

UNIVERSITÉ DE LILLE  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG  
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude sur le lien entre les addictions et dépression : une revue systématique  
de la littérature

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 2024 à 10h  
au pôle formation

par **CARFACHE Issam**

JURY

Président : **Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI**

Assesseurs : **Madame le Docteur Sabine BAYEN**

Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Lotfallah ZERHOUI**



## RESUME

**Introduction :** La dépression et l'addiction aux substances sont des maladies très répandues, elles constituent des problèmes de santé publique conséquents. Les médecins généralistes sont le premier rempart d'accès aux soins et ont une relation privilégiée avec les patients qui leur permet d'aborder ces problèmes de santé. Le lien entre certains troubles psychiatriques et l'addiction aux substances a été retrouvé.

Or qu'en est-il de la relation entre l'addiction aux substances et la dépression? L'objectif de ce travail est de réaliser une revue de la littérature afin d'étudier s'il existe un lien entre l'addiction aux substances et la dépression.

**Méthode :** Un total de 5 bases de données ont été étudiées en triple aveugle par trois investigateurs indépendants en utilisant les mots-clés suivants : « Depression », « Addiction », « Abuse », « Dependence », « tobacco », « cannabis », « Alcohol », « opioïds », « Family Medicine », « General Practice », « Family Practice », « Primary care ».

Cette revue est rédigée selon les recommandations de la grille PRISMA.

Un ensemble de 5 médecins ont été interrogés sur le sujet, ils ont pu de part leurs expériences donner leurs avis.

**Résultats :** 1055 articles ont été collectés et 2 articles ont finalement été sélectionnés pour analyse. Ces 2 articles soulignent qu'il existe un lien entre la consommation de tabac et les symptômes dépressifs.

**Discussion :** Nous ne pouvons conclure à un lien entre addictions aux substances et dépression. Des études rigoureuses doivent être menées de manière plus approfondie pour examiner un possible lien entre la dépression et l'addiction aux substances.

# Table des matières

Thèse pour le diplôme docteur en médecine .....	1
Résumé.....	3
Table des matières .....	4
Introduction .....	6
Matériel et méthode .....	9
Résultats.....	12
Description des articles .....	16
Discussion .....	18
Conclusion.....	23
Bibliographie .....	24



# **Etude de la relation entre la dépression et l'addiction à l'alcool, au tabac, au cannabis et aux opioïdes : une revue de la littérature**

## **Introduction**

La dépression représente l'une des maladies psychiatriques les plus répandues en France. Près d'une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie. (1)

Ce problème de santé mentale est associé à un fardeau considérable, avec un taux de suicide atteignant 5% parmi les personnes souffrant de dépression.

L'épisode dépressif caractérisé est défini de différentes manières.

Une de ses définitions est donnée par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-V). (Annexe 1).

Parallèlement, les conduites addictives aux substances psychoactives représentent un autre défi majeur pour la santé publique en France.

Les coûts financiers et sociaux associés à ces addictions sont énormes, avec des dépenses annuelles de 102 milliards d'euros pour l'alcool, 152 milliards pour le tabac et 7,7 milliards pour les drogues illicites. (2)

Les conséquences de la consommation excessive d'alcool sont mortelles avec environ 41 000 décès attribués à l'alcool en 2015, ce qui représente environ 7% de tous les décès de cette année-là. (3) De même, le tabac est responsable d'un décès sur neuf en France. (4)

La classification des conduites addictives est elle aussi définie par le DSM-V. (5)

Des recherches antérieures ont également mis en lumière le lien entre les addictions aux substances et d'autres troubles de santé mentale, notamment l'anxiété.

Des études ont montré que l'exposition à des épisodes de stress peut entraîner une augmentation de la consommation de substances telles que la cocaïne, l'alcool et le tabac. (6)(7)

Nous nous concentrons sur l'une des maladies psychiatriques les plus fréquentes, la dépression et une cause de mortalité à forte prévalence : l'addiction aux substances. La présence d'une de ces deux maladies est-elle prédisposante à la survenue ou à l'évolution de la seconde ?

Devant les données précédemment énoncées nous souhaitons trouver des éléments pour améliorer la prise en charge de la dépression et de l'addiction aux substances.

La médecine de ville étant le premier rempart d'accès aux soins et de prévention pour les patients, nous avons décidé d'examiner la relation entre l'addiction aux substances psychoactives et la dépression en soins premier. (8)

Nous émettons l'hypothèse qu'il existe un lien entre la dépression et l'addiction aux substances psychoactives. Notre objectif principal est d'explorer la littérature scientifique pour répondre à la question suivante : existe-t-il un lien entre la dépression et l'addiction aux substances ?



## **Matériel et Méthode**

Cette étude est une revue descriptive de la littérature suivant les recommandations internationales PRISMA. (Annexe 5)

### **Collecte et sélection des articles**

La collecte et la sélection des articles ont été effectuées par trois opérateurs indépendants.

Les bases de données interrogées étaient : PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, PSYCINFO, SCIENCES DIRECT et la REVUE EXERCER.

Les mots-clés de recherche MeSH utilisés étaient les suivants : « Depression », « Addiction », « Abuse », « Dependence », « tobacco », « cannabis », « Alcohol », « opioïds », « Family Medicine », « General Practice », « Family Practice », « Primary care ».

Différentes équations de recherche ont été rédigées selon la base de données interrogée (Annexe 2).

Les critères d'inclusion des articles étaient : essai clinique, publié entre le 1er janvier 2018 et le 7 janvier 2024, en langue française, anglaise ou allemande portant sur une population humaine d'âge supérieur ou égal à 18 ans.

