HAL
open science

Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires chez des patients dépendants aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés

Solène Royer

To cite this version:

Solène Royer. Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires chez des patients dépendants aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297499

HAL Id: hal-03297499

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297499

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2018

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Solène ROYER

le 27 novembre 2018

Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires chez des patients dépendants aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Juges :

M. le Professeur Vincent LAPREVOTE

M. le Docteur Cédric BAUMANN

Mme le Docteur Stéphanie BOURION-BEDES, directrice de thèse

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : /

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUEL
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

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
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
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 - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - 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 - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - 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 - Denis ZMIROU

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER
Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43eSection : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2e sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER–Professeur Damien MANDRY
Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT -Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL -Professeur François MARCHAL
3e sous-section *(Biologie cellulaire)*
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3esous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1resous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON- Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1resous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3esous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4e sous-section : *(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)*
Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE -Professeur Patrick ROSSIGNOL -Professeur Faiez ZANNAD

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE- Professeur Louis MAILLARD -Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT
2e sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN –Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN
4e sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5e sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2e sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3e sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4e sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2e sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3e sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4e sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re 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
2e sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN
3e sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1re sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN -Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65eSection : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeure associée Sophie SIEGRIST

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42eSection : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1re sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON

43eSection : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT- Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1re sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1re sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2e sous-section***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4e sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1re sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)***
Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2e sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT
3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)***
Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)
5e sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS -Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY- 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 Würtzburg (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)

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Professeur de Médecine générale

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous vous remercions pour votre enseignement et pour la confiance que vous nous avez portée en nous confiant ce travail. Tout au long de notre formation, nous avons pu apprécier votre rigueur scientifique, l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Vos encouragements, votre soutien chaleureux et vos avis éclairés ont été précieux pour nous.

Nous vous remercions vivement de l'intérêt porté à ce travail.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Vincent Laprévote

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Professeur de Psychiatrie de l'adulte et addictologie

Depuis le début de mon internat, l'addictologie suscite mon intérêt.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail et espérons qu'il saura retenir votre intérêt.

Qu'il me soit permis de vous témoigner ma gratitude et tout mon respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Cédric Baumann

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

Nous sommes honorée de l'intérêt que vous avez porté à l'élaboration de cette thèse. Nous vous remercions pour la pertinence de vos points de vue et espérons que ce travail saura retenir votre intérêt.

A notre Juge et Directrice de thèse

Madame le Docteur Stéphanie Bourion-Bédès

Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

C'est avec honneur et plaisir que nous vous comptons parmi les membres de notre jury. Nous vous sommes reconnaissante d'être à l'initiative de ce travail et de sa direction. Nous vous remercions pour l'engagement que vous avez présenté dans le cadre de la réalisation de ce travail ainsi que pour la qualité de vos conseils et votre disponibilité exceptionnelle.

Soyez assurée de notre grand respect et de notre sincère reconnaissance.

A MES MAÎTRES

A tous mes Maîtres de stage, chefs de service, chefs de clinique, praticiens hospitaliers qui m'ont tant apporté au cours de mon internat, et tout particulièrement aux Docteur **Autissier**, Docteur **Chery**, Docteurs **Dietsch**, Docteur **Farcas**, Docteur **Felder**, Docteur **Harmanean** Docteur **Heid**, Docteur **Jacintho**, Docteur **Perrin**, Docteur **Siebler**.

A tous ceux qui ont participé à ma formation, qu'ils soient médicaux, para-médicaux ou autre.

Au Docteur **Masson**, qui m'a connue toute petite, c'est aussi un peu grâce à vous que j'en suis là.

Mention spéciale à tous les praticiens ayant permis la réalisation de l'étude SUBUSQOL, sans laquelle mon travail de thèse n'aurait pas pu être réalisé, sans oublier les patients, un grand merci à tous.

A MES AMIS

Aux internes de Saint-Dié, **Jean-Thomas**, **Jérôme**, **Léopoldine**, **Marie**, **Maxence**, **Oriane**, **Pauline**, **Rima**, j'ai eu la chance de passer l'un de mes meilleurs stages à l'internat à vos côtés, ça restera inoubliable. Désolée de m'être emportée pour le café sur le gâteau. Les kiwis c'est pour la vie.

A **Anthony** pour m'avoir supportée durant l'externat !

A **Christopher**, c'est quand tu veux pour une partie de Trivial Pursuit !

A **Aurélie** et **Yann**, mes meilleurs amis, et à leur choupette **Eirika**. Merci de m'accompagner depuis tant d'années !

A MA FAMILLE

A ma **mère**, merci pour ton soutien inestimable.

A mon **père**, j'espère que tu seras fier de moi.

A mon frère **Geoffrey** et sa compagne **Marlène**, faites attention à vous et à Brioche !

A mamie **Ginette**, je pense fort à toi.

A mon oncle **Olivier** et ma tante **Agnès**. Je vais essayer de me mettre aux légumes, promis.

A ma cousine **Mathilde**, bon courage dans cette grande aventure qui commence pour toi.

A mes grands-parents, sans qui je ne serais pas là.

A tous mes oncles et tantes.

A **Valérie** et **Jean-Yves**, merci de nous avoir fait découvrir cette magnifique ville qu'est Strasbourg.

A ma belle-famille, **Sylvie**, **Laurent**, **Camille**, et les autres.

A **mémé Gras**, partie trop vite.

A **Impériale**, ma petite surveillante de thèse poilue !

A **Benjamin**, mon amour, tu as su me soutenir tout au long de mon internat. Merci pour ta patience lors de la rédaction de cette thèse. Merci d'être venu me rejoindre icou, dans cette région que tu ne connaissais pas.

« Aimer, ce n'est pas se regarder l'un l'autre, c'est regarder ensemble dans la même direction»

Et à notre petit **Victor**, qui s'assagit de jour en jour. Je vous aime tous les deux.

Ueh

SERMENT

« Au 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 MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS **18**

INTRODUCTION **19**

CHAPITRE 1. PARTIE THÉORIQUE **21**

1. La qualité des soins **21**

2. La satisfaction vis-à-vis des soins **22**

2.1. Définition **22**

2.2. Historique et cadre réglementaire de la satisfaction vis-à-vis des soins en France 22

2.3. Les moyens de mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins **24**

2.3.1. L'analyse des plaintes 24

2.3.2. L'approche qualitative 24

2.3.3. L'approche quantitative 25

2.4. Le temps de la mesure de la satisfaction **28**

2.5. Les déterminants de la satisfaction vis-à-vis des soins **28**

2.5.1. Les caractéristiques socio-démographiques 28

2.5.2. L'état de santé perçue 29

2.5.3. Les attentes du patient 29

2.5.4. Les caractéristiques du lieu de soins 29

2.5.5. Les caractéristiques en lien avec le soignant et la relation thérapeutique 30

2.6. Intérêts de la mesure de la satisfaction des soins **30**

2.6.1. La satisfaction comme indicateur de la qualité de soins 30

2.6.2. La satisfaction comme facteur lié à l'évolution de l'état de santé 31

CHAPITRE 2. TRAVAIL DE RECHERCHE **34**

1. METHODOLOGIE **34**

1.1. Type et design de l'étude **34**

1.2. Population étudiée **35**

1.3. Echantillon étudié **35**

1.4. Recueil de données **36**

1.4.1. Données socio-démographiques, cliniques et concernant la prise en charge 36

1.4.2. La qualité de vie 36

1.4.2.1. Méthode de mesure 37

1.4.2.2. Mode de passation 38

1.4.3. L'anxiété-dépression 38

1.4.3.1. Méthode de mesure 38

1.4.3.2. Mode de passation 38

1.4.4. Le coping 38

1.4.4.1. Méthode de mesure 38

1.4.4.2. Mode de passation 39
1.4.5. La satisfaction vis-à-vis des soins 39
1.4.5.1. Méthode de mesure 39
1.4.5.2. Mode de passation 40
1.5. Analyse statistique 40
1.5.1. La saisie des données 40
1.5.2. Les analyses statistiques 40

2. ORGANISATION LOGISTIQUE 41
2.1. Information 41
2.2. Garantie éthique 41

3. RESULTATS 42
3.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de l'échantillon 42
3.2. Description de l'état de santé perçue 44
3.3. Scores de satisfaction précoce et évolution de la satisfaction au cours des soins45
3.3.1. Satisfaction vis-à-vis des soins au temps de mesure J15 45
3.3.2. Evolution de la satisfaction au cours de la prise en charge 47
3.3.3. Facteurs associés au niveau de satisfaction au temps de mesure J45 49
3.3.3.1. Déterminants de la satisfaction dans les 4 dimensions de l'EQS-C 49
3.3.3.2. Déterminants du score total de la satisfaction à l'EQS-C 57

CHAPITRE 3. DISCUSSION et PERSPECTIVES 60

1. Résultats principaux 60
1.1. Caractéristiques de notre échantillon 60
1.1.1. Caractéristiques socio-démographiques 60
1.1.2. Caractéristiques cliniques 60
1.2. Niveaux de satisfaction vis-à-vis des soins et évolution de la satisfaction 62
1.3. Déterminants de la satisfaction vis-à-vis des soins 63
1.4. L'échantillonnage 64
1.5. L'effectif 65
1.6. Les mesures déclaratives 65

2. Perspectives, implications en clinique, en santé publique et en recherche 65
2.1. En clinique 65
2.2. En santé publique 66
2.3. En recherche 67

CONCLUSION 68

ARTICLE SCIENTIFIQUE 69

BIBLIOGRAPHIE 89

ANNEXES 100

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CNIL : Comité National Informatique et Liberté

DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ^{4th}

EQS-C : Echelle de Qualité des Soins en Consultation

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

MCS : Mental Component Summary score

MOS SF-36/ SF-12 : Medical Outcome Study Short-Form -36/ Short-Form -12

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCS : Physical Component Summary score

QV : Qualité de vie

Q-LES-Q-SF : Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short-Form

SUBUSQOL : SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life

SAS : Statistical Analysis System

INTRODUCTION

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

Dans ce contexte, mon travail de thèse s'inscrit dans plusieurs objectifs. En premier lieu, il convient d'explorer dans la littérature le concept de la satisfaction vis-à-vis des soins. Ensuite, il s'agit de décrire les niveaux de satisfaction précoce et l'évolution de la satisfaction vis-à-vis des soins délivrés chez des patients dépendants à l'alcool et/ou opiacés pris en charge en ambulatoire, par l'utilisation répétée d'un instrument de mesure de la satisfaction valide.

L'hypothèse peut être faite que la satisfaction vis-à-vis des soins relève d'un processus dynamique et que de manière précoce, il est possible de repérer le niveau de satisfaction et ses points de faiblesse pour ajuster le cadre thérapeutique.

Ainsi, une première partie de ce travail portera sur la qualité des soins et la satisfaction vis-à-vis des soins, notamment sur sa mesure et sur ses déterminants. Une seconde partie présentera la nature de mon travail de thèse au sein de l'étude SUBUSQOL. La méthodologie, l'organisation logistique de la recherche ainsi que les résultats seront exposés. Nous discuterons dans une troisième partie les résultats et nous aborderons les perspectives de ce travail sur les plans de la clinique, de la santé publique et de la recherche. L'article scientifique issu de mon travail de thèse sera en dernier lieu présenté.

CHAPITRE 1. PARTIE THÉORIQUE

1. La qualité des soins

Avedis Donabedian, pionnier dans le domaine de la qualité des soins, définit en 1966 les « soins de haute qualité comme les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins » [8]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 1982, la qualité appliquée à la santé est définie par « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins » [9]. Le concept de qualité des soins évolue et en 1990, l'Institut de médecine des Etats-Unis (Institute of Medicine) propose de définir la qualité des soins comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [10]. A la lecture de ces différentes sources, il est perceptible que la qualité des soins relève d'une notion multidimensionnelle, introduisant dans certaines définitions la promotion de la santé et la prévention en sus des soins curatifs destinés aux patients mais aussi la notion d'efficience selon l'OMS. L'évolution de la définition de la qualité des soins au cours des dernières décennies illustre ainsi le fait que la qualité des soins intègre les points de vue de différents acteurs: les professionnels de santé, les patients et le gestionnaire. Les attentes concernant la qualité des soins délivrés varient ainsi selon l'observateur, qui peut être usager, acteur du système de soins ou organisme payeur [11]. L'émergence d'agences spécifiques pour développer et s'assurer de la qualité de soins témoigne des priorités données à l'évaluation centrée sur la qualité des soins avec pour nécessaire objectif, l'amélioration continue de la qualité des soins [12]. La mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins relève de ce registre d'appréciation de la qualité des soins de santé.

2. La satisfaction vis-à-vis des soins

2.1. Définition

La satisfaction vis-à-vis des soins n'est pas synonyme de qualité des soins, mais elle demeure essentielle dans l'appréciation de cette qualité, se révélant être un indicateur de premier plan. Elle en est une appréciation subjective qui varie dans le temps, qui dépend des repères du sujet concerné et aussi du contexte dans lequel elle est recueillie [13]. Selon Pascoe, la satisfaction du patient est la différence entre la prestation reçue et la perception de cette prestation. Pascoe l'appréhende comme l'évaluation cognitive et émotionnelle du patient aux structures, procédures et résultats des services [14].

D'après la Haute Autorité de Santé plus récemment, « la satisfaction est l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore, le sentiment de bien-être qui résulte de cette action»[15,16]. Aussi, la satisfaction vient refléter le degré de concordance entre l'expérience vécue par un patient dans une situation donnée et ses attentes vis-à-vis de cette situation. La satisfaction apparaît comme une notion dépendante des individus et sa mesure est relative : une expérience peut être jugée satisfaisante par une personne car elle répond adéquatement à ses attentes, tout en étant insatisfaisante pour une autre. Les travaux dans la littérature sur la satisfaction vis-à-vis des soins soulignent l'intérêt croissant de la place de l'usager dans le système de soins où l'appréciation du service rendu au patient est au cœur de l'évaluation.

2.2. Historique et cadre réglementaire de la satisfaction vis-à-vis des soins en France

L'étude de la satisfaction des usagers d'une institution et le dispositif qui vise leur écoute constituent des éléments essentiels de tout système de management de la qualité. En France, la prise en compte de la satisfaction des usagers débute par la circulaire du 19 juin 1947 qui relate l'intérêt de recueillir l'avis du patient sur le déroulement de son hospitalisation [17]. Le droit des malades s'impose avec le décret de janvier 1974 qui stipule que « tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ». La même année, Simone Veil, alors ministre de la Santé, établit la première charte du malade hospitalisé, avec la circulaire du 20 septembre 1974. Cette charte affirme le droit pour le malade au respect de sa dignité et de sa personnalité, condition d'une véritable humanisation de l'hôpital [18]. En septembre 1989, une décision ministérielle crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), un organisme

scientifique et technique indépendant qui a pour objet la conduite de toute action dans le domaine de l'évaluation médicale, des soins et des technologies médicales ayant un impact en termes de santé publique. Son installation effective s'effectue le 20 avril 1990. Les missions de l'ANDEM à sa création comportent en premier lieu la synthèse de la documentation nationale et internationale sur l'évaluation médicale. Il s'agit également d'inciter par des actions de formation, au développement de compétences en évaluation, de définir les bases méthodologiques des procédures d'évaluation, de réaliser et d'assurer le suivi technique des évaluations et des études sélectionnées avec l'avis du Conseil Scientifique. Leur mission est complétée par l'étude de l'impact des travaux d'évaluation sur les professionnels de santé et le public ainsi que la diffusion du résultat de ces évaluations aux professionnels de santé, voire au grand public [19].

L'ordonnance du 24 avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée rend obligatoire cette évaluation de la satisfaction des usagers, mentionnant « la qualité de la prise en charge est un objectif essentiel de tout établissement de santé » et que « celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients » [20]. Le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 met en place l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui reprend les missions d'évaluation de l'ANDEM enrichies de nouvelles actions : l'accréditation des établissements de soins, la nomenclature et l'évaluation des actions et des programmes de santé publique [21].

La loi du 4 mars 2002 réaffirme l'importance de l'évaluation de la satisfaction du patient. Elle assure la création dans chaque établissement d'une commission qui a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, et de faciliter les démarches des patients souhaitant exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement [22].

Plus récemment La Haute Autorité de Santé (HAS) qui est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie [23], est mise en place le 1er janvier 2005. Depuis le 1er avril 2018, son périmètre s'est élargi aux champs social et médico-social avec l'intégration de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) [24].

Ainsi les trois missions de la HAS comportent :

- L'évaluation des produits de santé en vue de leur remboursement
- La recommandation des bonnes pratiques auprès des professionnels de la santé, du social et du médico-social, la recommandation des politiques de santé publique
- La mesure et l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques, l'accompagnement dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Enfin, grâce aux avancées technologiques, une modernisation de la mesure de la satisfaction des patients s'opère, du support papier au support numérique, avec l'expérimentation de l'outil e-SATIS [25], dispositif de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique). Cet outil, généralisé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2014 à tous les établissements, se consolide en 2015. Les questionnaires sont synthétisés sous forme de notes de satisfaction, qui sont consultables pour l'ensemble des établissements sur le site Scope santé.

2.3. Les moyens de mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins

Des méthodes de mesure s'appuyant sur l'analyse des plaintes, sur une approche qualitative ou sur une approche quantitative, contribuent à l'évaluation de la satisfaction vis-à-vis des soins.

2.3.1. L'analyse des plaintes

Depuis le décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge [26], les établissements hospitaliers sont tenus d'effectuer l'analyse des plaintes des usagers qui constituent un mode d'expression de leur insatisfaction. Ces plaintes mettent le plus souvent en lumière des dysfonctionnements ponctuels, en grande partie de nature relationnelle [27]. Leur analyse systématique permet de diminuer le risque de contentieux et, selon la HAS, de promouvoir la bientraitance [28].

