

Addiction severity index : un outil de cohérence d'équipe et de partenariat avec les personnes concernées

J.M. Alexandre^{1,2}, S. Moriceau^{1,2}, C. Ponsard², V. Beltran^{1,3}, S. Sarram^{1,2}, J. Dubernet^{1,2},
F. Michel², C. Rassis², J.P. Daulouède^{1,3}, F. Serre^{1,2}, M. Auriacombe^{1,2}

L'addiction severity index (ASI) est un outil d'évaluation multidimensionnel de la sévérité des usages, substances et comportements pouvant potentiellement donner lieu à une addiction [1]. Il s'agit d'un hétéroquestionnaire standardisé et semi-structuré, qui se présente sous la forme d'une grille d'évaluation, complétée, durant un entretien réalisé avec la personne concernée, par un évaluateur formé à l'ASI. Le principal objectif est de recueillir des informations factuelles pertinentes pour l'appréciation de l'état clinique des personnes, afin de déterminer leurs besoins d'intervention dans l'ensemble des domaines évalués. Les caractéristiques de l'ASI en font un outil d'évaluation de qualité et très complet, qui reste maniable et simple d'utilisation au regard de la richesse des informations collectées. Dans cette mise à jour de l'article de S. Brisseau et al., publié initialement en 1999 dans *Le Courrier des Addictions* [2], nous proposons de présenter l'ASI, ses évolutions et sa pertinence, toujours d'actualité.

Caractéristiques de l'addiction severity index

L'addiction severity index mesure la "sévérité"

Un défi auquel l'addictologie fait face est de déterminer la "sévérité" d'un usage et les besoins d'intervention dans les différents domaines pouvant être affectés par les consommations et les comportements addictifs [3]. Comment définir, de façon opérante et concrète, la sévérité d'une addiction ? Pendant longtemps, la notion de sévérité a été couramment et principalement reliée à celle des quantités consommées.

Cette vision de la sévérité est particulièrement associée à des conceptions anciennes de l'addiction, centrées sur la manifestation d'une tolérance physiologique et les manifestations aiguës du syndrome de sevrage à l'arrêt. Cependant, l'évolution des connaissances a permis de faire émerger une nouvelle compréhension de l'addiction, ou trouble de l'usage dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques – 5^e édition* (DSM-5), qui met en avant les symptômes centraux, tels que la perte de contrôle, le *craving* ou encore la rechute [4]. Dans ce nouveau paradigme, l'approche purement quantitative des consommations pour déterminer la sévérité de l'addiction n'est plus suffisante. De façon particulièrement innovante, l'équipe d'A.T. McLellan avait anticipé ce changement conceptuel en proposant dès 1979 avec l'ASI une évaluation de la sévérité non plus fondée sur les seules quantités consommées, mais représentative de l'impact de l'usage sur la vie de la personne, de la perception par la personne elle-même de la problématique et des dysfonctionnements associés, et du besoin de prise en charge dans les principaux domaines de la vie pouvant être affectés par l'addiction [5].

L'addiction severity index est multifactoriel

L'ASI est un outil multifactoriel pensé pour évaluer les différents problèmes pouvant être rencontrés par les usagers de substances et/ou les personnes ayant des comportements donnant potentiellement lieu à une addiction, et pour fournir une indication de leur sévérité. Il convient de noter qu'un diagnostic d'addiction n'est pas un prérequis pour proposer un entretien ASI, et que l'outil fournira un résultat pertinent sur la sévérité de l'usage, quels que soient les diagnostics

¹ Équipe Addiction du laboratoire de recherche SANPSY (sommeil addiction neuropsychiatrie), CNRS UMR 6033, université de Bordeaux.

² Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), pôle inter-établissement d'addictologie, centre hospitalier Charles-Perrens, CHU de Bordeaux.

³ CSAPA, Bizia, centre hospitalier de la Côte Basque, Bayonne.

Mots-clés

Addiction severity index

Évaluation multidimensionnelle

Prise en charge des addictions

Soins intégrés et partenariat

Résumé

L'*addiction severity index* (ASI) a été conçu à Philadelphie en 1979 comme grille d'entretien destinée à évaluer la sévérité de l'addiction et les besoins d'interventions des personnes consommatrices de substances addictives dans 6 domaines de vie. L'objectif était d'avoir une évaluation standardisée, globale et multidisciplinaire des besoins individuels d'interventions. D'emblée, l'ASI a été conçu pour collecter des informations sur la vie entière et sur les 30 derniers jours précédant l'entretien, faisant de l'ASI un outil capable de suivre l'évolution d'une personne au cours du temps, et notamment en fonction de sa prise en charge. Introduit en France en 1992, l'ASI évolue régulièrement, et sa dernière version inclut aujourd'hui l'ensemble des addictions avec et sans substance, faisant de lui un outil qui permet, en un seul entretien d'appréhender l'ensemble des besoins d'une personne pouvant avoir une ou plusieurs addictions, et de suivre l'évolution de ses besoins.

Summary

The Addiction Severity Index (ASI) was developed in Philadelphia in 1979 as an interview tool designed to assess the severity of addiction and the intervention needs of people using addictive substances across 6 life domains. Its objective was to provide a standardized, comprehensive, and multidisciplinary assessment of individual intervention needs. From the outset, the ASI was designed to collect information on both lifetime history and the past 30 days, making it a tool capable of monitoring a person's progress over time, particularly in relation to their treatment. Introduced in France in 1992, the ASI has been regularly updated, and its most recent version now encompasses both substance and behavioral addictions. It therefore allows, in a single interview, for a comprehensive understanding of the needs of individuals with one or more addictions, and for the monitoring of their evolving needs.

Keywords

Addiction Severity Index
Multidimensional assessment
Addiction management
Integrated care
and partnership

associés. En un entretien unique, l'ASI appréhende à lui seul l'ensemble de la situation biopsychosociale. Il s'organise en 6 sections (ou domaines) indépendantes les unes des autres :

- état médical ;
- emploi et ressources financières ;
- usage de substances, d'alcool, de tabac ou encore d'autres addictions sans substances ;
- situation légale ;
- antécédents familiaux et relations familiales et sociales ;
- état psychologique.

Ainsi, les informations particulièrement centrées sur l'usage de substances ou les comportements addictifs ont été limitées à un domaine parmi d'autres. L'ASI permet ainsi d'élargir l'évaluation pour tenir compte des autres facteurs susceptibles d'affecter, ou d'être affectés, par l'addiction, et qui peuvent avoir une incidence sur le devenir de la personne et sur l'évolution de sa prise en charge. Finalement, le caractère multifactoriel de l'ASI permet de tracer une image comportant de multiples facettes, en différenciant davantage les domaines de la vie les plus susceptibles d'être affectés. Les aides et soins proposés peuvent alors cibler avec plus de précision les besoins, ce qui permet de s'orienter vers une prise en charge plus efficiente, car mieux personnalisée et ciblée.

L'*addiction severity index* est semi-structuré

L'ASI n'est pas un questionnaire fermé, mais une grille d'entretien. Il est semi-structuré, et fournit de ce fait un cadre facilitateur pour la personne comme pour l'évaluateur. Il doit permettre à la personne de s'exprimer à propos des divers thèmes abordés. Celle-ci y voit alors une occasion de faire le point de façon coordonnée, guidée par l'évaluateur. L'ASI privilégie la relation interpersonnelle, c'est l'occasion d'un échange pendant lequel la personne se sent considérée, investie, de par l'intérêt global qu'on lui accorde. Le fait de prendre en compte l'évaluation qu'elle fait elle-même de son état peut contribuer à l'impliquer dans la démarche de soin en lui donnant un rôle actif. De son côté, l'évaluateur doit être en mesure de reformuler les questions pour obtenir l'information recherchée. Il peut naviguer

entre les différentes sections au fil de l'entretien, en revenant, par exemple, à une section précédemment explorée si elle n'est pas corroborée par les réponses à une section ultérieure.

L'*addiction severity index* est détaillé et précis

L'ASI permet une meilleure connaissance des usagers de substances ou des personnes ayant des comportements potentiellement addictifs grâce à un total de 240 items répartis sur 6 sections précédemment nommées. Son originalité est d'intégrer l'auto- et l'hétéroévaluation, ainsi que 2 grandes périodes de référence (toute la vie et les 30 jours précédant l'entretien). Il réalise donc une évaluation complexe tenant compte de l'opinion de la personne et de celle de l'évaluateur, des informations objectives et subjectives, du passé et de l'état actuel du patient. Il existe une version de l'ASI pour les adolescents, celle-ci tenant compte de certaines caractéristiques propres à cette tranche d'âge, comme l'école, des mesures de protection pour les mineurs, etc.

L'*addiction severity index*, en se répétant, permet un suivi individualisé

En utilisant un nombre réduit d'items et étant réalisé à 30 jours minimum d'intervalle, l'ASI peut être répété, lors d'un entretien dit "de suivi", d'une durée de 15 à 20 minutes. Il peut ainsi évaluer l'évolution des problèmes rencontrés lors du bilan initial (primo-évaluation) et permettre, par exemple, d'apprécier l'efficacité des soins proposés depuis le précédent entretien ASI.

L'*addiction severity index* produit des scores

L'entretien ASI permet d'établir 2 catégories de scores. Les premiers scores sont appelés "scores de sévérité de l'évaluateur" (ISR (*interviewer severity ratings*)). Ils sont fixés par l'évaluateur pour chaque domaine, sur la base d'items clés reflétant les 30 jours précédant

l'entretien et la période passée (depuis le dernier entretien ASI, ou vie entière). Ils tiennent particulièrement compte de l'autoévaluation par l'utilisateur lui-même de ses besoins et de ses demandes d'aide. Un environnement adéquat d'utilisation de l'ASI (formation à l'outil, mise en place d'un suivi de la qualité des ASI) permet de standardiser les valeurs des scores de sévérité. Les scores de sévérité de l'évaluateur ont une amplitude de 0 à 9 et correspondent à une interprétation clinique directe :

- 0-1 : pas de problème, prise en charge non nécessaire ;
- 2-3 : léger problème, prise en charge probablement pas nécessaire ;
- 4-5 : problème modéré, prise en charge probablement nécessaire ;
- 6-7 : problème considérable, prise en charge nécessaire ;
- 8-9 : problème extrêmement grave, prise en charge absolument nécessaire.

Leur interprétation immédiate les rend très utiles pour coordonner un projet de soin global, ou pour réajuster celui-ci s'il s'agit d'un entretien ASI de suivi. Dans ce dernier cas de figure, les scores de sévérité établissent le besoin de prise en charge supplémentaire par rapport à l'existant au moment de l'ASI de suivi. L'autre catégorie de scores fournie par l'ASI concerne les scores composites. Ceux-ci sont indépendants de l'appréciation de l'évaluateur, et sont calculés par une formule mathématique dans chaque domaine, en pondérant différents items clés de la situation au cours des 30 jours précédant uniquement, et aboutissant à un score entre 0 et 1. Plus la valeur est proche de 1, plus la situation de l'utilisateur au cours de ces 30 derniers jours est détériorée. Les scores composites de l'ASI ont été développés afin de mettre en évidence l'évolution au cours du temps, lors d'entretiens ASI répétés, à différents moments d'une prise en charge, par exemple. Les scores composites sont généralement privilégiés pour les analyses statistiques, mais ils n'offrent pas d'interprétation clinique directe : un score de 0,5 dans un domaine ne sera pas forcément plus sévère qu'un score de 0,4 dans un autre domaine.

Propriétés de l'*addiction severity index*

L'*addiction severity index* est fiable et valide

Les nombreuses études effectuées depuis 1979 sur la version en anglais, puis sur les traductions dans

d'autres langues, dont le français, ont démontré que ses caractéristiques psychométriques satisfaisaient aux critères scientifiques les plus exigeants [6, 7]. La 5^e version, qui a servi de socle à l'adaptation française, est le résultat d'un souci d'intégration des nouvelles habitudes de consommation et des dernières connaissances issues de la recherche clinique en addictologie [8]. La version française de l'ASI est recommandée par la HAS pour l'évaluation de personnes ayant des comportements d'usage addictifs [9].

Le cadre de l'entretien ASI facilite la coopération de la personne et la fiabilité de ses réponses, ce qui a été confirmé par une étude fondée sur la cohorte Addiction Aquitaine (ADDICTAQUI), démontrant la très bonne concordance entre les données recueillies au moyen de l'entretien ASI et les dosages biologiques urinaires [10].

En ce qui concerne l'analyse statistique, l'ASI est utilisable au-delà de la simple lecture de la grille, puisque ses données quantitatives peuvent être facilement saisies dans des logiciels de base de données spécifiques, ou dans des tableurs couramment utilisés.

L'*addiction severity index* est régulièrement mis à jour

Si l'ASI fut initialement proposé en français en 1992 [8, 11], cette version française est régulièrement mise à jour par l'équipe Addiction du laboratoire de recherche SANPSY (sommeil, addiction, neuropsychiatrie), de l'université de Bordeaux, et a pris le nom "d'ASI modifié" (m-ASI). Des améliorations substantielles ont été validées dans le m-ASI pour rendre compte de la sévérité de l'usage du tabac, des jeux d'argent et de hasard, des jeux vidéo, et de façon générale de tous les usages de substances et comportements pouvant donner lieu à une ou plusieurs addictions [1]. D'autres mises à jour concernent par exemple la perte de contrôle du comportement alimentaire [12] ou encore l'usage de la cigarette électronique.

Utilisation de l'*addiction severity index*

Qui peut faire passer un *addiction severity index* ?

Tout professionnel susceptible de rencontrer des personnes atteintes d'addiction peut être formé

à faire passer des entretiens ASI, quel que soit son diplôme. Il n'est pas nécessaire d'être psychologue ou médecin. Une 1^{re} approche consiste à prendre connaissance de ses modalités d'utilisation. Outre la lecture approfondie des manuels d'instruction pour faire passer l'ASI, une formation dispensée par un formateur et la mise en place d'une correction des premières grilles par ce même formateur permettent de garantir la validité des scores et la standardisation des pratiques. Des formations de 2 jours, en groupe ou individuelles, et adaptables aux cas particuliers, peuvent être proposées (*encadré 1*).

Le point de référence pour obtenir de l'information sur l'*addiction severity index* (ASI) est le site Internet du laboratoire de recherche SANPSY (sommeil, addiction, neuropsychiatrie) (CNRS UMR 6033, université de Bordeaux), dans les sections "Formations/Enseignement". Avec sa présentation générale, la dernière version de l'ASI francophone y est toujours disponible en téléchargement, ainsi que des ressources d'autoformation pour se familiariser avec son administration et pour commencer son utilisation. Il est toutefois fortement conseillé de demander une formation complète à l'ASI (informations également sur le site Internet de SANPSY) afin d'optimiser sa pratique, de s'assurer de la validité des entretiens et de bénéficier d'un mentorat.

Les sessions de formation peuvent être individuelles ou se dérouler en groupe de 10 à 15 stagiaires sur une durée de 2 journées consécutives.

Une formation à distance en visioconférence est possible, sur 2 journées non consécutives.

Les stages de formation de 2 jours comprennent :

- une présentation de la formation et un point sur les attentes des participants ;
- une présentation et un historique de l'ASI ;
- un point sur les qualités psychométriques et les études de validation ;
- une étude détaillée de l'ASI, de ses manuels et des techniques d'administration et de codification item par item ;
- la façon de présenter l'ASI à un usager ;
- le calcul des scores de sévérité ;
- la procédure des ASI de suivi ;
- le contrôle qualité des ASI ;
- l'entraînement à l'administration et à la codification, avec l'aide de vidéos et d'autres instruments pédagogiques ;
- l'initiation à d'autres outils ;
- des questions-réponses, des conseils de mise en pratique et un bilan.

À la fin de la formation, une attestation de présence à la formation est remise au participant. Celui-ci a la possibilité d'envoyer ses premières ASI dans le cadre d'un suivi de contrôle qualité. Ceux qui se soumettent à cet exercice avec succès reçoivent une attestation indiquant qu'ils sont compétents comme évaluateurs ASI^{1,2}.

¹ Les formations ont lieu dans toute l'Europe francophone.

² Demande de renseignements complémentaires et de devis par courrier électronique à : jean-marc.alexandre@u-bordeaux.fr

Encadré 1. Un plan de formation spécifique pour une bonne utilisation de l'*addiction severity index*.

L'*addiction severity index* est facilement partageable

La standardisation du recueil des données confère à l'ASI l'avantage de toujours fournir des informations fondées sur les mêmes paramètres, quel que soit l'évaluateur ou l'usager. Cela facilite la consultation sélective de la grille d'entretien par tous les intervenants d'une équipe, selon les besoins ponctuels, favorisant ainsi les échanges cliniques et le partage des expertises.

L'*addiction severity index* est un outil pertinent pour un suivi clinique et médicosocial à partager entre professionnels et avec les personnes concernées

Dans le champ clinique et médicosocial, l'ASI fournit une évaluation de 1^{er} ordre et une référence commune descriptive de la situation des personnes commençant un suivi avec un professionnel. Les informations peuvent être utilisées par les équipes médico-soignantes et socioéducatives pour asseoir et préciser l'indication des traitements, des accompagnements éducatifs et psychologiques, ainsi que pour orienter le cadre thérapeutique et le réajuster tout au long de la prise en charge ou à des moments critiques de la vie de la personne. Les résultats de l'ASI, lorsqu'ils sont partagés entre professionnels, contribuent à la cohérence d'équipe et facilitent un travail interdisciplinaire, voire transdisciplinaire [13]. Les résultats peuvent aussi être utilement partagés avec les personnes concernées, ce qui leur permet d'avoir un retour structuré sur leur évolution au cours du temps, facilitant ainsi une meilleure autoévaluation et contribuant à renforcer la prise de conscience (*insight*) et l'autonomisation (*empowerment*) des personnes.

L'*addiction severity index* s'adapte : 2 exemples

➤ Utilisation en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour élaborer et réviser le programme de soins personnalisés. Dans cet exemple, l'ASI est proposé à tous les primoconsultants et permet de collecter d'emblée les informations indispensables dans une vue globale de la situation et d'évaluer finement le besoin de prise en charge. Une fois le 1^{er} ASI effectué, il est répété (tous les trimestres, semestres ou chaque année), pour suivre l'évolution de la personne. Utilisé ainsi, l'ASI s'intègre très facilement dans le fonctionnement normal d'un centre de soins pour les

addictions, tel qu'un CSAPA ou un service hospitalier d'addictologie. Il constitue la base pour élaborer un programme de soins personnalisés et aider à son évolution en fonction du devenir de la personne.

► Dispositif RENAPSUD, réseau ville-hôpital dont la mission première est d'apporter un soutien expert à la pratique des professionnels de premiers recours. Depuis 2010, le dispositif RENAPSUD, ancien réseau ville-hôpital, permet aux médecins traitants et autres professionnels de santé de ville d'orienter leur patient souffrant d'une addiction pour un entretien ASI. Un plan personnalisé de soin (PPS) est alors élaboré à partir de la synthèse des résultats de l'ASI. Le PPS reflète le degré de sévérité de la problématique addictive ainsi que l'impact du comportement addictif, et sert de base pour proposer aux professionnels de ville d'assurer la prise en charge du patient de façon adaptée, en autonomie ou en partenariat avec un CSAPA ou un service hospitalier. Le PPS est validé avec le patient et, avec son accord, est transmis aux professionnels impliqués dans sa prise en charge. En cela, il représente un outil référentiel de coordination. Le PPS est mis à jour sur la base de l'ASI de suivi (tous les semestres).

L'addiction severity index est aussi un outil pertinent pour la recherche et l'évaluation en addictologie

Dans le champ de la recherche, l'ASI permet de caractériser précisément des populations de personnes souffrant d'addiction. Cela est particulièrement intéressant dans la recherche épidémiologique, que l'on se situe à un niveau descriptif, analytique ou évaluatif. Il est particulièrement adapté à l'étude de l'impact des traitements et interventions d'accompagnement. Sa diffusion à l'échelle mondiale permet des comparaisons transculturelles. L'ASI est l'outil de base de la cohorte ADDICTAQUI (encadré 2).

Idées reçues et réponses concernant l'addiction severity index

"C'est bien, mais on n'a pas le temps, ni le personnel"

Une primoévaluation par l'ASI dure en moyenne de 40 à 60 minutes, et un ASI de suivi environ 20 minutes. Dans la pratique clinique, l'ASI peut représenter un gain de temps pour le clinicien qui

l'utilise, car il permet une documentation exhaustive du dossier en un seul entretien. Le temps nécessaire pour faire passer l'ASI s'intègre à la prise en charge normale, il ne s'y additionne pas. Si l'état du patient ou le contexte de sa rencontre ne permet pas de compléter l'entretien dans son entièreté, il est possible de proposer une pause ou de le reporter au lendemain.

"On ne s'appuie que sur ce que dit l'usager : cela n'a pas de valeur"

La validité de ce que rapportent les personnes est influencée par les conditions de l'entretien et la relation de confiance établie avec l'évaluateur. Il est essentiel de présenter l'ASI conformément aux indications du manuel, de rappeler les objectifs de l'entretien, la confidentialité des réponses et d'insister sur le caractère non obligatoire des réponses. Les personnes sont encouragées à indiquer les questions auxquelles elles ne souhaitent pas répondre, en le disant tout simplement, plutôt que de donner une réponse fausse pour éviter la question. Les études de validité montrent une bonne corrélation entre les données autorapportées au cours de l'ASI et un dosage urinaire associé [10].

La cohorte Addiction Aquitaine (ADDICTAQUI) est une cohorte observationnelle prospective ouverte destinée à la recherche sur les addictions, soutenue par le laboratoire de recherche SANPSY (sommeil, addiction, neuropsychiatrie) (CNRS UMR 6033, université de Bordeaux), promue par le centre hospitalier Charles-Perrons à Bordeaux, et la participation du centre de soin en addictologie Bizia, à Bayonne. L'objectif principal est de suivre l'évolution des comportements addictifs afin de caractériser leurs similitudes et leurs différences. Pour cela, elle étudie l'évolution du devenir des comportements d'usage et de la psychopathologie sous l'effet des interventions thérapeutiques, dans des conditions naturalistes. Lancée dès 1994, cette cohorte prospective continue d'inclure chaque année de nouveaux participants (plus de 6 000 à ce jour), mais aussi d'évaluer dans le temps et le plus longtemps possible ses participants (parfois sur des périodes remontant à plus de 20 années). L'addiction severity index (ASI) est le socle de ces évaluations, initié à l'entrée dans la cohorte à l'occasion d'un début de prise en charge, et répété tous les 3, puis 6 mois (y compris après l'arrêt des soins, ou en période de pause). L'utilisation de l'ASI comme outil unique, quelle que soit l'addiction, facilite le repérage des similitudes et différences. ADDICTAQUI est l'une des seules cohortes aussi diversifiées et sur un temps aussi long ; la plupart des autres cohortes n'étudiant qu'1 ou 2 addictions, avec des outils qui, contrairement à l'ASI, ne facilitent pas les regroupements ni les comparaisons entre les addictions. Ayant fêté son 30^e anniversaire, ADDICTAQUI constitue une source de données très importante et, comme en témoignent les publications scientifiques auxquelles elle a servi de support, un outil exceptionnel pour mieux comprendre la phénoménologie de l'addiction et ses déterminants.

Encadré 2. ADDICTAQUI : une cohorte de recherche sur les addictions qui utilise l'addiction severity index.

"C'est trop limité"

Si les questions de l'ASI ne peuvent être modifiées, il est cependant possible de compléter l'entretien par des questions personnalisées. Les utilisateurs de l'ASI peuvent y associer tous les outils qui leur sembleront apporter un complément d'information ou préciser un domaine d'intérêt particulier.

Conclusion

Depuis sa création en 1979, l'ASI est devenu l'un des outils les plus utilisés au monde dans son domaine, répondant aussi bien aux besoins des équipes cliniques qu'aux exigences de la recherche. Il fournit une évaluation globale, synthétique et précise de l'addiction et des problèmes qui y sont associés. Il recueille des informations qui peuvent être comparées sur les plans descriptif, clinique et culturel. Il est efficace et efficient, compte tenu du rapport entre

le temps nécessaire au questionnaire, la quantité et la qualité des données recueillies. Il facilite la communication entre les différentes catégories de professionnels, ainsi que le dialogue avec les personnes concernées elles-mêmes.

Notre équipe Addiction du laboratoire de recherche SANPSY (CNRS UMR 6033, de l'université de Bordeaux), insérée au centre hospitalier Charles-Perrens, a été son 1^{er} utilisateur français à bénéficier d'évaluateurs formés directement par l'équipe des inventeurs de l'ASI (A.T. McLellan et C.P. O'Brien, université de Pennsylvanie, Philadelphie, États-Unis). Nous en assurons une diffusion la plus large possible, en proposant aux équipes qui le souhaitent l'ensemble des services nécessaires à son utilisation : l'outil, les manuels, les sessions de formation et le contrôle qualité. Le maintien de la collaboration avec nos collègues de Philadelphie ainsi qu'avec le réseau des utilisateurs de l'ASI participe au maintien de la qualité et à la communication internationale sur les addictions. ■

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques

1. Denis C 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.
2. Brisseau S et al. L'Addiction severity index. *Le Courrier des Addictions* 1999;1(5):200-3.
3. Alexandre JM et al. Échelles d'évaluation globale et par produit ou comportement. In: Lejoyeux M (éd.). *Les Addictions*. Paris: Elsevier Masson, 2023:433-43.
4. Auriacombe M et al. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction: une perspective simplifiée et opérationnelle. *Ann Med Psychol* 2018;176:746-9.
5. McLellan AT et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients – The addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 1980;168(1):26-33.
6. McLellan AT et al. New data from the addiction severity index – Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985;173(7):412-23.
7. McLellan AT et al. The addiction severity index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* 2006;15(2):113-24.
8. Martin C et al. Études descriptives de l'utilisation de l'addiction severity index en France. *Encephale* 1996;22(5):359-63.
9. HAS. Guide méthodologique – Études en vie réelle pour l'évaluation des médicaments et dispositifs médicaux. 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3274960/fr/guide-methodologique-etudes-en-vie-reelle-pour-l-evaluation-des-medicaments-et-dispositifs-medicaux
10. Denis C 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.
11. Grabot D et al. L'addiction severity index: un outil d'évaluation fiable et valide des comportements de dépendance. In: Leger JM (éd.). *Comptes rendus du congrès de psychiatrie et neurologie de langue française*, 1993:213-9.
12. Auriacombe M et al. Validity of the eating section for the modified addiction severity index. *Drug Alcohol Depend* 2015;156(1):e12.
13. Auriacombe M, Fatseas M. Approche transversale de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie: principes. In: Lejoyeux M (éd.). *Les Addictions*. Paris: Elsevier Masson, 2023:449-58.