Les revues de la littérature, les méta-analyses, les thèses, les mémoires et les études de cas étaient exclues. Les articles collectés ont été soumis à une sélection en 3 étapes. Dans un premier temps, les articles ont été sélectionnés sur titre puis sélectionnés sur lecture de leur résumé. Et dans un dernier temps, lus en intégralité pour être exclus ou inclus selon les critères décrits ci-dessus.

L'ensemble des étapes de sélection des données a été réalisé en aveugle par trois auteurs. En cas de discordance lors de la levée de l'aveugle, une discussion entre les trois opérateurs était engagée jusqu'à obtention d'un consensus.

### **Analyse et extraction des données :**

Les données de tous les articles sélectionnés ont été extraites et reportées dans un tableau reprenant la procédure PICOS : le titre, la date de parution, les auteurs, la description des participants, le critère diagnostique de la dépression, le mode d'évaluation de la consommation des drogues, le critère de jugement principal et sa méthode de mesure, les résultats principaux, les limites de l'étude, et finalement le niveau de preuve.

### **Détermination du niveau de preuve :**

La qualité des études a été évaluée selon deux indicateurs.

Le premier est l'impact factor, qui permet d'estimer la visibilité d'une revue scientifique en se basant sur le nombre moyen de citations des articles qu'elle publie sur une période de deux ans.

Le deuxième indicateur est le score de validité interne de Downs and Black, qui évalue l'ensemble des critères méthodologiques des études à l'aide de 27 items. Le détail des scores de validité interne de Downs and Black des articles est présenté dans l'Annexe 4.

Ensuite nous avons interrogé un groupe de 5 médecins généralistes dans le cadre d'un focus groupe pour discuter les résultats de cette étude.



## RESULTATS

### Collecte et sélection des articles

Les recherches ont abouti à l'identification de 1055 articles au total.

Après l'exclusion des 115 doublons(/triplons), il restait 940 articles dont 2 ont été sélectionnés à la fin d'un processus décrit par le diagramme de flux suivant.

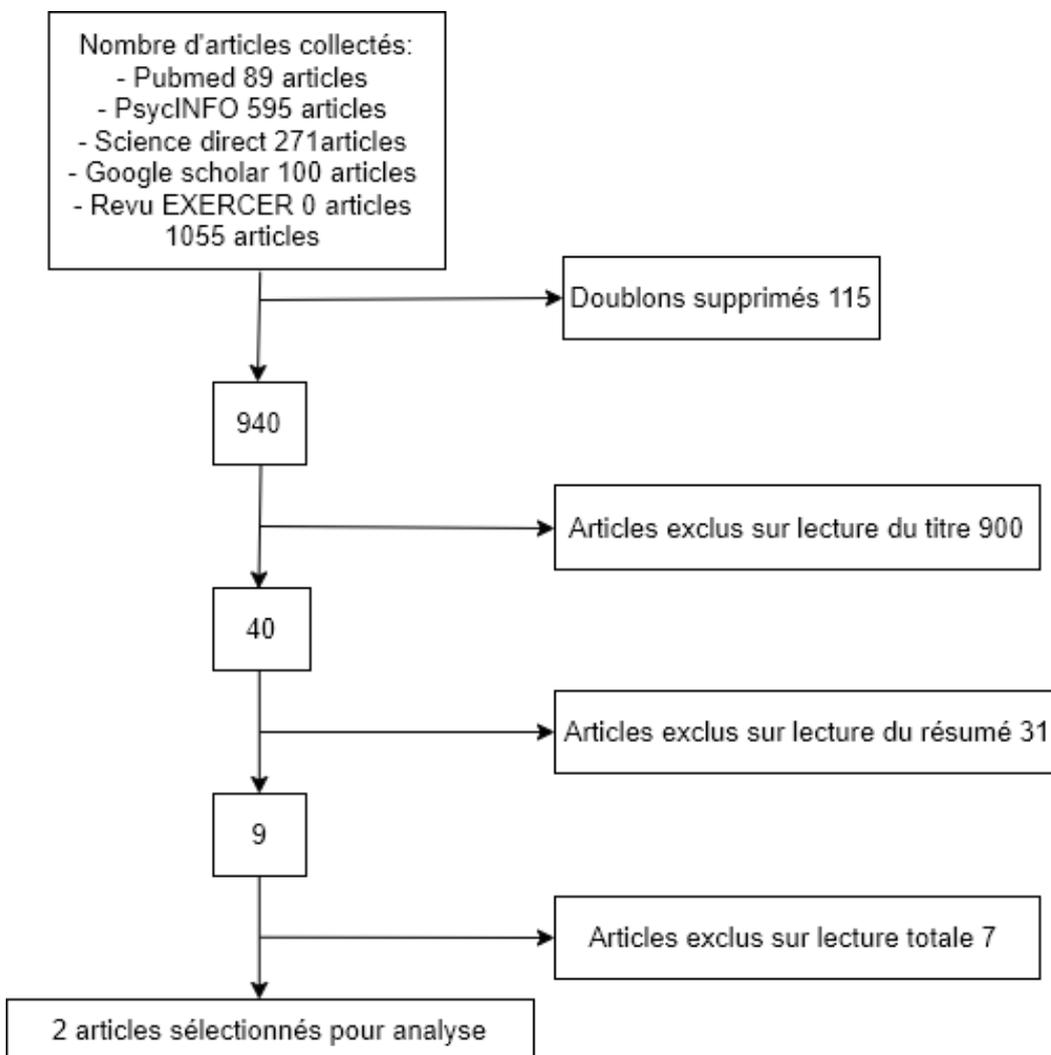


Diagramme de flux

## **Description des études**

Les informations importantes extraites des articles sélectionnés sont organisées dans des tableaux de synthèse des données.

Les articles sélectionnés ont été faits aux États-Unis l'une en 2019 et l'autre en 2023.

La population étudiée du premier article (RL1) est constituée d'un échantillon de la population de Rhode Island et ses alentours s'intéressant à la consommation d'alcool, de tabac et des symptômes dépressifs. La seconde étude est constituée d'un échantillon de la population de Washington qui s'intéresse à la consommation d'alcool et de la dépression.

Les outils d'évaluation de la dépression ainsi que de la consommation de substances des 2 articles étaient différents. Pour le premier article l'outil d'évaluation des symptômes dépressifs est le CES-D tandis que pour la seconde le PHQ-2 a été utilisé. L'étude à Rhode Island est une étude contrôlée randomisée de la naltrexone.

L'échantillon comprenait 150 gros buveurs et fumeurs qui ont été traités par naltrexone pendant 10 semaines (75 sujets), ainsi que par patch transdermique de nicotine pendant 6 semaines et ont bénéficié de 6 séances de conseils portant sur la consommation excessive d'alcool et de tabac. Ils ont été suivis pendant une période de 26 semaines après arrêt de la consommation de tabac.

Une évaluation de la consommation de tabac, d'alcool et les symptômes dépressifs a été faite à la semaine 2, 8, 16 et 26.

L'évaluation de la consommation de tabac était par auto-déclaration (réévaluée par analyse de monoxyde de carbone pour les sujets déclarant l'abstinence), l'évaluation de la consommation d'alcool était mesurée par The Timeline Follow Back (TLFB) qui

*CARFACHE Issam*

est un entretien assisté et les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide de l'échelle CES-D. Ces différentes évaluations se sont faites plusieurs fois durant les 26 semaines de suivi : à la semaine 2,8,16 et 26.

L'hypothèse principale de cette étude était qu'il existait une relation linéaire entre la réduction de la consommation de l'alcool et du tabac et la baisse des symptômes dépressifs.

La modélisation multi-niveaux MLM a été utilisée pour examiner cette possible association.

Les résultats ont montré que l'abstinence tabagique était associée significativement à des symptômes dépressifs inférieurs par rapport à une réduction de 50% ou plus de la consommation de tabac.

L'analyse exploratoire modélisant le continuum de réduction du tabagisme après la date d'arrêt a révélé un effet significatif de la réduction du tabagisme sur les symptômes dépressifs. Cependant aucun lien significatif n'a été retrouvé entre l'abstinence ou la baisse de la consommation d'alcool et une baisse des symptômes dépressifs.

L'étude à Washington (RL2) est une cohorte rétrospective avec extraction des données de centres médicaux durant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 31 octobre 2020. 198 355 sujets ont été inclus. L'évaluation de l'addiction à l'alcool s'est faite grâce au questionnaire AUDIT-C et celle des symptômes dépressifs par le PHQ-2.

Le critère de jugement principal pour la première étude est un changement des symptômes dépressifs lorsqu'il y a une modification de consommation d'alcool.

L'évolution de la consommation d'alcool s'est faite grâce au questionnaire AUDIT-C à un temps T1 et T2, chacune stratifiée en 5 groupes ce qui donne finalement 25 sous-groupes qui déterminent les différentes évolutions de consommation possible.

*CARFACHE Issam*

L'évolution des symptômes dépressifs s'est faite grâce au PHQ-2 qui détermine 2 catégories : entre 0 et 2 : faible probabilité de trouble dépressif et de 3 à 6, forte probabilité de troubles dépressifs. Le PHQ-2 a été fait au même moment que l'AUDIT-C aux temps T1 et T2.

L'étude montre qu'il y a eu une augmentation significative de la prévalence des symptômes dépressifs pour les sous-groupes présentant une augmentation du niveau de consommation d'alcool.

De même une relation significative a été observée pour les sous-groupes ayant une diminution du niveau de consommation d'alcool avec une diminution de la prévalence des tests de dépistage positifs de la dépression.

Ces relations ont été significatives pour tous les sous-groupes, sauf pour les sous-groupes passant de l'absence de consommation à une consommation non malsaine et pour les sous-groupes passant de consommation malsaine à haut risque à très haut risque.

**DESCRIPTION DES ARTICLES**

Effects of time-varying changes in tobacco and alcohol use on depressive symptoms following pharmaco-behavioral treatment for smoking and heavy drinking William V. Lechnera,b,* , Natasha K. Sidhua , Patricia A. Cioeb , Christopher W. Kahlerb						
RL1	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
	<p>150 adultes gros fumeurs</p> <p>Age moyen 42.11 ans</p> <p>58.1% homme</p> <p>75.3 sont blanc non hispanique</p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Pendant 26 semaines</p> <p>Après arrêt consommation tabac.</p> <p>Dans la providence de Rhode Island (USA) et ses alentours</p> <p><b>Protocole</b></p> <p>Traiter la moitié de l'échantillon par naltrexone , + patch transdermique avec des séances de conseils sur utilisation de substances</p> <p>Evaluer les symptômes dépressifs en fonction de l'évolution de la consommation d'alcool et de tabac (séparée en 3 catégories).</p>	<p>Changements dans la consommation de tabac et d'alcool avec les symptômes dépressifs lors d'évaluations simultanées par modélisation multi-niveaux MLM.</p> <p>Hypothèse principale : Relation linéaire entre la réduction de la consommation de substance et les symptômes dépressifs.</p>	<p>L'abstinence tabagique est associée à des symptômes dépressifs significativement plus faibles par rapport à la poursuite du tabagisme, quel que soit le niveau.</p> <p>Modélisation d'un continuum entre la réduction du tabac et les symptômes dépressifs.</p> <p>Les modifications de consommation d'alcool n'avaient pas d'impact significatif sur les symptômes dépressifs.</p> <p>Pas de modulation de continuum entre consommation d'alcool et symptômes dépressifs</p>	<p>Limites : Etude limitée aux gros buveurs cherchant à arrêter de fumer</p> <p>Exclusion des personnes souffrant de troubles dépressifs majeurs</p> <p>Population principalement blanche non hispanique</p> <p>Sens de la relation non connu</p>	<p>Niveau de preuve HAS : 2</p> <p>Impact factor : 4.2</p> <p>Downs and black : 19/27</p>

<p><b>Changes in alcohol consumption reported on routine healthcare screenings are associated with changes in depression symptoms</b>                      Kevin A Hallgren, Helen E Jack, Malia Oliver, Douglas Berger, Jennifer F Bobb, Daniel R Kivlahan, Katharine A Bradley</p>						
RL2	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
	<p>198 335 patients inclus</p> <p>61.9% de Femmes</p> <p>Groupe âge le plus important : 45-64 ans</p> <p>Majorité de type blanc</p>	<p>Cohorte rétrospective</p> <p>Durée : du 1 er octobre 2016 au 31 octobre 2020</p> <p>Sur base de dossiers de santé électronique et la base de données Kaiser Permanance de Washington (30 cabinets)</p> <p>Protocole : Evaluation de l'évolution des résultats des tests de dépistages de la consommation d'alcool par AUDIT-C et des tests de dépistage à la dépression PQH-2 (fait le même jour) 2 fois avec un intervalle de 11 à 24 mois.</p>	<p>Evaluation de la consommation d'alcool par AUDIT-C, population classée en 5 catégories à un instant T1 et T2 (les 2 évaluations faite avec 11 et 24 mois d'intervalle le même jour que le PHQ-2)</p> <p>-De syndrome dépressif par PHQ-2 à 2 instants : même jours que les AUDIT-C.</p> <p>Les résultats PHQ-2 sont classés en 2 groupes (« positif » : forte probabilité de troubles dépressifs [3-6] et « négatif » faible probabilité [0-2])</p> <p>Evaluation des changements de sous-groupe AUDIT-C en fonction des résultats des test PHQ-2 grâce au RR et aux test de MAC Nemar</p>	<p>Les changements des scores AUDIT-C sont généralement associés à des changements de prévalence des tests positifs.</p> <p>Une augmentation du score AUDIT-C avaient une tendance à présenter une augmentation aux tests de dépistage positifs de la dépression. (RR allant de 0.95 à 2.00)</p> <p>↓ scores AUDIT-C avaient tendance à ↓ prévalence des tests de dépistage positifs de la dépression. (RR allant de 0.52 à 1.01)</p> <p>Peu ou pas de changement scores AUDIT-C → peu ou pas de changement prévalence des tests de dépistage positifs de la dépression.</p>	<p><b>Forces</b></p> <p>Les mesures AUDIT-C et PHQ-2 sont susceptibles de fonctionner dans des conditions réelles dans le cadre de soins de routine.</p> <p>Les mesures sont brèves, validés et pratiques pour une utilisation en soins de routine.</p> <p>Echantillon de grande taille : ↓ biais d'échantillonnage</p> <p>Modèle statistique intra-groupe permet à chaque patient de servir de comparaison : ↑ puissance, ↓ influence des variables de confusion</p> <p><b>Limites</b></p> <p>Pas de mesures et de contrôle sur les facteurs de l'auto-évaluation</p> <p>Pas de différenciation sur la gravité de la dépression par le PHQ-2</p> <p>Pas d'identification du sens de la relation causale</p> <p>Population similaire à celle de Washington, populations marginales non sélectionnées</p>	<p>Niveau de preuve</p> <p>HAS : 4</p> <p>Downs and black : 18 /27</p>

## DISCUSSION

### Principaux résultats :

Cette revue a permis de sélectionner et d'analyser 2 articles : l'un traitant de la relation entre la dépression et la consommation d'alcool et de tabac et l'autre uniquement la consommation d'alcool pour le second.

Voici un tableau résumant les résultats des 2 articles.

<p><b>Effects of time-varying changes in tobacco and alcohol use on depressive symptoms following pharmaco-behavioral treatment for smoking and heavy drinking</b></p> <p>William V. Lechnera,b,* , Natasha K. Sidhua , Patricia A. Cioeb , Christopher W. Kahlerb</p>	<p>L'abstinence tabagique est associée à des symptômes dépressifs significativement plus faibles par rapport à la poursuite du tabagisme, quel que soit le niveau.</p> <p>Modélisation d'un continuum entre la réduction du tabac et les symptômes dépressifs.</p> <p>Les modifications consommation alcool n'avaient pas d'impact significatif sur les symptômes dépressifs.</p> <p>Pas de modélisation de continuum entre consommation d'alcool et symptômes dépressifs</p>
<p><b>Changes in alcohol consumption reported on routine healthcare screenings are associated with changes in depression symptoms</b></p> <p>Kevin A Hallgren , Helen E Jack , Malia Oliver , Douglas Berger , Jennifer F Bobb , Daniel R Kivlahan , Katharine A Bradley</p>	<p>Les changements des scores AUDIT-C sont généralement associés à des changements de prévalence des tests positifs au PHQ-2.</p> <p>Une aggravation des scores AUDIT-C avait une tendance à présenter une aggravation aux tests de dépistage positifs de la dépression. (RR allant de 0.95 à 2.00)</p> <p>↓scores AUDIT-C avaient tendance à ↓ prévalence des tests de dépistage positifs de la dépression. (RR allant de 0.52 à 1.01)</p> <p>Peu ou pas de changement des scores AUDIT-C → peu ou pas de changement prévalence des tests de dépistage positifs de la dépression.</p>

La première étude est une étude randomisée contrôlée avec une sélection de population qui se limite au gros buveurs et fumeurs qui souhaitent baisser leurs consommations de tabac sans nécessairement vouloir un traitement pour réduire leur consommation d'alcool suivi pendant 26 semaines.