2.3.2. L'approche qualitative

Il s'agit de recueillir l'information sur un mode « ouvert », qui permet à l'usager de laisser libre cours à son vécu. Cette forme de mesure peut être réalisée sous forme de questionnaire à

réponse ouverte, de verbatim, de forum des usagers, de groupe de parole, de boîte aux lettres ou mail de type « votre avis nous intéresse ».

Riche d'informations, cette approche rend néanmoins moins aisée l'extraction de données et plus délicate l'exploitation statistique et la généralisation. Elle permet d'apprécier plus finement les avis extrêmes par exemple et peut servir de base à la réalisation des outils de mesure et questionnaires de type quantitatif.

2.3.3. L'approche quantitative

Les principaux outils de mesure quantitative comprennent les questionnaires de sortie ainsi que les enquêtes sur des échantillons représentatifs. Ce sont les outils les plus courants pour effectuer la mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins.

Ces outils de mesure qui se présentent sous la forme de questions fermées offrent la possibilité de calculer des scores ou indices de satisfaction sous la forme d'une moyenne ou d'un pourcentage. Cette méthode rend possible la comparaison des scores de satisfaction entre des échantillons différents. L'interprétation quantitative des résultats est susceptible de ne pas suffisamment prendre en compte les cas extrêmes, et en particulier les cas de très grande insatisfaction [13].

Au sein du rapport présenté par Alain Lopez et Pierre-Louis Remy qui se réfère à la satisfaction des usagers des établissements de santé [13], un document rédigé par Isabelle Gasquet condense les différents questionnaires de satisfaction des usagers du système de soins validés en France, en 2007. Les voici ci-après présentés.

Intitulé	Dimensions (indicateurs)	Intervention médicale étudiée
Echelle de qualité des soins (EQS-version longue et courte)[29][30]	- Information médicale - Relation avec les soignants - Impression globale - Partage de la décision	Hospitalisation court séjour MCO, psychiatrie et pédiatrie
Questionnaire de Labarère et al. (hospitalisation)[31]	- Relations humaines et compétence du personnel - Information médicale et continuité des soins - Organisation du séjour - Environnement hôtelier - Satisfaction globale	Hospitalisation court séjour MCO
SAPHORA-MCO[32]	- Soins médicaux et infirmiers - Confort hôtelier - Organisation de la sortie - Impression globale	Hospitalisation court séjour MCO
Patient Judgment on Hospital Quality (PJHQ-version française)[33]	- Admission - Formalités administratives - Passage aux urgences - Soins reçus - Communication - Information famille - Interventions hors chambre - Soins équipe - Soins médecins - Soins infirmiers - Soins autres - Environnement hospitalier - Repas - Equipement - Intimité - Facilités offertes aux amis et familles - Satisfaction globale	Hospitalisation court séjour MCO
SAPHORA-psy[34]	- Soins médicaux et infirmiers - Confort hôtelier - Organisation de la sortie - Impression globale	Hospitalisation en psychiatrie
QLQ-SAT-32[35,36,37]	- Soins médicaux - Soins infirmiers - Organisation des services et des soins - Satisfaction globale	Hospitalisation en cancérologie
GERSATIS Version « patient » et « visiteur »[38]	- Soins - Information - Repas - Chambre - Impression globale	Hospitalisation en moyen et long séjour gériatrique

Intitulé	Dimensions (indicateurs)	Intervention médicale étudiée
Consumer Satisfaction Survey (CSS-VF)[39]	- Accès aux soins primaires - Accès aux soins secondaires - Couverture maladie - Compétence du généraliste - Communication avec le généraliste - Compétence et communication avec le spécialiste - Possibilité de choix entre différents médecins - Qualités humaines des médecins - Satisfaction globale	Offre de soin en général
Specific Visit Questionnaire (VSQ-VF)[39]	- Unidimensionnel	Consultation de ville (généralistes et spécialistes)
Echelle de qualité des soins en consultation (EQS-C version longue et courte)[5]	- Contact téléphone et prise de RV - Accueil et locaux - Attente - Consultation avec le médecin - Satisfaction globale - Impression globale	Consultation hospitalière
Questionnaire de Labarère et al. (consultation)[40]	- Qualités relationnelles - Environnement physique - Organisation - Temps d'attente	Consultation hospitalière

Les instruments de mesure de la satisfaction se sont depuis développés, ce qu'illustre l'essor des travaux sur la satisfaction au cours de ces dernières années dans différentes spécialités. En cancérologie peuvent ainsi être mentionnés le questionnaire OUT-PATSAT35 utilisé dans l'évaluation de la satisfaction des soins lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire [41] mais aussi le développement et la validation préliminaire du questionnaire EORTC PATSAT-C35 et son module OUT-PATSAT8 [42]. Les spécialités médicales, la gynécologie-obsétrique et la psychiatrie sont également concernées, offrant des perspectives de mesure de la satisfaction par des outils spécifiques. En néphrologie est relevé le questionnaire de Satisfaction des patients DIAlysés en LORraine (SDIALOR) pour mesurer la satisfaction des patients en dialyse, questionnaire élaboré à partir des questionnaires de satisfaction des patients dialysés Choice et SEQUS [43]. En gynécologie-obsétrique, le WOMen's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire, version 4 (WOMBLSQ4), vient mesurer la satisfaction des patientes pour les soins reçus lors de l'accouchement [44] et plus récemment, le questionnaire de Satisfaction des Soins Obstétricaux (SSO) est utilisé pour mesurer la qualité des soins dans le post-partum immédiat [45]. En psychiatrie, un nouvel

instrument de mesure de la satisfaction nommé SATISPSY-22 a été mis à disposition pour les patients hospitalisés [46].

2.4. Le temps de la mesure de la satisfaction

Les travaux sur la satisfaction vis-à-vis des soins révèlent une importante hétérogénéité quant aux temps de mesure de cet indicateur dans les études, aussi bien pour les patients hospitalisés que pour les patients pris en charge en ambulatoire. Dans le cas des patients hospitalisés, il est préconisé de réaliser la mesure de la satisfaction non pas à la sortie du séjour hospitalier mais lors du retour au domicile, le niveau de satisfaction pouvant être surestimé lors du remplissage à l'hôpital [47]. Il est recommandé d'effectuer la mesure de la satisfaction entre 2 et 4 semaines après la sortie de l'hospitalisation pour les pathologies somatiques [48] et de prendre en compte le délai entre la mesure de la satisfaction et la sortie d'hospitalisation [49]. Dans le cas des patients hospitalisés en psychiatrie, les auteurs soulignent le moindre taux de réponse une fois le patient de retour au domicile ; aussi, il est recommandé de réaliser la mesure de la satisfaction à la fin du séjour hospitalier du patient [6].

En ce qui concerne les patients pris en charge en ambulatoire, il est également préconisé une mesure de la satisfaction à distance de la consultation et non à l'issue de celle-ci de manière à limiter le biais de réponse, la mesure de la satisfaction apparaissant plus distante et critique de la part du patient au domicile que sur le lieu même de la prise en charge [5].

2.5. Les déterminants de la satisfaction vis-à-vis des soins

Les déterminants de la satisfaction ont fait l'objet d'études antérieures et plusieurs facteurs peuvent influencer le niveau de satisfaction.

2.5.1. Les caractéristiques socio-démographiques

Les travaux soulignent qu'un âge plus avancé et un niveau d'éducation plus faible sont associés à une satisfaction plus élevée. Le statut marital et le mode de vie apparaissent également associés à la satisfaction, les patients seuls et les patients avec un niveau socio-économique faible étant les moins satisfaits [50,51]. Il est néanmoins relevé par les auteurs le faible poids des caractéristiques socio-démographiques des patients sur leur niveau de satisfaction [50].

2.5.2. L'état de santé perçue

Les travaux de la littérature précisent que la satisfaction ne peut pas être interprétée indépendamment des informations relatives à l'état de santé [52] et que les patients qui se perçoivent avec un bon état de santé ont tendance à montrer plus de satisfaction dans les soins qu'ils reçoivent [3,33,53,54]. D'autres caractéristiques en lien avec la maladie telles que la chronicité de la pathologie, la sévérité des troubles et les comorbidités relevées sont associées à une moins bonne satisfaction du patient [55]. Les auteurs rapportent à cet effet que la satisfaction des patients présentant à la fois un trouble psychiatrique et une problématique addictive est moindre que celle des patients présentant un seul de ces deux troubles [56]. Les auteurs soulignent le poids de l'état de santé perçue des patients qui apparaît comme un déterminant plus fort de la satisfaction que les caractéristiques socio-démographiques [57].

2.5.3. Les attentes du patient

Le savoir et la connaissance des patients ainsi que leurs attentes peuvent influencer de manière plus importante leur satisfaction que la qualité effective des soins qui leur sont prodigués. Il apparaît que les patients ayant le moins d'attentes vis-à-vis des soins et de leurs résultats sont plus satisfaits que les autres. Ces attentes étant pour certains auteurs influencées par les caractéristiques socio-démographiques du patient comme l'âge ou le sexe, il demeure difficile de faire la part du poids effectif des attentes sur le niveau de satisfaction [58]. Dans le champ des addictions, les auteurs ont montré que les patients ayant déjà eu une expérience de soins pour une dépendance aux substances psychoactives se révèlent plus insatisfaits en ce qui concerne la prise de rendez-vous et la consultation auprès du médecin que ceux qui n'ont jamais bénéficié de soins au préalable, ce qui peut laisser penser que leurs attentes ont évolué [59].

2.5.4. Les caractéristiques du lieu de soins

Il est démontré que les caractéristiques du lieu de soin (médecine, chirurgie, obstétrique, ambulatoire, taille de la structure, durée de séjour, etc.) [60], influencent la satisfaction par rapport aux soins.

2.5.5. Les caractéristiques en lien avec le soignant et la relation thérapeutique

Il apparaît que les caractéristiques du soignant [61,62], avec son humanité et ses qualités techniques [63] influencent le niveau de satisfaction. Les principales caractéristiques relevées pour le soignant concernent le sexe, l'âge, son ancienneté mais aussi la relation thérapeutique, cette dernière tout particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. A cet effet, en Norvège, Andersson montre, dans un échantillon de patients hospitalisés en cure vis-à-vis de leur dépendance à l'alcool ou aux produits illicites, que la satisfaction est plus grande lorsque le patient a confiance dans les compétences médicales de ses soignants [64]. Les travaux de Zendjidjian en France sur un échantillon de patients pris en charge dans deux services de soins spécialisés en psychiatrie retrouvent également ce lien [65]. Les auteurs soulignent l'impact positif de la politesse et de la disponibilité des soignants sur le niveau de satisfaction qui s'en trouve plus élevé [66]. L'utilisation de la coercition et de la contrainte est par ailleurs décrite comme un important déterminant de la satisfaction. Son usage serait lié à une moindre satisfaction compte tenu de son impact négatif sur la relation thérapeutique et le manque de confiance qu'elle génère du côté du patient [67]. Le sentiment de traitement approprié et un personnel motivant apparaissent comme des facteurs liés à une amélioration de la satisfaction vis-à-vis des soins dans une étude britannique portant sur un échantillon de patients entrant en soins pour une problématique addictive. Les auteurs soulignent l'intérêt des services de soins à délivrer une prise en charge plus individualisée, basée sur la compréhension des besoins individuels des patients et pointent l'importance de la capacité du personnel à motiver les patients dans leur prise en charge [68].

2.6. Intérêts de la mesure de la satisfaction des soins

L'essor des travaux sur la satisfaction vis-à-vis des soins traduit à la fois l'intérêt de la démarche évaluative de la qualité des soins délivrés mais aussi l'intérêt en clinique et dans la recherche pour cet indicateur.

2.6.1. La satisfaction comme indicateur de la qualité de soins

L'étude de la satisfaction comme indicateur de la qualité des soins va permettre de mettre en lumière des dysfonctionnements, qui pourront être à l'origine de programmes d'amélioration de la qualité des soins par les établissements [27]. En France, la HAS publie régulièrement les scores de satisfaction patient pour chaque établissement de soins afin de permettre une

comparaison entre établissements [69] à la disposition des usagers. Cette comparaison s'avère également utile aux décisions et au pilotage des politiques d'intervention, et les objectifs de la HAS sont poursuivis par la V2014 du manuel de certification des établissements de santé [70].

Dans les pathologies chroniques, l'étude de la satisfaction vient aider le clinicien dans son approche des soins, plaçant le patient au cœur de la prise en charge et ce, pour en améliorer la qualité de vie [71] ainsi que la qualité des soins [72]. Des travaux menés auprès de patients diabétiques et de patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde afin d'apprécier leur niveau de satisfaction vis-à-vis des soins délivrés par des médecins généralistes ou des spécialistes de la pathologie concernée, illustrent l'intérêt de la mesure de la satisfaction au cours de la prise en charge de la maladie chronique [73].

La mesure de la satisfaction peut aussi se répéter dans le temps, ce qui permet de suivre la perception du patient de la qualité des soins au cours de sa prise en charge et d'apprécier l'effet des mesures entreprises pour améliorer la qualité des soins.

L'évaluation du niveau de satisfaction de l'usager offre également l'opportunité d'établir des hypothèses sur les facteurs pouvant expliquer la satisfaction ou l'insatisfaction et d'observer si des actions menées pour améliorer l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins peuvent influencer le niveau de satisfaction vis-à-vis des soins.

2.6.2. La satisfaction comme facteur lié à l'évolution de l'état de santé

Dans le champ des maladies somatiques et des pathologies psychiatriques chroniques, la mesure de la satisfaction peut aider à améliorer l'observance. En effet, des travaux portant sur des patients présentant une hypertension artérielle soulignent qu'une plus grande satisfaction vis-à-vis du traitement génère une adhésion plus importante au traitement [74]. Des conclusions semblables sont retrouvées chez des patients présentant une schizophrénie pour lesquels un niveau élevé de satisfaction vis-à-vis des soins est associé à une meilleure adhésion au traitement [75]. La question de la compliance au traitement vient susciter un tel intérêt dans les maladies chroniques que des études de validation d'échelles de satisfaction orientées sur la satisfaction vis-à-vis des médications, tant dans le champ psychiatrique que dans les addictions, se multiplient [76,77].

Il est par ailleurs souligné, dans les travaux de la littérature, la valeur prédictive du niveau de satisfaction vis-à-vis des soins reçus sur le maintien dans les soins, tant dans les pathologies chroniques somatiques que dans le champ des addictions. Ainsi, il apparaît que la satisfaction est un indicateur précieux dans le suivi d'une maladie chronique intestinale prise en charge initialement par les équipes pédiatriques puis par les services d'adultes, une meilleure satisfaction générant une meilleure adhésion aux soins et moins de ruptures de suivi au cours du parcours de soin [78]. Des travaux menés chez des patients dépendants aux opiacés corroborent ce point avec des résultats montrant que les patients les plus satisfaits des soins à 3 mois s'inscrivaient toujours dans les soins à 12 mois [51]. Les résultats d'une étude réalisée au préalable au sein d'un échantillon de patients entrant en soins avec une prescription de novo d'un traitement de substitution aux opiacés témoignent également d'une meilleure continuité dans les soins à 12 mois du début de la prise en charge pour les patients les plus satisfaits, avec un temps de mesure de la satisfaction réalisé à 3 mois du début de la prise en charge [79].

La satisfaction vis-à-vis des soins délivrés s'avère également associée à l'évolution de l'état de santé des patients, une amélioration de l'état de santé perçue étant plus franche lorsque le niveau de satisfaction du patient s'avère plus élevé. Les résultats de Morris et Gannon dans le champ des addictions en témoignent avec l'obtention d'une période d'abstinence et un vécu plus élevé d'amélioration de la santé morale et de la santé physique chez les patients entrant en soins se déclarant plus satisfaits [68]. Les travaux de Zhang et al. démontrent chez des patients pris en charge pour une dépendance aux substances illicites que la satisfaction des patients avait un effet positif sur les résultats de la consommation des toxiques, avec une réduction de cette dernière [7].

Dans le champ des maladies chroniques, les travaux sur les relations entre satisfaction vis-à-vis des soins et la qualité de vie démontrent par ailleurs des liens étroits entre ces deux indicateurs. Dans les pathologies somatiques telles que l'arthrose, les auteurs relèvent que les patients arthrosiques opérés de la hanche ou du genou satisfaits de leur hospitalisation présentaient une meilleure qualité de vie 1 an après la chirurgie que les patients les moins satisfaits, notamment dans les dimensions de QV douleur, santé mentale, fonctionnement social et vitalité [71,80]. D'autres études soulignent également cette association dans le diabète et les maladies cardio-vasculaires notamment. Ainsi, dans une étude incluant des patients souffrant de diabète de type 2, il apparaît une interconnexion entre satisfaction et

qualité de vie qui sont chacune influencées par l'autre [81]. Dans une autre étude portant sur des patients présentant une hypertension artérielle, les auteurs établissent que les patients ayant présenté des scores de satisfaction plus élevés avaient rapporté des valeurs d'indice de qualité de vie relativement plus élevées [82].

