



ALCOOL ET DÉPRESSION : ASPECTS CLINIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Recherche menée par

Amine BENYAMINA et **Mohammed TALEB**

A. BENYAMINA - Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Département Psychiatrie et Addictologie, Hôpital Paul Brousse, VILLEJUIF.

M. TALEB - Chef du Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie Nouvel Hôpital de Navarre Pavillon Calmette, VERNON.



FONDATION
Pierre Deniker
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Alcool et dépression : aspects épidémiologiques et cliniques

Les troubles liés à l'utilisation de l'alcool et la dépression sont parmi les principales causes d'incapacité et d'invalidité dans le monde. Qu'ils s'agissent d'une consommation quotidienne excessive, d'épisodes répétés de consommation rapide et importante jusqu'à l'ivresse ("binge drinking"), de boire jusqu'au préjudice physique ou mental ou jusqu'à la dépendance, ces conduites d'alcoolisation constituent un facteur de risque majeur de survenue d'un trouble psychiatrique. Dans cet article, le Pr. Amine Benyamina et le Dr. Mohammed Taleb, présentent des études scientifiques qui interrogent la comorbidité entre la consommation excessive d'alcool et la dépression et analysent ses nombreuses conséquences et particularités sur le plan épidémiologique, clinique et explicatif.

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.4
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.6
Conclusion	p.9
Références	p.10
Biographies	p.15

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple: [1] correspond à Ref. [1] sur la page 10).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Organisation Mondiale de la Santé

2. Voir les articles :

- > n°7-2 « Dépression et alcool : psychopathologie » (Pr. I. Varescon)
- > n°7-1 : « Dépression et alcool : mécanismes physiopathologiques » (Pr. JH Constantin), Le Livre Blanc de la Dépression

LA COMORBIDITÉ ALCOOL-DÉPRESSION

L'étude "Global Burden of Disease", menée par l'Organisation Mondiale de la Santé [1] indique que les troubles liés à l'utilisation de l'alcool et la dépression sont parmi les principales causes d'incapacité et d'invalidité dans le monde, mesurées par les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) et des années de vie vécues avec une incapacité (AVI) [2].

Il existe de nombreuses formes de consommation excessive d'alcool qui conduisent à d'importants problèmes de santé physique et mentale. Il peut s'agir d'une consommation quotidienne excessive, d'épisodes répétés de consommation rapide et importante jusqu'à l'ivresse ("binge drinking"), de boire jusqu'au préjudice physique ou mental (l'abus d'alcool) ou jusqu'à la dépendance à l'alcool [3]. Ces conduites d'alcoolisation constituent un facteur de risque majeur de survenue d'un trouble psychiatrique. La comorbidité (ou « double diagnostic » pour la psychiatrie nord-américaine) est définie par l'OMS¹ en 1995 comme la cooccurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique. Cette association n'implique ni un lien de causalité, ni la présence des deux troubles au même moment. Les

troubles cooccurrents ont alors un pronostic et une évolution plus sévères que celui de chacun des troubles pris indépendamment et impliquent des adaptations dans les stratégies thérapeutiques.

Les conséquences de la comorbidité entre troubles liés à l'utilisation de l'alcool et dépression sont nombreuses, confirmées, lors de ces dernières décennies, par un grand nombre d'études. Même s'il existe une hétérogénéité dans l'évaluation du mésusage d'alcool et dans l'évaluation de la dépression, la plupart de ces études suggèrent des liens importants entre alcool et dépression et mettent en évidence plusieurs types de liens².

Parmi les patients ayant un trouble dépressif, ceux qui ont un abus ou une dépendance à l'alcool, ont des symptômes plus sévères [4] et un plus grand taux d'incapacité et d'invalidité [5], que les personnes ayant un trouble isolé lié à l'alcool, et peuvent représenter une plus grande charge économique en raison d'une plus grande utilisation des services de soins [5,6]. Parmi ceux qui ont un trouble lié à l'alcool, la dépression comorbide est associée à une apparition plus précoce de la dépendance à l'alcool, des taux plus élevés de dépendance aux drogues [7], un plus grand risque de conduites suicidaires [8] et notamment une plus forte probabilité de tentatives de suicide [9] et de suicide [10].

3. Pour connaître les symptômes de la dépression majeure chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n°20-1: « **Comment se fait un diagnostic de dépression** », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

4. **L'épidémiologie** est une Science qui étudie, au sein des populations (humaines, animales, voire végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent (source: Larousse): **Consulter le lien**

5. **La prévalence**, généralement exprimée en pourcentage, est la proportion de cas d'une maladie donnée dans une population.

6. Pour une définition des troubles de l'humeur, on pourra consulter les descriptions de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, catégories F30-F39: **Consulter le lien**

7. Troubles anxieux: Les troubles anxieux regroupent six entités cliniques: le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Pour une définition des troubles anxieux, on pourra consulter **les informations** fournies par la Haute Autorité de Santé (HAS).

8. **DSM** est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994; la première version datait de 1952); TR est l'acronyme de Texte Révisé, qui correspond à une mise à jour du texte datant de 2000. La dernière version de la classification est le DSM -5.

9. Voir Grant et al., 2003: **Consulter le lien**

CLASSIFICATION ET SÉQUENCE ALCOOL-DÉPRESSION

La comorbidité entre troubles liés à l'alcool et dépression majeure³ pose la question du caractère primaire ou secondaire des deux troubles. Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM IV) [3] définit un état dépressif majeur (EDM) comme une période de deux semaines ou plus au cours de laquelle il y a présence d'au moins cinq symptômes (dont au moins un doit être une humeur dépressive ou anhédonie) avec altération du fonctionnement. Dans un épisode dépressif majeur indépendant, les symptômes dépressifs ne sont pas associés à la consommation de substance, à une affection médicale générale ou à un deuil. En revanche, dans un état dépressif majeur secondaire, les symptômes dépressifs surviennent au cours de l'intoxication par une substance ou lors du

sevrage ou sont dus à une affection médicale générale ou à un deuil. Les dépressions induites par l'alcoolisme sont décrites par le DSM IV comme des « Troubles de l'humeur induits par la consommation d'alcool ».

Dans la Classification Internationale des Maladies, 10^e édition (CIM, OMS, 1993), figure la catégorie « Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ». La notion de dépression induite par l'alcool n'est pas explicitement mentionnée.

Dans cet objectif, les chercheurs ont établi une distinction entre les troubles primaires et secondaires [11, 12, 13]. Un trouble primaire est celui dont l'âge d'apparition précède celui d'un autre trouble secondaire. Comprendre la séquence temporelle dans le cas d'une cooccurrence troubles liés à l'alcool et troubles de l'humeur peut aider à tester les hypothèses étiologiques de ces comorbidités.

Comment les obtenons-nous ?

L'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) [14] conçue et menée par le National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), est la plus grande enquête épidémiologique⁴ de comorbidité menée connue à ce jour (N = 43093), basée sur un échantillon national représentatif de la population générale des États-Unis. L'objectif de l'étude était de mesurer la prévalence⁵ et la comorbidité des troubles liés à l'utilisation de substances (es-

sentiellement l'alcool) et un certain nombre de troubles psychiatriques parmi lesquels des troubles l'humeur (dont la dépression majeure)⁶ et des troubles anxieux⁷. Cette étude a utilisé les critères du DSM-IV⁸ et toutes les entrevues ont été menées avec l'Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule - DSM IV-Version (AUDADIS-IV)⁹ pour obtenir un diagnostic sur la vie. L'étude distingue les troubles psychiatriques indépendants (préexistants et autonomes) de

10. Troubles de l'humeur

ceux induits par une substance (secondaires et consécutifs à la dépendance). Tous les troubles thymiques¹⁰ ou anxieux dus à des affections médicales ou provoqués par un deuil, ont été exclus.

En population générale et sur l'année écoulée, on retrouve une très faible proportion de troubles induits par rapport aux troubles indépendants chez les sujets ayant un trouble lié à une substance cooccurrence avec un trouble thymique ou anxieux [14] ; 1% des sujets abusant de substances présentent des troubles de l'humeur induits et 19,6% ont des troubles de l'humeur indépendants. L'abus d'alcool, mais non la dépendance, précède de nombreux troubles de l'humeur et anxieux. Le début de l'abus d'alcool a tendance à précéder l'apparition de certains troubles anxieux et de l'humeur (la dépression majeure et la dysthymie), tandis que l'apparition de la dépendance à l'alcool a tendance à précéder l'apparition de seulement deux de l'ensemble des troubles anxieux et de l'humeur (trouble anxieux généralisée et trouble panique) [15]. Le temps de latence entre les troubles primaires et ultérieurs varie généralement de 7 à 16 ans.

Une des principales conclusions de NESARC est que les modèles de séquence temporelle varient considérablement selon le trouble de l'humeur, même au sein de la même classe de troubles, et ces résultats plaident contre le principe de l'agrégation des troubles de l'humeur dans ce type d'études. En outre, la variation de ces schémas de séquence temporelle au sein de la population comorbide est compatible avec le modèle de l'âge d'apparition des troubles dans la population générale ; les troubles avec un âge plus précoce dans la population générale sont plus

susceptibles d'être primaire chez des personnes avec comorbidité.

Des études antérieures de séquence temporelle avaient conduit à des conclusions contradictoires. Les résultats de National Comorbidity Survey (NCS) ont montré que la dépendance primaire à l'alcool était plus fréquente que la dépression primaire chez les sujets présentant les deux troubles et que la dépression majeure était 1,7 fois plus susceptible de précéder l'abus d'alcool chez les femmes. [13] De Graaf R. et al. ont indiqué l'inverse, que l'abus d'alcool était de 1,3 fois plus susceptible de précéder la dépression majeure chez les femmes [12]. Ils ont rapporté un temps de latence entre l'apparition des troubles de l'humeur et la dépendance à l'alcool chez les hommes et les femmes. Dans leur analyse, les troubles de l'humeur avaient été regroupés et traités comme un seul groupe, occultant ainsi les différences potentielles entre eux. L'étude Epidemiologic Catchment Area (ECA) considérait que le risque de dépression après l'apparition de l'alcoolisme était plus élevé que le risque d'alcoolisme après la dépression [16]. Ces résultats correspondent à ceux obtenus dans d'autres études qui montrent que le risque de développer des troubles de l'humeur après le début d'un trouble lié à l'alcool est plus élevé que dans le cas de la séquence inverse [14].

Il faut souligner toutefois l'importance des différences critériologiques à l'origine de beaucoup de résultats contradictoires retrouvés dans la littérature de ces dix dernières années et mettant en évidence une apparente prédominance des troubles anxieux ou dépressif induits par rapport aux troubles indépendants. Parmi ces différences, citons le délai de sevrage néces-

11. Voir l'article n°8 : « Dépression et Toxicomanie » (A. Derieux et X. Laqueille), Le Livre Blanc de la Dépression.

saire pour parler de trouble indépendant (de 1 à 3 mois). Ces données erronées ont conduit à conclure sans doute abusivement qu'une minorité de sujet alcoolo-dépendants avaient un trouble indépendant

requérant un traitement spécifique. Il faut également souligner que les repères chronologiques, séparant troubles primaires et secondaires, ne permettent pas, à eux seuls, de les distinguer.

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les taux de prévalence et de comorbidité varient considérablement entre les études, principalement en raison de problèmes méthodologiques et des différences importantes entre les échantillons cliniques et de population. Une critique également faite aux études épidémiologiques, est qu'elles ne peuvent pas contrôler tous les facteurs confondants, ce qui compromet la validité des inférences causales établies à partir des données épidémiologiques [18]. Il faut aussi noter l'existence d'une hétérogénéité méthodologique dans l'évaluation du mésusage de l'alcool et de la dépression [19].

La plupart des études montrent un risque accru de troubles dépressifs chez les sujets ayant un abus ou une dépendance à l'alcool comme il existe un risque plus important de troubles liés à l'alcool chez les sujets présentant un trouble dépressif. La présence de l'un des troubles double le risque d'apparition du second [19], et des taux constamment élevés de cette comorbidité ont été trouvés dans les deux grandes enquêtes nationales américaines [12, 14, 20, 21]. Elles confirment égale-

ment la relation entre symptômes dépressifs et l'importance de la consommation d'alcool [22, 23].

Dans l'étude NCS, 52 % des sujets présentant un trouble lié à l'alcool ont également un trouble psychiatrique cooccurrent sur la vie entière et 13 % des sujets présentant un trouble lié à l'alcool ont également une trouble de l'humeur [13]. Dans l'enquête ECA, 37 % des personnes ayant un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ont présenté un trouble psychiatrique au cours de leur vie, soit près de deux fois plus qu'en population générale. Cette prévalence est supérieure à 55 % chez les sujets alcoolo-dépendants [16]. La fréquence de la dépression chez les sujets présentant un abus ou une dépendance à l'alcool ou aux drogues¹¹ en population générale est de 23 % pour les femmes et de 8 % pour les hommes.

Dans l'enquête NESARC, la prévalence au cours de l'année écoulée de la cooccurrence abus ou dépendance à l'alcool et état dépressif majeur est de 1,2 %, correspondant à environ 2,4 millions d'adultes vivants aux États-Unis âgés de 18 ans et plus. Cette asso-

12. Episode dépressif majeur

ciation demeure même après contrôle des co-variables tels que les facteurs sociodémographiques, les troubles psychiatriques et ceux liés à l'utilisation de substances [24] ; 13,7% de ceux qui ont un trouble lié à l'utilisation de l'alcool sur l'année écoulée ont également connu un épisode de dépression majeure sur l'année passée et 16,4% de ceux qui ont un état dépressif majeur sur l'année écoulée ont connu un trouble lié à l'utilisation de l'alcool sur la même période [14]. En utilisant le même ensemble de données, mais en tenant compte du trouble dépressif majeur (TDM) plutôt que de l'EDM¹², 40,3% de ceux présentant un TDM avaient également eu un trouble lié à l'alcool sur la vie [25].

SITUATION SELON LE SEXE

Les données épidémiologiques montrent régulièrement que les troubles liés à l'alcool sont plus fréquents chez les hommes que les femmes [26]. En revanche, les troubles dépressifs sont environ deux fois plus fréquents chez les femmes que les hommes [27]. Les troubles cooccurrents sont plus fréquents chez la femme. Dans l'enquête ECA, 66% des femmes contre 44% des hommes alcoolo-dépendants présentent un trouble psychiatrique cooccurrent [16]. De même, dans l'enquête NCS, 72,4% des femmes présentant un abus et 86% de celles présentant une dépendance à une substance (alcool inclus) ont un trouble cooccurrent au cours de leur vie [13]. Pour les hommes ces chiffres sont respectivement de 56,8% et de 78,3%.

La corrélation entre la gravité du trouble psychiatrique et l'importance de l'alcoolisme est élevée. L'hypothèse que la cooccurrence des troubles liés à l'alcool et dépression majeure

serait associée à une consommation importante d'alcool par rapport à un problème d'alcool seul, et que ces aspects seraient plus importants chez les hommes que chez les femmes, a été soulevée. Elle n'a reçu qu'une confirmation partielle. Chez les hommes avec dépendance à l'alcool au cours des 12 derniers mois, l'EDM¹² serait associé à un plus grand nombre de jours de consommation d'alcool [26]. Par ailleurs, la cooccurrence de l'alcoolisme et dépression est associée à une dégradation de l'évolution liée à l'alcool et cette relation semble être plus forte chez les hommes que chez les femmes [28].

ASPECTS CLINIQUES

Les troubles dépressifs précoces sont associés à l'utilisation fréquente d'alcool à l'adolescence mais également à l'utilisation de plusieurs autres substances psychoactives [29]. Parmi ceux qui ont un trouble lié à l'utilisation de l'alcool, la dépression comorbide est associée à une apparition plus précoce de la dépendance à l'alcool et à des taux plus élevés de dépendance à la drogue sur la vie [7].

Les aspects de la consommation d'alcool qui prédisent le mieux les symptômes de la dépression en population générale sont peu connus. L'abus d'alcool serait lié à des symptômes de dépression, indépendamment de la consommation moyenne [30]. Une autre hypothèse soutient qu'un mode de consommation de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps ("binge drinking") impliquant intoxications aiguës et « gueule de bois », produit des symptômes dépressifs. La fréquence de la « gueule de bois » serait le meilleur prédicteur des symptômes dépressifs. Le lien entre la consommation d'alcool et dépression

13. Voir l'article n°7-1: «**Dépression et alcool : mécanismes physiopathologiques**» (Pr. JH Costentin), Le Livre Blanc de la Dépression.

14. **L'hippocampe** est une structure cérébrale qui joue un rôle central dans la mémoire et la navigation spatiale. Chez l'homme et le primate, il se situe dans le lobe temporal médian, sous la surface du cortex. Toutes les informations multisensorielles qui constituent la trace mnésique convergent vers l'hippocampe qui en constitue le centre de tri.

chez les hommes et les femmes non abstinents semblerait, par conséquent, se limiter à l'abus d'alcool sous le mode "binge drinking" [31, 32, 33]. Il y a un effet indépendant possible d'une forte consommation d'alcool sur la dépression qui expliquerait aussi, en partie, pourquoi le groupe des gros buveurs qui ne connaissent pas la « gueule de bois », en raison par exemple de la tolérance à l'alcool, présentent moins de symptômes dépressifs.

LIENS ENTRE TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL ET TROUBLES DE L'HUMEUR :

La comorbidité entre troubles liés à l'alcool et dépression peut être expliquée de plusieurs manières :

- > 1. L'alcool provoque le trouble de l'humeur. Une explication possible est que l'abus ou la dépendance à l'alcool jouerait un rôle dans l'étiologie des troubles de l'humeur en raison des effets de l'alcool sur la situation familiale, sociale et économique d'un individu. L'abus d'alcool peut conduire à des perturbations fréquentes de la vie familiale et sociale, des difficultés en matière d'emploi, des problèmes avec la justice et compromettre la santé physique [34].
- > 2. Le trouble de l'humeur provoque une consommation excessive d'alcool comme auto-médication. En réalité, cette relation seraient mieux expliquée par un modèle de causalité dans lequel les problèmes d'alcool

conduisent à un risque accru de troubles de l'humeur par opposition à un modèle d'auto-médication dans lequel la dépression mène à un risque accru de d'abus ou de dépendance à l'alcool [35].

- > 3. Une relation de causalité réciproque entre alcool et dépression, chacun des deux troubles augmentant le risque d'apparition de l'autre. Les mécanismes potentiels qui sous-tendent ces liens de causalité incluent des changements neurophysiologiques et métaboliques résultant de l'exposition à l'alcool¹³. Par exemple, l'exposition à l'éthanol conduit à des réductions dans la production de la méthylène tétrahydrofolate réductase (MTHFR), une enzyme liée au métabolisme de l'acide folique [36]. La réduction des taux de folates a, à son tour, été liée à des risques accrus de trouble de l'humeur. Des travaux plus récents menés chez l'animal montrent que les effets dépressogènes de l'alcool sont associés à une réduction du BDNF (Brain derived neurotrophic factor) au niveau de l'hippocampe¹⁴ [37].
- > 4. On pourrait également faire valoir que l'abus ou la dépendance à l'alcool et la dépression sont causés par des facteurs génétiques et environnementaux communs [38, 39]. Les études d'agrégations familiales [40], et les études d'adoption [41], suggèrent que les deux troubles sont transmis conjointement dans les familles. Les études de jumeaux montrent que cette co-transmission est due en partie à des facteurs génétiques communs [42].

Conclusion

La comorbidité des troubles liés à l'utilisation de l'alcool et la dépression majeure est fréquente. Ces troubles entretiennent des liens complexes avec plusieurs explications possibles sur les facteurs et les processus en jeu. De nombreuses questions demeurent encore non résolues et les recherches les plus récentes sur le partage de facteurs communs par les deux types de troubles comme les facteurs génétiques et environnementaux laissent entrevoir la possibilité de mise au point de modèles intégratifs tenant compte des différents aspects cliniques, épidémiologiques, évolutifs, familiaux, socioculturels, génétiques sans oublier les interactions gènes-environnements et les mécanismes épigénétiques. Plus de recherche encore est nécessaire en raison des implications importantes en matière de santé publique. ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **THE WORLD HEALTH REPORT**
"Mental Health: New Understanding, New Hope"
World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001
- Ref. [2] **USTUN TB, AYUSO-MATEOS JL, CHATTERJI S, MATHERS C, MURRAY CJL**
"Global burden of depressive disorders in the year 2000"
Br. J. Psychiatry, 184, 2004 • pp. 386–392
- Ref. [3] **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
"DSM-IV, diagnostic and statistical manual of mental disorders"
American Psychiatric Association (AMA), Washington (DC), 1994
- Ref. [4] **GRANT BF, HASIN DS, DAWSON DA**
"The relationship between DSM-IV AUDs and DSM-IV major depression: examination of the primary-secondary distinction in a general population sample"
J. Affect. Disord., 38, 1996 • pp. 113–128
- Ref. [5] **BURNS L, TEESSON M**
"Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders"
Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. Drug Alcohol Depend., 68, 2002 • 299–307
- Ref. [6] **KESSLER RC, NELSON CB, MCGONAGLE KA, EDLUND MJ, FRANK RG, LEAF PJ**
"The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization"
Am. J. Orthopsychiatry, 66, 1996 • 19–31
- Ref. [7] **SCHUCKIT MA, TIPP JE, BERGMAN M, REICH W**
"Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics"
Am. J. Psychiatry, 154, 1997 • 948–957
- Ref. [8] **CORNELIUS JR, MAISTO SA, MARTIN CS, BUKSTEIN OG, SALLOUM IM, DALEY DC**
"Major depression associated with earlier alcohol relapse in treated teens with AUD Addict"
Behav., 29, 2004 • 1035–1038
- Ref. [9] **CONNER KR, HESSELBROCK VM, MELDRUM SC, SCHUCKIT MA, BUCHOLZ KK, GAMBLE S.A**
"Transitions to, and correlates of, suicidal ideation, plans, and unplanned and planned suicide attempts among 3729 men and women with alcohol dependence"
J. Stud. Alcohol Drugs, 68, 2007 • 654–662
- Ref. [10] **CONNER KR, DUBERSTEIN PR**
"Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration"
Alcohol Clin. Exp. Res., 28, 2004 • 65–175

- Ref. [11] **COMPTON WM, COTTLER LB, PHELPS DL, BEN ABDALLAH A, SPTIZNAGEL EL**
"Psychiatric disorders among drug dependent subjects: are they primary or secondary?"
Am. J. Addict., 9, 2000 • 126-134
- Ref. [12] **DE GRAAF R, BIJL RV, SPIJKER J, BEEKMAN AF, VOLLEBERGH WM**
"Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: Finding from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study"
Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 38, 2003 • 1-11
- Ref. [13] **KESSLER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY JC**
"Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Arch"
Gen. Psychiatry, 154, 1997 • 313-321
- Ref. [14] **GRANT BF, STINSON FS, DAWSON DA, CHOU SP, DUFOUR MC, COMPTON W, PICKERING RP, KAPLAN K**
"Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood disorders and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions"
Arch. Gen. Psychiatry, 61, 2004 • 807-816
- Ref. [15] **FALK DE**
"Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders"
Drug Alcohol Depend. 2008 April 1 • 94(1-3): 234-245
- Ref. [16] **REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, GOODWIN FK**
"Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse"
Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990 Nov 21 • 264(19):2511-8
- Ref. [17] **FLENSBORG-MADSEN T, MORTENSEN EL, KNOP J, BECKER U, SHER L, GRØNBAEK M**
"Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study"
Compr Psychiatry. 2009 Jul-Aug • 50(4):307-14
- Ref. [18] **FEWELL Z, DAVEY SMITH G, STERNE JAC**
"The impact of residual and unmeasured confounding in epidemiologic studies: a simulation study"
Am J Epidemiol. 2007 • 166: 646-55
- Ref. [19] **BODEN JM, FERGUSSON DM**
"Alcohol and depression"
Addiction, Volume 106, Issue 5, May 2011, 906-914
- Ref. [20] **DAWSON DA, GRANT BF, STINSON FS, CHOU PS**
"Psychopathology associated with alcohol use disorders in the college and general adult populations"
Drug Alcohol Depend., 77, 2005 • 139-150

- Ref. [21] **HASIN DS, STINSON FS, OGBURN E, GRANT BF**
"Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions"
Arch. Gen. Psychiatry, 64, 2007 • 830–842
- Ref. [22] **RADLOFF L**
"The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population"
Appl Psychol Meas, 1 (3) 1997 • pp. 385–401, xB.D. Berger, V. Adesso.
"Gender differences in using alcohol to cope with depression"
Addict Behav, 16 (5), 1991 • 315–327
- Ref. [23] **GRAHAM K, SCHMIDT G**
"Alcohol use and psychosocial well-being among older adults"
J Stud Alcohol, 60 (3), 1999 • 345–351
- Ref. [24] **HASIN DS, GRANT BF**
"Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence"
Arch Gen Psychiatry. 2002 • 59: 794–800
- Ref. [25] **HASIN DS, GOODWIN RD, STINSON FS, GRANT BF**
"Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions"
Arch. Gen. Psychiatry, 62, 2005 • 1097–1106
- Ref. [26] **CRANFORD JA, NOLEN-HOEKSEMA S, ZUCKER RA**
"Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions"
Drug and Alcohol Dependence. Volume 117, Issues 2–3, 1 September 2011 • 145–151
- Ref. [27] **NOLEN-HOEKSEMA S**
"Gender differences in depression"
Curr. Dir. Psychol. Sci., 10, 2001 • 173–176
- Ref. [28] **PETTINATI HM, PIERCE JD JR, WOLF AL, RUKSTALIS MR, O'BRIEN CP**
"Gender differences in comorbidly depressed alcohol-dependent outpatients"
Alcohol Clin Exp Res. 1997 Dec • 21(9):1742–6
- Ref. [29] **SIHVOLA E, ROSE RJ, DICK DM, PULKKINEN L, MARTTUNEN M, KAPRIO J**
"Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins"
Addiction, 2008 • 103: 2045–53
- Ref. [30] **GREENFIELD TK, REHM J, ROGERS JD**
"Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality"
Addiction, 2002 Jan • 97(1):29–38
- Ref. [31] **MANNINEN L, POIKOLAINEN K, VARTIAINEN E, LAATIKAINEN T**
"Heavy drinking occasions and depression"
Alcohol Alcohol 2006 • 41: 293–9, (Hartka E., Johnstone B., Leino V., Motoyoshi M., Temple M., Fillmore K. A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time.
Br J Addict. 1991; 86: 1283–98

- Ref. [32] **ALATI R, LAWLOR DA, NAJMAN JM, WILLIAMS GM, BOR W, O'CALLAGHAN M**
"Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety?"
Findings from the Mater-University study of pregnancy and its outcomes. *Addiction*. 2005 • 100: 643-51
- Ref. [33] **GRAHAM K, MASSAK A, DEMERS A, REHM J**
"Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured?"
Alcohol Clin Exp Res. 2007 • 31: 78-88
- Ref. [34] **FOSTER JH, POWELL JE, MARSHALL EJ, PETERS TJ**
"Quality of life in alcohol-dependent subjects—a review"
Qual Life Res. 1999 • 8: 255-61
- Ref. [35] **DAVID M. FERGUSSON, PHD; JOSEPH M. BODEN, PHD; L. JOHN HORWOOD**
"Tests of Causal Links Between Alcohol Abuse or Dependence and Major Depression, MSc"
Arch Gen Psychiatry, 2009 • 66(3):260-266
- Ref. [36] **MCEACHIN RC, KELLER BJ, SAUNDERS EF, MCINNIS MG**
"Modeling gene-by-environment interaction in comorbid depression with alcohol use disorders via an integrated bioinformatics approach"
BioData Min, 2008 • 1: 2
- Ref. [37] **HAUSER SR, GETACHEW B, TAYLOR RE, TIZABI Y**
"Alcohol induced depressive-like behavior is associated with a reduction in hippocampal BDNF"
Pharmacol Biochem Behav, 2011 Dec • 100 (2):253-8
- Ref. [38] **PRESCOTT CA, AGGEN SH, KENDLER KS**
"Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins"
Arch Gen Psychiatry, 2000 • 57 (8) 803-811
- Ref. [39] **LIU IC, BLACKER DL, XU R, FITZMAURICE G, TSUANG MT, LYONS MJ**
"Genetic and environmental contributions to age of onset of alcohol dependence symptoms in male twins"
Addiction 2004 • 99 (11) 1403-1409
- Ref. [40] **MERIKANGAS KR, LECKMAN JF, PRUSOFF BA, PAULS DL AND WEISSMAN MM**
"Familial transmission of depression and alcoholism"
Arch. Gen. Psychiat., 42, 1985 • 367-372
- Ref. [41] **VON KNORRING AL, CLONINGER CR, BOHMAN M AND SIGVARDSSON S**
"An adoption study of depressive disorders and substance abuse"
Arch. Gen. Psychiat., 40, 1983 • 943-950
- Ref. [42] **KENDLER KS, HEATH AC, NEALE MC, KESSLER RC AND EAVES LJ**
"Alcoholism and major depression in women. A twin study of the causes of comorbidity"
Arch. Gen. Psychiat., 50, 1993 • 690-698.

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [depression et alcohol](#)
- Avec les mots-clés : [depression and alcohol and psychopathology](#)

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR GOOGLE SCHOLAR

- Avec les mots-clés : [depression & alcohol](#)
- Avec les mots-clés : [depression & substance](#)

AUTRES LIENS UTILES

- Association « Aide Alcool » : [Consulter le lien](#)
- Fédération nationale addiction : prévenir les risques, soigner. [Consulter le lien](#)
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)

Biographies



Amine BENYAMINA

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Département Psychiatrie et Addictologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif. Il est responsable du centre d'addictologie.

Bibliographie sélective :

- > 2013 - Coécrit avec Marie-Pierre Samitier. « Promis demain j'arrête! - Sexe, alcool, jeux et autres dépendances... Quand l'addiction prend les commandes ». Ed. Michel Lafon.
- > 2013 - Coécrit avec Michel Reynaud et Henri-Jean Aubin, « L'cool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic ». Ed. Elsevier Masson.
- > 2006 - « Le verre de trop! - L'alcool, du plaisir à la souffrance », Ed. Solar.
- > 2005 - « Le cannabis et autres drogues », Ed. Solar.



Mohammed TALEB

Praticien Hospitalier, Chef du Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie du Nouvel Hôpital de Navarre.

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE