
- Urbanoski, K.A. (2010). Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduction Journal*, 7, 13. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-7-13>
- Urden, L.D. (2002). Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Outcomes Management*, 6(3), 125-131.
- Valderas, J.M., Kotzeva, A., Espallargues, M., Guyatt, G., Ferrans, C.E., Halyard, M.Y., Revicki, D.A., Symonds, T., Parada, A., Alonso, J. (2008). The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Quality of Life Research*, 17(2), 179-193. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9295-0>
- Vederhus, J.K., Pripp, A.H., Clausen, T. (2016). Quality of Life in Patients with Substance Use Disorders Admitted to Detoxification Compared with Those Admitted to Hospitals for Medical Disorders: Follow-Up Results. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10, 31-37. <https://doi.org/10.4137/SART.S39192>
- Villeneuve, P.J., Challacombe, L., Strike, C.J., Myers, T., Fischer, B., Shore, R., Hopkins, S., Millson, P.E. (2006). Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substance Use*, 11(2), 137-149. <https://doi.org/10.1080/14659890500256945>
- Volant, S. (2017). France, social portrait Edition 2017. Consulté 6 juillet 2018, à l'adresse <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>
- Volk, R.J., Cantor, S.B., Steinbauer, J.R., Cass, A.R. (1997). Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21(5), 899-905. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1997.tb03855.x>
- Wang, P.W., Wu, H.C., Yen, C.N., Yeh, Y.C., Chung, K.S., Chang, H.C., Yen, C.F. (2012). Change in quality of life and its predictors in heroin users receiving methadone maintenance

treatment in Taiwan: an 18-month follow-up study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(3), 213-219. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.649222>

Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R., Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8)

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M., Rafful, C., Fisher, B., Strathdee, S., Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *The International Journal on Drug Policy*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>

World Health Organization. (1996). What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, 17(4), 354-356.

World Health Organization Division of Mental Health and Prevention of Substance. (1997). Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL: measuring quality of life. [PDF file]. Retrieved 6 April 2018, from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Zendjidjian, X.Y., Baumstarck, K., Auquier, P., Loundou, A., Lançon, C., Boyer, L. (2014). Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: why should clinicians care? *Patient Preference and Adherence*, 8, 575-583. <https://doi.org/10.2147/PPA.S62278>

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon

Les données socio-démographiques, cliniques et relatives aux modalités de prise en charge sont présentées dans le **Tableau 1**, pour l'échantillon total et pour chacun des sous-groupes de patients, constitués selon leur réponse ou non au questionnaire EQS-C.

Tableau 1 : *Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon*

Caractéristiques	Échantillon total N=172		Patients répondeurs EQS-C N=136		Patients non répondeurs EQS-C N=36		p
	n	Moy (ET) ou %	n	Moy (ET) ou %	n	Moy (ET) ou %	
Âge (années)	169	38,9 (10,5)	134	39,1 (10,5)	35	38,1 (10,9)	0,60
Sexe							0,89
Homme	142	82,6	112	82,4	30	83,3	
Femme	30	17,4	24	17,6	6	16,7	
Situation familiale							0,13
Jamais marié(e)	70	41,9	51	38,9	19	52,8	
Marié(e)/en union libre	65	38,9	51	38,9	14	38,9	
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	32	19,2	29	22,1	3	8,3	
Niveau d'études							0,63
Primaire	19	11,1	16	11,9	3	8,3	
Collège/Lycée	122	71,3	97	71,9	25	69,4	
Études supérieures	30	17,5	22	16,3	8	22,2	
Mode de vie							0,94
Seul(e)	56	32,7	44	32,6	12	33,3	
Avec enfant(s) et/ou partenaire	75	43,9	59	43,7	16	44,4	
Chez famille ou amis	32	18,7	26	19,3	6	16,7	
Sans domicile fixe	8	4,7	6	4,4	2	5,6	
Situation professionnelle							0,98
Sans emploi/étudiant	102	59,6	82	60,3	20	57,1	
Actif à temps complet	52	30,4	41	30,1	11	31,4	
Actif à mi-temps	9	5,3	7	5,1	2	5,7	
Retraité(e)	8	4,7	6	4,4	2	5,7	
Type de dépendance							0,01*
Dépendance à l'alcool	58	33,7	52	38,2	6	16,7	
Dépendance aux opiacés	114	66,3	84	61,8	30	83,3	
Ancienneté de l'addiction (années)	172	14,4 (10,7)	136	14,9 (11,1)	36	12,3 (8,8)	0,20
Existence de problèmes de santé (oui)	66	38,4	55	30,6	11	40,4	0,28
Origine de la demande de prise en charge							0,30
Patient	125	72,7	100	73,5	25	69,5	
Justice	15	8,7	11	8,1	4	11,1	
Médecin	32	18,6	25	18,4	7	19,4	
Concordance sexe patient-thérapeute (oui)	68	39,5	59	43,4	9	25,0	0,04*
Nouveau traitement depuis l'inclusion (oui)	62	36,7	53	39,6	9	25,7	0,13
Modifications des consommations (oui)	102	60,4	84	63,2	18	50	0,15
Nombre d'entretiens médicaux à 3 mois	160	7,3 (4,6)	127	7,3 (4,5)	33	7,5 (5,0)	0,21

Abréviations: Moy, moyenne; ET, écart-type; p, valeur-p;

* p<0,05

Notre échantillon était composé de 172 patients suivis à 3 mois, parmi lesquels 142 hommes et 30 femmes. L'âge moyen était de 38,9 ans (ET=10,5) et 38,9% des patients se déclaraient en couple ou bien mariés. Plus de la moitié des patients (59,6%) était sans emploi et une minorité d'entre eux (17,5%) avait suivi des études supérieures. Une réponse au questionnaire de satisfaction vis-à-vis de soins EQS-C a été obtenue pour 136 patients de l'échantillon (79,1%).

Conformément aux critères diagnostiques du DSM-IV (131), 58 patients (33,7%) présentaient une dépendance à l'alcool et 114 patients (66,3%) une dépendance aux opiacés. L'ancienneté dans la dépendance était de 14,4 ans en moyenne (ET=10,7). Des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques étaient retrouvées chez 38,4% des patients de l'échantillon, avec essentiellement des pathologies digestives, cardiovasculaires, infectieuses et/ou neurologiques pour la sphère somatique et des troubles anxieux et/ou thymique pour la sphère psychiatrique. Près de trois-quarts des patients (71,5%) étaient eux-mêmes à l'initiative de leur démarche de soins tandis que 15 patients (8,7%) avaient débuté un suivi à la demande de la justice. Les autres demandes de prise en charge émanaient principalement du corps médical, médecin traitant du patient ou bien psychiatre.

En ce qui concerne les soins délivrés, 72,1 % des patients étaient pris en charge par un interne. Une concordance des sexes entre le patient et le thérapeute était observée dans 39,5% des cas. Après 3 mois de suivi, les patients avaient bénéficié de 7,3 consultations médicales en moyenne (ET=4,6) et un changement favorable dans leurs habitudes de consommation avait été observé pour 60,4% d'entre eux.

Des différences statistiquement significatives ont été relevées entre le groupe de patients répondeurs au questionnaire de satisfaction EQS-C et le groupe non répondeurs. Celles-ci concernaient le type de dépendance ainsi que sur la concordance des sexes patient-médecin : les sujets dépendants à l'alcool et ceux qui étaient du même sexe que leur thérapeute étaient davantage répondeurs au questionnaire EQS-C que les autres patients.

3.2. État de santé perçu à l'inclusion et à 3 mois de suivi

Les scores de qualité de vie et d'anxiété-dépression au début de la prise en charge et à 3 mois sont présentés dans le **Tableau 2**. Les résultats portent sur l'échantillon total et sur chacun des sous-groupes de patients, en fonction de la réponse ou non au questionnaire de satisfaction EQS-C à 15 jours de l'inclusion.

Tableau 2 : Scores de santé perçue à 0 et 3 mois chez les patients répondeurs et non répondeurs au EQS-C

Indicateurs de santé perçue	Échantillon total N=172		Patients répondeurs EQS-C N=136		Patients non répondeurs EQS-C N=36		p
	n	Moy (ET) ou %	n	Moy (ET) ou %	n	Moy (ET) ou %	
SF-12 PCS							
PCS à T0	167	45,5 (8,8)	131	45,2 (9,0)	36	46,3 (8,1)	0,53
PCS à T2	164	48,2 (7,4)	130	48,0 (7,9)	34	48,8 (5,5)	0,59
SF-12 MCS							
MCS à T0	167	35,5 (10,7)	131	36,1 (10,7)	36	33,3 (10,5)	0,16
MCS à T2	164	42,7 (10,5)	130	43,0 (10,2)	34	41,5 (11,7)	0,47
HADS							
Sous-échelle anxiété à T0	159	10,5 (4,5)	128	10,3 (4,5)	31	11,2 (4,6)	0,35
Sous-échelle anxiété à T2	162	8,0 (4,1)	128	8,0 (4,1)	34	8,1 (4,2)	0,87
Sous-échelle dépression T0	162	8,1 (4,1)	129	7,9 (4,1)	33	9,2 (4,0)	0,11
Sous-échelle dépression T2	161	5,8 (3,8)	127	5,6 (3,8)	34	6,5 (3,6)	0,21
Abréviations: Moy, moyenne; ET, écart-type; p, valeur-p; T0, début de la prise en charge; T2, à 3 mois de suivi							

Au début de la prise en charge, les scores moyens de QV étaient de 45,5 (ET=8,8) pour la dimension PCS du SF-12 et de 35,1 (ET=10,7) pour la dimension MCS. Au questionnaire HADS, le score moyen était de 8,1 (ET= 4,1) pour la sous-échelle de la dépression et de 10,5 (ET=4,5) pour celle de l'anxiété. Plus précisément, 16,1 % des patients rapportaient un état anxieux probable et plus de la moitié de l'échantillon (52,2%) un état anxieux certain, tandis que près d'un quart des patients (23,5%) présentaient un état dépressif probable et un tiers d'entre eux (32,2%) un état dépressif certain.

Après 3 mois de suivi, une amélioration de la qualité de vie et des niveaux d'anxiété-dépression a été mise en évidence dans notre échantillon de patients dépendants aux substances psychoactives. Ainsi, dans l'échantillon total, les scores moyens de QV pour les dimensions MCS et PCS du SF-12 ont respectivement augmenté de 7,4 points (ET=11,6 ; $p<0,0001$) et de 2,6 points (ET=8,8 ; $p=0,0004$). Les scores moyens des sous-échelles de dépression et d'anxiété du questionnaire HADS ont eux respectivement diminué de 2,5 points (ET=3,8 ; $p<0,0001$) et de 2,6 points (ET=3,8 ; $p<0,0001$).

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes de patients répondeurs et non répondeurs au questionnaire EQS-C concernant leurs niveaux de qualité de vie et d'anxiété-dépression au début de la prise en charge et à 3 mois.

3.3. Satisfaction précoce vis-à-vis des soins

Le score de satisfaction totale ainsi que les scores pour chacune des sous-dimensions de la satisfaction du questionnaire EQS-C sont présentés dans le **Tableau 3**.

Tableau 3 : *Satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus*

Satisfaction vis-à-vis des soins	Patients répondeurs EQS-C N=136	
	n	Moy (ET) ou %
Scores EQS-C		
Prise de rendez-vous	132	80,6 (19,1)
Accueil et confort	135	79,4 (16,1)
Temps d'attente avant de voir le médecin	135	76,5 (22,6)
Consultation avec le médecin	135	82,5 (16,5)
Satisfaction totale	136	80,8 (15,2)
« J'ai l'intention de continuer à être suivi(e) dans ce service »	136	
D'accord		31,6
Totalement d'accord		55,7
Commentaires dans le champ-libre du questionnaire EQS-C	136	
Pas de commentaire		48
Commentaire positif		27,2
Commentaire négatif		16,1
Commentaire neutre		8,7
Abréviations: Moy, moyen; ET, écart-type		

Les résultats portent sur les 136 patients de notre échantillon initial qui ont répondu au questionnaire EQS-C. Le score de satisfaction totale était de 80,8 en moyenne (ET=15,2). En ce qui concerne les différentes dimensions de la satisfaction vis-à-vis des soins, les scores moyens étaient de 80,6 (ET=19,1) pour la prise de rendez-vous, de 79,4 (ET=16,1) pour l'accueil et le confort, de 76,5 (ET=22,6) pour le temps d'attente et de 82,5 (ET=16,5) pour la consultation avec le médecin. Pour ce qui est de l'item 28 du questionnaire EQS-C « *J'ai l'intention de continuer à être suivi dans ce service* », 119 patients (87,3%) ont répondu être d'accord ou totalement d'accord. Dans le champ de commentaire libre en fin de questionnaire, 71 patients (51,7%) se sont exprimés et moins d'un quart de leurs remarques étaient de tonalité négative, essentiellement en lien avec le temps d'attente et les locaux.

3.4. Déterminants de l'évolution de la qualité de vie après 3 mois de suivi

Les résultats des analyses bivariées et multivariées pour chacune des deux dimensions de la qualité de vie PCS et MCS du SF-12 sont présentés dans le **Tableau 4**.

Tableau 4 : Déterminants de l'évolution de la qualité de vie entre 0 et 3 mois

Caractéristiques des patients	Δ^* SF-12 PCS N=118				Δ^* SF-12 MCS N=123			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R ² =0,47		Analyse bivariée		Analyse multivariée R ² =0,40	
	β /Moy	p	β /Moy	p	β /Moy	p	β /Moy	p
Âge (années)	-0,02	0,84			0,08	0,47		
Sexe		0,7				0,89		
Homme	3,0				7,3			
Femme	2,2				6,9			
Niveau d'études		0,15				0,69		
Primaire	7,2				4,6			
Collège/Lycée	2,1				7,5			
Études supérieures	3,3				8,0			
Situation familiale		0,01		0,005		0,47		
Jamais marié(e)	5,6		5,5	0,001**	5,6			
Marié(e)/en union libre	2,8		4,0	0,02**	8,3			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	-1,1		0,0		8,6			
Situation professionnelle		0,40				0,78		
Sans emploi	2,3				7,5			
Actif	3,7				6,8			
Type de dépendance		0,17				0,38		
Dépendance à l'alcool	1,4				8,4			
Dépendance aux opiacés	3,7				6,5			
Ancienneté de l'addiction (années)	0,04	0,61			-0,09	0,37		
Origine de la demande de prise en charge		0,03		0,014		0,84		
Patient	3,3		0,0		7,0			
Médecin	3,7		2,1	0,20	8,5			
Justice	-4,9		-5,9	0,02**	6,4			
Existence de problèmes de santé		1,00				0,09		0,26
Oui	2,8				8,7		0	
Non	2,8				4,9		2,0	
Nouveau traitement depuis l'inclusion		0,81				0,1		
Oui	3,0				4,9			
Non	2,9				8,6			
Modifications des consommations		0,79				0,98		
Oui	2,7				7,2			
Non	3,2				7,1			
Indicateurs de santé perçue à l'inclusion								
Sous-échelle dépression HADS		0,05		0,77		0,02		0,14
Sous-échelle dépression HADS score <8	0,9		0,0		4,6		0	
Sous-échelle dépression HADS score ≥ 8	4		-0,4		9,7		-3,0	
Sous-échelle anxiété HADS		0,14				0,65		
Sous-échelle anxiété HADS <8	1				6,8			
Sous-échelle anxiété HADS ≥8	3,5				7,9			
SF-12 PCS	-0,62	<0,0001	-0,6	<0,0001**				
SF-12 MCS					-0,67	<0,0001	-0,7	<0,0001**
Satisfaction totale EQS-C	0,0	0,95			0,17	0,01	0,1	0,02**

Abréviations: β , Béta = variables quantitatives; Moy, Moyenne = variables qualitatives; p, valeur-p
 Δ^* QoL = QV à l'inclusion-QV à 3 mois
** p<0,05

Il apparaît que le score PCS du SF-12 évoluait d'autant plus favorablement à 3 mois qu'il était faible au début de la prise en charge ($\beta=-0,6$; $p<0.0001$). Le statut marital « jamais marié » était associé à une meilleure évolution de la dimension physique du SF-12 ($\beta=5.5$; $p<0.0001$) et l'engagement dans les soins à la demande de la justice à une évolution moindre du score PCS ($\beta=-5,9$; $p=0.01$). Nous relevons que 47% de la variance de l'évolution du score de QV dans sa dimension physique était expliquée par ce modèle. En ce qui concerne la dimension mentale du SF-12, un niveau élevé de satisfaction précoce vis-à-vis des soins apparaissait associé à une meilleure évolution de la qualité de vie à 3 mois ($\beta=0.1$; $p=0.02$) et le score MCS évoluait d'autant plus favorablement à 3 mois qu'il était faible au début de la prise en charge ($\beta=-0,7$; $p<0.0001$). Nous relevons que 40 % de la variance de l'évolution du score de QV dans sa dimension mentale était expliquée par ce modèle.

CHAPITRE 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Résultats principaux

1.1. Caractéristiques de l'échantillon de patients

Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon reflètent l'impact délétère des troubles liés à l'usage de substances sur les dimensions sociales et professionnelles de la vie des individus qui en sont atteints. Alors que le taux d'emploi moyen en France s'élève à 65,2% pour l'année 2018 (138), seulement 35,7% des patients de l'échantillon se disent actifs. Il en va de même pour le statut marital et le mode de vie : environ 60% des français se déclarent en couple contre 40% des patients inclus, et 20 à 30% des français vivraient seuls contre près de 45% des patients inclus (139). Le sex-ratio, l'âge moyen et l'origine de la demande de soins des patients de l'échantillon sont quant à eux superposables aux dernières données épidémiologiques en population de patients suivis en CSAPA (140,141) : 4 patients sur 5 sont des hommes, les individus de moins de 40 ans sont surreprésentés par rapport à la population générale et un peu moins de 10% des patients initient des soins à la demande de la justice.

Concernant les caractéristiques cliniques de notre échantillon, cette étude retrouve des comorbidités psychiatriques et/ou somatiques chez environ 40% des patients, attestant des dommages sanitaires causés par l'usage de substances psychoactives. Notre recherche met également en évidence des scores moyens d'anxiété et de dépression supérieurs à ceux de la population générale (142,143) ainsi qu'à ceux des patients suivis en ambulatoire pour d'autres affections chroniques (144). Ces résultats sont homogènes avec ceux d'autres travaux effectués en addictologie (145,146), confirmant la prévalence élevée des symptômes anxieux et dépressifs chez les sujets dépendants à l'alcool ou aux opiacés (147).

1.2. Niveaux de qualité de vie et évolution à 3 mois

Notre étude retrouve une franche altération de la qualité de vie chez les patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés qui initient des soins ambulatoires, avec des scores particulièrement faibles pour ce qui est de la QV mentale. Elle révèle en outre une amélioration significative de la qualité de vie de ces patients à 3 mois du début de leur prise en charge, tant pour la dimension physique que pour la dimension mentale de la QV. Bien qu'il soit difficile d'apprécier le retentissement clinique à court terme d'une hausse de moins de 10 points des scores MCS ou PCS du SF-12 (148), une augmentation de 5 points dans l'une de ces deux dimensions (7,4 points en moyenne pour le MCS dans notre étude) suffit à réduire la morbi-mortalité des patients à moyen terme (149). Il est ici intéressant de noter que le niveau de QV physique évolue de façon moins importante que le niveau de QV mentale. Comme le suggèrent certains auteurs, cette amélioration plus modeste de la QV physique pourrait s'expliquer par un délai insuffisant entre les deux temps de mesure pour que des changements significatifs apparaissent ou bien être le fait de maladies organiques non curables (100).

Nos résultats sont cohérents avec ceux d'autres travaux en addictologie utilisant les questionnaires SF-12 ou SF-36 pour mesurer la qualité de vie (82,95,150) et nos observations cohérentes avec les données récentes de la littérature. De nombreuses recherches l'ont en effet démontré, le niveau de qualité de vie des patients dépendants aux substances psychoactives est inférieur à celui de la population générale (73–75). Ainsi, les scores des dimensions physique et mentale de la QV des patients de notre échantillon sont respectivement impactés de 5 et 12 points comparés à ceux de la population française (151). L'amélioration de la QV des patients dépendants à l'alcool ou aux opiacés suite à l'initiation de soins ambulatoires se retrouve également dans plusieurs autres études, avec un delta moyen 0-3 mois proche pour ce qui est des niveaux de QV physique et mentale (152–155).

1.3. Déterminants de l'évolution de la qualité de vie

Les résultats de cette étude ont permis d'identifier plusieurs facteurs prédictifs de l'amélioration à court terme de la qualité de vie des patients dépendants aux substances psychoactives. Tout d'abord, plus les niveaux de QV physique et mentale sont faibles au début de la prise en charge plus ils connaissent une augmentation remarquable, ce qui est en adéquation avec de précédents travaux dans le champ des addictions (95,156).

En ce qui concerne la dimension mentale de la qualité de vie, nos résultats offrent une réponse au questionnement principal de notre étude : un niveau élevé de satisfaction précoce vis-à-vis des soins est associé à une meilleure évolution de la QV mentale des patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés. Le score moyen de satisfaction totale mis en évidence dans nos analyses est cohérent avec celui d'autres études faites en population de patients suivis en ambulatoire par des services de soins universitaires français (134). Le « temps d'attente avant de voir le médecin » est la dimension de la satisfaction vis-à-vis des soins pour laquelle nos résultats retrouvent le score le plus bas. Cette observation s'inscrit dans la continuité de l'étude de validation du questionnaire EQS-C (134).

Pour ce qui est de la dimension physique de la qualité de vie, notre étude retrouve plusieurs déterminants de son évolution parmi les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients. Ainsi, le fait de n'avoir jamais été marié apparaît plus fortement associé à l'amélioration de la QV physique que l'inverse. Ce résultat est cohérent avec une étude récente portant sur l'évolution de la qualité de vie en fonction de l'âge des patients (157). Celle-ci retrouve une augmentation plus marquée du score de QV physique chez les patients célibataires entre 30 et 39 ans que chez les patients mariés dans la même tranche d'âge, ce qui fait écho avec les caractéristiques de notre échantillon de patients dont l'âge moyen est de 38,9 ans. Toujours pour la dimension physique de la qualité de vie,

l'engagement dans les soins à la demande de la justice est associé à un plus faible changement du niveau de QV que lorsque qu'il relève d'une démarche personnelle ou qu'il est encouragé par le corps médical. Dans le domaine des soins pénalement ordonnés, la littérature ne compte qu'un nombre limité d'articles abordant la question de leur efficacité sur les troubles liés à l'usage de substances. Cependant, la majorité d'entre eux aboutissent aux mêmes conclusions : il n'existe pas à ce jour de preuve statistiquement significative de l'efficacité de l'obligation ou de l'injonction de soins sur les habitudes de consommation des patients (158,159). Certaines études laissant même entendre que les soins pénalement ordonnés pourraient avoir un impact délétère sur l'état de santé perçu (160,161) : la qualité de vie étant un indicateur de santé perçue, le vécu coercitif de ce type de soins pourrait contrebalancer les effets positifs de leurs bénéfices cliniques et ainsi constituer un frein à l'amélioration de la qualité de vie chez ces patients.

2. Forces et limites de l'étude

Avant de mettre en lumière les perspectives qu'offrent ces résultats, il convient de discuter les forces et les limites de notre travail.

2.1. Échantillonnage

La population source de cette étude est uniquement constituée de patients pris en charge dans des services ambulatoires spécialisés en addictologie. Les patients pris en charge en médecine de ville n'ont pas été pris en compte. Aussi, nos résultats ne sauraient être généralisés à l'ensemble des patients dépendants à l'alcool ou aux opiacés qui initient des soins ambulatoires. Le choix d'un recrutement dans des services de soins spécialisés dans la prise en charge des addictions génère possiblement un biais de recrutement, avec des patients présentant un plus haut degré de sévérité dans leur dépendance aux substances. Si l'étude des déterminants de l'évolution de la QV à 3 mois ne porte que sur les 136 patients qui ont répondu au questionnaire de satisfaction EQS-C, il apparaît néanmoins que les caractéristiques des groupes répondeurs et non répondeurs sont très proches, ce qui limite le biais de sélection de notre recherche (162).

2.2. Effectif et puissance statistique

Notre échantillon compte 172 patients. Cet effectif réduit constitue une limite au rendu de nos analyses statistiques. Ainsi, alors que de précédentes recherches retrouvaient une association significative entre le sexe féminin (94) ou l'absence de comorbidités psychiatriques (95,96) et l'amélioration du niveau de qualité de vie des patients atteints d'un trouble lié à l'usage de substances, notre étude ne conduit pas aux mêmes résultats. Pour autant, cela ne signifie pas que le genre et les comorbidités ne sont pas des déterminants de l'évolution de la qualité de vie : la petite taille de notre échantillon a pu conduire à un manque

de puissance statistique, rendant nos analyses inaptes à détecter ces associations. Notre étude ne révèle pas non plus de déterminants de l'évolution de la qualité de vie parmi les données relatives aux troubles liés à l'usage de substances telles que la nature, la sévérité et l'ancienneté de la dépendance, l'âge d'apparition des troubles ou bien encore la fréquence et le mode de consommation des toxiques. Ces résultats ne sont pas dissonants avec la littérature existante, qui reste pour le moment non conclusive à propos de l'association entre le changement de QV et les caractéristiques de la dépendance (94). Compte tenu du nombre limité de sujets inclus dans les différentes recherches ayant exploré ces associations, l'hypothèse d'un manque de puissance statistique ne saurait être exclue et il est possible que ces mêmes études à plus grande échelle permettent de lever ces incertitudes. Ainsi, notre travail avec un effectif plus important pourrait peut-être conduire à des résultats différents et amener des éléments de discussion autres.

2.3. Les forces de l'étude

L'existence d'un lien entre l'évolution de la qualité de vie et le niveau de satisfaction vis-à-vis des soins en population de patients psychiatriques est évoquée dans plusieurs travaux de recherche (129,130), mais cette problématique restait inexplorée dans le champ des addictions. Notre étude est ainsi la première à mettre en lumière le rôle prédictif de la satisfaction précoce vis-à-vis des soins sur l'amélioration de la qualité de vie des patients dépendants aux substances psychoactives qui initient une prise en charge ambulatoire.

Outre son caractère novateur, notre étude possède également plusieurs forces méthodologiques. Tout d'abord, la qualité de vie a été évaluée au moyen du SF-12, un auto-questionnaire validé en population de patients toxicomanes, très largement répandu dans la littérature et particulièrement fiable pour la comparaison inter-groupes (163). Ensuite, la satisfaction vis-à-vis des soins était mesurée peu de temps après le début de la prise en charge

tandis que la qualité de vie était réévaluée à 3 mois de l'inclusion. De cette manière, l'appréciation par les patients de leur satisfaction était indépendante des variations ultérieures de leur QV, renforçant le sens de la causalité que ce travail cherchait à mettre en évidence. Le design de notre étude prévoyait également le remplissage à domicile du EQS-C, ce qui augmente la fiabilité des réponses des patients en limitant l'effet Hawthorne (164). Enfin, les modèles multivariés réalisés dans notre étude ont permis d'expliquer entre 40 et 46% de la variance, ce qui est conséquent en regard du pourcentage de variance expliqué retrouvé dans la plupart des autres études portant sur les déterminants de l'évolution de la QV des patients dépendants aux substances psychoactives (94–96).

3. Perspectives

Les résultats de cette étude contribuent à étoffer la base de données existante en matière de santé perçue dans le champ des addictions et ouvrent la voie à des perspectives nouvelles, tant dans le domaine de la clinique que de la santé publique et de la recherche.

3.1. En clinique

Notre étude confirme les effets bénéfiques d'une prise en charge ambulatoire sur la qualité de vie des patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés qui initient des soins. Si ces résultats venaient à être communiqués aux patients, cela pourrait renforcer leur motivation à entreprendre une démarche de soins. En soulignant la valeur prédictive de la satisfaction vis-à-vis des soins sur l'amélioration de la qualité de vie des patients dépendants aux substances psychoactives, nos recherches pourraient également contribuer à sensibiliser davantage les soignants à l'intérêt clinique que revêt cet indicateur de santé perçue. Cette perspective est d'autant plus importante que, contrairement aux autres déterminants de la qualité de vie mis en évidence dans notre étude (statut marital, origine de la prise en charge et QV basale), il est possible d'agir pour modifier le niveau de satisfaction des patients. Les délais de rendez-vous et les facilités de prise en charge étant les dimensions du soin pour lesquelles les sujets dépendants à l'alcool ou aux opiacés apparaissent le moins satisfaits, une approche plus spécifique visant à réduire ces domaines d'insatisfaction est à réfléchir.

3.2. En santé publique

Les troubles liés à l'usage de substances sont au cœur des préoccupations des politiques de santé depuis la loi du 9 août 2004 et l'instauration du « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 » (42). Ainsi, si nos résultats étaient confirmés par d'autres recherches, ils pourraient encourager la mise

en place d'action de santé visant à améliorer la satisfaction précoce des patients pris en charge dans des centres de soins ambulatoires spécialisés en addictologie. Pour ce faire, l'une des premières étapes pourrait consister en une évaluation régulière de la qualité de vie et de la satisfaction vis-à-vis des soins au cours de la prise en charge de ces patients. La littérature ne fournit pas encore de recommandations sur l'usage et l'interprétation des mesures de satisfaction vis-à-vis des soins, telles qu'il en existe pour la QV. Aussi, il conviendrait de mener de nouvelles recherches sur les instruments de mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins en population de patients dépendants. Des projets d'action de santé pourraient alors être mis en oeuvre à partir de ces mesures, non seulement pour optimiser la prise en charge globale de ces patients mais également pour réduire le risque de rupture de soins et la survenue de comorbidités, des priorités en termes de santé publique.

3.3. En recherche

Afin d'améliorer la satisfaction vis-à-vis des soins, il est nécessaire d'identifier les facteurs pouvant influencer son appréciation par les patients. Plus de la moitié des items du questionnaire EQS-C portant sur la dimension « consultation avec le médecin », il serait intéressant d'explorer l'influence de la relation thérapeutique et des compétences communicationnelles du clinicien (qualité de l'information délivrée, empathie et accessibilité par exemple) sur la satisfaction des patients au moyen de nouvelles études (165). Le taux de réponse d'environ 80% au questionnaire EQS-C dans notre échantillon laisse par ailleurs présager d'une bonne participation des patients lors de ces futures recherches. Plusieurs études l'ont constaté, l'amélioration de la QV à 3 mois tend à se maintenir à distance et même à s'accroître avec le temps (90,96,152). L'exploitation de la base de données SUBUSQOL sur 6 puis 12 mois pourrait consolider ces connaissances et apporter des éléments nouveaux concernant les déterminants de l'évolution à moyen et à long terme de la qualité de vie des patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés.

CONCLUSION

Les troubles liés à l'usage de substances, par leur prévalence élevée, leur évolution chronique et leur surcoût social en lien avec des conséquences individuelles et collectives, représentent un enjeu majeur de santé publique. Ce travail de thèse, mené à partir de la cohorte SUBUSQOL, apporte des éléments nouveaux sur la qualité de vie, son évolution et les déterminants de cette évolution à 3 mois du début de la prise en charge des patients dépendants à l'alcool ou aux opiacés qui initient des soins ambulatoires. Il confirme l'impact délétère de la dépendance aux substances psychoactives sur la qualité de vie et son amélioration substantielle lors de la prise en charge ambulatoire des patients qui en sont atteints. Plusieurs facteurs ont ainsi pu être identifiés comme des déterminants de l'évolution de la qualité de vie à 3 mois, en lien avec des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, l'état de santé perçu initial ainsi que le niveau de satisfaction des patients. En identifiant le niveau de satisfaction précoce vis-à-vis des soins comme un facteur prédictif de l'amélioration de la qualité de vie des patients dépendants aux substances psychoactives qui initient des soins ambulatoires, ce travail souligne l'importance de la prise en compte et de la mesure de cet indicateur de santé perçue, qui offre aux soignants la possibilité d'ajuster précocement leur cadre thérapeutique afin d'optimiser à terme l'évolution de la qualité de vie de leurs patients.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. United Nations Office on Drug and Crimes. World Drug Report 2018. Vienne: United Nations publications; 2018. Contrat no : E.18.XI.9.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. Genève: Bibliothèque de l'OMS; 2004. 40 p.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Genève: World Health Organization; 2018. Licence no : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Beck F. Drogues, Chiffres clés - 7e édition. Saint-Denis: OFDT; 2017. 8 p.
5. Costes JM, Vaissade L, Colasante E, Palle C, Legleye S, Janssen E, et al. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. Saint-Denis: OFDT; 2009. 29 p.
6. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: Presses Universitaires de France; 1943. 290 p.
7. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Preamble. Am J Public Health Nations Health. 1946;36(11):1315-23.
8. Brousse C, Boisaubert B. La qualité de vie et ses mesures. Rev. Med. Interne. 2007;28(7):458-62.
9. Calman KC. Quality of life in cancer patients - an hypothesis. J Med Ethics. 1984;10(3):124-7.
10. Schipper H, Levitt M. Measuring quality of life: risks and benefits. Cancer Treat Rep. 1985;69(10):1115-25.
11. Morris JN, Suissa S, Sherwood S, Wright SM, Greer D. Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. J Chronic Dis. 1986;39(1):47-62.
12. Cella DF, Cherin EA. Quality of life during and after cancer treatment. Compr Ther. 1988;14(5):69-75.
13. World Health Organization. The WHOQOL Group: Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993;2(2):153-9.
14. World Health Organization. Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
15. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417-32.

16. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*. 1988;57(1):109-12.
17. Revicki DA, Kleinman L, Cella D. A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(2):127-35.
18. Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, et al. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Ann Intern Med*. 1996;125(8):640-5.
19. Cochrane Patient Reported Outcomes Methods Group. PRO | Cochrane Patient Reported Outcomes [En ligne]. Welcome | Cochrane Patient Reported Outcomes. 2018 [cité le 28 avril 2018]. Disponible sur : <http://methods.cochrane.org/pro/pro>
20. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40.
21. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(4):336-42.
22. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*. 2001;322(7298):1357-60.
23. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res*. 1999;8(5):447-59.
24. Debout C. Le concept de qualité de vie en santé, une définition complexe. *Soins*. 2011;56(759):32-4.
25. Baumann C, Briançon S. Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure. *adsp*. 2010;(72):19–20.
26. Bullinger M, Quitmann J. Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(2):137-45.
27. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*. 1984;10(3):388-98.
28. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*. 1992;22(3):307-19.
29. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(5):572-81.
30. Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs*. 2013;27(5):367-83.
31. Ugochukwu C, Bagot KS, Delaloye S, Pi S, Vien L, Garvey T, et al. The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harv Rev Psychiatry*. 2013;21(1):1-17.

32. Dey M, Landolt MA, Mohler Kuo M. Health-related quality of life among children with mental disorders: a systematic review. *Qual Life Res.* 2012;21(10):1797-814.
33. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Quality of Life in Mental Disorders.* 1e éd. New York: Wiley; 1997. 402 p.
34. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-91.
35. Baumstarck K, Pelletier J, Butzkueven H, Fernández O, Flachenecker P, Idiman E, et al. Health-related quality of life as an independent predictor of long-term disability for patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Eur J Neurol.* 2013;20(6):907-14.
36. Hansen TB, Thygesen LC, Zwisler AD, Helmark L, Hoogwegt M, Versteeg H, et al. Self-reported health-related quality of life predicts 5-year mortality and hospital readmissions in patients with ischaemic heart disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22(7):882-9.
37. Greenhalgh J. The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? *Qual Life Res.* 2009;18(1):115-23.
38. Lohr KN, Zebrack BJ. Using patient-reported outcomes in clinical practice: challenges and opportunities. *Qual Life Res.* 2009;18(1):99-107.
39. Boyer L, Lançon C, Baumstarck K, Parola N, Berbis J, Auquier P. Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2013;202:447-53.
40. Snyder CF, Aaronson NK. Use of patient-reported outcomes in clinical practice. *Lancet.* 2009;374(9687):369-70.
41. Karow A, Czekalla J, Dittmann RW, Schacht A, Wagner T, Lambert M, et al. Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(1):75-80.
42. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2007 [cité le 21 août 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
43. Greenhalgh J, Long AF, Flynn R. The use of patient reported outcome measures in routine clinical practice: lack of impact or lack of theory? *Soc Sci Med.* 2005;60(4):833-43.
44. Gutteling JJ, Busschbach JJV, de Man RA, Darlington A-SE. Logistic feasibility of health related quality of life measurement in clinical practice: results of a prospective study in a large population of chronic liver patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2008;6:97.
45. Baumann C, Erpelding M-L, Régat S, Collin J-F, Briançon S. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological

- health and social relationship dimensions. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010;58(1):33-9.
46. Michel P, Baumstarck K, Boyer L, Fernandez O, Flachenecker P, Pelletier J, et al. Defining Quality of Life Levels to Enhance Clinical Interpretation in Multiple Sclerosis: Application of a Novel Clustering Method. *Med Care*. 2017;55(1):e1-8.
 47. Ascher Svanum H, Novick D, Haro JM, Aguado J, Cui Z. Empirically driven definitions of « good, » « moderate, » and « poor » levels of functioning in the treatment of schizophrenia. *Qual Life Res*. 2013;22(8):2085-94.
 48. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med*. juin 1999;48(11):1507-15.
 49. Baumstarck K, Leroy T, Boyer L, Auquier P. Intérêts et limites de l'évaluation de la qualité de vie dans le champ des maladies chroniques. *Motricité Cérébrale*. 2015;36(1):24-30.
 50. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry*. 1997;154(1):99-105.
 51. Vatne S, Bjørkly S. Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(5):869-89.
 52. Baumstarck K, Boucekine M, Boyer L, Aghababian V, Parola N, Reuter F, et al. Quantification of relevance of quality of life assessment for patients with cognitive impairment: the suitability indices. *BMC Neurol*. 2014;14:78.
 53. Baumstarck K, Boyer L, Boucekine M, Aghababian V, Parola N, Lançon C, et al. Self-reported quality of life measure is reliable and valid in adult patients suffering from schizophrenia with executive impairment. *Schizophr Res*. 2013;147(1):58-67.
 54. Lambert M, Naber D. Current Issues in Schizophrenia: Overview of Patient Acceptability, Functioning Capacity and Quality of Life. *CNS Drugs*. 2004;18(2):5-17.
 55. Reininghaus U, McCabe R, Burns T, Croudace T, Priebe S. The validity of subjective quality of life measures in psychotic patients with severe psychopathology and cognitive deficits: an item response model analysis. *Qual Life Res*. 2012;21(2):237-46.
 56. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995;273(1):59-65.
 57. Kivits J, Erpelding ML, Guillemin F. Social determinants of health-related quality of life. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013;6:189-194.
 58. Kahneman D, Deaton A. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(38):16489-93.

59. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res.* 2003;12(1):25-31.
60. Rothrock NE, Hays RD, Spritzer K, Yount SE, Riley W, Cella D. Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *J Clin Epidemiol.* 2010;63(11):1195-204.
61. Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res.* 2000;9(10):1093-104.
62. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):38-46.
63. Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000;53(9):895-907.
64. Barnes AL, Murphy ME, Fowler CA, Rempfer MV. Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness. *Schizophr Res Treatment.* 2012;2012:245103.
65. Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;(429):46-50.
66. Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:138.
67. Priebe S, Reininghaus U, McCabe R, Burns T, Eklund M, Hansson L, et al. Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: a pooled analysis. *Schizophr Res.* 2010;121(1-3):251-8.
68. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry.* 2007;190(4):326-32.
69. Soler C, Andlauer O, Sechter D. 6. Qualité de vie et troubles schizophréniques. Dans: *Pathologies schizophréniques.* Lavoisier MSP; 2012. p. 58-66.
70. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature. *Int J Drug Policy.* 2010;21(5):364-80.
71. Laudet A. The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addict Sci Clin Pract.* 2011;6(1):44-55.
72. Zubarán C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(3):281-6.

73. Morgan TJ, Morgenstern J, Blanchard KA, Labouvie E, Bux DA. Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *Am J Addict.* 2003;12(3):198-210.
74. Muller AE, Skurtveit S, Clausen T. Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14:39.
75. Griffin ML, Bennett HE, Fitzmaurice GM, Hill KP, Provost SE, Weiss RD. Health-related quality of life among prescription opioid-dependent patients: results from a multi-site study. *Am J Addict.* 2015;24(4):308-14.
76. Donovan D, Mattson ME, Cisler RA, Longabaugh R, Zweben A. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl.* 2005;(15):119-39.
77. Millson PE, Challacombe L, Villeneuve PJ, Fischer B, Strike CJ, Myers T, et al. Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison to the general population and to other chronic disease populations. *Can J Public Health.* 2004;95(2):99-103.
78. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol-dependent subjects - a review. *Qual Life Res.* 1999;8(3):255-61.
79. Deering D, Frampton C, Horn J, Sellman D, Adamson S, Potiki T. Health status of clients receiving methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23(3):273-80.
80. Cicero TJ, Surratt HL, Kurtz S, Ellis MS, Inciardi JA. Patterns of prescription opioid abuse and comorbidity in an aging treatment population. *J Subst Abuse Treat.* 2012;42(1):87-94.
81. Levola J, Aalto M, Holopainen A, Cieza A, Pitkänen T. Health-related quality of life in alcohol dependence: a systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nord J Psychiatry.* 2014;68(6):369-84.
82. Astals M, Domingo Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vazquez JM, Martín Santos R, et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse.* 2008;43(5):612-32.
83. Chahua M, Sánchez-Niubò A, Torrens M, Sordo L, Bravo MJ, Brugal MT, et al. Quality of life in a community sample of young cocaine and/or heroin users: the role of mental disorders. *Qual Life Res.* 2015;24(9):2129-37.
84. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse.* 2005;40(12):1765-76.
85. Carpentier PJ, Krabbe PFM, Gogh MT, Knapen LJM, Buitelaar JK, Jong CAJ. Psychiatric Comorbidity Reduces Quality of Life in Chronic Methadone Maintained Patients. *Am J Addict.* 2009;18(6):470-80.

86. Colpaert K, De Maeyer J, Broekaert E, Vanderplasschen W. Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the quality of life of alcohol-, drug- and dual-dependent persons in residential treatment. *Eur Addict Res.* 2013;19(4):173-83.
87. González Saiz F, Rojas OL, Castillo II. Measuring the impact of psychoactive substance on health-related quality of life: an update. *Curr Drug Abuse Rev.* 2009;2(1):5-10.
88. Wade D, Harrigan S, McGorry PD, Burgess PM, Whelan G. Impact of severity of substance use disorder on symptomatic and functional outcome in young individuals with first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(5):767-74.
89. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 1997;21(5):899-905.
90. Gonzales R, Ang A, Glik DC, Rawson RA, Lee S, Iguchi MY, et al. Quality of life among treatment seeking methamphetamine-dependent individuals. *Am J Addict.* 2011;20(4):366-72.
91. Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T, et al. Determinants of health-related quality of life of opiate users at entry to low-threshold methadone programs. *Eur Addict Res.* 2006;12(2):74-82.
92. Puigdollers E, Domingo Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvarós J, Castillo C, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Subst Use Misuse.* 2004;39(9):1353-68.
93. Brogly S, Mercier C, Bruneau J, Palepu A, Franco E. Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Subst Use Misuse.* 2003;38(7):965-92.
94. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, Kristensen Ø, Clausen T. Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(1):35.
95. Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout C, Meunier N, Aubin H-J. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci.* 2009;6(4):160-7.
96. Morgan MY, Landron F, Lehert P, New European Alcoholism Treatment Study Group. Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(1):64-77.
97. Nosyk B, Guh DP, Sun H, Oviedo Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug and Alcohol Dependence.* 2011;118(2):259-64.
98. Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kelley ME. Decreased Alcohol Consumption in Outpatient Drinkers Is Associated with Improved Quality of Life and Fewer Alcohol-related Consequences. *J Gen Intern Med.* 2002;17(5):382-6.

99. McHugo GJ, Drake RE, Whitley R, Bond GR, Campbell K, Rapp CA, et al. Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatr Serv.* 2007;58(10):1279-84.
100. Villeneuve PJ, Challacombe L, Strike CJ, Myers T, Fischer B, Shore R, et al. Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *J Subst Use.* 2006;11(2):137-49.
101. Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rössler H, Hinterhuber H, et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction.* 2003;98(5):693-702.
102. Boyer L, Baumstarck Barrau K, Cano N, Zendjidjian X, Belzeaux R, Limousin S, et al. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry.* 2009;24(8):540-9.
103. Ruggeri M, Lasalvia A, Salvi G, Cristofalo D, Bonetto C, Tansella M. Applications and usefulness of routine measurement of patients' satisfaction with community-based mental health care. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(437):53-65.
104. Steudler F. L'accueil pour le malade, c'est une attente. *J Econ Med.* 1990;10(5-6):367-79.
105. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6(3-4):247-63.
106. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann.* 1983;6(3-4):185-210.
107. Lopez A, Rémi PL. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Inspection générale des affaires sociales; 2007. 34 p. Rapport no : RM2007-045P.
108. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CKL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ.* 2009;87(4):271-8.
109. Ministère du Travail. Arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations *Journal Officiel* du 08 juillet 1947, p. 6408.
110. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel* n°98 du 25 avril 1996, p. 6324.
111. Ministère de la Santé. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 75. *Journal Officiel* n°54 du 5 mars 2002, p. 4118.
112. Urden LD. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Outcomes Manag.* 2002;6(3):125-31.

113. Gasquet I, Villeminot S, Santos AC dos, Vallet O, Verdier A, Kovess-Masféty V, et al. Cultural Adaptation and the Validation of Satisfaction Questionnaires Relating to the French Healthcare System. *Santé Publique*. 2003;15(4):383-402.
114. Labarère J, François P, Bertrand D, Peyrin JC, Robert C, Fourny M. Outpatient satisfaction: validation of a French-language questionnaire: data quality and identification of associated factors. *Clin Perform Qual Health Care*. 1999;7(2):63-9.
115. Brédart A, Razavi D, Robertson C, Brignone S, Fonzo D, Petit J-Y, et al. Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores. *Patient Educ Couns*. 2002;46(2):131-6.
116. Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care*. 1993;31(9):834-45.
117. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 2001;52(4):609-20.
118. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990;30(7):811-8.
119. Shirley ED, Sanders JO. Patient satisfaction: Implications and predictors of success. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95(10):69.
120. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*. 2002;54(4):493-504.
121. Zendjidjian XY, Auquier P, Lançon C, Loundou A, Parola N, Faugère M, et al. Determinants of patient satisfaction with hospital health care in psychiatry: results based on the SATISPSY-22 questionnaire. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:1457-64.
122. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(3):226-33.
123. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988;27(9):935-9.
124. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev*. 1996;53(1):3-27.
125. Bamm EL, Rosenbaum P, Wilkins S. Is Health Related Quality Of Life of people living with chronic conditions related to patient satisfaction with care? *Disabil Rehabil*. 2013;35(9):766-74.
126. Zendjidjian XY, Baumstarck K, Auquier P, Loundou A, Lançon C, Boyer L. Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: why should clinicians care? *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:575-83.

127. Dubina MI, O'Neill JL, Feldman SR. Effect of patient satisfaction on outcomes of care. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2009;9(5):393-5.
128. Renzi C, Tabolli S, Picardi A, Abeni D, Puddu P, Braga M. Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19(6):712-8.
129. Petkari E, Pietschnig J. Associations of Quality of Life with Service Satisfaction in Psychotic Patients: A Meta-Analysis. *PLOS ONE.* 2015;10(8):e0135267.
130. Ruggeri M, Nosè M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *Br J Psychiatry.* 2005;187:121-30.
131. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision: DSM-IV-TR.* 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. 943 p.
132. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1013-23.
133. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, 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(11):1171-8.
134. Gasquet I, Villeminot S, Estaquio C, Durieux P, Ravaud P, Falissard B. Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:43.
135. Lépine JP. L'échelle HAD [hospital anxiety and depression scale]. Dans: *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie.* Boulogne: Éd. Médicales Pierre Fabre; 1996. p. 367-374.
136. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
137. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002;52(2):69-77.
138. Organisation de Coopération et de Développement Économiques. *Emploi - Taux d'emploi - OCDE Data [En ligne].* Données OCDE. 2018 [cité le 4 septembre 2018]. Disponible sur : <http://data.oecd.org/fr/emp/taux-d-emploi.htm>
139. Demaison C, Grivet L, Maury Duprey D, Mayo Simbsler S. *France, portrait social - édition 2017 [En ligne].* Insee - National Institute of Statistics and Economic Studies. 2017 [cité le 6 juillet 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3197289>

140. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007 [En ligne]. OFDT - Drogues et Toxicomanie en France - Données, études, enquêtes. 2016 [cité le 5 juillet 2018]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>
141. Palle C, Rattanatrav M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010 [En ligne]. OFDT - Drogues et Toxicomanie en France - Données, études, enquêtes. 2013 [cité le 5 juillet 2018]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpt6.pdf>
142. Caci H, Baylé FJ, Mattei V, Dossios C, Robert P, Boyer P. How does the Hospital and Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects? *Psychiatry Res.* 2003;118(1):89-99.
143. Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry.* 2014;14:354.
144. Nègre Pagès L, Grandjean H, Lapeyre Mestre M, Montastruc JL, Fourrier A, Lépine JP, et al. Anxious and depressive symptoms in Parkinson's disease: the French cross-sectional DoPaMiP study. *Mov Disord.* 2010;25(2):157-66.
145. Alati R, Kinner S, Najman JM, Fowler G, Watt K, Green D. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. *Alcohol Alcohol.* 2004;39(5):463-9.
146. Cardoso G, Alexandre J, Rosa A. Depression, Anxiety and Alcohol Abuse in a Gastroenterology Intensive Care Unit: Prevalence and Detection. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2010;6:47-52.
147. Torrens M, Mestre Pintó JI, Domingo Salvany A, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: Publications Office; 2015. 100 p.
148. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B, Institute NEMCHH. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center; 1993. 300 p.
149. Otero Rodríguez A, León Muñoz LM, Balboa Castillo T, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. *Qual Life Res.* 2010;19(1):15-23.
150. March JC, Oviedo Joeques E, Perea Milla E, Carrasco F, The PEPSA Team. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat.* 2006;31(2):203-11.
151. Prigent A, Auraaen A, Kamendje Tchokobou B, Durand Zaleski I, Chevreur K. Health-Related Quality of Life and Utility Scores in People with Mental Disorders: A Comparison with the Non-Mentally Ill General Population. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(3):2804-17.
152. Eshelman A, Paulson D, Meyer T, Fischer D, Moonka D, Brown K, et al. The influence of alcohol abuse history on the differential, longitudinal patterns of mental

- and physical quality of life following liver transplantation. *Transplant Proc.* 2010;42(10):4145-7.
153. Feelemyer JP, Jarlais DCD, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. Changes in Quality of Life (WHOQOL-BREF) and Addiction Severity Index (ASI) among participants in Opioid Substitution Treatment (OST) in Low and Middle Income Countries: An International Systematic Review. *Drug Alcohol Depend.* 2014;134(1):251-8.
 154. Mitchell SG, Gryczynski J, Schwartz RP, Myers CP, O'Grady KE, Olsen YK, et al. Changes in Quality of Life following Buprenorphine Treatment: Relationship with Treatment Retention and Illicit Opioid Use. *J Psychoactive Drugs.* 2015;47(2):149-57.
 155. Nosyk B, Bray JW, Wittenberg E, Aden B, Eggman AA, Weiss RD, et al. Short term health-related quality of life improvement during opioid agonist treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2015;157:121-8.
 156. Srivastava S, Bhatia M. Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Ind Psychiatry J.* 2013;22(1):41-6.
 157. Han KT, Park EC, Kim JH, Kim SJ, Park S. Is marital status associated with quality of life? *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:109.
 158. Urbanoski KA. Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduct J.* 2010;7:13.
 159. Werb D, Kamarulzaman A, Meacham M, Rafful C, Fisher B, Strathdee S, et al. The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *Int J Drug Policy.* 2016;28:1-9.
 160. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Wagner HR, Burns BJ. Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behav Sci Law.* 2003;21(4):473-91.
 161. Bright DA, Martire KA. Does coerced treatment of substance-using offenders lead to improvements in substance use and recidivism? A review of the treatment efficacy literature. *Australian Psychologist.* 2013;48(1):69-81.
 162. Zhao J, Stockwell T, Macdonald S. Non-response bias in alcohol and drug population surveys. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(6):648-57.
 163. Nogueira JM, Rodríguez Míguez E. Using the SF-6D to measure the impact of alcohol dependence on health-related quality of life. *Eur J Health Econ.* 2015;16(4):347-56.
 164. Trujols J, Iraurgi I, Oviedo Joekes E, Guàrdia-Olmos J. A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient Prefer Adherence.* 2014;8:107-17.
 165. Cruz-Feliciano MA, Miranda-Díaz C, Fernández-Santos DM, Orobítg-Brenes D, Hunter-Mellado RF, Carrión-González IS. Quality of life improvement in Latinas receiving combined substance use disorders and trauma-specific treatment: a cohort evaluation report. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15:90

ANNEXES

ANNEXE 1 :
QUESTIONNAIRE MOS SF-12

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE

(SF-12, Ware et al. 1996, traduit par Leplège et al. 1998 et 2001)

Instructions

Les questions, qui suivent, portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est ?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Excellente..... | <input type="checkbox"/> | Médiocre..... | <input type="checkbox"/> |
| Très bonne..... | <input type="checkbox"/> | Mauvaise..... | <input type="checkbox"/> |
| Bonne..... | <input type="checkbox"/> | | |

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si **vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.**

Liste d'activités

- | | oui,
beaucoup limité(e) | oui,
un peu limité(e) | non,
pas du tout limité(e) |
|--|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| a. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Monter plusieurs étages par l'escalier.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Au cours de ces **4 dernières semaines,** et en raison de votre **état physique,**

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou tout autre activité (p.ex. cela vous a demandé un effort supplémentaire) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Au cours de ces **4 dernières semaines**, et en raison de votre **état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

oui non

- a. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
- b. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

5. Au cours de **ces 4 dernières semaines**, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

pas du tout un petit peu moyennement beaucoup énormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de **ces 4 dernières semaines**. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de **ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu des moments où :

en permanence très souvent souvent quelque fois rarement jamais

- a. Vous-vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?
- b. Vous-vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?
- c. Vous-vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?

7. Au cours de **ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu des moments où **votre état de santé, physique ou émotionnel**, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

en permanence une bonne partie du temps de temps en temps rarement jamais

Veuillez vérifier si vous avez répondu à toutes les questions.

Merci beaucoup pour votre collaboration.

ANNEXE 2 :
QUESTIONNAIRE EQS-C

VOTRE DERNIERE CONSULTATION A L'HOPITAL

Voici des opinions que l'on entend parfois sur les consultations à l'hôpital. Pour chaque proposition, cochez la case qui correspond le mieux à votre propre expérience. Vos réponses sont confidentielles ; elles seront analysées de façon strictement anonyme.

Prendre un rendez-vous ou contacter le service

J'ai facilement pu joindre le service par téléphone pour prendre rendez-vous

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

La personne du service qui m'a répondu au téléphone était aimable

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

J'ai pu obtenir un rendez-vous dans un délai acceptable

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

J'ai pu obtenir un rendez-vous à un jour et une heure qui me convenaient

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

En cas de problème, je peux joindre par téléphone quelqu'un du service qui peut m'aider ou m'orienter

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

En cas d'urgence, je peux avoir un rendez-vous rapidement dans ce service

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

À l'hôpital, avant de voir le médecin

Dans l'hôpital, la consultation est bien indiquée

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

Les démarches administratives (aller à la caisse, faire les papiers, payer) ont été simples et rapides

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

Le personnel d'accueil de la consultation a été disponible et aimable avec moi

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

Les locaux de la consultation sont propres

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

La salle d'attente est accueillante

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

J'ai vu le médecin à l'heure prévue

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

J'ai été informé(e) du temps d'attente à prévoir

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

Le temps d'attente a été raisonnable

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

La consultation avec le médecin

Le médecin...

...m'a accueilli(e) chaleureusement

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

...s'est intéressé à moi et pas seulement à ma maladie

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

...a pris le temps qu'il fallait avec moi

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

...m'a examiné(e) attentivement

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

...m'a expliqué pendant la consultation ce qu'il faisait, ce qu'il constatait...

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

...s'est préoccupé de savoir si j'avais des douleurs

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

...m'a demandé si je prenais des médicaments pour d'autres problèmes de santé

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

...m'a prévenu(e) des effets gênants possibles du traitement (médicament, opération...)

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

...a tenu compte de mon avis

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

...m'a expliqué ses décisions

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

J'ai obtenu les informations que j'attendais

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

Le médecin de cette consultation est en contact avec mon généraliste ou les autres médecins qui me suivent

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

J'ai suivi les prescriptions du médecin (médicaments, prise de sang, radio, régime...)

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord 6 Non concerné

J'ai l'intention de continuer à être suivi(e) dans ce service si nécessaire

1 Pas du tout d'accord 2 Pas vraiment d'accord 3 Plutôt d'accord 4 D'accord 5 Tout à fait d'accord

Vous

Vous êtes 1 un homme 2 une femme

Votre âge : /___/___/___ ans

Était-ce la première fois que vous consultiez dans ce service ? 1 oui 2 non

Actuellement, êtes-vous satisfait(e) de votre vie EN GENERAL (en dehors de la consultation) ? (cocher une case entre 1 « pas du tout satisfait » et 7 pour « tout à fait satisfait »)

Pas du tout satisfait(e) 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait satisfait(e)

A votre avis, que faudrait-il améliorer en priorité dans cette consultation ?

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 3 :
QUESTIONNAIRE HADS

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

(Auteurs : A.S. Zigmond et R.P. Snaith. Traduction française : J.-P. Lépine)

Entourer votre réponse

A. Je me sens tendu ou énervé :

3. La plupart du temps
2. Souvent
1. De temps en temps
0. Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0. Oui, tout autant
1. Pas autant
2. Un peu seulement
3. Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3. Oui, très nettement
2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0. Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0. Autant que par le passé
1. Plus autant qu'avant
2. Vraiment moins qu'avant
3. Plus du tout

A. Je me fais du souci :

3. Très souvent
2. Assez souvent
1. Occasionnellement
0. Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

3. Jamais
2. Rarement
1. Assez souvent
0. La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

0. Oui, quoi qu'il arrive
1. Oui, en général
2. Rarement
3. Jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

3. Presque toujours
2. Très souvent
1. Parfois
0. Jamais

A . J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0. Jamais
- 1. Parfois
- 2. Assez souvent
- 3. Très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3. Plus du tout
- 2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1. Il se peut que je n'y passe plus autant attention
- 0. J'y prête autant attention que par le passé

A . J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3. Oui, c'est tout à fait le cas
- 2. Un peu
- 1. Pas tellement
- 0. Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0. Autant qu'avant
- 1. un peu moins qu'avant
- 2. Bien moins qu'avant
- 3. Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3. Vraiment très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Pas très souvent
- 0. Jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- 0. Souvent
- 1. Parfois
- 2. Rarement
- 3. Très rarement

Total anxiété : Total dépression :

VU

NANCY, le **28 août 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **03 septembre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Raymund SCHWAN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10394

NANCY, le **07 septembre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARD

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Il est désormais établi qu'un niveau élevé de qualité de vie (QV) favorise l'observance thérapeutique et améliore la continuité des soins. L'objectif de ce travail, mené à partir de la cohorte prospective SUBUSQOL, était d'apprécier l'évolution de la QV des patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés qui initient une prise en charge ambulatoire et d'explorer les déterminants de cette évolution après 3 mois de suivi. Le niveau de QV a été apprécié par l'auto-questionnaire SF-12, au début de la prise en charge puis à 3 mois. La satisfaction des patients vis-à-vis des soins ambulatoires a été évaluée 15 jours après l'inclusion au moyen de l'auto-questionnaire EQS-C. Des données sociodémographiques, cliniques et des caractéristiques relatives au thérapeute ont également été recueillies. Des modèles de régression linéaire ont été réalisés afin d'identifier les facteurs associés à l'évolution de la QV. Les résultats de cette étude révèlent une altération marquée des niveaux de QV dans les dimensions physique (PCS) et mentale (MCS) du SF-12 ainsi qu'une amélioration significative de ces scores après 3 mois de suivi. Plusieurs déterminants de cette évolution ont été identifiés. Il apparaît ainsi que les scores MCS et PCS évoluent d'autant plus favorablement qu'ils sont faibles au moment de l'inclusion. Le statut « célibataire » est associé à une meilleure évolution du PCS à 3 mois et l'engagement dans les soins à la demande de la justice à une évolution plus modérée du PCS. Enfin, un niveau élevé de satisfaction précoce vis-à-vis des soins est associé à une meilleure évolution du MCS à 3 mois. En identifiant le niveau de satisfaction précoce vis-à-vis des soins comme un facteur prédictif de l'amélioration de la qualité de vie, cette étude souligne l'importance de la prise en compte et de la mesure de cet indicateur de santé perçue, qui offre aux soignants la possibilité d'ajuster précocement leur cadre thérapeutique afin d'optimiser l'évolution de la qualité de vie des patients débutant un suivi ambulatoire pour une dépendance aux substances psychoactives.

TITRE EN ANGLAIS :

Quality of life and determinants of its evolution among outpatients with substance dependence: Results of SUBUSQOL cohort

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE PSYCHIATRIE - ANNÉE 2018

MOTS CLEFS :

Qualité de vie, déterminants, satisfaction vis-à-vis des soins, soins ambulatoires, dépendance aux opiacés, dépendance à l'alcool.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