Ces liens s'illustrent également dans le champ des maladies psychiatriques et en en addictologie. Les auteurs rapportent ainsi dans leurs travaux auprès de patients présentant une schizophrénie, une augmentation plus élevée du niveau de qualité de vie chez les patients pour lesquels la satisfaction vis-à-vis du traitement psychotrope évolue favorablement au cours de la prise en charge [83]. Morris et Gannon rapportent aussi dans leur travail une amélioration de la qualité de vie, tant dans la dimension physique que dans la dimension mentale, pour les patients les plus satisfaits vis-à-vis de leur traitement [68]. En ce qui concerne ce lien entre qualité de vie et satisfaction des soins, plusieurs auteurs soulignent l'intérêt de poursuivre les études pour déterminer le sens de la relation entre ces deux indicateurs [84].

La satisfaction vis-à-vis des soins a été explorée dans de nombreuses pathologies somatiques chroniques; elle l'est davantage aujourd'hui dans les pathologies chroniques psychiatriques et notamment dans le champ des addictions. Le second chapitre de mon travail porte à ce titre sur l'exploration de la satisfaction vis-à-vis des soins au sein d'un échantillon de patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés de la cohorte SUBUSQOL (SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life).

CHAPITRE 2. TRAVAIL DE RECHERCHE

1. METHODOLOGIE

1.1. Type et design de l'étude

Mon travail de thèse consiste en une étude longitudinale à partir des données de la cohorte prospective multicentrique à visée pronostique SUBUSQOL (SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life). Mon étude permet de décrire les niveaux de la satisfaction précoce vis-à-vis des soins au 15ème jour et au 45ème jour du début de la prise en charge et d'étudier l'évolution de la satisfaction ainsi que les facteurs liés à la satisfaction à J45 chez des patients présentant une dépendance de type alcool et/ou opiacés.

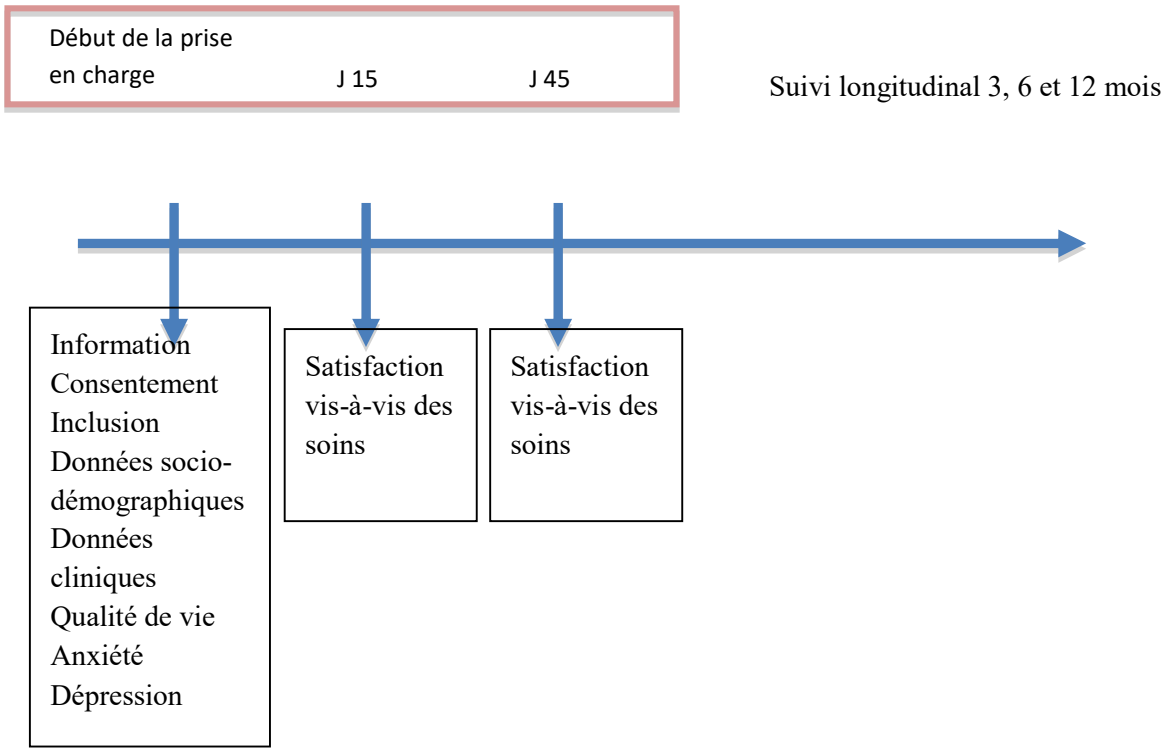

Figure1 : Design de l'étude SUBUSQOL

1.2. Population étudiée

La population étudiée correspond aux patients présentant une dépendance aux substances psychoactives de type alcool et/ou opiacés en regard des critères diagnostiques de la classification DSM-IV [85].

1.3. Echantillon étudié

Les patients inclus se composaient des patients de la cohorte SUBUSQOL pour lesquels les mesures de la satisfaction à J15 seulement ou à J15 et J45 ont été recueillies. Le recrutement des patients initiant une prise en charge ambulatoire pour une dépendance de type alcool et/ou opiacés dans la cohorte SUBUSQOL était effectué par un des médecins des services spécialisés co-investigateurs : le centre de soins et d'Accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA), service universitaire de l'hôpital de Nancy et dans des structures non universitaires ANPAA-CSAPA d'Aurillac et son antenne de soins de Saint-Flour.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion dans l'étude étaient ainsi définis :

*Critères d'inclusion

- Diagnostic de dépendance à une substance selon les critères du DSM IV [85].

- Patient initiant une prise en charge en ambulatoire (opiacés/alcool) dans un des centres de soins spécialisés 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

1.4. Recueil de données

Un cahier d'observation a été complété à l'inclusion du patient par le médecin investigateur. Ce cahier d'observation regroupe, dans sa partie inclusion, deux sections. La première concerne le patient, la seconde l'origine de la prise en charge et le médecin investigateur.

Des auto-questionnaires ont été remplis par le patient pour apprécier l'état de santé perçue. Les outils utilisés ainsi que le mode de passation sont décrits ci-après pour chacun des indicateurs d'intérêt.

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

Sont recueillies dans cette première partie :

- des données socio-démographiques : le mois et l'année de naissance, le sexe, la situation matrimoniale, le lieu de vie, le niveau d'étude, la catégorie socio-professionnelle et le statut professionnel

- des données sur la maladie : le type de dépendance, l'ancienneté dans la dépendance, les comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, le traitement médicamenteux en cours, une grossesse en cours.

- des données sur l'origine de la prise en charge : prise en charge à l'initiative du patient, d'un médecin, du conjoint, de la justice ou autres…

- des données concernant le médecin : le sexe, la qualité et l'ancienneté dans le cursus médical.

1.4.2. La qualité de vie

Deux instruments de mesure de la qualité de vie, l'un générique et l'autre spécifique, ont été associés dans l'étude SUBUSQOL en regard des recommandations d'une majorité d'auteurs concernant la pertinence de l'association de deux instruments de qualité de vie, l'un générique et l'autre spécifique.

1.4.2.1. Méthode de mesure

*Questionnaire de Qualité de vie SF-12

Ce questionnaire SF-12 constitue une version raccourcie du questionnaire SF-36 qui couvre 8 dimensions : activité physique, limitation/état physique, douleur physique, santé perçue, vitalité, vie/relations, santé psychologique, limitation/état psychologique. Deux scores globaux résumés sont calculés à partir des 12 items pour la santé physique et la santé mentale, à savoir le Physical Component Summary Score ou PCS et le Mental Component Summary Score ou MCS. Ces deux scores varient de 0 à 100, 100 traduisant la QV optimale. Le questionnaire de qualité de vie SF-12 a fait l'objet d'études de validation dans plusieurs langues européennes, y compris dans sa version française [86].

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

Ce questionnaire est la version courte française du questionnaire Q-LES-Q-SF- Quality of Life and Enjoyment Satisfaction Questionnaire-Short Form qui a été transmise par J. Endicott, concepteur de la version originelle, elle-même issue de la version longue Q-LES-Q-SF à 93 items [87]. Ce questionnaire unidimensionnel comprend 16 items dont les 14 premiers entrent dans le calcul du score. Ces 14 items explorent la satisfaction du sujet avec sa santé physique, son moral, son travail, ses tâches ménagères, les relations avec les autres et avec sa famille, ses loisirs, sa capacité à gérer la vie quotidienne, son désir et son intérêt à avoir des activités sexuelles, sa situation financière, ses conditions de vie, sa capacité à se déplacer sans avoir de vertiges, sa vue et sa sensation générale de bien-être. Pour chacun des items, cinq possibilités de réponse cotées de 1 à 5 sont proposées sur une échelle ordinale pour apprécier le niveau de satisfaction au cours des sept derniers jours (1= très insatisfait à 5= très satisfait). Le score total est normé de 0 à 100, 100 traduisant la qualité de vie optimale. Les qualités psychométriques de la version courte française dans le champ des addictions sont reconnues [88,89].

1.4.2.2. Mode de passation

Les deux auto-questionnaires SF-12 et Q-LES-Q-SF ont été remis aux patients à l'inclusion. Une fois complétés, ils ont été placés dans une enveloppe fermée, ouverte par l'investigateur-coordinateur lors de la saisie de données.

1.4.3. L'anxiété-dépression

1.4.3.1. Méthode de mesure

La version française traduite par J.P. Lépine [90] de l'échelle HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale- élaborée par Zigmond & Snaith [91] a été utilisée. Ce questionnaire comporte 14 items dont 7 items dans la dimension « dépression » et 7 items dans la dimension « anxiété ». Pour chacun des items, quatre possibilités de réponse cotées de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière ordinale l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée, sont proposées. Pour chacune des dimensions « dépression » et « anxiété », les scores s'étendent de 0 à 21 et le score global est compris entre 0 et 42, normé de 0 à 100. Un seuil de 8 est retenu pour chacune des sous-échelles selon les recommandations de Bjelland et al [92] pour considérer que le sujet a une probabilité élevée de présenter un état dépressif ou anxieux.

1.4.3.2. Mode de passation

L'auto-questionnaire HADS a été remis aux patients à l'inclusion. Complété, il a été placé dans une enveloppe fermée, ouverte par l'investigateur-coordinateur lors de la saisie de données.

1.4.4. Le coping

1.4.4.1. Méthode de mesure

Version abrégée de l'inventaire COPE, le questionnaire Brief COPE [93] propose 14 échelles évaluant toutes des dimensions distinctes du coping avec le coping actif, la planification, la recherche de soutien social instrumental, la recherche de soutien social émotionnel, l'expression des sentiments, le désengagement comportemental, l'auto-distraction, le blâme, la réinterprétation positive, l'humour, le déni, l'acceptation, la religion et l'utilisation de

substances. L'étude des qualités psychométriques de la version française du Brief COPE a fait l'objet des travaux de Muller et Spitz [94]. Chacune de ces échelles du Brief COPE comprend ainsi deux items, soit 28 items au total pour ce questionnaire qui permet d'étudier l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources [95]. Quatre choix de réponse sont proposés pour chaque item: « pas du tout », « de temps en temps », « souvent », et « toujours », le score allant de 1 à 4 par item.

1.4.4.2. Mode de passation

L'auto-questionnaire de stratégie de coping Brief COPE dans son format dispositionnel a été remis aux patients à l'inclusion. Après avoir été complété, il a été placé dans une enveloppe fermée, ouverte par l'investigateur-coordinateur lors de la saisie de données.

1.4.5. La satisfaction vis-à-vis des soins

1.4.5.1. Méthode de mesure

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

1.4.5.2. Mode de passation

L'auto-questionnaire EQS-C a été adressé à chaque patient par voie postale afin d'être complété 15 jours et 45 jours après la première consultation. Une enveloppe retour préaffranchie a été fournie dans le courrier initial, assortie d'une note d'information. Une relance postale et/ou téléphonique a été effectuée en cas de non-retour du questionnaire dans les 10 jours qui suivent l'envoi.

1.5. Analyse statistique

1.5.1. La saisie des données

Les données collectées sur le cahier d'observation ainsi que les réponses aux auto-questionnaires ont été saisies dans une base de données centralisée au Centre d'Epidémiologie Clinique CIC-EC Inserm CIC 1433 du CHU de Nancy. Les auto-questionnaires et les bordereaux en version papier et informatique sont archivés à l'EA4360, Ecole de Santé Publique, faculté de médecine, Université de Lorraine. L'exploitation des données a été effectuée avec le concours de la PARC (Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique) du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy.

1.5.2. Les analyses statistiques

La première étape de cette analyse statistique a consisté en une description globale de chacune des variables recueillies dans notre échantillon: nombre de sujets, calcul de la moyenne, de l'écart à la moyenne et de la médiane pour les variables quantitatives ainsi que les calculs de la fréquence et des pourcentages pour les variables qualitatives. Les moyennes ont été comparées par un test t de Student et de Wilcoxon et la fréquence des distributions par un test de Chi2 ou un test exact de Fisher si les effectifs étaient trop faibles pour remplir les conditions de validité du test de Chi2. La reproductibilité de la mesure J15/J45 a été calculée par le calcul du coefficient de corrélation intraclasse.

Enfin, la dernière étape de l'analyse devait permettre d'identifier des facteurs liés au niveau de satisfaction à J45 par le biais d'analyses de régression linéaires bi et multivariées, le cas échéant. Les variables dont le degré de signification était inférieur à 0,2 en analyses bivariées ont été introduites dans un modèle multivarié. Pour chaque dimension de satisfaction et pour

le score total à J45, plusieurs modèles ont été construits avec et sans le score de satisfaction à J15.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS v9.4.

2. ORGANISATION LOGISTIQUE

2.1. Information

La mise en œuvre de la recherche SUBUSQOL a nécessité des informations préalables aux patients et aux médecins co-investigateurs.

En premier lieu, le contexte de l'étude, ses objectifs et son déroulement sont expliqués par le médecin co-investigateur au patient par voie orale puis par écrit au moyen d'une note d'information. Le libre choix de participation, la possibilité de retrait de l'étude à tout moment ainsi que le respect de l'anonymat sont garantis à chaque patient éligible et inclus.

2.2. Garantie éthique

La recherche SUBUSQOL est une étude épidémiologique observationnelle portant sur des soins courants. Dans la mesure où il s'agit d'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 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 (CCTIRS). L'autorisation du comité national informatique et liberté a également été obtenue (CNIL DR-2013-156).

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de l'échantillon

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

Au total, 189 patients ont été inclus dans notre étude, 152 hommes et 37 femmes.

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

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

Moy : moyenne
ET : écart-type * p< 0.05

Pour les 189 patients débutant des soins et ayant répondu au questionnaire de satisfaction à J15, l'âge moyen était de 40,1 ans (ET=11,4). En ce qui concerne leur statut marital, 36,6% d'entre eux étaient mariés. Un peu moins de 20% des patients présentaient un niveau scolaire d'études supérieures universitaires. Un tiers de l'échantillon rapportait mener une activité professionnelle à temps complet et 58,5% des patients se déclaraient sans emploi, étudiants compris.

En ce qui concerne le type de dépendance, 97 (51,3%) patients présentaient une dépendance aux opiacés et 92 patients (48,7%) à l'alcool en regard des critères diagnostiques codifiés du DSM-IV [85]. L'ancienneté dans la dépendance s'élevait en moyenne à 15,3 années (ET=11,2). Des complications somatiques et/ ou psychiatriques en lien avec la dépendance aux substances étaient relevées pour plus d'un tiers des patients de notre échantillon, à type notamment de complications digestives, neurologiques, cardiovasculaires, infectieuses sur le versant somatique et principalement de troubles anxieux et de troubles de l'humeur sur le versant psychiatrique.

Des différences statistiquement significatives ont été observées entre le groupe de patients répondeurs à J15 exclusivement et le groupe de patients répondeurs aux deux temps de mesure J15 et J45 sur certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques. En effet, les patients répondeurs aux deux temps de mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins étaient en moyenne plus âgés, séparés et présentaient une durée moyenne dans la maladie plus longue que les patients uniquement répondeurs au seul temps de mesure J15 de la satisfaction.

Le patient se situait à l'origine de la demande de soins dans plus de 2 cas sur 3. Pour 9,6 % des patients de notre échantillon, les soins étaient engagés dans un mouvement de contrainte aux soins ordonnée par la justice. Les autres demandes de prise en charge étaient initiées à la demande du médecin traitant, du psychiatre référent ou des membres de la famille.

Les soins étaient délivrés pour les 2/3 des patients de notre échantillon par des internes en formation. Une concordance du sexe entre le patient et son thérapeute était observée dans 46% des prises en charge. Un projet de soins avec un objectif de réduction des consommations et non d'arrêt des consommations concernait un peu plus d'un tiers des patients de l'échantillon. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre le groupe de patients répondeurs à J15 uniquement et le groupe de patients répondeurs

aux deux temps de mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins sur les caractéristiques liées à la prise en charge, qu'elle concerne son origine, le projet de soins ou les caractéristiques liées au médecin.

3.2. Description de l'état de santé perçue

Les scores de qualité de vie, d'anxiété/dépression et les stratégies de coping sont décrits dans le tableau 2. Les résultats sont présentés pour l'échantillon total et pour chacun des sous-groupes en fonction de la réponse à la satisfaction au seul temps de mesure J15 ou aux deux temps de mesure J15 et J45.

Tableau 2. Etat de santé perçue de l'échantillon

	Echantillon total			**Patients répondeurs à J15**			**Patients répondeurs à J15 et J45**			
	(N=189)			(N=99)			(N=90)			*P*
	N	Moy	ET	N	Moy	ET	N	Moy	ET	*value*
Qualité de vie										
SF-12 score résumé physique	176	45,0	9,0	90	44,4	9,1	86	45,5	8,9	0,43
SF-12 score résumé mental	176	35,0	10,3	90	35,2	10,4	86	34,7	10,3	0,77
Q-LES-Q-SF	184	51,7	17,7	97	52,1	19,2	87	51,3	15,9	0,75
HADS										
Score anxiété	173	10,4	4,3	89	10,6	4,5	84	10,2	4,3	0,50
Score dépression	174	8,3	4,1	89	8,1	4,5	85	8,4	3,9	0,67
Dimensions du Brief COPE										
Coping actif	176	4,9	1,5	92	5,1	1,4	84	4,8	1,6	0,34
Planification	176	5,1	1,6	92	5,2	1,7	84	5,0	1,5	0,51
Recherche soutien instrumental	175	5,0	1,7	91	5,0	1,8	84	5,1	1,6	0,71
Réinterprétation positive	176	4,7	1,7	92	4,7	1,9	84	4,7	1,5	0,85
Acceptation	176	5,3	1,7	92	5,6	1,5	84	5,0	1,8	0,01*
Recherche soutien émotionnel	176	4,8	1,7	92	4,7	1,8	84	4,8	1,6	0,69
Déni	176	3,3	1,6	92	3,3	1,6	84	3,3	1,6	0,87
Expression des sentiments	176	4,3	1,6	91	4,3	1,7	84	4,4	1,5	0,73
Blâme	175	5,5	1,6	91	5,5	1,6	84	5,4	1,6	0,86
Humour	176	3,3	1,5	92	3,4	1,4	84	3,3	1,5	0,62
Religion	175	2,5	1,1	92	2,6	1,3	83	2,4	0,9	0,25
Auto-distraction	176	4,8	1,4	92	4,7	1,5	84	4,9	1,3	0,41
Utilisation de substances	176	5,3	2,1	92	5,0	2,2	84	5,6	2,1	0,03*
Désengagement comportemental	175	3,1	1,4	91	3,2	1,4	84	3,0	1,4	0,39

Moy : moyenne ET : écart-type * $p < 0.05$

La proportion de données manquantes était inférieure à 9% quel que soit le score.

Les scores moyens de qualité de vie SF-12 étaient de 45 (ET=9,0) et 35 (ET=10,3) respectivement pour les dimensions PCS et MCS. Le score moyen de qualité de vie Q-LES-Q-SF était de 51,7 (ET=17,7). Au questionnaire HADS, le score moyen obtenu dans la dimension anxiété s'élevait à 10,4 (ET=4,3) et le score moyen dans la dimension dépression à 8,3 (ET=4,1). Près d'un patient sur 2 (48,6%) présentait une anxiété modérée voire sévère et 30,5% une dépression modérée ou sévère. En ce qui concerne la qualité de vie et les niveaux d'anxiété-dépression, aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes.

En ce qui concerne les stratégies de coping utilisées par les patients de l'échantillon, les scores les plus élevés concernaient des stratégies fonctionnelles ou à potentiel fonctionnel comme l'acceptation (5,3 ± 1,7), la planification (5,1 ± 1,6) et des stratégies à potentiel moins fonctionnel comme le blâme (5,5 ± 1,6) et l'utilisation de substances (5,3 ± 2,1).

Les patients répondeurs à la satisfaction aux deux temps de mesure J15 et J45 présentaient un score moyen supérieur aux patients répondeurs uniquement à J15 dans la dimension utilisation de substances (*p=0,03*) et un score moyen inférieur dans la dimension acceptation (*p=0,01*). Ces résultats traduisent un recours aux substances plus conséquent et une acceptation moindre chez les patients répondeurs aux deux temps de mesure J15/J45 que chez les patients répondeurs à J15 seulement.

3.3. Scores de satisfaction précoce et évolution de la satisfaction au cours des soins

3.3.1. Satisfaction vis-à-vis des soins au temps de mesure J15

Les scores de satisfaction au temps de mesure J15 sont présentés dans le tableau 3 pour chacun des sous-groupes, en fonction de la réponse à la satisfaction au seul temps de mesure J15 ou aux deux temps de mesure J15 et J45.

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

	Patients répondeurs J15/J45 J15 N=90		Patients répondeursJ15 J15 N=99		
	N	Moy (ET)	N	Moy (ET)	*P value*
EQS-C					
Prise de rendez-vous	88	79,2 (19,7)	95	79,4 (17,0)	0,68
Accueil et confort	88	78,5 (15,6)	95	76,4 (17,3)	0,48
Temps d'attente	88	73,5 (22,0)	94	72,2 (25,9)	0,94
Consultation avec le médecin	87	80,4 (17,3)	95	79,3 (17,1)	0,71
Score total satisfaction	89	78,9 (15,5)	95	77,8 (15,7)	0,67

Moy : moyenne
ET : écart-type

En ce qui concerne le groupe répondeur à la satisfaction au seul temps de mesure J15, le score total moyen de la satisfaction vis-à-vis des soins était de 77,8 (ET=15,7). Les scores moyens dans chacune des dimensions étaient de 79,4 (ET=17) dans la dimension "*prise de rendez-vous";* 76,4 (ET=17,3) dans la dimension *"accueil et confort"*; 72,2 (ET=25,9) dans la dimension *"temps d'attente"* et 79,3 (ET=17,1) dans la dimension *"consultation avec le médecin".* Dans le groupe répondeur à la satisfaction aux deux temps de mesure J15 et J45, le score total moyen de la satisfaction vis-à-vis des soins s'élevait à 78,9 (ET=15,5). Les scores moyens dans chacune des dimensions étaient de 79,2 (ET=19,7) dans la dimension *"prise de rendez-vous"*; 78,5 (ET=15,6) dans la dimension *"accueil et confort";* 73,5 (ET=22) dans la dimension *"temps d'attente"* et 80,4 (ET=17,3) dans la dimension "*consultation avec le médecin".* En ce qui concerne la satisfaction vis-à-vis des soins à J15, aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes tant sur le score total que sur le score dans chacune des dimensions de la satisfaction.

En ce qui concerne l'item 28 du questionnaire EQS-C, item qui ne rentre pas dans le calcul du score, mais qui explore l'intentionnalité du patient à poursuivre les soins dans le service *"j'ai l'intention de continuer à être suivi(e) dans ce service si nécessaire"*, 53 patients du groupe

répondeurs à J15 exprimaient être tout à fait d'accord et 24 être d'accord avec l'item. Dans le groupe de patients ayant répondu aux deux temps de mesure, 49 patients déclaraient être tout à fait d'accord et 28 être d'accord avec une poursuite d'une prise en charge dans le service concerné. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes de patients sur la réponse à cet item (*p=0,82).*

Des commentaires dans le champ libre à la question ouverte « *A votre avis, que faudrait-il améliorer en priorité dans cette consultation* ?» ont été relevés pour 28 (31,1%) patients du groupe répondeurs J15 et pour 50 (50,6%) patients du groupe patients répondeurs aux deux temps de mesure. Les aspects à améliorer pour les patients concernaient essentiellement l'attente, le confort du lieu de soins et l'écoute du médecin à leur encontre.

3.3.2. Evolution de la satisfaction au cours de la prise en charge

Les résultats du tableau 4 concernent l'échantillon de patients pour lesquels nous disposons de la mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins pour les deux temps de mesure J15 et J45. L'évolution des scores est présentée dans chacune des dimensions de la satisfaction et pour le score total.

Tableau 4. Evolution de la satisfaction de l'échantillon à l'échelle EQS-C entre J15 et J45

	Patients répondeurs J15/J45	
		N=90
	N	Moy (ET)
Δ EQS-C *		
Prise de rendez-vous	84	-0,5 (15,3)
Accueil et confort	86	-0,8 (14,6)
Temps d'attente	86	-0,5 (22,4)
Consultation avec le médecin	87	**-2,9 (17,0)** **
Score total satisfaction	89	-1,5 (14,6)

Moy : moyenne
ET : écart-type
*Δ EQS-C: évolution de la satisfaction J45-J15
** p< 0.05

En ce qui concerne l'évolution des scores de satisfaction, une différence statistiquement significative a été mise en évidence dans la dimension consultation avec le médecin entre J15 et J45, illustrant une baisse du niveau de satisfaction dans cette dimension au cours des soins. Si aucune autre différence n'a été mise en évidence dans les trois autres dimensions accueil et confort, temps d'attente et prise de rendez-vous, les résultats témoignent d'une discrète tendance à une diminution de la satisfaction des patients dans ces dimensions entre J15 et J45.

Les résultats des calculs des coefficients de corrélation intra-classe pour le score total et pour chacune des dimensions de l'EQS-C sont présentés dans le tableau 5.

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

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

Ces résultats illustrent une reproductibilité modérée à bonne de la satisfaction entre J15 et J45 avec des coefficients de corrélation intra-classe supérieurs à 0,55 pour les dimensions accueil et confort, prise de rendez-vous et consultation avec le médecin et un coefficient de corrélation intraclasse proche de à 0,50 pour la dimension temps d'attente. La reproductibilité au niveau du score total de la satisfaction est bonne avec un coefficient de corrélation intraclasse égal à 0,68. En ce qui concerne les réponses à l'item 28*"j'ai l'intention de continuer à être suivi(e) dans ce service si nécessaire"*, aucune différence statistiquement significative n'a été observée *(p=0,9)* entre les deux temps de mesure pour les patients.

3.3.3. Facteurs associés au niveau de satisfaction au temps de mesure J45

3.3.3.1. Déterminants de la satisfaction dans les 4 dimensions de l'EQS-C

Les résultats de deux modèles d'analyses multivariées menées pour chacune des dimensions et pour le score total de la satisfaction de l'EQS-C, modèles dans lesquels toutes les variables présentant un $p<0,2$ en bivarié ont été introduites, sont présentés dans les tableaux 6,7,8 et 9. Les résultats des tableaux 6 et 7 ne prennent pas en compte le score de satisfaction à J15 dans chacune des dimensions concernées (modèle 1) alors que les tableaux 8 et 9 reflètent les résultats des analyses en introduisant le score J15 dans le modèle 2.

Tableau 6. Facteurs associés au score de satisfaction à J45 dans les dimensions prise de rendez-vous et accueil et confort-modèle 1

	Prise de rendez-vous N = 83				**Accueil et confort** N = 86			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0.18		Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy	*P* value	β/Moy*	*P* value
Age	0,21	0,29			-0,02	0,88		
Sexe		0,39				0,51		
Homme	78,0				77,4			
Femme	82,4				80,0			
Statut marital		0,33				0,70		
Jamais marié(e)	79,1				80,6			
Marié(e)/ vie de couple	75,4				76,1			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	84,2				76,4			
Niveau d'éducation		0,49				0,87		
Collège	82,2				75,3			
Lycée	77,3				78,5			
Etudes supérieures/université	83,0				78,4			
Activité professionnelle		0,57				0,91		
Activité temps plein	81,9				78,9			
Activité temps partiel	83,3				82,5			
Etudiant/ sans emploi	76,6				77,1			
Retraité	87,5				80,3			
Type de dépendance		0,002		0,01**		0,24		
Alcool	72,8	7	10,1		79,4			
Opiacés	85,2		0		75,4			
Durée dans la maladie (années)	0,24	0,21			0,04	0,80		
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques		0,91				0,79		
Oui	79,3				77,5			
Non	78,8				78,4			
Antécédents de soins pour dépendance aux substances		0,004		0,007**		0,33		
Oui	71,1		0		76,1			
Non	84,7		11,4		79,5			
Origine de la prise en charge		0.83				0,46		
Patient	78,3				77,2			
Médecin	81,4				77,5			
Justice	78,4				84,2			
HADS								
Score Anxiété	0,25	0.60			0,36	0,37		
Score Dépression	-0,34	0,52			-0,19	0,68		
Qualité de vie								
SF-12 score résumé physique	0.31	0,20			0,07	0,71		
SF-12 score résumé mental	0,10	0,65			0,08	0,65		
Q-LES-Q-SF	0,01	0,96			-0,01	0,91		

*Moy : moyenne pour les variables qualitatives ; β : coefficient de régression linéaire pour les variables quantitatives
**p<0,05

Les résultats du tableau 6 traduisent que deux variables étaient associées à un score plus élevé dans la dimension de la satisfaction concernant la prise de rendez-vous. Ainsi, l'absence d'antécédents de soins pour la prise en charge de la dépendance *(ß= 11,4 ; p=0,007)* et la dépendance à l'alcool *(ß=10,1; p=0,01)* étaient associées à un score de satisfaction plus élevé dans la dimension satisfaction avec la prise de rendez-vous à J45. Nous relevons que 18% de la variance du score de satisfaction dans la dimension prise de rendez-vous à J45 est expliquée par ce modèle 1. En ce qui concerne la dimension accueil et confort, aucune variable introduite dans le modèle n'a été candidate au modèle multivarié pour expliquer le score à J45.

Les résultats du tableau 7 ne mettent pas en évidence de variables associées au niveau de satisfaction à J45 de ces patients dans les dimensions attente et consultation avec le médecin dans ce modèle.

Tableau 7. Facteurs associés au score de satisfaction à J45 dans les dimensions attente et consultation avec le médecin- modèle 1

	Attente N = 80				**Consultation avec le médecin** N = 83			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,05		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,12	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value
Age	0,13	0,56			-0,05	0,80		
Sexe		0,34				0,49		
Homme	72,0				78,3			
Femme	77,3				74,9			
Statut marital		0,49				0,32		
Jamais marié(e)	71,9				78,5			
Marié(e)/ vie de couple	70,7				73,0			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	77,7				81,1			
Niveau d'éducation		0,25				0,18		0,3
Collège	76,0				72,7		-1,3	
Lycée	70,4				75,8		0	
Etudes supérieures/université	79,4				84,1		7,3	
Activité professionnelle		0,24				0,19		0,25
Activité temps plein	73,2				82,6		2,7	
Activité temps partiel	62,5				67,6		-20,7	
Etudiant/ sans emploi	72,1				75,5		0	
Retraité	93,8				71,9		-11,1	
Type de dépendance		0,12		0,37		0,31		
Alcool	76,1		4,7		79,2			
Opiacés	68,9		0		75,0			
Durée dans la maladie (années)	0,19	0,35			0,03	0,85		
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques		0,71				0,41		
Oui	74,2				75,6			
Non	72,5				79,0			
Antécédents de soins pour dépendance aux substances		0,15		0,29		0,07		0,32
Oui	69,2		0		73,1		0,0	
Non	76,1		5,6		80,7		4,5	
Origine de la prise en charge		0.76				0,54		
Patient	72,5				75,8			
Médecin	73,2				80,6			
Justice	78,2				80,8			
HADS								
Score Anxiété	0,75	0.2	0,6	0,29	0,05	0,92		
Score Dépression	0,04	0,95			-0,77	0,14	-0,6	0,25
Qualité de vie								
SF-12 score résumé physique	0.13	0,63			0,18	0,44		
SF-12 score résumé mental	-0,12	0,62			0,15	0,47		
Q-LES-Q-SF	-0,04	0,78			0,00	0,99		

Tableau 7. Facteurs associés au score de satisfaction à J45 dans les dimensions attente et consultation avec le médecin- modèle 1 (suite)

	Attente N = 80				**Consultation avec le médecin** N = 83			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,05		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,12	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value
Concordance sexe médecin/patient						0,67		
Oui					75,1			
Non					79,7			
Qualité du médecin ou thérapeute						0,77		
Docteur					76,6			
Interne					78,0			
Stratégie thérapeutique						0,70		
Arrêt consommation					78,6			
Réduction des consommations					76,9			
Traitement médicamenteux						0,71		
Oui					77,0			
Non					78,7			

*Moy : moyenne pour les variables qualitatives ; β : coefficient de régression linéaire pour les variables quantitatives

Les tableaux 8 et 9 décrivent les résultats des analyses multivariées en introduisant le score de la satisfaction à J15 pour chacune des dimensions dans le modèle.

Tableau 8. Facteurs associés au score de satisfaction à J45 dans les dimensions prise de rendez-vous et accueil et confort – modèle 2

	Prise de rendez-vous N = 82				**Accueil et confort** N = 86			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,54		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0.33	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value
Score de satisfaction à J15 dans la dimension	0,69	<0,001	0,7	<0,0001*	0,59	<0,001	0,6	<0,0001*
Age	0,21	0,29			-0,02	0,88		
Sexe		0,39				0,51		
Homme	78,0				77,4			
Femme	82,4				80,0			
Statut marital		0,33				0,70		
Jamais marié(e)	79,1				80,6			
Marié(e)/ vie de couple	75,4				76,1			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	84,2				76,4			
Niveau d'éducation		0,49				0,87		
Collège	82,2				75,3			
Lycée	77,3				78,5			
Etudes supérieures/université	83,0				78,4			
Activité professionnelle		0,57				0,91		
Activité temps plein	81,9				78,9			
Activité temps partiel	83,3				82,5			
Etudiant/ sans emploi	76,6				77,1			
Retraité	87,5				80,3			
Type de dépendance		0,0027		0,49		0,24		
Alcool	72,8		2,2		79,4			
Opiacés	85,2		0		75,4			
Durée dans la maladie (années)	0,24	0,21			0,04	0,80		
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques		0,91				0,79		
Oui	79,3				77,5			
Non	78,8				78,4			
Antécédents de soins pour dépendance aux substances		0,004		0,09		0,33		
Oui	71,1		0		76,1			
Non	84,7		5,5		79,5			
Origine de la prise en charge		0.83				0,46		
Patient	78,3				77,2			
Médecin	81,4				77,5			
Justice	78,4				84,2			
HADS								
Score Anxiété	0,25	0.60			0,36	0,37		
Score Dépression	-0,34	0,52			-0,19	0,68		
Qualité de vie								
SF-12 score résumé physique	0.31	0,20			0,07	0,71		
SF-12 score résumé mental	0,10	0,65			0,08	0,65		
Q-LES-Q-SF	0,01	0,96			-0,01	0,91		

*Moy : moyenne pour les variables qualitatives ; β : coefficient de régression linéaire pour les variables quantitatives ;**p<0,05

Les résultats du tableau 8 mettent en évidence que seul le niveau de satisfaction à J15 était associé à un score plus élevé dans la dimension de la satisfaction concernant la prise de rendez-vous et l'accueil et confort. Ainsi, un meilleur score de satisfaction à J15 dans la dimension de la prise de rendez-vous était associé à un score de satisfaction plus élevé dans cette même dimension à J45 *(β=0,7 ; p<0.0001*). De même, un meilleur score de satisfaction à J15 dans la dimension accueil et confort était associé à un score de satisfaction plus élevé dans cette dimension à J45 *(β=0,6 ; p<0,0001)*. Nous relevons que 54% et 33% de la variance des scores de satisfaction à J45, respectivement dans la dimension prise de rendez-vous et dans la dimension l'accueil et confort, sont expliquées par ce modèle 2.

