

Dr Damien Galland*, **Dr Nicolas Simioni****, **Pr Gerard Schippers*****, **Dr Theo Broekman******,
Dr Stéphanie Alaux-Cantin*, **Dr Hakim Houchi***, **Pr Mickaël Naassila***, **Dr Benjamin Rolland****

* EPSM des Flandres, Secteur de psychiatrie 59G05, Bailleul, France

** Fondation Phénix, Genève, Suisse

*** Academic Medical Center, Université d'Amsterdam, Pays-Bas

**** Bureau Bêta, Nimègue, Pays-Bas

• Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances (GRAP), INSERM Eri24, Université Picardie Jules Verne, Amiens, France

•• Service d'addictologie, Pôle UP-MOPHA, CH Le Vinatier, 95, boulevard Pinel, F-69500 Bron. Université Lyon 1, Faculté de médecine Lyon Sud, Oullins, France. Courriel : benjrolland@gmail.com

Reçu mars 2017, accepté octobre 2017

La MATE-Fr

Introduction à la version française d'un instrument d'évaluation globale en addictologie

Résumé

Il existe peu d'outils proposant une évaluation globale de sujets atteints d'addiction. Le plus connu des outils de ce type est l'*Addiction severity index* (ASI), qui a été un instrument précurseur, mais qui a aussi été critiqué pour sa complexité et son aspect monolithique. En 2010, a été développé aux Pays-Bas un outil d'évaluation globale baptisé *Measurements in the addictions for triage and evaluation* (MATE). Cet outil a pour but d'être utilisé en pratique clinique quotidienne, pour l'évaluation et l'orientation des patients. La MATE a déjà été traduite dans plusieurs langues européennes. Une traduction vient d'être réalisée en français pour les professionnels francophones. La MATE présente plusieurs originalités qui en font son intérêt. Tout d'abord, elle est modulaire, et chaque module peut être utilisé indépendamment des autres. Ainsi, la MATE est flexible et adaptable à l'objectif de l'équipe qui souhaite l'utiliser. Ensuite, elle comporte un module baptisé MATE – ICN qui permet une évaluation du fonctionnement social et personnel du patient, ainsi que des facteurs environnementaux ayant une influence sur les comportements addictifs du sujet. À l'heure du développement de programmes de réhabilitation psychosociale en addictologie, la MATE pourrait ainsi devenir un outil incontournable de l'évaluation longitudinale des patients et de leur évolution globale.

Mots-clés

Addiction – Échelle – Psychométrie – Fonctionnement social – Europe – Fonctionnement relationnel – Dépistage médical.

Le phénotype des patients présentant un trouble de l'usage de substance est très hétérogène. La meilleure prise en compte et l'adaptation de la prise

Summary

The MATE-Fr: introducing the French version of a comprehensive assessment instrument of addiction

In the addiction field, few measurement instruments propose an overall assessment of the patient. Among such tools, the best known is the Addiction Severity Index (ASI), which was a forerunner instrument, but it has also been criticized for being too complex and too monolithic. In 2010, a new instrument named "Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation" (MATE) has been launched in the Netherlands. The MATE aims to be used in clinical practice, for triage and evaluation. The MATE has been translated in several European languages. A new translation has just been undertaken in French for the French-speaking professionals. The MATE presents several originalities that makes it interesting. First, it is modular, and each module can be used independently from the others. Thus, the MATE is a flexible tool that can adapt to the objective defined by the team that wants to use it. Second, the MATE includes a module named MATE – ICN, which aims to assess the social and personal functioning of the patient. For rehabilitation programs are being developed in the field of addiction medicine, the MATE could be a must-use tool for the indication of the patients, their longitudinal assessment and of their outcomes.

Key words

Addiction – Scale – Psychometrics – Social functioning – Europe – Interpersonal functioning – Medical screening.

en charge en fonction de ce phénotype et du stade de l'évolution de la pathologie sont des enjeux actuels en addictologie. C'est aussi un enjeu tant au niveau cli-

nique qu'à celui de la recherche dans une perspective de médecine personnalisée en addictologie (1). La prise en charge des addictions comprend de nombreuses options thérapeutiques, variables en durée et en intensité. La qualité de la prise en charge nécessite des décisions transparentes et rationnelles sur les traitements proposés au patient et sur le niveau d'information donné à ce dernier (2). Conseiller le patient et lui proposer le bon niveau de prise en charge nécessite de mesurer longitudinalement certaines de ses caractéristiques cliniques et paracliniques, de manière structurée et transparente (2). Ce type de mesures, suivi d'un retour par l'équipe soignante et d'une éducation appropriés au patient, améliore son adhésion aux soins et le pronostic addictologique global (3).

En médecine, l'utilisation d'outils d'évaluation clinique standardisés offre de nombreux intérêts. Elle permet une évaluation relativement fiable des patients, avec des scores qui gardent une valeur stable entre professionnels. Les outils d'évaluation standardisés permettent donc de parler un langage commun entre soignants et de mettre en place des protocoles de prise en charge reproductibles et ainsi homogènes entre les patients et les professionnels, ce qui est un gage de qualité des soins et de sécurité pour les usagers. En addictologie par exemple, il est fréquent d'utiliser certaines échelles ou certains scores, par exemple le score de Rueff-Cushman pour évaluer l'état clinique d'un patient en cours de sevrage d'alcool (4), ou bien le questionnaire AUDIT (pour *Alcohol use disorder identification test*) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour le repérage et l'évaluation du mésusage d'alcool en population clinique (5). Dans ses recommandations officielles, la Société française d'alcoologie recommande d'ailleurs l'utilisation de ces deux échelles, parmi quelques autres (6).

La plupart de ces outils n'ont toutefois d'intérêt que pour évaluer une dimension clinique bien spécifique, permettant de donner une indication sur un aspect particulier du trouble ou de sa prise en charge. En addictologie, rares sont les outils d'évaluation structurée qui ont l'ambition de proposer une approche "panoramique" du sujet, c'est-à-dire un bilan global de la situation addictologique, des autres problématiques médicales, mais aussi du fonctionnement psychosocial présent du sujet. Il est important de préciser que de tels outils n'ont pas prétention à fournir une évaluation clinique complète du sujet et ainsi à remplacer les aspects plus interpersonnels de l'évaluation clinique, dans lesquels l'expérience du soignant joue un rôle important.

Ces outils offrent en réalité une mesure globale mais reproductible de certains aspects du fonctionnement du sujet.

Le principal outil de ce type utilisé au niveau international est très certainement l'*Addiction severity index* (ASI), développé au début des années 1980 par l'équipe de Thomas McLellan aux États-Unis (7), traduit en français puis utilisé notamment par l'équipe de Jean Tignol puis Marc Auriacombe à Bordeaux (8), équipe qui a d'ailleurs souvent utilisé cet outil dans ses recherches ultérieures (9-11). L'ASI est un outil complet et indépendant, qui permet d'offrir une évaluation globale de l'ensemble des usages de substances par le sujet évalué, mais aussi des répercussions de ces usages sur certaines dimensions sociales et psychologiques de l'usager (8). Malgré son intérêt, l'ASI a également été critiqué par certains auteurs qui le jugeaient complexe, en particulier pour ce qui concerne le calcul des scores, difficile à intégrer à la pratique clinique quotidienne (12). Par ailleurs, dès le début des années 2000, des auteurs néerlandais parmi lesquels Gerard Schippers, avaient reproché à l'ASI son manque de souplesse et avaient émis l'idée d'un outil modulaire et ainsi transformable en fonction des besoins et des circonstances d'utilisation (13).

Quelques années plus tard, cet outil a vu le jour. Il s'agit de la MATE, pour *Measurements in the addictions for triage and evaluation* (<http://www.mateinfo.eu>), un outil international validé depuis 2010 (14). Contrairement à l'ASI, la MATE n'est pas un questionnaire fait d'un bloc, mais plutôt un assemblage de modules indépendants, pouvant être utilisés en fonction des besoins. Certains des modules auront donc plus ou moins d'intérêt pour le service ou le soignant voulant évaluer les patients, favoriser leur orientation vers des soins appropriés et être utilisés pour définir le niveau de prise en charge requis. L'une des originalités fondamentales de la MATE, et notamment par rapport à l'ASI, est le module d'évaluation fonctionnelle, basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) publiée par l'OMS en 2001 (15). Ce module a un intérêt particulier pour évaluer avec le sujet son fonctionnement social, personnel et relationnel au quotidien. Il augure ainsi une utilisation particulièrement utile de la MATE dans les projets actuels, au sein de l'addictologie française et internationale, de développer de nouveaux programmes de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive spécifiquement adaptés aux sujets atteints d'addiction (16, 17).

La MATE vient de faire l'objet d'une traduction en français en lien avec les auteurs de la version originale, que nous vous présentons ici. La traduction s'est faite depuis l'outil MATE anglais vers le français. Conformément aux recommandations en matière de traduction et de validation d'échelle (18), la MATE-Fr a fait l'objet d'une rétro-traduction depuis le français vers le néerlandais, l'un des auteurs de la version néerlandaise parlant le français.

Nous espérons que la version française de la MATE intéressera toutes les équipes qui souhaitent améliorer l'évaluation clinique de leurs patients, d'autant plus que la compréhension de l'outil est facilitée par de nombreuses clés (interview ou auto-questionnaire, période du questionnement, etc.). Cet outil est facile d'accès avec notamment une version électronique pouvant être directement complétée sur ordinateur, et ce, de manière gratuite lorsqu'elle est utilisée dans son format original et à des fins non commerciales.

Principaux modules d'évaluation de la MATE

La MATE a été développée comme un instrument permettant une évaluation valide et fiable des caractéristiques addictologiques du patient avec l'objectif de favoriser son orientation vers des soins appropriés et d'évaluer la prise en charge proposée. La MATE n'est pas conçue pour une utilisation dans les situations d'urgences ni de crises psychiatriques. En revanche, les soignants peuvent l'utiliser dans leur pratique quotidienne, d'autant plus que sa passation est généralement bien acceptée par les patients. Elle se compose de dix modules distincts, pouvant être utilisés indépendamment les uns des autres, mais dont la passation en intégralité dure environ une heure. Ceux-ci fournissent 20 différents scores d'évaluation pouvant être interprétés à l'aide du protocole associé. Ce protocole très détaillé explique également de quelle manière utiliser l'outil et apporte ainsi des réponses aux nombreux questionnements sur les différents modules (avec des exemples précis basés sur les réponses possibles des patients). Les différents modules traitent de l'usage de substances, des éléments pouvant justifier une consultation psychiatrique ou somatique, des antécédents de prise en charge pour trouble d'abus de substances, la dépendance et l'abus de substances, les plaintes physiques, la personnalité, les activités et la participation, les soins et l'assistance

(MATE-ICN), les facteurs environnementaux influençant le rétablissement (MATE-ICN), le *craving*, la dépression, l'anxiété et le stress. Nous allons maintenant vous détailler chacun de ces modules.

Module 1 – Évaluation des usages de substances

Ce module, mené via un entretien standardisé, évalue l'usage de substances psychoactives du sujet dans son passé récent, mais aussi au cours de sa vie. Les sujets sont interrogés sur leur usage de substances, notamment sur les quantités moyennes consommées au cours des 30 derniers jours, mais également sur le nombre d'années de consommation régulière (voir figure 1). Ce module recherche l'usage de toutes les substances mentionnées selon la version 2.1 du *Composite international diagnostic interview* (CIDI 2.1) de l'OMS, mais aussi sur l'usage pathologique de jeu de hasard et d'argent. Ces questions ont pour but d'évaluer à la fois la sévérité de l'addiction du sujet et ses changements d'usage dans le temps afin de déterminer au mieux le niveau de soins nécessaire au sujet. Enfin, il identifie la substance pour laquelle l'addiction est à traiter prioritairement lorsque le sujet est polyconsommateur.

Module 2 – Repérage rapide de troubles psychiatriques ou somatiques

Le but du module 2 est de déterminer si le sujet nécessite un bilan diagnostique complémentaire, voire une prise en charge complémentaire, d'ordre somatique ou psychiatrique.

La nécessité d'une consultation somatique complémentaire est déduite des éléments suivants : 1) une prise de traitements pour un trouble addictologique ou pour un problème somatique associé ; 2) la présence de symptômes physiques pouvant être associés à un trouble grave, une intoxication ou une présence de symptômes de sevrage sévères ; 3) le fait d'être enceinte. Les autres informations susceptibles d'indiquer la réalisation d'une consultation somatique peuvent être trouvées dans le module 5.

La nécessité de réaliser une consultation psychiatrique ou psychologique complémentaire est déduite des éléments suivants : 1) prise en charge psychiatrique ou psychologique récente ; 2) prise de traitements médi-

MATE		1. Usage de substances		
30 jours	<input type="checkbox"/> † Cochez ici si vous n'avez pas noté l'usage au cours des 30 derniers jours, mais à partir d'une période antérieure à ces 30 jours <i>«Je vais commencer par vous interroger sur les substances que vous consommez. Nous allons considérer deux périodes spécifiques, les 30 derniers jours, et votre vie-entière. Pour la 'vie entière', nous voulons savoir pendant combien d'années vous avez consommé régulièrement cette substance. Pour les '30 derniers jours', nous voulons savoir pendant combien de jours vous avez consommé la substance, et quelle quantité vous avez consommé un jour de consommation habituel. «Je vais commencer par l'alcool. Avez-vous bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours ? Si oui, pendant combien de jours, et quelle quantité buviez-vous un jour habituel de consommation ? † Continuer avec les autres substances</i>	30 derniers jours		Vie-entière
		Nombre de jours de consommation au cours des 30 derniers jours	Quantité consommée un jour habituel de consommation	Nombre d'années total d'utilisation régulière
Alcool	Consommation globale † Consommation plus importante : noter uniquement s'il y a eu une consommation fluctuante au cours des 30 derniers jours, par exemple, beaucoup plus importante le week-end que la consommation habituelle en semaine Consommation plus importante	† Noter le nombre de jours de consommation. (Chaque jour = 30; 1 jour par semaine = 4, etc. S'il n'y a pas eu de jour de consommation, noter « 0 ».)	† Noter le nombre de verres, cigarettes, grammes, ou comprimés lors d'un jour habituel de consommation. † Pour l'alcool, la nicotine, le jeu pathologique, noter en unités-standard. Pour les autres substances, noter l'unité utilisée.	† NB : toujours remplir cette colonne, même lorsque la substance n'a jamais été expérimentée ; dans ce cas, noter « 0 ». † En cas de durée moins d'un an : rentrer 0,25 (3 mois), 0,5 (6 mois) ou 0,75 (9 mois)
Nicotine	Cigarettes, cigares, pipes, tabac à priser		verres-standard (10 grammes d'alcool) Cigarette, cigares, pipes, gommes, pincées	quotidien
Cannabis	Marijuana, haschisch, bang, ganja		grammes, joints, têtes	
Opiacés ou opioïdes	Méthadone, buprenorphine		mg, gélules	
	Héroïne Opioides type codéine, norpropoxyphène, péthidine (mépéridine), hydromorphone, morphine, opium, oxycodone		grammes, injections, fumettes, sniffs grammes, injections, sniffs, gélules	
Cocaïne	Cocaïne en crack		grammes, pipes	me fois par semaine)

Figure 1. – Extrait du module 1 de la MATE.

MATE		4. Dépendance et Abus de substances	
Nombre	Question		
	Nombre CDI † NB : 'au cours des 12 derniers mois' peut concerner une prise en charge démarrée auparavant, mais ayant continué pendant la dernière année [—substance—] = <input type="text"/>		
1	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté que vous aviez besoin de beaucoup plus de [—substance—] pour ressentir le même effet, ou que la même quantité de [—substance—] avait moins d'effet qu'elle n'en avait auparavant ?	Oui	Non
2	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souhaité arrêter ou essayé d'arrêter ou de diminuer sans succès votre consommation de [—substance—] ?	Oui	Non

Figure 2. – Extrait du module 4 de la MATE.

camenteux indiqués pour un trouble psychiatrique ; 3) présence d'idées suicidaires ou de symptômes psychotiques tels que des hallucinations ou des délires. Ce type de symptôme se rencontre rarement dans la pratique addictologique courante ; néanmoins, la présence de symptômes flagrants ne doit pas rester ignorée. De plus,

en raison de la grande fréquence des troubles anxieux et des troubles de personnalité chez les patients consultant en addictologie, ceux-ci méritent qu'une évaluation plus complète soit réalisée. Ces deux types de trouble sont recherchés séparément dans le module Q2 et le module 6.

Module 3 – Synthèse des antécédents de prise en charge pour mésusage de substances

Ce module est utilisé pour déterminer le nombre de prises en charge addictologiques dont le sujet a bénéficié au cours des cinq dernières années, qu'elles soient ambulatoires ou dans une structure à temps complet. Cette information est utile pour la catégorisation du sujet afin de déterminer le niveau de soins dont il peut bénéficier sur la base d'une approche de prises en charge étagées.

Module 4 – Diagnostic standardisé de dépendance ou abus de substances

Les questions de ce module sont issues de la section alcool et drogues de la version 2.1 du CIDI et sont similaires aux critères du DSM-IV. Établir ce diagnostic est important pour permettre l'accès aux soins pour le sujet, mais aussi pour déterminer la sévérité du trouble addictologique. Pour ce dernier objectif, la MATE suit la suggestion de Langenbucher selon laquelle un score de sévérité peut être déterminé par sommation de neuf des dix items d'évaluation (voir figure 2). Cette règle a d'ailleurs inspiré le nouveau DSM-5 et sa cotation de la sévérité sous forme de score de symptômes.

Modules 5 – Évaluation des plaintes physiques

Le module 5 utilise la *Maudsley addiction profile health symptoms scale* (MAP-HSS) (19) afin d'évaluer les

plaintes physiques du sujet. À l'aide d'un format de réponse à choix multiples, le sujet indique l'intensité de chacun des dix symptômes physiques évoqués (voir figure 3). L'objectif est de surveiller l'évolution de ces symptômes au cours de la prise en charge.

Module 6 – Repérage d'un trouble de personnalité

Dans ce module, la *Standardised assessment of personality abbreviated scale* (SAPAS) (20) est utilisée afin d'aider l'évaluateur à déterminer s'il existe un possible trouble de la personnalité. Dans la mesure où cette échelle ne comporte que huit questions à choix simple oui/non, les résultats ne donnent qu'une indication sur la possibilité d'un trouble de personnalité. En fonction des résultats, il peut ainsi être indiqué de réaliser un entretien psychiatrique diagnostique en bonne et due forme. Les résultats du module 6 peuvent donc être utilisés pour orienter le type de prise en charge proposé au sujet.

Modules 7 et 8 (MATE-ICN) – Fonctionnement et besoins en soins

La MATE-ICN est une section originale de la MATE, dans laquelle l'évaluateur détermine le niveau d'intégration du sujet dans la société et identifie les facteurs environnementaux qui affectent sa participation et ses besoins en soins. Ce module est adapté non seulement aux sujets avec troubles addictologiques, mais aussi à

L		5. Plaintes physiques					
		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	
30 jours	1	Un faible appétit	0	1	2	3	4
	2	De la fatigue	0	1	2	3	4
	3	Des nausées	0	1	2	3	4
	4	Des douleurs à l'estomac	0	1	2	3	4
	5	Des difficultés à respirer	0	1	2	3	4
	6	Des douleurs dans la poitrine	0	1	2	3	4
	7	Des douleurs articulaires	0	1	2	3	4
	8	Des douleurs musculaires	0	1	2	3	4
	9	Des engourdissements/ fourmillements	0	1	2	3	4
	10	Des tremblements	0	1	2	3	4

Figure 3. – Module 5 de la MATE.

ceux présentant d'autres types de troubles mentaux. Comme déjà mentionné, la MATE-ICN est basée sur la CIF. Dans la CIF, le fonctionnement fait référence à la manière dont le sujet fonctionne à la fois de

façon individuelle et comme membre de la société. En plus d'évaluer les activités du sujet et sa participation, la CIF identifie aussi les facteurs environnementaux qui interfèrent avec le fonctionnement du sujet. La

MATE		7. Activités et participation ; soins et assistance (MATE-ICN)					
CIF		Limitations et difficultés engendrées	Partie e: Soins et assistance par les différents services	Quantité de soins et d'assistance	BESOIN EN SOINS		
Partie d: activités et participation Partie e: Services de soins et d'assistance					† Préciser le degré de limitation: 0: Aucune / NA 1: Léger 2: Modéré 3: Grave 4: Absolue	† Préciser la quantité de soins: 0: Aucune/NA 1: Légère 2: Modérée 3: Substantielle 4: Totale	Pensez-vous que des soins supplémentaires sont nécessaires ?
30 jours	CHAPITRE	Partie d: activités et participation Au cours des 30 derniers jours, quelle était l'intensité des difficultés rencontrées par le sujet pour					
	RELATIONS ET INTERACTIONS AVEC AUTRUI	Créer et entretenir: d770 des relations intimes «Avez-vous eu des difficultés avec votre partenaire (ou vous a-t-il paru difficile de ne pas en avoir) ?» d7600 relations parents-enfants «Avez-vous rencontré des difficultés dans la relation avec votre(vos) enfant(s) ? † Rechercher des signes de négligence ou de maltraitance d750,d760 relations sociales informelles et relations familiales «Avez-vous rencontré des difficultés avec votre famille ou vos amis ?» d740 relations formelles «Avez-vous eu des difficultés avec votre employeur ou des professionnels de la santé ?» d710-d729 Interactions générales avec autrui «Avez-vous eu des difficultés à établir des contacts ou vous entendre avec d'autres personnes ?»	NA e5750,e5800,e5500 Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour cela, par exemple de la part des services sociaux ? NA NA		Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non Oui Non
	GRANDS DOMAINES DE LA VIE	d810-d859 Education, travail et emploi «Avez-vous eu des difficultés à obtenir ou garder un travail ou des activités éducatives ?» e5850,e5900 Autosuffisance économique «Avez-vous eu des difficultés dans l'autosuffisance économique; étiez-vous à court d'argent pour vos besoins de la vie quotidienne ?»	e5850,e5900 e5700 Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour cela, par exemple des Services de sécurité sociale ?		Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non
	VIE COMMUNAUTAIRE, SOCIALE ET CIVIQUE	d920 Récréation et loisirs «A-t-il été difficile pour vous de trouver du temps libre ou de vous investir dans des activités de loisirs, comme par exemple de la relaxation ou du sport ?» d930 Religion et vie spirituelle «Avez-vous eu des difficultés à participer à des activités religieuses ou spirituelles ou à des organisations qui pourraient vous aider à trouver l'épanouissement, ou la valeur religieuse ou spirituelle ?»	NA NA		Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non
	VIE DOMESTIQUE	d610 Acquérir un endroit pour vivre «Avez-vous été sans domicile ou avez-vous eu des problèmes pour vous loger ?» d620-d640 Tâches ménagères «Avez-vous été difficile de faire les tâches ménagères p. ex. faire les commissions, préparer les repas ou faire le ménage ?»	e5250 Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour ce motif, comme p. ex. des Services en matière de logement ? e5750 Quelle quantité d'assistance le sujet a-t-elle reçu pour ce motif, comme par exemple des services sociaux généraux ?		Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non	Oui Non Oui Non

Figure 4. – Module 7 de la MATE.

MATE-ICN réalise cette évaluation à travers 19 domaines dans la composante d (activités et participation) et quatre facteurs dans la composante e (facteurs environnementaux). Un exemple est donné sur la figure 4. Les domaines inclus dans la MATE sont ceux qui ont été estimés les plus importants à être évalués lors de troubles mentaux et des prises en charge addictologiques. Les activités, les participations et les facteurs environnementaux (c'est-à-dire MATE-ICN) sont traités respectivement au sein des modules 7 et 8.

La CIF fournit seulement des consignes générales pour conduire l'évaluation. Pour cette raison, le protocole d'évaluation de la MATE comprend des instructions complètes à destination de l'évaluateur, avec des descriptions, des conseils, des suggestions pour chaque domaine et chaque facteur, ainsi que des "points d'ancrage" permettant de donner un score aux items.

Pour chacun des 19 différents domaines, le module 7 de la MATE-ICN évalue : le degré de limitation des activités et de la participation du sujet (allant de pas du tout à totalement), le niveau d'assistance qui est apporté au sujet (de aucune à complète), l'évaluation du besoin de soins du sujet par l'évaluateur, l'évaluation du besoin de soins du sujet par le sujet lui-même et l'évaluation de la capacité d'une institution à prodiguer les soins requis. Pour chacun des quatre facteurs environnementaux sélectionnés, le module 8 de la MATE-ICN évalue : le degré d'effet (de aucun à majeur) positif ou négatif que chaque facteur constaté au cours des 30 derniers jours pourra avoir sur le rétablissement, si l'évaluateur estime ou non que le sujet est en besoin de soins, si le sujet lui-même estime ou non qu'il est en besoin de soins et si une institution donnée est désireuse et en mesure de prodiguer les soins requis.

La MATE-ICN est utilisée pour déterminer le degré de désinsertion sociale du sujet, ce qui permettra de décider du niveau de prise en charge et d'aide à lui proposer. L'aide peut inclure des soins de support, une réhabilitation psychosociale, une psychothérapie ou le développement de compétences. La MATE-ICN peut également être utilisée pour évaluer les changements dans le fonctionnement du sujet au cours du temps.

Modules complémentaires actuellement traduits

Un certain nombre de modules complémentaires sont proposés dans le cadre de la MATE, en fonction des

besoins et du contexte. Deux de ces modules complémentaires ont été traduits en français, ou bien l'étaient déjà. Ces deux modules portent sur le *craving* et sur les dimensions de dépression, stress et anxiété.

Module Q1 – Craving

Dans ce module, le sujet remplit un auto-questionnaire de cinq items qui est la version abrégée de l'*Obsessive compulsive drinking scale* (OCDS) (21, 22). La connaissance du niveau de *craving* d'un sujet aide l'évaluateur à déterminer la sévérité de l'addiction du sujet. Les résultats à l'OCDS sont importants pour la catégorisation, en particulier pour décider si la prescription d'un traitement anti-*craving* est nécessaire.

Module Q2 – Dépression, anxiété, stress

Dans ce module, le sujet remplit un auto-questionnaire qui mesure les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress susceptibles de répondre à un traitement. Le questionnaire en question est la *Depression anxiety stress scale* (DASS) dont la fiabilité et la validité, dans sa version courte, sont équivalentes à celles de la version longue (23). La DASS a été traduite en français (24), mais pas encore validée. Les scores de DASS sont utilisés dans le but d'identifier les comorbidités psychiatriques afin de déterminer le niveau de prise en charge dont le sujet aura besoin. La DASS peut également être utilisée pour l'évaluation des symptômes dans le temps. Elle a été préférée à d'autres questionnaires qui sont utilisés seulement pour établir un diagnostic et non pour évaluer la sévérité des symptômes.

Discussion

Grâce à sa structure modulaire, la MATE est un outil souple et facile d'utilisation, adaptable à des pratiques de soins comme de recherche. Par ailleurs, les équipes, qui ne seraient pas intéressées par tel ou tel module pour la mesure d'un paramètre ou d'une dimension clinique particulière, peuvent tout-à-fait ne pas utiliser un ou plusieurs modules ou utiliser d'autres échelles. Par exemple, le module complémentaire d'évaluation du stress, de la dépression et de l'anxiété, basé sur la DASS, peut parfaitement être remplacé par d'autres échelles de mesure de dépression ou d'anxiété telles que la MID ou la HAD, si l'évaluateur y est plus habitué ou préfère leur utilisation pour une raison particulière. Une telle adaptabilité n'est pas possible avec l'ASI qui doit être

utilisée d'un bloc, en particulier si l'on veut calculer les scores spécifiques à cet outil.

En outre, la structure modulaire permet de rajouter d'autres modules. Ceux-ci existent en anglais et néerlandais, et devraient faire l'objet d'une traduction en français dans un proche avenir. C'est le cas par exemple de la MATE-Crimi qui évalue les antécédents judiciaires des patients (voir <http://www.mateinfo.eu>). D'autres instruments d'évaluation ne sont cependant pas systématiquement à utiliser de façon complémentaire avec la MATE qui, de manière indépendante, permet d'ores et déjà une évaluation globale du sujet.

L'originalité certainement la plus notable de la MATE réside dans les modules 7 et 8 (MATE-ICN) qui évaluent le fonctionnement social et personnel du patient, ainsi que ses besoins en soins. Cette évaluation est absolument complémentaire de l'évaluation clinique classique en addictologie. Elle enrichit l'information de l'équipe sur le patient et s'intègre parfaitement dans les approches motivationnelles couramment utilisées dans la discipline (25). L'évaluation longitudinale du fonctionnement social des patients atteints de troubles addictifs s'inscrit par ailleurs totalement dans le concept de réduction des risques et des dommages, en ciblant les aspects concrets de la vie des patients qui pâtissent de leurs comportements addictifs. Dans cette perspective, les prises en charge de réhabilitation psychosociale (26), jusqu'ici très développées en psychiatrie, mais encore peu en addictologie, vont très probablement voir un essor considérable dans les addictions au cours des années qui viennent. Dans la mesure où les troubles cognitifs induits par les substances sont de plus en plus connus et étudiés, ces prises en charge intégrées comporteront vraisemblablement, au moins chez certains patients, une dimension de remédiation cognitive à la prise en charge fonctionnelle globale (17, 27). Dans cette perspective globale d'évolution des pratiques de la discipline, la MATE, et notamment son module MATE-ICN, pourra occuper une place particulièrement utile dans l'évaluation longitudinale du fonctionnement social des patients, tel qu'il est perçu par ces derniers.

Enfin, de manière plus globale, la MATE pourrait être susceptible d'intéresser tout service ou toute unité qui serait en recherche d'un outil capable d'effectuer un recueil standardisé mais en même temps relativement complet de l'état clinique des patients et de leur évolution, tout en étant facilement intégrable à la pratique clinique quotidienne. Nous espérons qu'à ce titre, la

MATE intéressera également les cadres de santé et responsables administratifs soucieux de quantifier, rationaliser et évaluer les prises en charge réalisées dans leur structure.

En conclusion, il paraît important de souligner que la MATE est un outil vivant, qui est le fruit de discussions constantes entre cliniciens et cliniciens-chercheurs de toute l'Europe. Si des équipes sont intéressées pour tenter de mettre en place la MATE dans leurs pratiques, les auteurs de cet article sont à leur disposition pour tout échange et tout retour d'information. ■

Liens d'intérêt. – B. Rolland déclare des liens d'intérêt avec Indivior, Gilead, Bouchara, Lundbeck, Ethypharm, Otsuka, Bristol-Myers-Squib, AstraZeneca, Shire et Servier. M. Naassila déclare des liens d'intérêt avec Bioprojet Biotech et Theranexus, pour des projets de recherche, et avec Lundbeck, Bouchara-Recordati et Merck-Serono pour la participation à des conférences et des formations (aucune participation à des comités scientifiques de l'industrie). Aucun de ces liens d'intérêt n'est en rapport avec le sujet de cet article.

D. Galland, N. Simioni, G. Schippers, T. Broekman, S. Alaux-Cantin, H. Houchi, M. Naassila, B. Rolland
La MATE-Fr. Introduction à la version française d'un instrument d'évaluation globale en addictologie

Alcoologie et Addictologie. 2018 ; 40 (2) : 140-148

Références bibliographiques

- 1 - Hutchison KE. Substance use disorders: realizing the promise of pharmacogenomics and personalized medicine. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010 ; 6 : 577-89.
- 2 - Crome I. Empowerment through education and science: three intersecting strands in the career of Griffith Edwards. *Addict Abingdon Engl*. 2015 ; 110 (Suppl. 2) : 47-9.
- 3 - Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Educ Couns*. 1997 ; 32 (3) : 157-73.
- 4 - Rueff B. *Alcoologie clinique*. Paris : Lavoisier ; 1989.
- 5 - Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998 ; 158 (16) : 1789-95.
- 6 - Société Française d'Alcoologie. Alcohol misuse: screening, diagnosis, and treatment. [Internet]. Issy : SFA ; 2015 [cité 7 novembre 2015]. Disponible depuis : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA-GPR-AlcoholMisuse.pdf>.
- 7 - McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*. 1980 ; 168 (1) : 26-33.
- 8 - Brisseau S, Auriacombe M, Franques P, Daulouède JP, Tignol J. L'Addiction Severity Index. *Courr Addict*. 1999 ; 5 : 200-2.
- 9 - Kervran C, Fatséas M, Serre F, Taillard J, Beltran V, Leboucheur J, et al. Association between morningness/eveningness, addiction severity and psychiatric disorders among individuals with addictions. *Psychiatry Res*. 2015 ; 229 (3) : 1024-30.
- 10 - Denis C, Fatséas M, Beltran V, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, et al. Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: a focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Subst Abuse*. 2016 ; 37 (1) : 168-75.
- 11 - Denis C, Fatséas M, Beltran V, Bonnet C, Picard S, Combourieu I, et al. Validity of the self-reported drug use section of the Addiction Severity Index and associated factors used under naturalistic conditions. *Subst Use Misuse*. 2012 ; 47 (4) : 356-63.
- 12 - Mäkelä K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addict Abingdon Engl*. 2004 ; 99 (4) : 398-410 ; discussion : 411-8.
- 13 - Schippers GM, Broekman TG, Koeter MWJ, van den Brink W. The Addiction Severity Index as a first-generation instrument: commentary on "studies of the reliability and validity of the ASI" by K. Mäkelä. *Addiction*. 2004 ; 99 (4) : 416-7.
- 14 - Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A, Koeter MWJ, van den Brink W. Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*. 2010 ; 105 (5) : 862-71.
- 15 - Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap, et de la santé. Genève : OMS ; 2001.
- 16 - Franken IHA, van de Wetering BJM. Bridging the gap between the neurocognitive lab and the addiction clinic. *Addict Behav*. 2015 ; 44 : 108-14.
- 17 - Rezapour T, DeVito EE, Sofuoglu M, Ekhtiari H. Perspectives on neurocognitive rehabilitation as an adjunct treatment for addictive disorders. *Prog Brain Res*. 2016 ; 224 : 345-69.
- 18 - Organisation Mondiale de la Santé. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible depuis : http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
- 19 - Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrell M, Lehmann P, et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addict Abingdon Engl*. 1998 ; 93 (12) : 1857-67.
- 20 - Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2003 ; 183 : 228-32.
- 21 - De Wildt WAJM, Leher P, Schippers GM, Nakovics H, Mann K, van den Brink W. Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of the obsessive-compulsive drinking scale: a multinational study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 ; 29 (4) : 509-16.
- 22 - Anton RF, Moak DH, Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res*. 1995 ; 19 (1) : 92-9.
- 23 - Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995 ; 33 (3) : 335-43.
- 24 - Martin D. French translation of the DASS. 2004. <http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/French/French.htm>.
- 25 - Chan F, Berven NL, Thomas KR. Counseling theories and techniques for rehabilitation and mental health professionals. New York : Springer Publishing Company ; 2015.
- 26 - Franck N (coll. . Outils de la Réhabilitation psychosociale: Pratiques en faveur du rétablissement. Paris : Elsevier Masson ; 2016. 408.
- 27 - Teixidor López L, Frías-Torres C, Moreno-España J, Ortega L, Barrio P, Gual A. Terapia de rehabilitación cognitiva en pacientes con trastorno por consumo de alcohol y trastorno neurocognitivo. Estudio piloto. *Adicciones*. 2018 ; 30 (2) : 93-100.