Il s'agit d'une étude interventionnelle qui recherche une relation linéaire entre la consommation d'alcool, de tabac et les syndromes dépressifs.

Elle retrouve un lien et surtout un continuum entre la réduction de la consommation de tabac et la baisse des syndromes dépressifs mais pas de relation significative retrouvée ni de continuum entre la consommation d'alcool et syndromes dépressifs. Le lien non retrouvé entre la consommation d'alcool et la dépression peut être expliqué par le fait que les patients sélectionnés ne souhaitent pas un traitement pour diminuer leur consommation.

La population étudiée est principalement blanche non hispanique.

Cette sélection élimine une grosse partie de la population en effet elle élimine les sujets ayant une consommation à une seule substance. De plus cette étude exclue les patients souffrants de troubles dépressifs majeurs, ce qui peut avoir atténué les effets observés.

L'étude de l'évolution des troubles dépressifs majeurs en fonction de l'évolution de la consommation aurait un réel intérêt pour étudier le lien entre la dépression et les addictions aux substances.

La sélection de gros buveurs fumeurs ainsi que l'exclusion des troubles dépressifs majeurs au recrutement représentent des biais de sélections considérables.

L'évaluation de la consommation d'alcool, de tabac et de syndromes dépressifs s'est faite à l'aide d'auto-questionnaire.

La consommation de substances étant tabou, les sujets ayant eu un traitement pour leur consommation ont pu, par crainte de jugement, répondre aux questionnaires de manière non totalement correcte, ce qui a pu biaiser les résultats. Cela représente un biais d'auto-évaluation.

Cette étude a un niveau de preuve 2 cependant elle est critiquable.

Une durée d'étude plus longue ainsi qu'un recrutement d'une population plus diverse en termes de consommation d'alcool, de tabac et de gravité de troubles dépressifs serait intéressant et pourrait montrer un lien entre syndrome dépressif et consommation d'alcool comme la seconde étude.

La seconde étude est une cohorte rétrospective non interventionnelle qui se base sur les résultats des questionnaires extraits de dossiers de santé électronique.

Elle a permis l'inclusion d'un grand nombre de sujets : 198 335 patients.

Cette étude recherche s'il y a un lien entre la modification de la consommation d'alcool dépistée par AUDIT-C et les syndromes dépressifs par questionnaire PHQ-2 par 2 évaluations entre 11 et 24 mois d'intervalle.

Elle inclut les patients faisant partie de la base de données ayant une assurance de santé ce qui exclut les patients plus marginaux représentant un biais de sélection majeur.

Comme la première étude des auto-questionnaires de dépistage ont été utilisés ce qui représente un biais d'auto-évaluation et de sous-évaluation, de plus le PHQ-2 ne permet pas d'évaluer la gravité des syndromes dépressifs.

Ces deux études se basent sur des évaluations de dépistages et pas sur les diagnostics d'addictions et de dépression.

Pour ces deux études il n'a pas d'identification du sens de la relation causale entre les

syndromes dépressifs et la consommation d'alcool et de tabac.

Deux méta analyses ont été retrouvées dans laquelle se fait l'étude de la relation entre addiction à une substance et dépression :

- Alcohol and depression (Joseph M. Boden & David M. Fergusson) (9)
- Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis (Gemma Taylor doctoral researcher , Ann McNeill professor of tobacco addiction , Alan Girling reader in medical statistics , Amanda Farley lecturer in epidemiology , Nicola Lindson-Hawley research fellow , Paul Aveyard professor of behavioural medicine). (10)

Tout comme notre première étude (RL1) cette première méta analyse retrouve 10 études qui concluent à une amélioration des symptômes dépressifs à l'arrêt du tabac sur moyen à long terme.

La seconde Méta analyse qui regroupe 15 études épidémiologiques longitudinales ou transversales retrouve un lien entre les troubles liés à la consommation de l'alcool et la dépression majeur.

Ce résultat est en concordance avec la seconde étude (RL2) retrouvant un lien entre la dépression et la consommation d'alcool cependant elle ne contredit pas les résultats de la première étude. En effet dans la première étude (RL1) les troubles dépressifs majeurs avaient été exclus.

Les études de cette revue retrouvent un lien entre la consommation de tabac et symptômes dépressifs mais elles présentent des limites soulignées précédemment. Ce qui ne nous permet pas de conclure sur le lien entre l'addiction aux substances et la dépression.

Un groupe de 5 médecins ont été interrogé sur les résultats de cette étude.

Les synthèses de leurs commentaires est qu'ils sont tous en accord : il existe un lien fréquent entre l'addiction aux substances et la dépression de manière bilatérale.

*CARFACHE Issam*

Ce qui les amènent souvent à majorer les traitements antidépresseurs et à faire appel aux psychiatres et addictologues.

Le patient dépressif essaye d'oublier la réalité en cherchant un état d'amnésie quitte à se rendre addicte, certains médecins ont souligné que certaines drogues étaient plus utilisées : l'alcool et le cannabis.

Et des patients addicts qui du fait de leurs addictions, de leurs dépendances n'arrivent pas à s'en libérer entrent en dépression.

Ainsi un cercle vicieux s'installerait.

## CONCLUSION

Les études sélectionnées mettent un lien entre la consommation de tabac et symptômes dépressifs cependant elles présentent des limites. Elles ne nous permettent pas de conclure sur un éventuel lien entre addictions aux substances et la dépression.

Les études incluses sont peu nombreuses et peu qualitatives, ne permettant pas l'analyse approfondie de l'objectif. Le nombre de drogue étudiée est faible, de plus les études sont centrées sur des dépistages, ce qui ne nous permet pas de conclure clairement sur le lien entre l'addiction aux substances et la dépression.

Les médecins du focus group soulignent que de leurs expériences, ils retrouvent un lien bilatéral entre l'addiction à certaines substances et la dépression.

Le nombre limité ainsi que la qualité moyenne des études incitent à réaliser davantage d'études en médecine de ville afin de confirmer la relation entre l'addiction et la dépression ainsi que le sens de la relation pour une prise en charge précoce de ces problèmes de santé majeurs.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1.

Zullino D, Krenz S, Besson J, Borgeat F. Anxiété, addictions, stress : mécanismes communs. *Med Hyg.* 25 sept 2002;2406:1727-9.

2.

[https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183598/document\\_file/21949\\_8787-d3422.pdf](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183598/document_file/21949_8787-d3422.pdf) - Recherche Google [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F183598%2Fdocument\\_file%2F21949\\_8787-d3422.pdf&sca\\_esv=5482522f8e04891b&sxsrf=ACQVn0\\_yXiNMJntCypkNENisPBgrD9470A%3A1710930054122&ei=hrj6Zc-KB4r8kdUPyumjeA&ved=0ahUKEwjP5fGQz4KFAxUKfqQEHcr0CA8Q4dUDCB A&uact=5&oq=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F183598%2Fdocument\\_file%2F21949\\_8787-d3422.pdf&gs\\_lp=Egxnnd3Mtd2l6LXNlcnAiXWh0dHBzOi8vd3d3LnNhbnRlcHVibGlxdWVmcmFuY2UuZnIvY29udGVudC9kb3dubG9hZC8xODM1OTgvZG9jdW11bnRfZmlsZS8yMTk0OV84Nzg3LWQzNDIyLnBkZkgAUABYAHAAeACQAQCYAQCgAQCqAQC4AQPIAQD4AQGYAgCgAgCYAwCSBwCgBwA&sclient=gws-wiz-serp](https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F183598%2Fdocument_file%2F21949_8787-d3422.pdf&sca_esv=5482522f8e04891b&sxsrf=ACQVn0_yXiNMJntCypkNENisPBgrD9470A%3A1710930054122&ei=hrj6Zc-KB4r8kdUPyumjeA&ved=0ahUKEwjP5fGQz4KFAxUKfqQEHcr0CA8Q4dUDCB A&uact=5&oq=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F183598%2Fdocument_file%2F21949_8787-d3422.pdf&gs_lp=Egxnnd3Mtd2l6LXNlcnAiXWh0dHBzOi8vd3d3LnNhbnRlcHVibGlxdWVmcmFuY2UuZnIvY29udGVudC9kb3dubG9hZC8xODM1OTgvZG9jdW11bnRfZmlsZS8yMTk0OV84Nzg3LWQzNDIyLnBkZkgAUABYAHAAeACQAQCYAQCgAQCqAQC4AQPIAQD4AQGYAgCgAgCYAwCSBwCgBwA&sclient=gws-wiz-serp)

3.

Palle C. Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences. 2000;

4.

OFDT [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/methode/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en->

5.

Isabelle LP. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool.

6.

Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology (Berl)*. déc 2001;158(4):343-59.

7.

Goeders NE. Stress and cocaine addiction. *J Pharmacol Exp Ther*. juin 2002;301(3):785-9.

8.

Tout savoir sur la dépression [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Statistiques et chiffres de

la dépression en France et dans le monde. Disponible sur: <https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/>

9.

Alcool et dépression - Boden - 2011 - Addiction - Wiley Online Library [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>

10.

Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 13 févr 2014;348:g1151.

## ANNEXE 1 DEFINITION DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE PAR LE DSM-V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.  
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.  
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

## ANNEXE 2 EQUATIONS DE RECHERCHES

### PUBMED

(Depression) AND ((Addiction) OR (Abuse) OR (Dependence) OR (tobacco) OR (cannabis) OR (Alcohol) OR (opioids)) AND ((Family Medicine) OR (General Practice) OR (Family Practice) OR (Primary care))

Filtres limitation temps 2018-2023, essai clinique , articles anglais, français et allemands

### SCIENCEDIRECT

(Depression) AND (Addiction) AND (("Family Medicine") OR ("General Practice") OR ("Family Practice") OR ("Primary care"))

Filtres limitation temps 2018-2023, essai clinique , articles anglais, français et allemands

### PSYCHINFO

(Depression) AND (Addiction) AND ((Family Medicine) OR (General Practice) OR (Family Practice) OR (Primary care))

Filtres limitation temps 2018-2023, articles family practice

### EXERCER

(Depression) AND ((Addiction) OR (Abuse) OR (Dependence) OR (tobacco) OR (cannabis) OR (Alcohol) OR (opioids)) AND ((Family Medicine) OR (General Practice) OR (Family Practice) OR (Primary care))

### GOOGLE SCHOLAR

("Depression ") AND (" Addiction ") AND (("Family Medicine") OR ("General Practice") OR ("Family Practice") OR ("Primary care"))

### ANNEXE 3 TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL SELON DSM-V

Le trouble de l'usage de l'alcool (recouvrant les catégories antérieures d'abus et de dépendance) est défini selon la version 5 du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) sur la base des 11 critères suivants et la présence d'au moins 2 d'entre eux au cours d'une période de 12 mois :

1. La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu ;
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance ;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets ;
4. Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (*craving*) ;
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
  - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - syndrome de sevrage caractérisé à la substance,
  - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Un nombre seuil de 2 critères au moins est nécessaire pour parler de TUA avec la stratification des TUA suivante :

- léger (2-3 symptômes) ;
- modéré (4-5) ;
- sévère (6 ou plus) étant considéré comme une addiction certaine ;
- la dépendance correspondant peu ou prou à au moins 4 critères ou plus.

**ANNEXE 4 – Check liste de Black et Downs traduite en français**

	Oui	Non
Check liste pour mesurer la qualité de l'étude		
1/ L'hypothèse / l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		
2/ Les principaux résultats à évaluer sont-ils clairement décrits dans l'introduction ou la méthode ? <i>si les principaux résultats sont évoqués pour la première fois dans la section résultats, la réponse devrait être non.</i>		
3/ Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-ils clairement décrits ? <i>Dans les études de cohorte ou les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion devraient être donnés. dans les études cas témoins, la définition du cas et la source des contrôles devraient être données</i>		
4/ L'intervention d'intérêt est-elle clairement décrite ? <i>Les traitements et le placebo (le cas échéant) à comparer doivent être clairement décrits</i>		
5/ Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe à comparer sont-ils décrits clairement ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie</i>		
6/ Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? <i>Des données de résultats simples (dénominateurs et numérateurs compris) doivent être rapportées pour toutes les principales constatations afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et conclusions. Cette question ne couvre pas les tests statistiques considérés ci-dessous.</i>		
7/ L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats? <i>Dans les données non normalement distribuées, l'intervalle interquartile des résultats doit être indiqué. Dans les données normalement distribuées, l'erreur-type, l'écart-type ou les intervalles de confiance doivent être signalés. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et que la question devrait recevoir une réponse positive.</i>		
8/ Tous les événements indésirables importants pouvant être une conséquence de l'intervention ont-ils été signalés ? <i>Il faut répondre oui à cette question, s'il n'y a pas de perdus de vue ou si les perdus de vue sont si faibles que leur inclusion ne modifie pas les résultats. Il convient de répondre non à cette question lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.</i>		



<p><b>9/ Les caractéristiques des patients perdus de vue sont-ils décrits ?</b>  <i>Il faut répondre oui à cette question, s'il n'y a pas de perdus de vue ou si les perdus de vue sont si faibles que leur inclusion ne modifie pas les résultats. Il convient de répondre non à cette question lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.</i></p>		
<p><b>10/ Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été rapportées (par exemple 0.035 plutôt que &lt; 0.05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de la probabilité est inférieure à 0,001?</b></p>		
<p>VALIDITE EXTERNE (tous les critères suivants tentent de répondre à la représentativité des résultats de l'étude et de déterminer s'ils peuvent être généralisés à la population à partir de laquelle les sous-thèmes de l'étude ont été tirés)</p>		
<p><b>11/ Les sujets ont-ils été invités à participer à l'étude représentative de l'ensemble de la population auprès de laquelle ils ont été recrutés ?</b>  <i>L'étude doit identifier la population source pour les patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils comprenaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire.</i>  <i>L'échantillonnage aléatoire n'est possible que lorsqu'une liste de tous les membres de la population concernée existe. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source à partir de laquelle les patients sont dérivés, la question doit être considérée comme incapable de déterminer.</i></p>		
<p><b>12/ Est-ce que ces sujets qui étaient prêts à participer représentaient l'ensemble de la population dont ils étaient recrutés ?</b>  <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté devrait être indiquée. La validation de la représentativité de l'échantillon impliquerait de démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion était la même dans l'échantillon étudié et dans la population source.</i></p>		
<p><b>13/ Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement reçu par la majorité des patients ?</b>  <i>Pour que la question reçoive une réponse oui, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. Il faudrait répondre non à la question si, par exemple, l'intervention avait été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que fréquenterait la majeure partie de la population source.</i></p>		
<p>VALIDITE INTERNE ET BIAIS</p>		
<p><b>14/ A-t-on tenté de rendre aveugles des sujets d'étude à l'intervention qu'ils ont reçue?</b>  <i>Pour les études où les patients n'auraient aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i></p>		
<p><b>15/ Une tentative a-t-elle été faite pour aveugler ceux qui mesurent les principaux résultats des interventions ?</b></p>		

<p>16/ si l'un des résultats de l'étude était basé sur un "dragage de données", cela était-il clair?  <i>Toute analyse qui n'a pas été prévue au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe non planifiée rétrospective n'a été rapportée, alors répondez oui.</i></p>		
<p>17/ Dans les essais et les études de cohorte, l'analyse est-elle adaptée aux différentes durées de suivi des patients ou, dans les études cas-témoins, le délai entre l'intervention et le résultat est-il le même pour les cas et les témoins?  <i>Si le suivi était le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si différentes longueurs de suivi ont été ajustées, par exemple, par analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent recevoir une réponse non.</i></p>		
<p>18/ Les tests statistiques utilisés pour accéder aux principaux résultats étaient-ils appropriés ?  <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être adaptées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'ya pas de preuve de partialité, il faut répondre par oui à la question. Si la distribution des données (normales ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et que la question devrait recevoir une réponse positive.</i></p>		
<p>19/ Le respect de l'intervention était-il fiable?  <i>En cas de non-respect du traitement accordé ou en cas de contamination d'un groupe, il convient de répondre à la question non. Pour les études où l'effet de toute association à la nul, la question devrait recevoir une réponse oui.</i></p>		
<p>20/ Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables)?  <i>Pour les études où les mesures de résultats sont clairement décrites, la réponse à la question doit être oui. Pour les études qui se réfèrent à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures de résultats sont exactes, la réponse devrait être oui</i></p>		
<p><b>VALIDITE INTERNE - CONFUSION</b></p>		
<p>21/ Les patients étaient-ils dans différents groupes d'intervention (essais et études de cohorte) ou les cas et les contrôles (études cas-témoins) étaient-ils issus de la même population?  <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. Il faut répondre impossible à déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins où il n'existe aucune information sur la source des patients inclus dans l'étude.</i></p>		

<p>22/ Les sujets de l'étude étaient-ils dans différents groupes d'intervention (essais et études de cohorte) ou les cas et les contrôles (études cas-témoins) ont-ils été recrutés sur la même période?  <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, la question doit être considérée comme incapable de déterminer</i></p>		
<p>23/ Les sujets d'étude ont-ils été randomisés en groupes d'intervention?  <i>Les études indiquant que les sujets ont été randomisés doivent recevoir une réponse positive, sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une répartition aléatoire. Par exemple, une autre affectation donnerait une note nulle car elle est prévisible.</i></p>		
<p>24/ L'assignation d'intervention randomisée a-t-elle été dissimulée aux patients et au personnel de santé jusqu'à ce que le recrutement soit complet et irrévocable? <i>Toutes les études non randomisées doivent recevoir une réponse négative. Si l'affectation était dissimulée aux patients mais pas au personnel, la réponse devrait être non.</i></p>		
<p>25/ Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour la confusion dans les analyses à partir desquelles les principales conclusions ont été tirées?  <i>Il faut répondre non à cette question pour des essais: les principales conclusions de l'étude reposent sur des analyses de traitement plutôt que sur l'intention de traiter; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'a pas été décrite; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'a pas été prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais que l'ajustement n'a pas été effectué dans les analyses finales, la question devrait être répondue par la négative.</i></p>		
<p>26/ Les pertes de patients à suivre ont-elles été prises en compte?  <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas indiqué, la question doit être considérée comme incapable de déterminer. Si la proportion de perdus de vue était trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i></p>		
<p><b>PUISSANCE</b></p>		
<p>27/ L'étude a-t-elle eu suffisamment de puissance pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité d'une différence était due à un hasard inférieur à 5%? la taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et y%</p>		

|

### ANNEXE 5 CRITERES PRISMA

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
<b>ABSTRACT</b>			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>RESULTS</b>			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
<b>DISCUSSION</b>			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
<b>OTHER INFORMATION</b>			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

**ANNEXE 6 Tableau d'extraction des données**

Titre/ auteurs	
Caractéristiques de la population (patients inclus ratio H/F âge)	
Caractéristiques étude (type études période protocole étude)	
Critère de jugement (outils utilisés/hypothèse principale)	
Forces et limites de l'étude	
Niveau de preuve (Niveau de preuve HAS/ impact factor /Downs and black)	



**AUTEUR(E) : Nom : CARFACHE**

**Prénom :Issam**

**Date de soutenance : 13/06/24**

**Titre de la thèse :**

**Étude sur le lien entre les addictions et dépression : une revue systématique de la littérature**

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** *médecine générale*

**DES + FST/option :** *médecine générale*

**Mots-clés :** « addictions », « dépression », « médecine générale »

**Résumé :**

**Introduction :** La dépression et l'addiction aux substances sont des maladies très répandues, elles constituent des problèmes de santé publique conséquents.

Les médecins généralistes sont le premier rempart d'accès aux soins et ont une relation privilégiée avec les patients qui leur permet d'aborder ces problèmes de santé. Le lien entre certains troubles psychiatriques et l'addiction aux substances a été retrouvé.

Or qu'en est-il de la relation entre l'addiction aux substances et la dépression?

L'objectif de ce travail est de réaliser une revue de la littérature afin d'étudier s'il existe un lien entre l'addiction aux substances et la dépression.

**Méthode :** Un total de 5 bases de données ont été étudiées en triple aveugle par trois investigateurs indépendants en utilisant les mots-clés suivants : : « Depression », « Addiction », « Abuse », « Dependence », « tobacco », « cannabis », « Alcohol » ,« opioïds » ,« Family Medicine » ,« General Practice » ,« Family Practice » ,« Primary care ».

Cette revue est rédigée selon les recommandations de la grille PRISMA.

Un ensemble de 5 médecins ont été interrogés sur le sujet, ils ont pu de part leurs expériences donner leurs avis.

**Résultats :** 1055 articles ont été collectés et 2 articles ont finalement été sélectionnés pour analyse. Ces 2 articles soulignent qu'il existe un lien entre la consommation de tabac et les symptômes dépressifs.

**Discussion :** Nous ne pouvons conclure à un lien entre addictions aux substances et dépression. Des études rigoureuses doivent être menées de manière plus approfondie pour examiner un possible lien entre la dépression et l'addiction aux substances.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI**

**Asseseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Lotfallah ZERHOUI**