Tableau 9. Facteurs associés au score de satisfaction à J45 dans les dimensions attente et consultation avec le médecin-modèle 2

	Attente N = 79				**Consultation avec le médecin** N = 80			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,25		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,32	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy	*P* value	β/Moy*	*P* value
Score de satisfaction à J15 dans la dimension	0,47	<0,001	0,5	<0,0001**	0,67	<0,001	0,6	<0,0001**
Age	0,13	0,56			-0,05	0,80		
Sexe		0,34				0,49		
Homme	72,0				78,3			
Femme	77,3				74,9			
Statut marital		0,49				0,32		
Jamais marié(e)	71,9				78,5			
Marié(e)/ vie de couple	70,7				73,0			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	77,7				81,1			
Niveau d'éducation		0,25				0,18		0,13
Collège	76,0				72,7		-4,4	
Lycée	70,4				75,8		0	
Etudes supérieures/université	79,4				84,1		7,9	
Activité professionnelle		0,24				0,19		0,22
Activité temps plein	73,2				82,6		2,1	
Activité temps partiel	62,5				67,6		-13,2	
Etudiant/ sans emploi	72,1				75,5		0	
Retraité	93,8				71,9		-16,2	
Type de dépendance		0,12		0,6		0,31		
Alcool	76,1		2,5		79,2			
Opiacés	68,9		0,0		75,0			
Durée dans la maladie (années)	0,19	0,35			0,03	0,85		
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques		0,71				0,41		
Oui	74,2				75,6			
Non	72,5				79,0			
Antécédents de soins pour dépendance aux substances		0,15		0,80		0,07		0,5
Oui	69,2		0		73,1		0	
Non	76,1		1,2		80,7		2,8	
Origine de la prise en charge		0.76				0,54		
Patient	72,5				75,8			
Médecin	73,2				80,6			
Justice	78,2				80,8			
HADS								
Score Anxiété	0,75	0.2	0,8	0,12	0,05	0,92		
Score Dépression	0,04	0,95			-0,77	0,14	-0,1	0,87
Qualité de vie								
SF-12 score résumé physique	0.13	0,63			0,18	0,44		
SF-12 score résumé mental	-0,12	0,62			0,15	0,47		
Q-LES-Q-SF	-0,04	0,78			0,00	0,99		

Tableau 9. Facteurs associés au score de satisfaction à J45 dans les dimensions attente et consultation avec le médecin-modèle 2 (suite)

	Attente N = 79				**Consultation avec le médecin** N = 80			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,25		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,32	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy	*P* value	β/Moy*	*P* value
Concordance sexe patient/ médecin						0,67		
Oui					75,1			
Non					79,7			
Qualité du médecin ou thérapeute						0,77		
Docteur					76,6			
Interne					78,0			
Stratégie thérapeutique						0,70		
Arrêt consommation					78,6			
Réduction des consommations					76,9			
Traitement médicamenteux						0,71		
Oui					77,0			
Non					78,7			

*Moy : moyenne pour les variables qualitatives ; β : coefficient de régression linéaire pour les variables quantitatives
**p<0,05

Les résultats du tableau 9 traduisent que seul le score de satisfaction à J15 était associé à un score plus élevé dans les dimensions de la satisfaction dans les dimensions attente et consultation avec le médecin à J45. Un meilleur score de satisfaction à J15 dans la dimension de l'attente était associé à un score de satisfaction plus élevé dans cette dimension à J45 *(β=0.5 ; p<0,0001)*. De même, un score de satisfaction à J15 plus élevé dans la dimension de la consultation avec le médecin était associé à un score de satisfaction plus élevée dans cette même dimension à J45 *(β=0,6 ; p<0,0001)*. Nous relevons que 25% et 32% de la variance des scores de satisfaction à J45, respectivement dans la dimension de l'attente et dans la dimension de la consultation avec le médecin, sont expliquées par ce modèle 2.

3.3.3.2. Déterminants du score total de la satisfaction à l'EQS-C

Les résultats de deux modèles d'analyses multivariées menées pour expliquer le score total de la satisfaction de l'EQS-C à J45, modèles dans lesquels toutes les variables présentant un p<0,2 en bivarié ont été introduites, sont présentés dans le tableau 10. Les résultats sont présentés pour les 2 modèles, selon l'introduction de la variable satisfaction à J15 dans le modèle (modèle 2) ou pas (modèle 1).

Tableau 10. Facteurs associés au score de satisfaction total à J45 - modèles 1 et 2

	Satisfaction score total Modèle 1 N =88				**Satisfaction score total** Modèle 2 N =87			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,10		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0.47	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value
Score total satisfaction à J15 dans la dimension					0,72	<0,001	0,7	<0,0001**
Age	0,05	0,76			0,05	0,76		
Sexe		0,81				0,81		
Homme	77,3				77,3			
Femme	78,3				78,3			
Statut marital		0,34				0,34		
Jamais marié(e)	78,2				78,2			
Marié(e)/ vie de couple	74,0				74,0			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	80,6				80,6			
Niveau d'éducation		0,29				0,29		
Collège	75,6				75,6			
Lycée	76,1				76,1			
Etudes supérieures/université	82,2				82,2			
Activité professionnelle		0,44				0,44		
Activité temps plein	80,5				80,5			
Activité temps partiel	70,1				70,1			
Etudiant/ sans emploi	75,8				75,8			
Retraité	82,3				82,3			
Type de dépendance		0,05		0,12		0,04		0,35
Alcool	80,4		5,4		80,4		2,5	
Opiacés	73,7		0		73,7		0	
Durée dans la maladie (années)	0,13	0,38			0,13	0,38		
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques		0,73				0,73		
Oui	76,8				76,8			
Non	78,0				78,0			
Antécédents de soins pour dépendance aux substances		0,05		0,05**		0,05		0,37
Oui	72,7		0		72,7		0	
Non	80,8		6,8		80,8		2,5	
Origine de la prise en charge		0,60				0,60		
Patient	76,2				76,2			
Médecin	79,6				79,6			
Justice	80,3				80,3			
HADS								
Score Anxiété	0,17	0,67			0,17	0,67		
Score Dépression	-0,52	0,22			-0,52	0,22		
Qualité de vie								
SF-12 score résumé physique	0.19	0,33			0,19	0,33		
SF-12 score résumé mental	0,12	0,65			0,12	0,48		
Q-LES-Q-SF	0,02	0,85			0,02	0,85		

Tableau 10. Facteurs associés au score de satisfaction total à J45 - modèles 1 et 2 (suite)

	Satisfaction score total Modèle 1 N =88				**Satisfaction score total** Modèle 2 N =87			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,10		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0.47	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value
Concordance sexe patient/ médecin		0,99				0,99		
Oui	76,2				76,2			
Non	78,7				78,7			
Qualité du médecin ou thérapeute		0,79				0,79		
Docteur	76,8				76,8			
Interne	77,8				77,8			
Stratégie thérapeutique		0,72				0,72		
Arrêt consommation	78,3				78,3			
Réduction des consommations	77,0				77,0			
Traitement médicamenteux		0,80				0,80		
Oui	77,2				77,2			
Non	78,2				78,2			

*Moy : moyenne pour les variables qualitatives ; β : coefficient de régression linéaire pour les variables quantitatives
**p<0,05

Les résultats du tableau 10 montrent que seul de score total de satisfaction à J15 est associé au score total de satisfaction à J45 lorsqu'il est introduit dans le modèle alors que seule l'absence d'antécédents de consultation pour la dépendance apparaît associée à une meilleure satisfaction à J45 dans le modèle 1 *(β=6,8 ; p=0,05)*. Ainsi, dans le modèle 2, un meilleur score total de satisfaction à J15 était associé à un score de satisfaction total plus élevé à J45 *(β=0,7 ; p<0,0001)*. Nous relevons que 47% de la variance du score de satisfaction à J45, dans la dimension du score total de satisfaction est expliquée par ce modèle 2.

CHAPITRE 3. DISCUSSION et PERSPECTIVES

1. Résultats principaux

1.1. Caractéristiques de notre échantillon

1.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

La répartition de notre échantillon avec une prédominance des hommes (80,4%) concernés par la problématique de dépendance aux substances psychoactives, l'âge moyen des patients et leur niveau d'étude sont cohérents avec les données de la littérature dans la dépendance aux substances psychoactives [7,64,96,97]. Nos résultats soulignent une proportion conséquente de patients seuls et sans emploi en comparaison avec des statistiques des études en population française qui font état de 9% de personnes sans emploi et 30% vivant seules [98,99]. Ces résultats traduisent les vraisemblables conséquences ou causes de la dépendance aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés. Les patients répondeurs aux deux temps de mesure J15 et J45 sont plus âgés que dans le groupe de patients répondeurs à J15 seulement, ce qui peut traduire un intérêt plus fort pour la question de la qualité des soins délivrés pour les plus âgés de l'échantillon. Si l'étude de Gasquet dans le champ de la satisfaction vis-à-vis du traitement psychotrope chez des patients schizophrènes suivis en ambulatoire ne met pas en évidence de différence au niveau de l'âge entre les deux groupes de patients en fonction de leur réponse à l'évaluation à 6 mois, l'âge moyen du groupe répondeur à la satisfaction et à d'autres indicateurs a tendance à être légèrement plus élevé que l'âge moyen dans le groupe non répondeur à 6 mois [83].

1.1.2. Caractéristiques cliniques

L'ancienneté dans la maladie des patients inclus est cohérente avec les résultats des études épidémiologiques dans la dépendance aux substances psychoactives [96]. Les patients répondeurs à J15 et J45 présentent une durée moyenne dans la maladie plus élevée que les patients du groupe répondeur seulement à J15, ce qui peut être en lien avec l'âge également plus avancé dans le groupe des patients répondeurs aux deux temps de mesure.

Les moyennes des scores de qualité de vie aux échelles SF-12 et Q-LES-Q-SF reflètent une qualité de vie altérée chez les patients dépendants aux substances psychoactives de notre échantillon, en particulier dans la dimension mentale du SF-12. En ce qui concerne les scores

moyens à l'échelle SF-12, le score moyen résumé mental à 35 s'avère inférieur de 13 points à la valeur moyenne observée en population générale française et le score moyen résumé physique à 45 y apparaît inférieur de 5 points [86], des différences moyennes de points qualifiées dans la littérature de « significatives » [100]. Les résultats concernant les dimensions physique et mentale du SF-12 sont cohérents avec les scores retrouvés dans les études réalisées dans le champ des addictions [101-103] et dans les pathologies psychiatriques [104]. Au niveau de l'échelle Q-LES-Q-SF, le score moyen obtenu dans notre échantillon s'avère cohérent avec celui observé dans l'étude de la validation de l'échelle chez les patients dépendants aux substances de type alcool et/ou opiacés [88,89], proche de celui rapporté dans un échantillon de patients présentant un trouble anxieux généralisé [105], mais supérieur au score moyen relevé au sein de patients déprimés [106].

Les résultats relatifs aux niveaux d'anxiété et de dépression indiquent une prévalence conséquente de l'anxiété et de la dépression chez les patients dépendants à l'alcool et/ou aux opiacés de notre échantillon. Des travaux antérieurs soulignent la co-occurrence d'une dépendance aux substances et de troubles psychiatriques, dans la dépendance aux opiacés [7,56] et dans la dépendance à l'alcool [56,96]. L'anxiété est fréquemment retrouvée chez les patients dépendants à l'alcool, que ce soit sous la forme d'attaque de panique, de phobie sociale ou d'une anxiété généralisée [107]. De précédents travaux menés chez des patients dépendants aux opiacés montrent également un plus fort risque pour eux de présenter des troubles anxieux [108,109,110]. En ce qui concerne la dépendance à l'alcool, il apparaît dans la littérature que 80% des patients dépendants à l'alcool présenteraient des symptômes dépressifs, parmi lesquels 30% répondraient à des critères d'état dépressif majeur caractérisé [111]. Nous relevons également une prévalence importante de syndrome dépressif chez les patients dépendants aux opiacés dans des travaux de Brooner [112]. Ainsi, nos résultats, avec près d'un patient sur 2 (48,6%) présentant une anxiété modérée voire sévère et 30,5% une dépression modérée ou sévère, sont cohérents avec les observations de la littérature dans le champ des addictions.

Nos résultats concernant les stratégies de coping (Brief COPE) mettaient en évidence un recours des patients de notre échantillon à des stratégies fonctionnelles comme la planification et l'acceptation, un recours à des stratégies centrées sur les émotions comme la recherche de soutien instrumental et la recherche de soutien émotionnel. Le recours à des stratégies dysfonctionnelles est également relevé avec un coping évitant comme l'utilisation de

substances et un coping centré sur les émotions, le blâme. Nos résultats étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature explorant les stratégies de coping, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de substances et le blâme, qui selon les auteurs, peuvent souligner l'acceptation du recours aux substances pour faire face, tout en ce blâmant de cette situation [113,114].

1.2. Niveaux de satisfaction vis-à-vis des soins et évolution de la satisfaction

Ce travail avait pour objectif d'évaluer le niveau de satisfaction précoce à J15 vis-à-vis des soins et d'apprécier son évolution à court terme dans une population de patients dépendants aux substances psychoactives initiant des soins ambulatoires. En effet, la littérature dans le champ de pathologies chroniques psychiatriques [6,115,116] et somatiques [71,80,81,117] nous invite à considérer également ce sujet dans le champ des addictions. Les résultats de la satisfaction vis-à-vis des soins à J15 témoignent d'un niveau satisfaisant de satisfaction précoce vis-à-vis des soins. Le score moyen de la satisfaction dans la dimension « attente » est inférieur aux scores moyens de la satisfaction dans les dimensions « contact et délai pour le rendez-vous », « accueil et confort » et « consultation avec le médecin », ce qui est également retrouvé dans l'étude de validation du questionnaire EQS-C [5]. De précédents travaux sur la satisfaction vis-à-vis des soins mesurée par d'autres outils de mesure que l'EQS-C, travaux menés au sein de patients présentant des troubles liés à l'usage de substances, pointent des niveaux élevés de satisfaction vis-à-vis des soins chez ces patients [56]. Les auteurs émettent par ailleurs l'hypothèse que le niveau de satisfaction serait plus élevé lors d'une mesure précoce de la satisfaction, les besoins et attentes des patients pouvant être rapidement identifiés et adressés au soignant au début de la prise en charge et source de satisfaction alors que l'évaluation plus tardive de la satisfaction vis-à-vis des soins serait plus impactée par les difficultés de changement et d'amélioration en lien avec la problématique addictive [56]. Au regard de nos résultats et dans la mesure où il a déjà été rapporté dans la littérature que la longueur du temps d'attente était identifiée comme une cause importante de l'insatisfaction des patients et que cela impactait de manière négative sur la satisfaction de la relation avec le soignant et les soins délivrés [115,118], nos efforts doivent être maintenus pour perpétuellement améliorer la qualité de soins, au-delà de la relation avec le patient, dans le champ de la prise en charge ambulatoire.

La question de l'évolution de la satisfaction vis-à-vis des soins suscite de l'intérêt du fait de l'importance accordée à cet indicateur dans le processus de soin. Il peut paraître attendu que, lors de soins délivrés dans le cadre des addictions, le niveau de satisfaction vis-à-vis des soins ne soit pas le même tout au long de la prise en charge car, intuitivement, la satisfaction peut relever d'un phénomène dynamique. Il nous paraissait intéressant d'explorer, très tôt dans le début de prise en charge, de quelle manière la satisfaction vis-à-vis des soins pouvait évoluer. La mesure de la satisfaction vis-à-vis des soins au second temps de mesure J45 a concerné 90 patients (48%) de notre échantillon initial. Nos résultats révèlent à J45 une diminution de quasi 3 points du niveau de satisfaction des patients dans la dimension consultation avec le médecin qui n'impacte pas sur le score total de satisfaction. Si le sens clinique à attribuer à cet affaiblissement reste délicat à exploiter en l'absence de méthode d'aide à l'interprétation pour cet outil et en l'absence de données autres d'études longitudinales avec ce même outil, nos résultats témoignent néanmoins d'écarts moyens faibles entre les deux mesures. A cet effet, dans une revue systématique de la littérature récente portant sur la satisfaction vis-à-vis des soins chez patients présentant des troubles psychiatriques et des troubles liés à l'usage de substances, sont mentionnées des études dans lesquelles sont utilisées des mesures répétées de la satisfaction au cours des soins [56]. Dans une étude est retrouvée une stabilité de la satisfaction au cours de la prise en charge pendant un suivi de 3 mois [119], alors que dans une autre, une diminution de la satisfaction au cours des soins est relevée, durant un suivi de 30 mois avec évaluation de la satisfaction tous les 3 mois [120]. La reproductibilité au niveau du score total de satisfaction par ailleurs est satisfaisante; aussi, l'ensemble des résultats dans notre travail est en faveur d'une stabilité de la satisfaction à J45 en regard de la satisfaction à J15. L'absence de différence statistiquement significative entre les deux temps de mesure à l'item 28 concernant l'intention du patient de continuer à être suivi dans le service, item qui ne rentre pas dans le calcul du score de la satisfaction, témoigne par ailleurs de cette stabilité de la satisfaction très précocement dans la prise en charge.

1.3. Déterminants de la satisfaction vis-à-vis des soins

Les données de la littérature retrouvent habituellement que certaines caractéristiques relatives au patient sont associées à la satisfaction vis-à-vis des soins, et notamment un âge plus avancé, une perception meilleure de l'état de santé et un niveau d'éducation plus faible qui seraient associés à une meilleure satisfaction vis-à-vis des soins [3,33,54]. La satisfaction des patients serait également influencée par des caractéristiques relatives au praticien, comme son

expérience, son âge et son sexe [3,62]. L'absence d'antécédents de consultation pour la dépendance aux substances et la dépendance à l'alcool apparaissaient dans notre premier modèle comme les deux facteurs associés à un niveau plus élevé de satisfaction à J45 dans la dimension « prise de rendez-vous ». En considérant le score total de satisfaction à J45, l'absence d'antécédents de consultation pour la dépendance aux substances se retrouvait être le seul facteur qui, dans notre échantillon, tendait à influencer le niveau de satisfaction total à J45 dans le modèle 1. Ce résultat peut s'expliquer par un effet clientélisme, le fait d'avoir déjà eu recours dans le passé à ce type de prise en charge entraînant généralement une augmentation des attentes ce qui peut générer une perception moins favorable de la qualité des soins délivrés. Des liens entre les attentes du patient et la satisfaction vis-à-vis des soins ont déjà été démontrés dans ce sens dans des travaux antérieurs [58,59]. Nos résultats dans le modèle 2 révèlent que seul le score de satisfaction à J15 est significativement associé au score de satisfaction à J45 dans chacune des dimensions et au score de satisfaction total lorsque le score de satisfaction précoce est candidat au modèle bi puis multivarié. Nous relevons par ailleurs que le fait d'avoir des antécédents de consultation pour la dépendance aux substances n'est plus associé à la satisfaction à J45 dans ce modèle 2. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les patients qui déclarent ne pas avoir d'antécédents de consultation sont en fait plus satisfaits dès J15. Nous relevons que 47% de la variance du score total de satisfaction à J45 est expliquée par ce modèle 2, ce qui est conséquent. Ces résultats confortent l'idée d'une mesure précoce de la satisfaction, à J15, dans la prise en charge des patients suivis en ambulatoire.

1.4. L'échantillonnage

Une première limite concerne le recrutement des patients qui s'est effectué dans des services de soins spécialisés ambulatoires dans la prise en charge des addictions. Ce mode opératoire a amené à la constitution d'un échantillon qui n'est pas représentatif de l'ensemble des patients présentant une dépendance à l'alcool et/ou aux opiacés et accédant à des soins en ambulatoire. En effet, les patients pris en charge en ambulatoire en médecine de ville n'ont pas été pris en compte. 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 degré de sévérité plus accru dans leur dépendance aux substances.

1.5. L'effectif

Nous disposons d'un effectif de 189 patients pour lesquels la satisfaction vis-à-vis des soins est renseignée à un seul temps de mesure pour 99 patients et aux deux temps de mesure J15-J45 pour 90 patients. L'étude de l'évolution de la satisfaction entre J15 et J45 et des facteurs associés à la satisfaction J45 n'est réalisée, de fait, que sur les 90 patients pour lesquels les deux temps de mesure sont effectués. La taille faible de l'échantillon constitue vraisemblablement une limite au rendu des résultats statistiques. Le manque de puissance en lien avec l'effectif peut contribuer à l'absence de différence significative au seuil de 5% pour les résultats. Un même travail sur un effectif plus conséquent apporterait peut-être des résultats différents et des éléments de discussion autres.

1.6. Les mesures déclaratives

Une troisième limite a trait au fait que la satisfaction vis-à-vis des soins relève d'une évaluation par un auto-questionnaire et que la mesure de la satisfaction précoce dans la démarche de soins peut amener à un biais de désirabilité sociale. En effet, il est possible que le patient qui débute la prise en charge manifeste l'envie de gagner une évaluation positive auprès des personnes qui l'entourent et notamment auprès du soignant. Le remplissage du questionnaire de satisfaction au domicile, de manière complètement anonymisée, semble conférer un sentiment d'intimité favorisant des réponses proches de la réalité du vécu du sujet et réduisant le biais de désirabilité sociale.

2. Perspectives, implications en clinique, en santé publique et en recherche

Des perspectives en clinique, en recherche et en santé publique se dessinent des résultats de ce travail de thèse.

2.1. En clinique

La satisfaction des patients vis-à-vis des soins est un élément clé de toute prise en charge médicale et les liens retrouvés dans la littérature entre satisfaction des soins et devenir du patient encouragent à porter un intérêt à cet indicateur en pratique clinique courante. En s'appuyant sur un instrument de mesure de la satisfaction validé et dont la passation est aisée, nos résultats confortent l'intérêt de développer l'utilisation d'autoquestionnaires de satisfaction vis-à-vis des soins. Il serait notamment intéressant de pouvoir disposer de seuils

de satisfaction qui permettraient d'attribuer à un score, une intensité du niveau de satisfaction. Disposer de niveaux de satisfaction vis-à-vis des soins délivrés de type mauvaise, moyenne, bonne et très bonne satisfaction offrirait ainsi l'opportunité de pouvoir observer et comparer, au cours des soins, l'évolution des patients en fonction du niveau de satisfaction.

L'aspect dynamique de la satisfaction constitue un aspect important. Mesurer à plusieurs temps au cours des soins le niveau de satisfaction du patient permettrait au médecin d'avoir conscience de l'impact de ses actions pour pouvoir les valoriser, les améliorer ou les remettre en cause pour poursuivre la prise en charge difficile et souvent longue de patients dépendants aux substances.

Rechercher les facteurs liés à la satisfaction précoce vis-à-vis des soins chez les patients dépendants aux substances psychoactives est de tout intérêt. En effet, la connaissance des facteurs liés à la satisfaction offre la possibilité au clinicien de mieux appréhender les situations pour lesquelles une attention particulière doit être réalisée ou des mesures entreprises par le soignant pour améliorer la qualité de la satisfaction précoce.

2.2. En santé publique

La prise en charge des addictions à l'alcool et aux opiacés représente un enjeu majeur de santé publique. Il a déjà été souligné, notamment dans le rapport de 2015 sur le coût social des drogues en France, les différents coûts impliqués par la consommation de toxiques, avec un coût externe comprenant la valeur des vies humaines perdues, la perte en qualité de vie, les pertes de production, ainsi qu'un coût pour les finances publiques avec les dépenses en prévention, en répression et soins. La satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus est un indicateur reconnu de la qualité des soins délivrés et s'avère utilisée dans de nombreux pays. En premier lieu, évaluer le niveau de satisfaction offre la possibilité d'actions d'amélioration qui pourraient être entreprises pour améliorer la qualité de la prise en charge dans les différentes dimensions qu'elle englobe comme l'accueil, l'attente, la qualité de l'information délivrée… mais aussi certainement pour réduire le risque de rupture de soins et de comorbidités dans l'évolution de la maladie des patients, des enjeux majeurs en termes de santé publique. L'évaluation de la satisfaction vis-à-vis des soins nécessite en outre de disposer d'outils de mesure valides et fiables et pour lesquels des recommandations sur l'usage et l'interprétation peuvent être formulées. Nos résultats apportent des éléments

intéressants en ce sens. En effet, notre travail sur les déterminants de la satisfaction à J45 montre que les caractéristiques liées au patient n'influencent pas le degré de satisfaction et que seul le niveau de satisfaction précoce à J15 apparaît comme un facteur prédictif du niveau de satisfaction à J45. Compte tenu des enjeux potentiels, en termes de risque de rupture de suivi en cas d'insatisfaction des patients vis-à-vis des soins, nos observations confortent l'idée de mesurer le plus tôt possible la satisfaction vis-à-vis des soins dans la prise en charge des patients dépendants aux substances psychoactives suivis en ambulatoire.

2.3. En recherche

Les travaux de recherche sur les indicateurs de santé perçue dans les addictions sont en plein essor. A cet effet, le plan sur la prise en charge et prévention des addictions de 2007-2011 a accordé toute sa place à la recherche en addictologie en l'inscrivant au programme de l'agence nationale de recherche, de l'institut national de recherche agronomique et de l'institut de recherche sur le développement [121]. Les résultats de notre travail nous encouragent à poursuivre nos investigations sur l'évolution de la satisfaction vis-à-vis des soins au cours de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés ou alcool. Dans la continuité des travaux de la littérature concernant les patients atteints de maladie chronique et devant les trajectoires de soins marquées par des consultations plus ou moins investies chez les patients dépendants aux substances psychoactives, il apparaît intéressant de poursuivre les analyses au sein de cette cohorte et d'explorer le rôle prédictif de la satisfaction précoce vis-à-vis des soins sur l'adhésion à la prise en charge et l'évolution de l'état de santé perçue à moyen et long terme.

CONCLUSION

Les addictions, par leur prévalence élevée, leur retentissement conséquent sur le quotidien des patients et la complexité de leur prise en charge sont une priorité de santé publique dans le champ des pathologies chroniques. Notre étude au sein de la cohorte SUBUSQOL constituée de patients dépendants aux substances de type alcool et/ou opiacés débutant des soins ambulatoires, apporte des éléments supplémentaires sur la satisfaction, indicateur reconnu de la qualité des soins. La satisfaction vis-à-vis des soins y apparaît dynamique et discrètement fragilisée dans la dimension centrée sur la satisfaction vis-à-vis de la consultation médicale entre les deux temps de mesure précoce J15 et J45 du début de la prise en charge, mais l'écart moyen reste faible. La reproductibilité du score total de la satisfaction s'avère d'ailleurs satisfaisante. L'exploration des déterminants de la satisfaction au temps de mesure J45 met en évidence l'impact conséquent du niveau de satisfaction vis-à-vis de soins à J15 sur le niveau de satisfaction à J45. Nos résultats nous amènent à recommander, au sein de la population dépendante aux substances psychoactives de type alcool et/ou opiacés initiant des soins ambulatoires, une mesure précoce de la satisfaction, à J15. L'évaluation de la satisfaction précoce offrirait ainsi la perspective de repérer très précocement les patients insatisfaits et à fort risque de rupture du suivi et ce, pour adapter leur prise en charge.

Dans la continuité des études impliquant les médecins généralistes dans les pathologies chroniques somatiques, il serait intéressant de poursuivre nos travaux sur la satisfaction vis-à-vis des soins dans un échantillon de patients dépendants aux substances psychoactives de type alcool et/ou opiacés initiant des soins en médecine de ville. Développer cet axe de recherche en médecine générale auprès des patients dépendants dont le parcours de soin est parfois chaotique avec des consultations plus ou moins investies ouvrirait la perspective d'identifier les patients insatisfaits et de mettre en place des interventions spécifiques adaptées à chaque patient, en possible collaboration avec les psychiatres et addictologues.

ARTICLE SCIENTIFIQUE

Satisfaction précoce vis-à-vis des soins ambulatoires

chez des patients dépendants aux substances psychoactives

Early satisfaction with care among outpatients with substance dependence

Solène ROYER[1], Paolo DI PATRIZIO[1], Cédric BAUMANN[2,3], Anne CHAPRON[1], SarahVIENNET[1], Isabelle CLERC-URMÈS[3], Raymund SCHWAN[1], Stéphanie BOURION-BEDES[1,2,4*]

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

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

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

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

* Corresponding author

Dr. Stéphanie BOURION-BEDES

E-mail adress: steph_bedes@yahoo.fr

NOMBRES DE MOTS

3 500 mots / 20 références / 5 tableaux

CONFLITS D'INTERET

Aucun

SOUMISSION DE L'ARTICLE

Article soumis à la revue l'Encéphale le 10 septembre 2018, enregistré sous la référence ENCEP-D-18-00145

Titre français

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

Titre anglais

Early satisfaction with care among outpatients with substance dependence

Résumé

Objectif : La satisfaction vis-à-vis des soins est reconnue comme un indicateur de choix de la qualité des soins. L'objectif principal était d'identifier des facteurs liés à la satisfaction précoce vis-à-vis des soins au 45ème jour du début de la prise en charge ambulatoire de patients dépendants aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés. L'objectif secondaire était d'étudier la reproductibilité de la satisfaction au cours des soins.

Méthode : Une étude longitudinale a été réalisée. La satisfaction a été mesurée de manière précoce aux 15ème et 45ème jour du début des soins au moyen du questionnaire de satisfaction EQS-C. Les déterminants de la satisfaction à J45 ont été explorés par des modèles de régression linéaire multivariés. la reproductibilité de la mesure J15/J45 a été appréciée par un calcul du coefficient de corrélation intraclasse.

Résultats : Au total, 189 patients ont été inclus dont 90 ont répondeurs aux deux temps de mesure de la satisfaction. Le niveau de satisfaction précoce est élevé. Si l'absence d'antécédents de prise en charge de la dépendance est associée à une meilleure satisfaction à J45 dans un premier temps *(β=6,8 ; p=0,05)*, seul le score total de la satisfaction à J15 y est associé lorsqu'il est pris en compte *(β=0,7 ; p<0,0001)*. La reproductibilité de la mesure de la satisfaction totale J15J45 s'avère par ailleurs satisfaisante avec un CIC = 0,68.

Conclusion : Nous recommandons une mesure précoce à J15 de la satisfaction vis-à-vis des soins ambulatoires chez les patients dépendants aux substances.

1. Introduction

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

2. Méthodes

2.1 Type et design de l'étude

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

2.2. Données collectées

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

2.2.1. La satisfaction vis-à-vis des soins

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

également au terme des 28 items relatifs à la satisfaction et des 4 items concernant le profil du sujet, une question ouverte *« A votre avis, que faudrait-il améliorer en priorité dans cette consultation? »* qui offre la possibilité d'une réponse ou commentaire libre du sujet.

2.2.2. La qualité de vie

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

*Questionnaire de Qualité de vie SF-12

Ce questionnaire SF-12 est une version raccourcie du questionnaire SF-36 qui couvre 8 dimensions : activité physique, limitation/état physique, douleur physique, santé perçue, vitalité, vie/relations, santé psychologique, limitation/état psychologique. Deux scores globaux résumés sont calculés à partir des 12 items pour la santé physique et la santé mentale, à savoir le Physical Component Summary Score ou PCS et le Mental Component Summary Score ou MCS. Ces deux scores varient de 0 à 100, 100 traduisant la QV optimale. Le questionnaire de qualité de vie SF-12 a fait l'objet d'études de validation dans plusieurs langues européennes, y compris dans sa version française [9].

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

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

psychométriques de la version courte française dans le champ des addictions sont reconnues [11,12].

2.2.3. L'anxiété-dépression

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

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

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

2.3. Analyses statistiques

Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, et de moyennes et écarts-type pour les variables quantitatives. Pour comparer les caractéristiques ont été utilisés des tests de Chi2 et de Fisher exact en cas d'effectif théorique trop petit pour remplir les conditions de validité du test de Chi2 pour les variables qualitatives, des tests t de Student et de Wilcoxon pour les variables quantitatives. La reproductibilité de la mesure J15/J45 a été calculée par le calcul du coefficient de corrélation intraclasse.

Les facteurs associés au niveau de satisfaction à J45 ont été déterminés par l'intermédiaire de modèles de régression linéaires bi et multivariées, avec et sans ajustement sur le score de satisfaction à J15. Seuls les facteurs présentant une association significative au seuil $p < 0.2$ en régression bivariée ont été candidats. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SASv9.4.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients

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

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

3.2. Etat de santé perçue

Les scores de qualité de vie et d'anxiété/dépression sont décrits dans le tableau 2. Les scores moyens de qualité de vie SF12 étaient de 45 (ET=9,0) pour le PCS et 35 (ET=10,3) pour le MCS. Le score moyen de qualité de vie Q-LES-Q-SF était de 51,7 (ET=17,7). Au

questionnaire HADS, le score moyen obtenu dans la dimension anxiété s'élevait à 10,4 (ET=4,3) et le score moyen dans la dimension dépression à 8,3 (ET=4,1). Près d'un patient sur 2 (48,6%) présentait une anxiété modérée voire sévère et 30,5% une dépression modérée ou sévère. En ce qui concerne la qualité de vie et les niveaux d'anxiété-dépression, aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes.

3.3. Satisfaction vis-à-vis des soins

Les scores de satisfaction au temps de mesure J15 sont présentés dans le tableau 3 pour chacun des groupes. En ce qui concerne le groupe répondeur à la satisfaction au seul temps de mesure J15, le score total moyen de la satisfaction vis-à-vis des soins était de 77,8 (ET=15,7). Les scores moyens dans chacune des dimensions étaient de 79,4 (ET=17) dans la dimension "*prise de rendez-vous";* 76,4 (ET=17,3) dans la dimension *"accueil et confort"*; 72,2 (ET=25,9) dans la dimension *"temps d'attente"* et 79,3 (ET=17,1) dans la dimension *"consultation avec le médecin".* Dans le groupe répondeur à la satisfaction aux deux temps de mesure J15 et J45, le score total moyen de la satisfaction vis-à-vis des soins s'élevait à 78,9 (ET=15,5) à J15 et à 77,3 (ET=16,1) à J45. Dans ce même groupe, les scores moyens dans chacune des dimensions à J15 étaient de 79,2 (ET=19,7) dans la dimension *"prise de rendez-vous"*; 78,5 (ET=15,6) dans la dimension *"accueil et confort";* 73,5 (ET=22) dans la dimension *"temps d'attente"* et 80,4 (ET=17,3) dans la dimension "*consultation avec le médecin".* Aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes tant sur le score total que sur le score dans chacune des dimensions de la satisfaction. Pour l'item 28 du questionnaire EQS-C qui explore l'intentionnalité du patient à poursuivre les soins dans le service, 53 patients du groupe répondeurs à J15 exprimaient être tout à fait d'accord et 24 être d'accord avec l'item. Dans le groupe de patients ayant répondu aux deux temps de mesure, 49 (55,1%) patients déclaraient être tout à fait d'accord et 28 (31,5%) être d'accord avec une poursuite d'une prise en charge dans le service concerné. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes (*p=0,82).*

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

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

3.5 Reproductibilité de la mesure de la satisfaction

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

4. Discussion

Les résultats de la satisfaction vis-à-vis des soins à J15 témoignent d'un niveau satisfaisant de satisfaction précoce vis-à-vis des soins. Le score moyen de la satisfaction dans la dimension « attente » était inférieur aux scores moyens de la satisfaction dans les dimensions « contact et délai pour le rendez-vous », « accueil et confort » et « consultation avec le médecin », ce qui est également retrouvé dans l'étude de validation du questionnaire EQS-C [5]. De précédents travaux sur la satisfaction vis-à-vis des soins mesurée par d'autres outils de mesure que l'EQS-C, travaux menés au sein de patients présentant des troubles liés à l'usage de substances, pointent des niveaux élevés de satisfaction vis-à-vis des soins chez ces patients au début de la prise en charge [15]. Les auteurs émettent par ailleurs l'hypothèse que le niveau de satisfaction serait plus élevé lors d'une mesure précoce de la satisfaction, les besoins et

attentes des patients pouvant être rapidement identifiés et adressés au soignant au début de la prise en charge et source de satisfaction alors que l'évaluation plus tardive de la satisfaction vis-à-vis des soins serait plus impactée par les difficultés de changement et d'amélioration en lien avec la problématique addictive [15]. Au regard de nos résultats et dans la mesure où il a déjà été rapporté dans la littérature que la longueur du temps d'attente était identifiée comme une cause importante de l'insatisfaction des patients et que cela impactait sur la satisfaction de la relation avec le soignant et les soins délivrés [16,17], nos efforts doivent être maintenus pour perpétuellement améliorer la qualité de soins au-delà de la relation avec le patient dans le champ de la prise en charge ambulatoire.

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

Nos résultats avec une reproductibilité satisfaisante au niveau du score total de satisfaction J15/J45 sont en faveur d'une stabilité de la satisfaction à J45 en regard de la satisfaction à J15 et confortent ainsi l'idée d'une mesure précoce, dès J15, de la satisfaction dans la prise en charge de la satisfaction des patients suivis en ambulatoire. Ce sont des résultats cohérents avec des travaux de la littérature apparaissant dans une revue systématique de la littérature récente portant sur la satisfaction vis-à-vis des soins de patients présentant des troubles psychiatriques et des troubles liés à l'usage de substances pour lesquels des mesures répétées de la satisfaction au cours des soins ont été effectuées [15], une étude pointant une stabilité de

la satisfaction au cours de la prise en charge des patients [20]. L'absence de différence statistiquement significative entre les deux temps de mesure à l'item 28 concernant l'intention du patient de continuer à être suivi dans le service, item qui ne rentre pas dans le calcul du score de la satisfaction, corrobore par ailleurs de cette stabilité de la satisfaction très précocement dans la prise en charge.

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

5. Conclusion

La satisfaction des patients vis-à-vis des soins est un élément clé de toute prise en charge médicale et les liens retrouvés dans la littérature entre satisfaction des soins et devenir du patient encouragent à porter un intérêt à cet indicateur en pratique clinique courante. L'exploration des déterminants de la satisfaction au temps de mesure J45 met en évidence l'impact conséquent du niveau de satisfaction vis-à-vis de soins à J15 sur le niveau de satisfaction à J45. Compte tenu de la reproductibilité satisfaisante entre les deux temps de mesure, il pourrait être recommandé au sein de la population dépendante aux substances psychoactives de type alcool ou opiacés initiant des soins ambulatoires de réaliser une mesure précoce à J15 du début des soins. L'évaluation de la satisfaction précoce offrirait ainsi la perspective de repérer les patients insatisfaits et à fort risque de rupture du suivi et ce, à terme, pour ajuster leur prise en charge.

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

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

Moy : moyenne
ET : écart-type
* $p < 0.05$

Tableau 2. Etat de santé perçue de l'échantillon

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

Moy : moyenne
*ET : écart-type

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

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

Moy : moyenne
*ET : écart-type

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

	Satisfaction score total Modèle 1 N =88				**Satisfaction score total** Modèle 2 N =87			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0,10		Analyse bivariée		Analyse multivariée R^2 0.47	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value
Score total satisfaction à J15 dans la dimension					0,72	<0,001	0,7	<0,0001**
Age	0,05	0,76			0,05	0,76		
Sexe		0,81				0,81		
Homme	77,3				77,3			
Femme	78,3				78,3			
Statut marital		0,34				0,34		
Jamais marié(e)	78,2				78,2			
Marié(e)/ vie de couple	74,0				74,0			
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	80,6				80,6			
Niveau d'éducation		0,29				0,29		
Collège	75,6				75,6			
Lycée	76,1				76,1			
Etudes supérieures/université	82,2				82,2			
Activité professionnelle		0,44				0,44		
Activité temps plein	80,5				80,5			
Activité temps partiel	70,1				70,1			
Etudiant/ sans emploi	75,8				75,8			
Retraité	82,3				82,3			
Type de dépendance		0,05		0,12		0,04		0,35
Alcool	80,4		5,4		80,4		2,5	
Opiacés	73,7		0		73,7		0	
Durée dans la maladie (années)	0,13	0,38			0,13	0,38		
Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques		0,73				0,73		
Oui	76,8				76,8			
Non	78,0				78,0			
Antécédents de soins pour dépendance aux substances		0,05		0,05**		0,05		0,37
Oui	72,7		0		72,7		0	
Non	80,8		6,8		80,8		2,5	
Origine de la prise en charge		0,60				0,60		
Patient	76,2				76,2			
Médecin	79,6				79,6			
Justice	80,3				80,3			
HADS								
Score Anxiété	0,17	0,67			0,17	0,67		
Score Dépression	-0,52	0,22			-0,52	0,22		
Qualité de vie								
SF-12 score résumé physique	0.19	0,33			0,19	0,33		
SF-12 score résumé mental	0,12	0,65			0,12	0,48		
Q-LES-Q-SF	0,02	0,85			0,02	0,85		

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

	Satisfaction score total Modèle 1 N =88				**Satisfaction score total** Modèle 2 N =87			
	Analyse bivariée		Analyse multivariée		Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value	β/Moy*	*P* value
Concordance sexe patient/ médecin		0,99				0,99		
Oui	76,2				76,2			
Non	78,7				78,7			
Qualité du médecin ou thérapeute		0,79				0,79		
Docteur	76,8				76,8			
Interne	77,8				77,8			
Stratégie thérapeutique		0,72				0,72		
Arrêt consommation	78,3				78,3			
Réduction des consommations	77,0				77,0			
Traitement médicamenteux		0,80				0,80		
Oui	77,2				77,2			
Non	78,2				78,2			

*Moy : moyenne pour les variables qualitatives ; β : coefficient de régression linéaire pour les variables quantitatives

**p<0,05

R^2 0,10 pour le modèle 1 ; R^2 0.47 pour le modèle 2

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

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

BIBLIOGRAPHIE

1. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. Alcohol Res Health 2003;27:39−51.

2. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, van Nieuwenhuizen C, Sabbe B, Broekaert E. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. Quality of Life Research 2011;20:139−50.

3. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. J Gen Intern Med 2005;20:226−33.

4. Awad AG. « The patient »: at the center of patient-reported outcomes. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2015;15:729−31.

5. Gasquet I, 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.

6. 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. Eur. Psychiatry 2009;24:540−9.

7. Zhang Z, Gerstein DR, Friedmann PD. Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. J Health Psychol 2008;13:388−400.

8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text revision. 2000.

9. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, 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;51:1171−8.

10. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull 1993;29:321−6.

11. Bourion-Bédès S, Schwan R, Epstein J, Laprevote V, Bédès A, Bonnet J-L, et al. Combination of classical test theory (CTT) and item response theory (IRT) analysis to study the psychometric properties of the French version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF). Qual Life Res 2015;24:287−93.

12. Bourion-Bédès S, Schwan R, Laprevote V, Bédès A, Bonnet J-L, Baumann C. Differential item functioning (DIF) of SF-12 and Q-LES-Q-SF items among French substance users. Health Qual Life Outcomes [Internet] 2015;13. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4619284/

13. Lépine J. L'échelle HAD [Hospital anxiety and depression scale]. In: Guelfi J, éditeur. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1 {Standardized clinical psychiatric assessment. Vol. 1]. 1996. page 367−74.

14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;67:361−70.

15. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. BMC Psychiatry 2011;11:64.

16. Siponen U, Välimäki M. Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2003;10:129−35. .

17. Lundqvist L-O, Ahlström G, Wilde-Larsson B, Schröder A. The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2012;19:629−37.

18. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. Med Care Res Rev 1996;53:3−27.

19. Bourion-Bédès S, Schwan R, Di Patrizio P, Vlamynck G, Viennet S, Schvartz M, et al. The effects of patient and physician characteristics on early outpatient satisfaction with substance dependence care: results of the SUBUSQOL study. Patient Prefer Adherence 2017;11:887−96.

20. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz LR. "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. J Trauma Stress 1998;11:437−56.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. Alcohol Res Health 2003;27:39-51.

2. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, van Nieuwenhuizen C, Sabbe B, Broekaert E. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. Quality of Life Research 2011;20:139-50.

3. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. J Gen Intern Med 2005;20:226-33.

4. Awad AG. « The patient »: at the center of patient-reported outcomes. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2015;15:729-31.

5. Gasquet I, 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.

6. 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. Eur. Psychiatry 2009;24:540-9.

7. Zhang Z, Gerstein DR, Friedmann PD. Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. J Health Psychol 2008;13:388-400.

8. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Q 2005;83:691-729.

9. Roemer M, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82p 1988.

10. Institute of Medicine. A new health system for 21st century. Washington DC. National Academy Press 2001.

11. Hurlimann C, Boudin D, Jourdain A. Approche conceptuelle de la qualité des soins. adsp 2001;23-8.

12. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010 [Internet]. 2014 [cité 2018 juin 27]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf.

13. Lopez A, Rémy P-L. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. 2007.

14. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. Evaluation and Program Planning 1983;6:185-210.

15. Haute Autorité de Santé - Rapport Expérience Patient - avril 2011 [Internet]. [cité 2018 juin 30]; Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011.

16. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technology Assessment 2002;6.

17. République Française. Circulaire n° 161 du 19 juin 1947 de la Direction de l'Entraide sociale sur la pratique du questionnaire de sortie.

18. République Française. Circulaire du 20 septembre 1974 : Charte du malade hospitalisé. Les Tribunes de la santé 2017;99-99.

19. Haute Autorité de Santé. ANDEM/ANAES Fonds de l'évaluation médicale [Internet]. 2005 [cité 2018 juill 20]; Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/andem_anaes.pdf.

20. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

21. République Française. Décret no 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code. 1997.

22. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002.

23. République Française. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004.

24. Haute Autorité de Santé - Missions de la HAS [Internet]. [cité 2018 juill 20]; Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has.

25. Fiche descriptive de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) « I-SATIS ». Direction générale de l'offre de soins 2003.

26. Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie Réglementaire) - Article 1 | Legifrance [Internet]. [cité 2018 août 5]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/3/2/2005-213/jo/article_1.

27. Séné-Bourgeois M, Mathieu-Chakroun I, Margat A, Séné-Bourgeois M, Boinnot A-M-L. L'évaluation de la satisfaction des usagers, un enjeu pour la qualité des soins. http://www.em-premium.com/data/revues/00380814/v62i812/S003808141630295X/ [Internet] 2017 [cité 2017 sept 17]; Available from: http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1104170/resultatrecherche/1.

28. Haute Autorité de Santé - Se saisir des plaintes et réclamations pour promouvoir la bientraitance [Internet]. [cité 2018 août 7]; Available from: https://www.has-

sante.fr/portail/jcms/c_1318822/fr/se-saisir-des-plaintes-et-reclamations-pour-promouvoir-la-bientraitance.

29. Gasquet I, Falissard B, Ravaud P. Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. J Clin Epidemiol 2001;54:1174-80.

30. Moret L, Lombrail P, Gasquet I, Nguyen J-M, Pillet N. Evaluer la satisfaction des patients hospitalisés : validation d'une version courte de l'EQS. Risques & Qualité en Milieu de Soins 2004;21-8.

31. Labarere J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. Int J Qual Health Care 2001;13:99-108.

32. Pourin C, Tricaud S, Barberger-Gateau P. Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés. Journal d'Economie Médicale 2003;21:167-81.

33. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. Social Science & Medicine 2002;54:493-504.

34. Pourin C, Daucourt V, Barberger-Gateau P. Utilisation de la méthode des incidents critiques dans la construction d'un outil de mesure de la satisfaction. Santé publique 2001;13:169-77.

35. 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;46:131-6.

36. Brédart A, Mignot V, Rousseau A, Dolbeault S, Beauloye N, Adam V, et al. Validation of the EORTC QLQ-SAT32 cancer inpatient satisfaction questionnaire by self-versus interview-assessment comparison. Patient Educ Couns 2004;54:207-12.

37. Brédart A, Robertson C, Razavi D, Batel-Copel L, Larsson G, Lichosik D, et al. Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden. Psychooncology 2003;12:68-77.

38. Gasquet I, Deh S, Gaudebout P, Falissard B. Regular visitors are not good substitutes for assessment of elderly patient satisfaction with nursing home care and services. Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003;58:1036-41.

39. Gasquet I, Villeminot S, Dos Santos C, Vallet O, Verdier A, Kovess V, et al. Cultural adaptation and validation of questionnaires measuring satisfaction with the French health system. Santé Publique 2003;15:383-402.

40. 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;7:63-9.

41. Poinsot R, Altmeyer A, Conroy T, Savignoni A, Asselain B, Léonard I, et al. Validation multicentrique d'un questionnaire de satisfaction des soins lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire. Bulletin du Cancer 2006;93:315-27.

42. Anota A, Brédart A, Young T, Tomaszewski KA, Arraras JI, Moura De Albuquerque Melo H, et al. Développement et validation préliminaire du questionnaire EORTC mesurant la satisfaction des soins des patients en cancérologie. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2017;65:S70-1.

43. Nguyen Thi PL, Frimat L, Loos-Ayav C, Kessler M, Briançon S. Questionnaire SDIALOR : instrument de mesure de la satisfaction des patients en dialyse. Néphrologie & Thérapeutique 2008;4:266-77.

44. Floris L, Mermillod B, Chastonay P. Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction, lors de l'accouchement. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2010;58:13-22.

45. Ramanah R, Dumont A, Schepens F, Traore M, Gaye A, Schaal J-P, et al. Satisfaction des soins obstétricaux : élaboration et validation d'une échelle de mesure de la qualité des soins. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2014;42:477-82.

46. Zendjidjian XY, Auquier P, Lançon C, Loundou A, Parola N, Faugère M, et al. The SATISPSY-22: Development and validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire in psychiatry. European Psychiatry 2015;30:172-8.

47. Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. Family Practice 1996;13:41-51.

48. Ketefian S, Redman R, Nash MG, Bogue EL. Inpatient and ambulatory patient satisfaction with nursing care. Qual Manag Health Care 1997;5:66-75.

49. 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 Education and Counseling 2002;46:131-6.

50. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. Social Science & Medicine 1990;30:811-8.

51. Marchand KI, Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marsh DC, Schechter MT. Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. BMC Health Services Research 2011;11:174.

52. Meredith P. But was the operation worth it? The limitations of quality of life and patient satisfaction research in health-care outcome assessment. J Qual Clin Pract 1996;16:75-85.

53. Auras S, Ostermann T, de Cruppé W, Bitzer E-M, Diel F, Geraedts M. Patient satisfaction with ambulatory care in Germany: effects of patient- and medical practice-related factors. Int J Qual Health Care 2016;28:808-15.

54. Bidaut-Russell M, Gabriel SE, Scott CG, Zinsmeister AR, Luthra HS, Yawn B. Determinants of patient satisfaction in chronic illness. Arthritis Care & Research 2002;47:494-500.

55. Salomon L, Gasquet I, Durieux P. Prise en compte des attentes des patients pour améliorer la qualité des soins : résultats d'une enquête sur 500 patients hospitalisés. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 1998;46:427-9.

56. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. BMC Psychiatry 2011;11:64.

57. Nguyen TVF, Bosset J-F, Monnier A, Fournier J, Perrin V, Baumann C, et al. Determinants of patient satisfaction in ambulatory oncology: a cross sectional study based on the OUT-PATSAT35 questionnaire. BMC Cancer 2011;11:526.

58. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. Med Care Res Rev 1996;53:3-27.

59. Bourion-Bédès S, Schwan R, Di Patrizio P, Vlamynck G, Viennet S, Schvartz M, et al. The effects of patient and physician characteristics on early outpatient satisfaction with substance dependence care: results of the SUBUSQOL study. Patient Prefer Adherence 2017;11:887-96.

60. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? Med Care Rev 1990;47:267-326.

61. Linn LS, Cope DW, Leake B. The effect of gender and training of residents on satisfaction ratings by patients. Journal of Medical Education 1984;59:964-6.

62. Hall JA, Blanch-Hartigan D, Roter DL. Patients' Satisfaction With Male Versus Female Physicians: A Meta-analysis. Medical Care 2011;49:611-7.

63. 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;27:935-9.

64. Andersson HW, Otterholt E, Gråwe RW. Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2017;34:375-84.

65. 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.

66. Yellen E, Davis GC. Patient satisfaction in ambulatory surgery. AORN Journal 2001;74:483-98.

67. Gilburt H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. BMC Health Serv Res 2008;8:92.

68. Morris ZS, Gannon M. Drug misuse treatment services in Scotland: predicting outcomes. Int J Qual Health Care 2008;20:271-6.

69. Haute Autorité de Santé - Satisfaction des patients hospitalisés : donnez votre avis en quelques clics ! [Internet]. [cité 2018 août 11]; Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2624388/fr/satisfaction-des-patients-hospitalises-donnez-votre-avis-en-quelques-clics.

70. Haute Autorité de Santé - Manuel de certification des établissements de santé V2010 – édition janvier 2014 [Internet]. [cité 2017 oct 15]; Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf.

71. Baumann C, Rat A-C, Mainard D, Cuny C, Guillemin F. Importance of patient satisfaction with care in predicting osteoarthritis-specific health-related quality of life one year after total joint arthroplasty. Qual Life Res 2011;20:1581-8.

72. Debreuve-Theresette A, Jovenin N, Stona AC, Kraïem-Leleu M, Burde F, Parent D, et al. Programme d'évaluation de l'administration des chimiothérapies en hôpital de jour en Champagne-Ardenne (PEACH) : satisfaction et délais d'attente des patients. http://www.em-premium.com/data/revues/03987620/unassign/S0398762015004411/ [Internet] 2015 [cité 2017 sept 17]; Available from: http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1012486/resultatrecherche/3.

73. Bidaut-Russell M, Gabriel SE, Scott CG, Zinsmeister AR, Luthra HS, Yawn B. Determinants of patient satisfaction in chronic illness. Arthritis & Rheumatism 2002;47:494-500.

74. Berhe DF, Taxis K, Haaijer-Ruskamp FM, Mulugeta A, Mengistu YT, Burgerhof JGM, et al. Impact of adverse drug events and treatment satisfaction on patient adherence with antihypertensive medication – a study in ambulatory patients. Br J Clin Pharmacol 2017;83:2107-17.

75. Zendjidjian X-Y, 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.

76. de los Cobos JP, Trujols J, Siñol N, Batlle F. Development and validation of the scale to assess satisfaction with medications for addiction treatment-methadone for heroin addiction (SASMAT-METHER). Drug and Alcohol Dependence 2014;142:79-85.

77. Nordon C, Falissard B, Gerard S, Angst J, Azorin JM, Luquiens A, et al. Patient satisfaction with psychotropic drugs: Validation of the PAtient SAtisfaction with Psychotropic (PASAP) scale in patients with bipolar disorder. European Psychiatry 2014;29:183-90.

78. Sadlo A, Altevers J, Peplies J, Kaltz B, Claßen M, Bauer A, et al. Measuring satisfaction with health care in young persons with inflammatory bowel disease -an instrument development and validation study. BMC Health Serv Res 2014;14:97.

79. Kelly SM, O'Grady KE, Brown BS, Mitchell SG, Schwartz RP. The role of patient satisfaction in methadone treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 2010;36:150-4.

80. Baumann C, Rat AC, Osnowycz G, Mainard D, Cuny C, Guillemin F. Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. BMC Musculoskelet Disord 2009;10:150.

81. Nicolucci A, Cucinotta D, Squatrito S, Lapolla A, Musacchio N, Leotta S, et al. Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases 2009;19:45-53.

82. Al-Jabi SW, Zyoud SH, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM, Aysa HA, et al. Relationship of treatment satisfaction to health-related quality of life: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. Health Expect 2015;18:3336-48.

83. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Lépine J-P, Falissard B. Patient satisfaction with psychotropic drugs: sensitivity to change and relationship to clinical status, quality-of-life, compliance and effectiveness of treatment. Results from a nation-wide 6-month prospective study. European Psychiatry 2006;21:531-8.

84. 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;35:766-74.

85. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text revision. 2000.

86. 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;51:1171-8.

87. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull 1993;29:321-6.

88. Bourion-Bédès S, Schwan R, Epstein J, Laprevote V, Bédès A, Bonnet J-L, et al. Combination of classical test theory (CTT) and item response theory (IRT) analysis to study

the psychometric properties of the French version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF). Qual Life Res 2015;24:287-93.

89. Bourion-Bédès S, Schwan R, Laprevote V, Bédès A, Bonnet J-L, Baumann C. Differential item functioning (DIF) of SF-12 and Q-LES-Q-SF items among French substance users. Health Qual Life Outcomes [Internet] 2015;13. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4619284/.

90. Lépine J. L'échelle HAD [Hospital anxiety and depression scale]. In: Guelfi J, éditeur. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1. Standardized clinical psychiatric assessment. Vol. 1. 1996. page 367-74.

91. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;67:361-70.

92. 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;52:69-77.

93. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. Int J Behav Med 1997;4:92-100.

94. Muller L, Spitz E. Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. Encephale 2003;29:507-18.

95. Lazarus RS, Launier R. Stress-Related Transactions between Person and Environment [Internet]. In: Perspectives in Interactional Psychology. Springer, Boston, MA; 1978 [cité 2018 août 11]. page 287-327. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-3997-7_12.

96. Malet L, Llorca P-M, Beringuier B, Lehert P, Falissard B. AlQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. Alcohol 2006;41:181-7.

97. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. 2013.

98. Arets A, Bigot J. National survey about employment in 2002. National Institute of Statistic and Economical Studies, INSEE Première 2002.

99. Chaleix M. 7.4 Millions adults live alone in 1999. National Institute of Statistic and Economical Studies, INSEE Première 2001.

100. Ware JE, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey [Internet]. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993 [cité 2018 août 27]. Available from: https://czresearch.com/info/SF36_healthsurvey_ch6.pdf.

101. Saitz R, Cheng DM, Winter M, Kim TW, Meli SM, Allensworth-Davies D, et al. Chronic care management for dependence on alcohol and other drugs: the AHEAD randomized trial. JAMA 2013;310:1156-67.

102. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. International Journal of Drug Policy 2010;21:364-80.

103. Baumeister SE, Gelberg L, Leake BD, Yacenda-Murphy J, Vahidi M, Andersen RM. Effect of a primary care based brief intervention trial among risky drug users on health-related quality of life. Drug and Alcohol Dependence 2014;142:254-61.

104. 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;24:540-9.

105. Revicki DA, Brandenburg N, Matza L, Hornbrook MC, Feeny D. Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. Qual Life Res 2008;17:1285.

106. Woo J-M, Jeon HJ, Noh E, Kim H-J, Lee SW, Lee KK, et al. Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes [Internet] 2014 [cité 2018 août 28];12. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280041/.

107. Lejoyeux M, Cardot H. Alcoolisme, anxiété et dépression. Santé mentale au Québec 2001;26:47-61.

108. Shand FL, Degenhardt L, Nelson EC, Mattick RP. Predictors of social anxiety in an opioid dependent sample and a control sample. J Anxiety Disord 2010;24:49-54.

109. Alegría AA, Hasin DS, Nunes EV, Liu S-M, Davies C, Grant BF, et al. Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2010;71:1187-95.

110. Vorspan F, Mehtelli W, Dupuy G, Bloch V, Lépine J-P. Anxiety and Substance Use Disorders: Co-occurrence and Clinical Issues. Curr Psychiatry Rep 2015;17:4.

111. Cognat-Brageot M, Louville P, Limosin F. Comorbidités psychiatriques dans l'alcoolodépendance. La lettre du psychiatre 2013;9.

112. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Archives of General Psychiatry 1997;54:71-80.

113. Ribadier A, Varescon I. Étude des styles défensifs, des défenses et des stratégies de coping au sein d'une population alcoolodépendante. L'Encéphale 2017;43:223-8.

114. Varescon I, Wantier R, Bouvet Leprince V, Lejeune D. Étude de l'attitude négative face aux problèmes, des attentes envers l'alcool et du coping auprès d'une population alcoolo-dépendante. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 2011;21:24-9.

115. Siponen U., Välimäki M. Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2003;10:129-35.

116. Nguyen TVF, Anota A, Brédart A, Monnier A, Bosset J-F, Mercier M. A longitudinal analysis of patient satisfaction with care and quality of life in ambulatory oncology based on the OUT-PATSAT35 questionnaire. BMC Cancer 2014;14:42.

117. Paris A, Bosson J-L, Melis MS, Moreau-Gaudry A, Hommel M, Cracowski J-L. Évolution de la satisfaction des usagers du CIC de Grenoble. Thérapie 2006;61:419-23.

118. Lundqvist L-O, Ahlström G, Wilde-Larsson B, Schröder A. The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2012;19:629-37.

119. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz LR. "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. J Trauma Stress 1998;11:437-56.

120. Fletcher TD, Cunningham JL, Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD. Evaluation of Treatment Programs for Dual Disorder Individuals: Modeling Longitudinal and Mediation Effects. Adm Policy Ment Health 2008;35:319-36.

121. Ministère de la santé et des solidarités. La prise en charge et La prévention des addictions Plan 2007 – 2011 [Internet]. [cité 2017 oct 15]; Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE SF-12

Date de passation
_ _ / _ _ / _ _ _ _

Identifiant
/_ _ _/_ _ _/P/

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.

Veuillez 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	❑	Médiocre	❑
Très bonne	❑	Mauvaise	❑
Bonne	❑		

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	❑	❑	❑
b. Monter plusieurs étages par l'escalier....	❑	❑	❑

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 ?	❑	❑
b. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou tout autre activité (p.ex. cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	❑	❑

SF-12® Health Survey © 1994, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All Rights Reserved.
(SF-12 Standard, Version 1.0)

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	moyenne-ment	beaucoup	énormé-ment
❑	❑	❑	❑	❑

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.

SF-12® Health Survey © 1994, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All Rights Reserved.
(SF-12 Standard, Version 1.0)

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE Q-LES-Q-SF

Date de passation
_ _ / _ _ / _ _ _ _

Identifiant
/__ __ __/__ __/P/

Questionnaire de qualité de vie sur le plaisir et la satisfaction – Version courte* (French version of the Q-LES-Q-SF), Jean Endicott, Ph.D**

Ce questionnaire vise à évaluer le degré de plaisir et de satisfaction ressentis au cours des 7 derniers jours.

ACTIVITES GENERALES

Q-LES-Q-SF

NIVEAU GENERAL DE SATISFACTION

En tenant compte de tout, au cours des 7 derniers jours, à quel point avez-vous été satisfait(e) de...	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)	
... votre santé physique ?	1	2	3	4	5	(125)
... votre humeur ?	1	2	3	4	5	(126)
... votre travail ?	1	2	3	4	5	(127)
... vos tâches ménagères ?	1	2	3	4	5	(128)
... vos relations avec les autres ?	1	2	3	4	5	(129)
... vos relations avec votre famille ?	1	2	3	4	5	(130)
... vos loisirs ?	1	2	3	4	5	(131)
... votre capacité à gérer la vie quotidienne ?	1	2	3	4	5	(132)
... votre désir, votre intérêt et/ou votre capacité à avoir des activités sexuelles ?	1	2	3	4	5	(133)
... votre situation financière ?	1	2	3	4	5	(134)
... vos conditions de vie (logement, personnes vivant avec vous) ?	1	2	3	4	5	(135)
... votre capacité à vous déplacer sans avoir de vertiges, sans perdre l'équilibre ou sans tomber ?	1	2	3	4	5	(136)

En tenant compte de tout, au cours des 7 derniers jours, à quel point avez-vous été satisfait(e) de...	Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)	
... votre vue lorsque vous travaillez ou vous pratiquez vos passe-temps ?	1	2	3	4	5	(137)
... votre sensation générale de bien-être ?	1	2	3	4	5	(138)
... vos médicaments ? (Si vous n'en prenez pas, cochez ici _____ et passez cette question) (139)	1	2	3	4	5	(140)
Au cours des 7 derniers jours, comment évalueriez-vous votre satisfaction générale concernant votre vie ?	1	2	3	4	5	(141)

* La version courte du Q-LES-Q correspond à la section ACTIVITES GENERALES du Q-LES-Q original.

** Ce questionnaire a été développé en collaboration avec Wilma Harrison, M.D. et Dianne Schechter, Ph.D. (29/11/90)
Disponible auprès de Jean Endicott, Ph.D., Department of Research Assessment and Training, Unit 123, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032.
(Version sous Copyright).

QUESTIONNAIRE ANXIETE /DEPRESSION HADS

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)
(Auteurs : A.S. Zigmond et R.P. Snaith. Traduction française : J.-P. Lépine)

Date de passation

__/__/____

Identifiant

/__ __ __/__ __/P/

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
1. Rarement
0. Très rarement

Total anxiété : ..... Total dépression : .....

QUESTIONNAIRE STRATEGIES DE COPING BRIEF COPE

Date de passation
_ _ / _ _ / _ _ _ _

Identifiant
/__ __ __/__ __/P

Nous sommes intéressés par la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux évènements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer ce que vous faites ou ressentez **habituellement** lors d'un événement stressant.

	pas du tout	un petit peu	beaucoup	tout à fait
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.				
2. Je détermine une ligne d'action et je la suis.				
3. Je me dis que ce n'est pas réel.				
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.				
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.				
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation.				
7. J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.				
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.				
9. J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.				
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.				
11. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.				
12. Je me critique.				
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.				
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.				
15. J'abandonne l'espoir de faire face.				
16. Je prends la situation avec humour.				
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).				
18. J'exprime mes sentiments négatifs.				
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.				
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.				
21. Je refuse de croire que ça m'arrive.				
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.				
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.				
24. Je planifie les étapes à suivre.				
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent.				
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.				
27. Je prie ou médite.				
28. Je m'amuse de la situation.				

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION VIS-A-VIS DES SOINS EQS-C

Date de passation
_ _ / _ _ / _ _ _ _

Identifiant
/__ __ __/__ __/P/

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

A 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

Etait-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 ?

……
……
……
……
……

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Echelle de qualité des soins en consultations (EQS-C)

Copyright ® – I Gasquet et al. Health Qual Life Outcomes ; 2004.2(1) : 43

VU

NANCY, le **09 octobre 2018**
Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **11 octobre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10497

NANCY, le **12 octobre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Contexte : Les addictions, par leur prévalence élevée, leur retentissement conséquent sur le quotidien des patients et la complexité de leur prise en charge, constituent une priorité de santé publique dans le champ des pathologies chroniques. La satisfaction vis-à-vis des soins est aujourd'hui reconnue comme un indicateur de choix de la qualité des soins.
Objectifs : Décrire et comparer les niveaux de la satisfaction précoce vis-à-vis des soins au 15ème jour et au 45ème jour du début de la prise en charge de patients dépendants aux substances psychoactives de type alcool et/ou opiacés et étudier les facteurs liés à la satisfaction à J45 des patients au sein de la cohorte SUBUSQOL (SUBstance Users Satisfaction and Quality Of Life).
Méthodes : La satisfaction vis-à-vis des soins ambulatoires a été mesurée de manière précoce au 15ème jour et au 45ème jour du début de la prise en utilisant le questionnaire EQS-C explorant la satisfaction dans quatre dimensions : délai pour le rendez-vous, accueil et confort, attente, consultation avec le médecin. Les autres données recueillies à l'inclusion étaient les caractéristiques relatives au patient (socio-démographiques, cliniques et état de santé perçue) et au médecin. Les déterminants de la satisfaction à J45 ont été testés dans plusieurs modèles de régression linéaire multivariés construits avec et sans le score de satisfaction à J15.
Résultats : Au sein d'un échantillon de 189 patients répondeurs au questionnaire de satisfaction vis-à-vis des soins à J15, 90 patients ont répondu aux deux temps de mesure J15 et J45. L'évolution des scores à J45 témoigne de la nature dynamique de la satisfaction dans chacune des quatre dimensions de la satisfaction, notamment dans la dimension « consultation avec le médecin » qui est fragilisée à J45, mais les écarts moyens demeurent modestes. La reproductibilité de la mesure de la satisfaction J15J45 s'avère satisfaisante. Le score de la satisfaction à J15 apparaît fortement associé au score total de satisfaction à J45 et dans chacune des dimensions.
Conclusion : La mesure de la satisfaction précoce vis-à-vis des soins peut être recommandée à J15 du début des soins chez les patients dépendants aux substances initiant des soins en ambulatoire. Identifier les facteurs qui peuvent influencer la satisfaction offre la perspective de repérer les patients insatisfaits et à fort risque de rupture du suivi et ce, pour ajuster leur prise en charge.

TITRE EN ANGLAIS :

Early satisfaction with outpatient care among patients with substance dependence

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2018

MOTS CLÉS :
Satisfaction with care, Outpatient care, Self-reported health status, Alcohol dependence, Opioid dependence

INTITULÉ ET ADRESSE :
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY