



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Incidence de la consommation d'alcool sur l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire : mise à jour d'une revue systématique

Août 2022

Cochrane Canada
Université McMaster



Cochrane
Canada

Incidence de la consommation d'alcool sur l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire : mise à jour d'une revue systématique

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Cochrane Canada. *Incidence de la consommation d'alcool sur l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire : mise à jour d'une revue systématique*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022,

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ont.) K1P 5E7
613 235-4048
info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Effect of Alcohol Consumption on the Development of Depression, Anxiety and Suicidal Ideation: Update of a Systematic Review

ISBN 978-1-77178-989-9



Table des matières

Synthèse des résultats.....	2
Introduction	2
Méthodes	4
Objectif et critères	4
Critères d'inclusion.....	4
Critères d'exclusion	4
Recherche d'études et tri	5
Collecte et synthèse des données	5
Évaluation du risque de biais.....	6
Évaluation de la certitude des données probantes et tableaux GRADE	6
Résultats	8
Résultats de la recherche.....	8
Consommation d'alcool et apparition de la dépression	8
Adultes.....	8
Adolescents.....	13
Consommation d'alcool et apparition de l'anxiété.....	16
Adultes.....	16
Adolescents.....	18
Consommation d'alcool et lien avec l'idéation suicidaire ou l'apparition de l'idéation suicidaire.....	20
Adolescents.....	22
Analyse et conclusions	25
Résultats et degré de certitude général	25
Limites de la revue	26
Implications pour l'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque ..	27
Bibliographie.....	28
Annexe A : critères d'inclusion de la revue de 2018.....	33
Annexe B : stratégie de recherche	34
Annexe C : diagramme du processus PRISMA.....	35
Annexe D : caractéristiques des études incluses dans la mise à jour rapide	36

Information sur ce document

Ce document a été produit par Cochrane Canada pour le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Il a été préparé pour Cochrane Canada par Nancy Santesso, Ph.D., et Matthew Melo.



Synthèse des résultats

Messages clés

- La littérature qui traite des liens entre la consommation d'alcool et l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire ne cesse de s'enrichir. Il faudra en tenir compte dans la mise à jour des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.
- Chez les adultes, la quantité d'alcool consommée chaque jour a peu ou pas de conséquences sur les risques de développer une dépression après 4 à 10 ans, non plus probablement que la fréquence de consommation. Actuellement, le lien entre la consommation d'alcool et le déclenchement de l'anxiété est incertain, mais les données probantes semblent indiquer que l'alcool aurait peu ou pas d'effet, même dans le cas d'épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool se produisant plus d'une fois par mois. Toutefois, l'occurrence de l'un ou l'autre de ces deux comportements dans le passé pourrait être associée à un risque modérément accru d'idéation suicidaire.
- Chez les adolescents, il est probable que de hauts niveaux ou de grandes fréquences de consommation d'alcool aient peu ou pas d'influence sur l'apparition de la dépression ou de l'anxiété. Toutefois, une fréquence élevée de consommation ou des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool pourraient être associés à un risque accru d'idéation suicidaire. La consommation avant l'âge de 13 ans pourrait aussi être liée à une hausse de l'idéation suicidaire, mais pas de l'anxiété.
- Pour augmenter le degré de certitude des données, des études longitudinales doivent s'intéresser à l'apparition de l'anxiété et de l'idéation suicidaire dans le temps. La présente mise à jour révèle que des études doivent se pencher sur des données probantes associant une grande fréquence de consommation d'alcool et des épisodes de forte consommation au déclenchement d'idéation suicidaire, tant chez les adultes que les adolescents, et chez les adolescents qui commencent à consommer de l'alcool avant l'âge de 13 ans.

Introduction

En 2011, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a publié les premières Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (DCAFR) (Butt et coll., 2011). Le document propose à la population canadienne des conseils pour une consommation sécuritaire visant à réduire les risques pour la santé physique et mentale à court et à long terme. Les DCAFR formulent des recommandations sur les quantités d'alcool et les fréquences de consommation quotidiennes et hebdomadaires sécuritaires, et sur l'initiation à la consommation d'alcool chez les jeunes, dans l'objectif de réduire les risques pour la santé. C'est le CCDUS qui effectue la mise à jour de ces directives, en collaboration avec des représentants d'autres organismes canadiens (notamment Santé Canada), des scientifiques et des spécialistes de la mobilisation des connaissances. Le processus implique une vaste consultation auprès d'acteurs concernés du domaine et une revue des données probantes les plus récentes sur l'alcool. Puisque ces directives sont élaborées au moyen du cadre GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) -ADOLOPMENT (Adaptation, Adoption, De Novo Development), les données synthétisées ayant servi à établir d'autres lignes directrices peuvent aussi servir à adopter, à adapter ou à formuler de nouvelles recommandations pour la mise à jour (Schünemann et



coll., 2017). Le présent rapport s'adresse aux membres des comités d'experts scientifiques derrière les DCAFR et à toutes les personnes intéressées à comprendre le processus détaillé adopté pour élaborer les nouvelles directives, par exemple les responsables des politiques, les professionnels de la santé et les scientifiques spécialistes de l'alcool.

En novembre 2018, une revue systématique exhaustive des données probantes sur le lien entre la consommation d'alcool et la santé mentale a été publiée en vue d'appuyer la mise à jour des directives australiennes sur la consommation d'alcool émise par le National Health Medical Research Council [Conseil de recherche médicale en santé nationale] (Newton et coll., 2018). Cette revue traitait des liens entre les habitudes et niveaux de consommation d'alcool et divers troubles de santé mentale décrits dans des études et des documents publiés jusqu'au mois de mai 2018. On recherchait des données probantes sur l'influence possible de la quantité d'alcool consommée ou de la fréquence de consommation sur le risque de dépression, d'anxiété ou d'idéation suicidaire. Les auteurs de la revue ont intégré des études longitudinales sur la consommation d'alcool à une période donnée et l'état de santé mentale plus tard dans le temps dans le but de déterminer les risques futurs. Lorsque ce type d'études n'existait pas, ils se sont tournés vers des études transversales. Toutefois, ils préviennent les lecteurs que ces données transversales ne peuvent donner des renseignements que sur la prévalence simultanée de consommation d'alcool et de problèmes de santé mentale, ce qui empêche donc d'évaluer le risque futur. Avec cette revue, on a également tenté de rassembler des données sur les risques futurs de maladies mentales chez diverses populations (hommes, femmes, adolescents, adultes). Au moment de la publication, toutefois, peu de données permettaient de tirer des conclusions sur les risques propres à différentes populations.

Vu le potentiel de nouvelles publications depuis mai 2018, une mise à jour de cette revue systématique a été demandée pour orienter les nouvelles DCAFR destinées à la population canadienne.



Méthodes

Objectif et critères

Le présent rapport est une mise à jour rapide de la revue systématique de la littérature sur le lien entre la consommation d'alcool et l'apparition de troubles de santé mentale publiée en 2018 (Newton et coll., 2018). Cette mise à jour ne se penche pas sur tous les troubles de santé mentale abordés dans la synthèse de 2018, et si la plupart des critères d'inclusion et d'exclusion sont les mêmes (annexe A), il y a eu quelques changements. En voici des exemples :

1. Traiter du lien entre la consommation d'alcool et l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire.
2. Intégrer des études longitudinales qui traitent de l'élément temporel pour la dépression et l'anxiété.
3. Intégrer des études longitudinales sur l'idéation suicidaire, et des études transversales si aucune étude longitudinale ne peut fournir de données sur ce sujet.
4. Lorsque c'est possible, diviser les données en sous-catégories d'adultes (jeunes adultes, adultes et aînés) et d'adolescents, en faisant aussi une distinction entre les sexes.

La recherche de nouvelles études s'est concentrée sur les études longitudinales canadiennes. Elle visait aussi à trouver des études sur les populations autochtones, mais cette démarche s'est révélée infructueuse.

Critères d'inclusion

Pour faire partie de la mise à jour, une étude doit :

1. porter sur des personnes de la population générale avec des problèmes de santé physique ou mentale ou sur des personnes avec des antécédents familiaux de dépendance à l'alcool;
2. mesurer les niveaux de consommation d'alcool, notamment la quantité d'alcool consommée et la fréquence ou les habitudes de consommation (ex. calage ou forte consommation);
3. faire état du lien entre la consommation d'alcool et l'anxiété, les pensées suicidaires ou la dépression :
 - i. Dépression, anxiété ou idéation suicidaire
 - a) Mesure initiale de la consommation d'alcool, puis mesure de l'anxiété, de la dépression ou de l'idéation suicidaire au moins six mois plus tard;
 - ou
 - b) Mesure initiale de l'anxiété, de la dépression ou de l'idéation suicidaire, et mesure des antécédents personnels de consommation d'alcool.
 - ii. Idéation suicidaire, en plus du point a) ou b) :
 - a) Mesure de l'idéation suicidaire et de la consommation d'alcool simultanées.
4. avoir été rédigée en anglais ou en français.

Critères d'exclusion

Voici les critères qui ont servi à exclure des études de la mise à jour :



1. La population étudiée présente un problème de santé précis seulement (ex. cancer) ou n'inclut que des personnes qui présentent un trouble lié à l'usage d'alcool.
2. L'étude cherche à savoir si les problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, pensées suicidaires ou autres) mènent à la consommation d'alcool.
3. L'étude porte sur la dépression ou l'anxiété et la consommation d'alcool en concomitance.

Recherche d'études et tri

Pour repérer les études à intégrer à la revue de 2018, de grandes bases de données électroniques, des registres d'essais, des sites Web et d'autres articles de référence ont été examinés en remontant jusqu'aux mois de mai et de septembre de cette même année, avec des stratégies de recherche adaptées à chaque source. Pour la mise à jour rapide, nous avons fouillé les grandes bases de données (Medline, Embase et PsycINFO) en remontant jusqu'à décembre 2021, au moyen des mêmes mots-clés de recherche qu'en 2018 (la stratégie de recherche détaillée se trouve à l'annexe B), en omettant cette fois la littérature grise et les registres d'essais. Les formulaires de tri ont été mis à l'essai et révisés par deux chercheurs. Pour faire la sélection, un chercheur a passé en revue les titres et les résumés de toutes les études, et un autre a consulté 30 % des études. Deux chercheurs ont dépouillé en entier les articles présentant un intérêt. C'est la plateforme logicielle Web Covidence (<https://www.covidence.org/>) qui a servi à gérer le tri.

Collecte et synthèse des données

Un chercheur a extrait les données de chaque étude pour les consigner dans une feuille de calcul Excel; un autre les a vérifiées. Les désaccords ont été résolus par discussion. Les données clés répertoriaient les populations, parfois divisées en sous-groupes (sexe, âge, maladie physique ou mentale existante, etc.), les habitudes ou niveaux de consommation d'alcool et les moyens de les mesurer, les résultats (dépression, anxiété, idéation suicidaire) et les moyens de les mesurer, ainsi que les effets (ex. rapports de cotes ajustés ou non ajustés, intervalles de confiance, durées, risques de biais). Quand les études présentaient des analyses réalisées à différents points dans le temps, l'équipe a utilisé les données les plus récentes.

Les études proposent des catégories de consommation d'alcool différentes. Dans la revue de 2018, la quantité d'alcool quotidienne rapportée était convertie en grammes d'alcool, puis en catégories de consommation correspondant aux DCAFR. Les catégories suivantes ont été retenues : nulle (0 g/jour), faible (≤ 20 g/jour pour les femmes et ≤ 30 g/jour pour les hommes), modérée (30 à 40 g/jour pour les femmes et 30 à 50 g/jour pour les hommes) et élevée (≥ 40 g/jour pour les femmes et ≥ 50 g/jour pour les hommes). Dans les articles où la conversion était impossible à cause de descriptions limitées, nous avons retenu les catégories proposées par les auteurs originaux.

L'équipe de recherche a synthétisé les résultats de toutes les études au moyen des méthodes proposées par Cochrane dans les cas où les méta-analyses étaient impossibles (McKenzie et Brennan, 2022). Nous n'avons pas résumé les résultats de chaque étude pour éviter de mettre l'accent sur l'une plus qu'une autre pour des motifs obscurs. À l'instar de la revue de 2018, nous présentons plutôt le risque relatif (RR), le facteur bêta ou le coefficient de corrélation de chaque étude en fonction de la quantité d'alcool consommée et de la fréquence de consommation. Nous interprétons ensuite les résultats en fonction de la direction et de l'ampleur des effets. Nous avons interprété la probabilité de développer des problèmes de santé mentale ou que ces derniers soient associés à la consommation d'alcool au moyen du critère de Monson, proposé par William Oleckno (Monson, 1980; Oleckno, 2002). Un risque relatif entre 1,1 et 1,5 était considéré comme faible,



entre 1,6 et 3,0, modéré, et un RR de 3,1 et plus correspondait à un risque élevé. Lorsque l'intensité de corrélation était fournie, nous avons interprété les résultats entre 0,9 et 1,0 comme montrant une forte corrélation; entre 0,7 et 0,9, une corrélation élevée; entre 0,5 et 0,7, une corrélation modérée; entre 0,3 et 0,5, une corrélation faible; enfin, une corrélation de moins de 0,3 était classée comme très faible ou nulle. À noter que ces écarts désignent l'estimation du risque, et non l'intervalle de confiance. La largeur de l'intervalle de confiance ou un intervalle qui tient compte de l'absence d'effet permettait de savoir si l'estimation du risque était imprécise ou certaine selon la méthode GRADE. Si un intervalle de confiance tenait compte de l'effet nul ou si un résultat était statistiquement non significatif, il n'était pas interprété comme une « non-association » (Wasserstein et Lazar, 2016).

Évaluation du risque de biais

La revue de 2018 évaluait la validité interne et externe des études. Pour évaluer celles utilisées dans la présente mise à jour, nous nous sommes appuyés sur des critères d'étiologie et des études sur les facteurs de risque (Hayden et coll., 2013). Dans le cadre de la présente mise à jour, les principaux critères utilisés pour confirmer la validité interne étaient le biais de confusion, le biais de sélection des participants d'une étude (en particulier, l'inclusion potentielle de personnes qui présentent déjà les résultats cliniques), le biais de mesure de l'exposition ou des résultats et le biais causé par des données manquantes. La validité externe était traitée par le cadre GRADE au moment d'évaluer la certitude générale des données probantes.

Évaluation de la certitude des données probantes et tableaux GRADE

Nous avons résumé les données probantes de chaque résultat clinique en santé mentale (dépression, anxiété et idéation suicidaire) en appliquant la méthode GRADE. Quand c'était possible, nous avons classé les renseignements par sous-groupes (âge, sexe et antécédents de problèmes de santé mentale ou physique). La même méthode a servi à évaluer la certitude des données probantes des études pronostiques (Foroutan et coll., 2020). GRADE précise que le modèle d'étude idéal pour traiter des questions de probabilité d'un résultat clinique est l'étude de cohorte, l'étude de registres ou l'étude par liaison entre bases de données qui compare les résultats entre individus présentant des caractéristiques différentes (ex. consommation d'alcool), et particulièrement lorsque l'analyse est effectuée à plusieurs points dans le temps. Lorsque ces études servent à mesurer la probabilité d'un résultat et qu'elles sont exemptes de biais, les conclusions tirées à partir de leur corpus de données présentent un haut degré de certitude. Toutefois, si une étude est biaisée ou si d'autres risques d'erreurs sont présents, la certitude diminue. Dans la méthode GRADE, les éléments suivants servent à déclasser le degré de certitude : limites de l'étude (risque de biais), caractère indirect des données probantes, incohérence, imprécision et biais de publication. Ceux qui suivent servent à l'inverse à surclasser le degré de certitude : grand effet, relation dose-réponse et biais contraire. La certitude générale des données probantes était qualifiée de très faible, faible, modérée ou élevée. On définit ainsi ces catégories :

- **Certitude élevée** : Nous avons une grande certitude que le degré de variation du risque associé au facteur pronostique (probabilité d'incidents futurs avec ou sans le facteur pronostique) a une valeur proche de celle estimée.
- **Certitude modérée** : Nous avons une certitude modérée que le degré de variation du risque associé au facteur pronostique (probabilité d'incidents futurs avec ou sans le facteur



pronostique) a probablement une valeur proche de celle estimée, mais il est possible qu'elle soit considérablement différente.

- **Certitude faible** : Nous n'avons qu'une certitude limitée par rapport à l'estimation. Le degré de variation du risque associé au facteur pronostique (probabilité d'incidents futurs avec ou sans le facteur pronostique) pourrait avoir une valeur considérablement différente de celle estimée.
- **Certitude très faible** : Nous n'avons qu'une très faible certitude par rapport à l'estimation. Le degré de variation du risque associé au facteur pronostique (probabilité d'incidents futurs avec ou sans le facteur pronostique) a probablement une valeur considérablement différente de celle estimée.

Nous avons utilisé des énoncés informatifs pour communiquer les résultats : les données probantes à certitude élevée sont décrites avec des mots affirmatifs (« seront » ou « sont »); les données à certitude modérée sont évoquées avec des modérateurs (« probablement »); les données à certitude faible sont communiquées avec prudence (« pourraient avoir un effet »); enfin, les données à certitude très faible sont décrites par des énoncés qui traduisent bien l'absence de certitude (Santesso et coll., 2020).



Résultats

Résultats de la recherche

Nous avons examiné 3 195 résultats obtenus par la recherche par titre et par résumé dans les bases de données électroniques. Nous avons extrait le texte complet de 143 articles potentiellement pertinents et avons retenu 23 études qui répondaient à nos critères. Ces études ont été ajoutées à celles de la revue de 2018. La liste exhaustive des études analysées est disponible dans le diagramme du processus PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) à l'annexe C. Les caractéristiques des études qui figurent dans la présente mise à jour sont présentées à l'annexe D; la description des études de la revue de 2018 se trouve dans son propre rapport technique (Newton et coll., 2018).

Les résultats qui suivent sont classés en fonction du risque de développer des résultats cliniques : dépression, anxiété ou idéation suicidaire. Lorsque c'était possible, nous les avons divisés selon le lien avec la quantité d'alcool consommée, la fréquence de consommation et l'occurrence d'épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool, habituellement définis comme la consommation de cinq verres standards ou plus pour les hommes et de quatre verres standards ou plus pour les femmes. Pour les résultats qui concernent des adolescents, nous avons aussi intégré le lien entre les résultats et l'âge d'initiation à l'alcool. Pour chaque résultat clinique, nous avons résumé les liens provenant de toutes les études sans décrire individuellement les études, pour éviter de mettre l'accent sur une étude plus que sur une autre. Nous avons plutôt synthétisé les résultats en tenant compte des risques de biais de chaque étude. Après la description et la synthèse des études, nous proposons un énoncé sommaire en gras du lien entre les données probantes et les résultats cliniques, en précisant le degré de certitude des données selon la méthode GRADE. Tous les tableaux de résultats comportent un code de couleurs qui indique le risque de biais : le vert correspond au risque faible, le jaune, au risque modéré et le rouge, au risque élevé.

Consommation d'alcool et apparition de la dépression

Adultes

Quantité d'alcool consommée et apparition de la dépression

Trente-trois études longitudinales ont évalué la quantité d'alcool consommée et le risque de présenter une dépression au fil du temps chez les adultes. Sept études proviennent des recherches menées dans le cadre de la mise à jour de la revue de 2018 (Garcia-Esquinas et coll., 2018; Gemes et coll., 2019; Holmes et coll., 2021; Keyes et coll., 2020; Lee et coll., 2018; Liang et coll., 2021; Ruiz-Estigarribia et coll., 2019). Ces études portaient sur des adultes d'âges variés (14 chez des aînés), avec un suivi allant de 4 à 10 ans dans la majorité des cas (mais qui pouvait aller de 1 à 28 ans). Quinze études comptent des participants des États-Unis (É.-U.), de l'Australie ou du Royaume-Uni; une seule étude porte sur des participants canadiens (17 000). Le tableau 1 compile les résultats de 31 études. Les résultats des deux autres sont dans le texte : en 2017, l'équipe Magnusson-Hansen a suivi 3 706 participants pendant six ans et a rapporté un facteur bêta de 0,92 pour les adultes qui consommaient de l'alcool de façon modérée ou élevée; en 2013, l'équipe Johnson a rapporté une faible augmentation du risque de dépression chez 384 femmes qui buvaient six consommations ou plus par semaine et qui ont rapporté avoir été ivres au moins une fois au cours de la dernière année. Les études qui figurent dans le tableau 1 sont organisées selon qu'elles



traitent d'adultes ou d'aînés. La majorité des études font état de la quantité d'alcool consommée (en grammes) par jour et du risque de symptômes dépressifs. Dans d'autres études, on a mesuré la consommation d'alcool et les symptômes dépressifs au moyen d'échelles continues, et les liens entre ces variables sont rapportés en coefficients de corrélation ou en facteurs bêta.

À la considération dans une même étude de la relation entre des quantités de plus en plus élevées d'alcool et l'apparition de la dépression dans l'avenir, la plupart des études n'ont pas montré d'association ou de risque accru. À la considération de ces effets dans toutes les études, la plupart d'entre elles n'ont pas montré d'association ou de risque accru de développer des symptômes dépressifs avec une augmentation de la consommation quotidienne d'alcool; certaines études constatent une très faible réduction du risque. Cette absence de relation était vraie dans le cas d'études à faible risque de biais, mais l'était aussi dans des études à risque modéré et élevé. Toutefois, 5 des 31 études ont montré des hausses faibles ou modérées du risque lorsque la quantité d'alcool consommée dépassait les recommandations des directives actuelles (plus qu'une consommation dite faible), mais ces études présentaient un risque de biais modéré ou élevé. Les résultats étaient semblables dans les études où les analyses étaient menées chez les hommes et les femmes.

Il y a peu ou pas de lien entre la quantité d'alcool consommée et l'apparition future de la dépression après 4 à 10 ans chez les adultes et les aînés (certitude élevée).

Tableau 1. Quantité d'alcool consommée et apparition de la dépression

Étude (pays, nombre de participants, durée du suivi des symptômes dépressifs)	Nulle 0 g/jour	Faible ≤ 20 g (femme) – ≤ 30 g (homme) par jour	Modérée 30 à 40 g (femme) – 30 à 50 g (homme) par jour	Élevée ≥ 40 g (femme) – ≥ 50 g (homme) par jour
Adultes	Nulle	Faible	Modérée	Élevée
Holmes, 2021 (Allemagne, n = 420; 1 an)	RC 0,47 (non significatif)	RC = 0,21 (significatif)	Réf.	Réf.
Armeli, 2015 (É.-U., n = 522; 4 ans)	-	Le facteur bêta n'indique aucun effet pour la quantité d'alcool consommée et la fréquence de consommation.		
Cabello, 2017 (plusieurs pays, n = 7 908; 5 à 8 ans)	Réf.	RC = 0,93 avec IC de 95 % (0,57-3,67)		-
Ruggles, 2017 (É.-U., n = 5 479 hommes; 6 ans)	-	-	Hommes : RC = 1,09	
Ruiz-Estigarribia, 2019 (Espagne, n = 14 908; médiane 10,4 ans)	Réf.	RRI = 1,08 avec IC de 95 % (0,93-1,24)	-	-
Sui, 2009 (É.-U., n = 14 333; 12 ans)		Hommes : RC =1,01 avec IC de 95 % (0,87-1,18) Femmes : RC =1,00 avec IC de 95 % (0,75-1,33)		
Bi Lee, 2018 (Corée, n = 2 511 hommes; 4 ans)	Idem	Idem	uRC = 0,98 à 1,00	uRC = 1,19 à 1,26 (significatif)
Paljarvi, 2009 (Finlande, n = 15 926; 5 ans)	Réf.	RC = 1,11 avec IC de 95 % (1,01-1,21)	RC = 1,43 avec IC de 95 % (1,28-1,60)	
Van Gool, 2007 (Pays-Bas, n = 1 169; 6 ans)	-	RR = 1,15 avec IC de 95 % (0,68-1,96)	RR = 2,48 avec IC de 95 % (1,05-5,69)	
Bulloch, 2012 (Canada, n = 17 276; ≥ 12 ans; 6 ans)		RRI = 0,9 avec IC de 95 % (0,7-1,3)		



Gea, 2012 (Espagne, $n = 13\ 619$; 4 à 10 ans)	Réf.	RRI = 0,81 avec IC de 95 % (0,49-0,86) Hommes : RRI 0,76 avec IC de 95 % (0,45-1,29) Femmes : RRI 0,78 avec IC de 95 % (0,50-1,21)	RRI = 0,86 avec IC de 95 % (0,53-1,39) Hommes : RRI = 0,76 avec IC de 95 % (0,40-1,47) Femmes : RRI = 1,06 avec IC de 95 % (0,43-2,63)	
Keyes, 2019 (plusieurs pays, $n = 57\ 296$; ≥ 50 ans; 10 ans)	uRC = 1,75 (1,66-1,85)	uRC = 1,41 avec IC de 95 % (1,35-1,48)	Réf.	uRC = 1,19 avec IC de 95 % (1,11-1,27)
Gemes, 2019 (Suède, $n = 5\ 087$; 10 à 12 ans)	RR = 1,60 avec IC de 95 % (1,27-2,01)	Réf.	RR = 1,05 avec IC de 95 % (0,83-1,32)	RR = 1,77 avec IC de 95 % (1,13-2,78)
Bell, 2015 (Royaume-Uni, $n = 7\ 478$; 28 ans)	RRI = 1,02 (0,89-1,16)	Réf.	RRI = 0,86 avec IC de 95 % (0,53-1,39)	
Onwuameze, 2013 (É.-U., $n = 257$ hommes; 3 ans)	-	Hommes : RR = 0,94 avec IC de 95 % (0,79-1,13)		
Otten, 2018 (Pays-Bas, $n = 594$; 4 ans)	Réf.	Le facteur bêta n'indique aucun effet pour la quantité d'alcool consommée (hommes et femmes).		
Mason, 2008 (É.-U., $n = 429$; 4 ans)	-	Le facteur bêta n'indique aucun effet pour la quantité d'alcool consommée.		
Aînés	Nulle	Faible	Modérée	Élevée
Weyerer, 2013 (Allemagne, $n = 2\ 512$ aînés; 3 ans)	Réf.	RRI = 0,84 avec IC de 95 % (0,62-1,14)	RRI = 1,18 avec IC de 95 % (0,79-1,76)	
Bots, 2008 (UE, $n = 826$ aînés [hommes]; 5 ans)	Réf.	Hommes : RC = 0,36 avec IC de 95 % (0,15-0,90)	Hommes : RC = 0,64 avec IC de 95 % (0,23-1,80)	
Hiles, 2015 (Australie, $n = 1\ 410$ aînés; 5 ans)	Réf.	Hommes : RC = 1,35 avec IC de 95 % (0,45-4,08) Femmes : RC = 0,70 avec IC de 95 % (0,33-1,49)	Hommes : RC = 0,83 avec IC de 95 % (0,20-3,43) Femmes : RC = 0,36 avec IC de 95 % (0,04-3,43)	
Luppa, 2012 (Allemagne, $n = 860$ aînés; 8 ans)	Réf.	RRI = 2,33 avec IC de 95 % (1,09-4,96)		
Liang, 2021 (Chine, Angleterre, É.-U., $n = 29\ 506$ personnes d'âge moyen et aînés; médiane 8 ans)	Réf.	Hommes : RRI = 0,89 avec IC de 95 % (0,77-1,04) Femmes : RRI = 0,89 avec IC de 95 % (0,80-0,98)	Hommes : RRI = 0,94 avec IC de 95 % (0,63-1,38) Femmes : RRI = 0,91 avec IC de 95 % (0,76-1,08)	
Chang, 2016 (É.-U., $n = 21\ 728$ aînés; 10 ans)	Réf.	Femmes : RRI = 1,13 avec IC de 95 % (1,01-1,26)		
An, 2015 (É.-U., $n = 24\ 759$ aînés; 10 ans)	Réf.	RRI = 1,05 avec IC de 95 % (0,98-1,13) Hommes : RRI = 1,05 avec IC de 95 % (0,95-1,17) Femmes : RRI = 1,09 avec IC de 95 % (0,98-1,20)		
Byers, 2012 (É.-U., $n = 7\ 240$ aînés [femmes]; 12 ans)	Réf.	Femmes : RC = 0,99 (0,69-1,43)		
Garcia-Esquinas, 2018 (Espagne, $n = 1\ 200$ aînés; 2,8 ans)	Réf.	Même que modérée	Taux de prévalence : 1,03	Taux de prévalence : 0,88



			avec IC de 95 % (0,84-1,26)	avec IC de 95 % (0,56-1,36)
Lang, 2007 (Royaume-Uni, <i>n</i> = 7 286 aînés; 3 ans)	-	z = 0,02 (non significatif) Hommes : z = 0 Femmes : z = 0		
Garcia-Esquinas, 2018 (Espagne, <i>n</i> = 3 971 aînés; 7,4 ans)	Réf.	Taux de prévalence : 0,92 avec IC de 95 % (0,79- 1,06)	Taux de prévalence : 1,00 avec IC de 95 % (0,84-1,20)	
Gea, 2013 (Espagne, <i>n</i> = 5 505 aînés; 7 ans)	Réf.	RRI 0,79 avec IC de 95 % (0,53-1,16) Hommes : RRI 0,75 avec IC de 95 % (0,39-1,43) Femmes : RRI 0,61 avec IC de 95 % (0,30-1,27)		
Tanaka, 2011 (Japon, <i>n</i> = 9 201 aînés; 7 ans)	Réf.	Hommes : RC = 0,54 avec IC de 95 % (0,26- 1,13) Femmes : RC = 0,67 avec IC de 95 % (0,37- 1,19)	Hommes : RC = 0,99 avec IC de 95 % (0,46- 2,11) Femmes : RC = 0,39 avec IC de 95 % (0,05- 3,08)	
Paulson, 2018 (É.-U., <i>n</i> = 3 177 aînés; 8 ans)	Réf.	Le facteur bêta indique une hausse modérée (bêta = 0,493).		
Tait, 2012 (Australie, <i>n</i> = 39 104 aînés; 4 ans)	Réf. (jusqu'à 20 g/jour)	Hommes : RC = 0,99 avec IC de 95 % (0,82-1,19) Femmes : RC = 1,22 avec IC de 95 % (1,08-1,38)	Hommes : RC = 1,3 avec IC de 95 % (1,06-1,59) Femmes : RC = 1,54 avec IC de 95 % (1,22-1,95)	

Évaluation du risque de biais : vert = faible; jaune = modéré; rouge = élevé

Fréquence de consommation et apparition de la dépression

Neuf études longitudinales ont évalué la fréquence de consommation d'alcool et le risque de développer une dépression avec le temps. Nous n'avons trouvé aucune nouvelle étude pour la mise à jour de la revue. Bien que les études utilisent des méthodes différentes pour mesurer la fréquence, l'estimation de fréquence a été établie à nulle, occasionnelle (< 1 verre par mois), faible (1 à 4 fois par semaine) et élevée (≥ 4 fois par semaine). Les résultats des études portant sur les adultes et les jeunes adultes (six) et sur les aînés (trois) figurent dans le tableau 2. Le suivi des participants couvrait une vaste période (de 2 à 28 ans). Deux études portaient sur des participants canadiens (Meng, 2017; Meng et coll., 2017); les autres portaient sur des participants des États-Unis, du Royaume-Uni, de la Norvège, de la Chine et de Taïwan. L'étude de Taïwan, portant sur 2 500 aînés, est la seule classée comme présentant un risque de biais faible; la plupart des autres présentent un risque de biais modéré.

La plupart des études ont montré peu ou pas de relation entre la fréquence de consommation et l'apparition future d'une dépression; en fait, l'évaluation du risque dépressif de la majorité des études allait dans le sens d'une réduction du risque avec une hausse de la fréquence. Seule exception, une petite étude canadienne a montré une association modérée entre une consommation occasionnelle (< 1 par mois) et l'apparition de symptômes dépressifs après 4 ans, mais elle présentait un risque de biais modéré.

Il y a probablement peu ou pas de lien entre la fréquence de consommation d'alcool et l'apparition de la dépression (certitude modérée en raison du risque de biais des études).



Tableau 2. Fréquence de la consommation d'alcool et apparition de la dépression

Étude (pays, nombre de participants, durée du suivi des symptômes dépressifs)	Null	Occasionnelle < 1 fois par mois	Faible 1 à 4 fois par mois	Modérée 2 à 3 fois par semaine	Élevée ≥ 4 fois par semaine
Tsai, 2013 (Taïwan, n = 2 629 aînés; 2 ans)	Réf.			RC = 0,89 avec IC de 95 % (0,63-1,26)	
Cheng, 2016 (Chine, n = 10 858 aînés; 2 ans)	Réf.	-	Hommes : RC = 0,7 avec IC de 95 % (0,5-0,9) Femmes : RC = 1,3 avec IC de 95 % (0,5-3,8)		
Cogle, 2015 (É.-U., n = 34 653 adultes; 3 ans)	Réf.		-	RC = 0,88 avec IC de 95 % (0,83-0,94)	
Meng, 2017 (Canada, n = 877 adultes; 4 ans)	Réf.	RR 1,56 avec IC de 95 % (1,40-1,75)	RR = 0,68 avec IC de 95 % (0,61-0,76) Hommes : RR = 0,45 avec IC de 95 % (0,33-0,62) Femmes : RR = 0,75 avec IC de 95 % (0,66-0,85)		
Augestad, 2008 (Norvège, n = 6 661; 3 à 12 ans)	Réf.	Hommes : RRI 0,75 Femmes : 1,17	Hommes : 0,62 Femmes : 1,18	Hommes : 0,47 à 0,59 Femmes : 0,72 à 1,02	
Meng, 2017 (Canada, n = 12 227 adultes; 16 ans)	Réf.		RRI = 0,88 avec IC de 95 % (0,78-1,00) Hommes : RRI = 0,79 avec IC de 95 % (0,64-0,98) Femmes : RRI = 0,92 avec IC de 95 % (0,80-1,05)		
Bell, 2015 (Royaume-Uni, n = 7 478; 28 ans)	RRI 1,24	RRI 0,97	Réf.	RRI 1,17	
Cheng, 2016 (Chine, n = 17 708 aînés; 2 ans)	Réf.	-	RC = 0,6 avec IC de 95 % (0,5-0,7)	RC = 1,2 avec IC de 95 % (0,8-1,7) par rapport à la consommation non quotidienne	
Mason, 2008 (É.-U., n = 429; 4 ans)	-	Le facteur bêta n'indique aucun effet pour la quantité d'alcool consommée et la fréquence de consommation.			

Évaluation du risque de biais : vert = faible; jaune = modéré; rouge = élevé

Épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool et apparition de la dépression

Douze études longitudinales ont évalué le risque de dépression chez des adultes qui ont rapporté se livrer au calage d'alcool ou avoir des épisodes de forte consommation. Une nouvelle étude a été intégrée à la mise à jour de la revue (Ruiz-Estigarribia et coll., 2019). Une des études portait sur les aînés (Chou et coll., 2011) et une autre vaste étude portait sur environ 17 000 participants canadiens. Les études présentant un risque de biais faible définissent de manière semblable l'« épisode de forte consommation » et le « calage d'alcool » (ex. ≥ 4-5 verres par occasion dans la dernière semaine à la dernière année), mais la durée du suivi de ces études varie de 1 à 12 ans (tableau 3).

Les grandes études au risque de biais faible montrent peu ou pas de relation entre des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool et le risque de développer des symptômes dépressifs dans l'avenir. Toutefois, il y a une incohérence : de plus petites études, aussi avec un risque de biais faible, ont plutôt montré une relation modérée à forte. La durée du suivi ne semblait pas non plus expliquer ces différences.



Il y a probablement peu ou pas de lien entre des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool et l'apparition future de la dépression (certitude modérée en raison d'une certaine incohérence).

Tableau 3. Épisodes de forte consommation (EFC) ou de calage d'alcool et apparition de la dépression

Étude (pays, nombre de participants, durée du suivi des symptômes dépressifs)	Aucun	Calage ou forte consommation (≥ 4-5 verres par occasion)
Zhang, 2017 (Allemagne, $n = 196$; 1 an)	Réf.	« Buveur à haut risque » : $RC = 1,73$
Chou, 2011 (É.-U., $n = 13\ 442$ aînés; 3 ans)	Réf. (aucun EFC)	<i>EFC < 1 mois</i> Hommes : $RC\ 1,27$ avec IC de 95 % (0,56-2,86) Femmes : $RC\ 0,89$ avec IC de 95 % (0,52-1,51) <i>EFC > 1 mois</i> Hommes : $RC\ 0,94$ avec IC de 95 % (0,44-2,03) Femmes : $RC\ 0,79$ avec IC de 95 % (0,40-1,55)
Cabello, 2017 (plusieurs pays, $n = 7\ 908$; 5 à 8 ans)	Réf.	$RC = 1,59$ avec IC de 95 % (0,67-3,75)
Sullivan, 2011 (É.-U., $n = 2\ 446$ adultes; 6 ans)	Réf.	$RC = 2,14$ avec IC de 95 % (1,49-3,07)
Ruiz-Estigarribia, 2019 (Espagne, $n = 14\ 908$; médiane 10,4 ans)	Réf.	$RRI = 0,95$ avec IC de 95 % (0,81-1,12)
Gustafson, 2012 (É.-U., $n = 3\ 194$; jusqu'à 12 ans)	Réf.	Le coefficient de corrélation n'indique aucun effet (-0,045).
Piasecki, 2017 (É.-U., $n = 986$; 1 an)	Réf.	Le coefficient de corrélation n'indique aucun effet (-0,02).
Paljarvi, 2009 (Finlande, $n = 15\ 926$; 5 ans)	Réf.	RC de la fréquence d'intoxication : de 1,14 à 1,49
Bulloch, 2012 (Canada, $n = 17\ 276$; ≥ 12 ans; 6 ans)	-	$RRI = 1,1$ (0,9-1,3)
Sloan, 2011 (É.-U., $n = 7\ 386$; ~20 ans)	Réf.	Différence entre les scores de propension 3,7 (avec EFC occasionnels) et -1,0 (avec d'autres buveurs) qui représente peu ou pas de différence.
Bell, 2015 (Royaume-Uni, $n = 7\ 478$; 28 ans)	2 à 3 verres/séance	$RRI = 0,81$ avec IC de 95 % (0,49-0,86)
Mason, 2008 (É.-U., $n = 429$; 4 ans)	Réf.	Le facteur bêta n'indique aucun effet pour les épisodes de forte consommation.

Évaluation du risque de biais : vert = faible; jaune = modéré; rouge = élevé

Adolescents

Quantité d'alcool consommée, fréquence de consommation et forte consommation ou calage d'alcool et apparition de la dépression

Dix-neuf études longitudinales ont évalué les répercussions de différentes quantités d'alcool consommées et fréquences de consommation (dont la forte consommation ou le calage d'alcool) sur l'apparition future de la dépression. Nous n'avons trouvé aucune nouvelle étude pour la mise à jour de la revue. Toutes les études compilées sont de type longitudinal et évaluent la consommation d'alcool et l'apparition de la dépression ou de symptômes dépressifs après un certain temps;



aucune étude transversale n'a été retenue. Le tableau 4 est un sommaire des résultats des études mesurant les effets de la quantité d'alcool consommée et de la fréquence de consommation sur l'apparition de symptômes dépressifs, et le tableau 5 présente les résultats de celles mesurant les effets de la forte consommation ou du calage d'alcool.

Quantité d'alcool consommée et fréquence de consommation : Treize études, toutes de la revue de 2018, rapportent un lien entre la quantité d'alcool consommée ou la fréquence de consommation et l'apparition future d'une dépression. La plupart des études ont analysé des données recueillies aux États-Unis, avec certaines données du Royaume-Uni. Une étude a analysé des données du Canada (Hooshmand et coll., 2012) et une autre, de Finlande (Patwardhan et coll., 2017). On mesurait habituellement les symptômes dépressifs (et non un diagnostic ou un épisode de dépression) après trois ans, mais une étude (finlandaise) a rapporté l'apparition de symptômes après 12 ans (Patwardhan et coll., 2017). La majorité des études ont calculé le coefficient de corrélation ou le facteur bêta du lien entre la consommation d'alcool et l'apparition de symptômes dépressifs au moyen d'échelles continues. Une seule étude a quantifié le risque de développer ces symptômes en fonction de quantités ou de fréquences différentes (Edwards et coll., 2014). Nous avons donc interprété l'ampleur du lien de la plupart des études du tableau 4 au moyen du facteur bêta et du coefficient de corrélation.

Presque toutes les études montrent peu ou pas de lien entre la quantité d'alcool consommée ou la fréquence de consommation et l'apparition d'une dépression dans une période de 1 à 12 ans. Ces études présentent un risque de biais allant de faible à élevé et portent sur 16 000 participants. Deux études portant sur environ 8 000 participants au total et présentant un risque de biais modéré ou élevé ont rapporté des augmentations faibles ou modérées du risque de développer des symptômes ou des épisodes dépressifs après un à trois ans de consommation d'alcool occasionnelle et hebdomadaire.

Forte consommation ou calage d'alcool : Neuf études ont mesuré le lien entre une forte consommation ou le calage d'alcool et le développement de symptômes dépressifs dans l'avenir chez environ 25 000 participants (tableau 5). La définition de « forte consommation » ou de « calage d'alcool » est cohérente entre les études : ≥ 3 ou 5 verres par occasion ou consommation jusqu'à l'intoxication. Le suivi des symptômes dépressifs va d'un à treize ans, ce qui correspond à la mesure d'une étude réalisée sur plus de 12 000 adolescents (Wilkinson et coll., 2016).

La plupart des études ont montré peu ou pas de lien entre une forte consommation ou le calage d'alcool et le développement de symptômes dépressifs. Les résultats de ces études concordaient avec ceux d'une vaste étude réalisée auprès de plus de 12 000 participants, qui présentait un risque faible de biais (Wilkinson et coll., 2016). Deux études ont révélé un petit lien, mais toutes deux présentent un risque élevé de biais.

Il y a probablement peu ou pas de lien entre la fréquence de consommation ou la quantité d'alcool consommée, y compris la forte consommation ou le calage, et l'apparition de symptômes dépressifs chez les adolescents (certitude modérée en raison d'un risque de biais).

Tableau 4. Fréquence de consommation ou quantité d'alcool consommée et apparition de la dépression

Étude (pays, nombre de participants, durée du suivi des symptômes dépressifs)	Mesure de la consommation	Résultats	Lien entre la consommation et l'apparition de la dépression
Hooshmand, 2012 (Canada, $n = 4\ 000$; jusqu'à 3 ans)	Quantité	Coefficients de corrélation de 0,04 à 0,14	Faible ou aucun



Parrish, 2016 (Mexique, $n = 620$; 2 ans)	Fréquence	Facteur bêta : 0,04	Faible ou aucun
Hooshmand, 2012 (Canada, $n = 4\ 000$; jusqu'à 3 ans)	Fréquence	Coefficients de corrélation de 0,09 à 0,17	Faible ou aucun
Danzo, 2017 (É.-U., $n = 593$ familles, jusqu'à 3 ans)	Quantité et fréquence	Coefficients de corrélation de 0,02 à 0,30; valeurs plus faibles chez les hommes	Faible ou aucun
Edwards, 2014 (Royaume-Uni, $n = 7\ 100$ adolescents; 1 à 3 ans)	Fréquence moyenne (consommation occasionnelle par rapport à nulle)	Hommes : $RC = 2,25$ (significatif) Femmes : $RC = 1,63$ (significatif)	Augmentations modérées
Edwards, 2014 (Royaume-Uni, $n = 7\ 100$ adolescents; 1 à 3 ans)	Fréquence élevée (consommation hebdomadaire par rapport à nulle)	Hommes : $RC = 2,54$ (significatif) Femmes : $RC = 1,93$ (significatif)	Augmentations modérées
Fleming, 2008 (É.-U., $n = 885$; jusqu'à 3 ans)	Fréquence	Coefficients de corrélation de 0,05 à 0,23; valeurs plus faibles chez les hommes	Faible ou aucun
McCarty, 2012 (É.-U., $n = 512$; 3 ans)	Toute consommation par rapport à aucune	Facteurs bêta de 0,02 à 0,17	Faible ou aucun
Wymbs, 2014 (É.-U., $n = 521$; 4 ans)	Fréquence	Facteurs bêta de 0,02 à 0,18; différences négligeables entre les hommes et les femmes	Faible ou aucun
Mason, 2008 (É.-U., $n = 429$; 2 à 6 ans)	Quantité	Facteurs bêta de 0,10 à 0,21	Faible ou aucun
Mason, 2008 (É.-U., $n = 429$; 2 à 6 ans)	Fréquence	Facteurs bêta de 0,08 à 0,22	Faible ou aucun
Scholes-Balog, 2015 (Australie, $n = 927$; 3 ans)	Fréquence	Facteurs bêta de -0,051 à 0,049	Faible ou aucun
Mackie, 2011 (Royaume-Uni, $n = 393$; 1 an)	Quantité et fréquence	Coefficients de corrélation de 0,08 à 0,20	Faible ou aucun
Mason, 2011 (É.-U., $n = 151$; 2 ans)	Quantité et fréquence	Facteurs bêta de 0,24 à 0,27	Faible ou aucun
Patwardham, 2017 (Finlande, $n = 6\ 963$; 12 ans)	Quantité et fréquence	Facteur bêta : 0,10	Faible ou aucun
Skogen, 2016 (Norvège, $n = 1\ 095$; 1 à 3 ans)	Consommation hebdomadaire par rapport à non hebdomadaire	Différences entre les coefficients bêta de 0,26 à 0,13	Faible augmentation

Évaluation du risque de biais : vert = faible; jaune = modéré; rouge = élevé



Tableau 5. Forte consommation ou calage d'alcool et apparition de la dépression chez les adolescents

Étude (pays, nombre de participants, durée du suivi des symptômes dépressifs)	Aucun	Forte consommation ou calage d'alcool (≥ 3 ou ≥ 5 verres par occasion; consommation jusqu'à l'intoxication)	Lien entre la consommation et l'apparition de la dépression
Gustafson, 2012 (É.-U., $n = 3\ 194$; jusqu'à 12 ans)	Réf.	Coefficients de corrélation de 0,03 à 0,07	Faible ou aucun
Wilkinson, 2007 (É.-U., $n = 12\ 107$; 13 ans)	Réf.	Facteurs bêta de 0,01 à -0,01	Aucun
Cisler, 2012 (É.-U., $n = 2\ 511$; 1 an)	Réf.	Facteurs bêta de 0,01 à 0,06	Faible ou aucun
Pesola, 2015 (Royaume-Uni, $n = 1\ 883$; 2 ans)	Réf.	Faible corrélation négative, statistiquement significative pour les hommes et les femmes	Faible ou aucun
Needham, 2007 (É.-U., $n = 10\ 828$; 6 ans)	Réf.	Très faible corrélation négative, statistiquement significative pour les femmes	Aucun
Skogen, 2016 (Norvège, $n = 1\ 095$; 1 à 3 ans)	Réf.	Facteurs bêta de 0,27 à 0,32	Faible
Mason, 2011 (É.-U., $n = 151$; 2 ans)	Réf.	Facteurs bêta de 0,24 à 0,27	Faible
Chan, 2013 (Australie, $n = 969$; 3 ans)	Réf.	Facteurs bêta de 0,08 à 0,15	Faible ou aucun
Mason, 2008 (É.-U., $n = 429$; 2 à 6 ans)	Réf.	Facteurs bêta de 0,13 à 0,14	Faible ou aucun

Évaluation du risque de biais : vert = faible; jaune = modéré; rouge = élevé

Consommation d'alcool et apparition de l'anxiété

Nous avons trouvé 10 études longitudinales mesurant le risque d'anxiété dans l'avenir selon différents niveaux de consommation d'alcool. C'est pourquoi aucune étude transversale évaluant les liens entre l'anxiété et la consommation d'alcool à un même point dans le temps n'a été intégrée. Quatre nouvelles études ont été sélectionnées pour la présente mise à jour (Carvalho et coll., 2018; Knox et coll., 2019; Mustonen et coll., 2021; Newton-Howes et coll., 2019), ainsi que six études datant de la revue de 2018. Elles ne détaillaient pas clairement la quantité d'alcool consommée et la fréquence de consommation. Pour cette raison, les catégories de consommation se déclinent en niveaux : nulle, faible, modérée et élevée. La consommation modérée correspond à un score de 3–7 chez les femmes et de 4–7 chez les hommes au questionnaire AUDIT-C (test d'identification du trouble lié à l'usage d'alcool) (Babor et coll., 2001; Richards et coll., 2020).

Adultes

Niveau de consommation d'alcool et apparition de l'anxiété

Deux études longitudinales ont évalué l'apparition de l'anxiété chez des personnes ayant différents niveaux de consommation d'alcool (Carvalho et coll., 2018; Knox et coll., 2019) (tableau 6). Dans l'étude de Carvalho et coll., on a évalué la consommation d'alcool de 6 095 adultes âgés de ≥ 50 ans en Irlande après deux ans; l'étude présente un risque faible de biais (Carvalho et coll., 2018). Elle révèle que les risques sont soit semblables soit faiblement réduits dans les cas



de consommation élevée par rapport à faible. L'étude de Knox et coll. (risque modéré de biais) mesure la consommation de différentes quantités d'alcool sur une période de trois ans chez environ 22 000 personnes aux États-Unis, dont certaines ont augmenté ou réduit leur consommation et d'autres n'ont pas modifié leurs habitudes. Ce sont ces données de personnes n'ayant pas modifié leurs habitudes qui ont servi à calculer le risque de développer de l'anxiété après trois ans (Knox et coll., 2019). Les rapports de cotes de cette étude indiquent presque aucune influence pour les niveaux de consommation à risque modéré ou élevé, mais un risque plus que doublé pour le niveau de consommation à risque très élevé. De manière générale, les résultats ne sont pas cohérents entre les études.

Les données probantes sont très incertaines quant à l'influence de différents niveaux de consommation d'alcool sur le risque d'apparition future de l'anxiété : ce risque est semblable pour la consommation d'alcool à risque modéré ou élevé, mais accru pour la consommation à très haut risque (certitude très faible en raison du risque de biais, de l'imprécision et de l'incohérence).

Tableau 6. Niveau de consommation d'alcool et apparition de l'anxiété

Étude (pays, nombre de participants, durée du suivi)	Faible risque	Risque modéré	Risque élevé	Risque très élevé
Carvalho, 2018 (Irlande, n = 6 095, aînés; 2 ans)	Réf. (non-buveur)	RC = 0,82 avec IC de 95 % (0,54-1,24) Hommes : RC = 0,61 avec IC de 95 % (0,28-1,37) Femmes : RC = 0,90 avec IC de 95 % (0,5-1,47)	RC = 0,95 avec IC de 95 % (0,54-1,66) Hommes : RC = 0,71 avec IC de 95 % (0,30-1,68) Femmes : RC = 1,18 avec IC de 95 % (0,59-2,34)	
Knox, 2019 (É.-U., n = 22 005; 3 ans)	Réf.	uRC = 0,94 avec IC de 95 % (0,65-1,35)	uRC = 1,13 avec IC de 95 % (0,63-2,05)	uRC = 2,5 avec IC de 95 % (1,73-3,62)

Évaluation du risque de biais : vert = faible; jaune = modéré

Épisodes de forte consommation et apparition de l'anxiété

Deux études longitudinales se sont penchées sur le risque de développer de l'anxiété chez les gros buveurs et les buveurs modérés (Carvalho et coll., 2018; Chou et coll., 2011) (tableau 7). Les deux études s'intéressent aux aînés : l'une aux États-Unis après trois ans (Chou et coll., 2011) et l'autre en Irlande après deux ans (Carvalho et coll., 2018). Les estimations des deux études arrivent à des liens qui vont dans des sens différents, tant au sein des études qu'entre elles, en ce qui a trait à l'apparition de l'anxiété en lien avec la fréquence des épisodes de forte consommation. Par contre, leurs intervalles de confiance sont vastes et se recoupent. À la considération des estimations et des intervalles de confiance qui se chevauchent, les données semblent indiquer qu'il y a peu ou pas de lien.

Il pourrait n'y avoir que peu ou pas de différence entre le risque d'apparition de l'anxiété chez les adultes sans épisode de forte consommation ou de calage d'alcool et ceux qui vivent des épisodes mensuels ou même plus fréquents (certitude faible en raison de l'incohérence et de l'imprécision).



Tableau 7. Épisodes de forte consommation (EFC) et apparition de l'anxiété

Étude (pays, nombre de participants)	Buveur sans EFC	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois ou plus
Chou, 2011 (É.-U., hommes $n = 5\ 461$; femmes $n = 7\ 981$)	Réf.	Hommes : $RC = 2,25$ avec IC de 95 % (0,87-5,8) Femmes : $RC = 1,28$ avec IC de 95 % (0,58-2,82)	Hommes : $RC = 0,88$ avec IC de 95 % (0,32-2,42) Femmes : $RC = 0,50$ avec IC de 95 % (0,18-1,39)
Carvalho, 2018 (Irlande, $n = 6\ 095$)	Réf. (non-buveur)	$RC = 0,73$ avec IC de 95 % (0,48-1,11) Hommes : $RC = 0,53$ avec IC de 95 % (0,25-1,13) Femmes : $RC = 0,82$ avec IC de 95 % (0,51-1,33)	$RC = 1,71$ avec IC de 95 % (0,90-3,27) Hommes : $RC = 1,23$ avec IC de 95 % (0,45-3,35) Femmes : $RC = 2,22$ avec IC de 95 % (1,01-4,86)

Évaluation du risque de biais : vert = faible

Adolescents

Niveau de consommation d'alcool et apparition de l'anxiété

Cinq études longitudinales ont évalué l'apparition future de l'anxiété en lien avec différents niveaux de consommation d'alcool chez les adolescents. Aucune nouvelle étude ne s'inscrit dans la présente mise à jour. Les études portent entre autres sur des adolescents des États-Unis, du Royaume-Uni et de la Finlande et suivent l'apparition de l'anxiété sur une période d'un à trois ans, à l'exception d'une qui s'intéresse à l'anxiété après 13 ans (Cerdá et coll., 2013). Elles déterminent les niveaux de consommation d'alcool par la fréquence de consommation ou la quantité d'alcool consommée, ou une combinaison des deux, et l'anxiété par différentes périodes de suivi. Elles décrivent aussi les liens dans un continuum de consommation ou par catégorie. C'est donc en nous basant sur la direction et l'ampleur des effets, ainsi que sur le risque de biais des études (tableau 8) que nous avons synthétisé les résultats. Deux études présentent un risque faible de biais, mais analysent des échantillons de petite taille (environ 500 participants pour chacune) (Cerdá et coll., 2013; Parrish et coll., 2016).

Parmi les études intégrées à la mise à jour, celles qui présentent un faible risque de biais rapportent peu ou pas de lien entre une consommation accrue d'alcool et l'apparition future de l'anxiété. Bien que les échantillons de ces études soient modestes, les résultats sont semblables à ceux d'études ayant un risque de biais modéré et élevé qui portent, elles, sur environ 10 000 adolescents.

Il y a probablement peu ou pas de lien entre la fréquence ou le niveau de consommation d'alcool et l'apparition de l'anxiété chez les adolescents (certitude modérée en raison d'un risque de biais).

Tableau 8. Niveau de consommation d'alcool et apparition de l'anxiété

Étude (pays, nombre de participants, durée du suivi)	Mesure de la consommation	Résultats	Lien entre la consommation et l'apparition de l'anxiété
Parrish, 2016 (É.-U., $n = 620$ adolescents de 14 ans; 2 ans)	Fréquence	Les liens non ajustés ne sont pas statistiquement significatifs et représentent un effet faible ou nul (facteur bêta = 0,02).	Aucun



Cerdá, 2016 (É.-U., <i>n</i> = 503 garçons âgés de 13 à 19 ans; 13 ans)	Fréquence (nombre d'occasions de consommation dans la dernière année)	Aucune hausse statistiquement significative de l'anxiété.	Faible ou aucun
Cerdá, 2016 (É.-U., <i>n</i> = 503 garçons âgés de 13 à 19 ans; 13 ans)	Quantité (nombre moyen de verres par occasion dans la dernière année)	Hausse statistiquement significative de l'anxiété. Une augmentation du nombre moyen de verres par occasion haussait faiblement le score T d'anxiété : 0,12 avec IC de 95 % (0,05-0,19)	Faible ou aucun
Fröjd, 2011 (Finlande, <i>n</i> = 2 070 adolescents âgés de 15 à 16 ans; 2 ans)	Consommation ≥ une fois/semaine par rapport à moins	RC = 1,3 avec IC de 95 % (0,6-2,8)	Faible ou aucun
Fröjd, 2011 (Finlande, <i>n</i> = 2 070 adolescents âgés de 15 à 16 ans; 2 ans)	État d'ivresse au moins une fois par semaine par rapport à moins	RC = 0,8 avec IC de 95 % (0,2-3,6)	Faible ou aucun
Edwards, 2014 (Royaume-Uni, <i>n</i> = 7 100, 1-3 ans)	Fréquence moyenne (consommation occasionnelle par rapport à nulle)	Hommes : uRC = 1,13 avec IC de 95 % (0,65-1,95) Femmes : RC = 1,19 avec IC de 95 % (0,80-1,76)	Faible ou aucun
Edwards, 2014 (Royaume-Uni, <i>n</i> = 7 100, 1 à 3 ans)	Fréquence élevée (consommation hebdomadaire par rapport à nulle)	Hommes : uRC = 1,20 avec IC de 95 % (0,55-2,62) Femmes : RC = 1,41 avec IC de 95 % (0,84-2,36)	Faible ou aucun
Mackie, 2011 (Royaume-Uni, <i>n</i> = 809, jusqu'à 18 mois)	Quantité et fréquence	Aucun effet directionnel statistiquement significatif; degré de corrélation avec le temps nul à faible	Faible ou aucun

Évaluation du risque de biais : vert = faible; jaune = modéré; rouge = élevé

Âge de l'initiation à l'alcool

Deux études longitudinales se penchent sur le développement de troubles anxieux en lien avec l'âge d'initiation à l'alcool chez les adolescents : les deux études évaluent l'âge de la première intoxication alcoolique (Mustonen et coll., 2021; Newton-Howes et coll., 2019); et l'une évalue aussi l'âge de la première consommation (Newton-Howes et coll., 2019). Les deux études présentent un risque de biais modéré, et leurs participants totalisent ensemble environ 2 500 adolescents (tableau 9). Les résultats indiquent peu ou pas de lien entre le risque de développer de l'anxiété et l'âge d'initiation à l'alcool.

Une initiation à l'alcool avant l'âge de 13 ans pourrait ne pas être associée à l'apparition de l'anxiété (certitude faible en raison du risque de biais et de l'imprécision).



Tableau 9. Association entre l'apparition de l'anxiété et l'âge d'initiation à l'alcool

Étude (pays, nombre de participants)	Jamais (≥ 18 ans)	Jamais (≥ 16 ans)	Fin de l'adolescence (15–16 ans)	Milieu de l'adolescence (13–14 ans)	Préadolescence (≤ 12 ans)
Âge à la première intoxication					
Mustonen, 2021 (Finlande, n = 1 492)	-	Réf.	RRI = 0,91 avec IC de 95 % (0,62-1,34)	RRI = 1,08 avec IC de 95 % (0,81-1,45)	RRI = 1,39 avec IC de 95 % (0,84-2,30)
Newton-Howes, 2019 (Nouvelle-Zélande, n = 962)	Réf.	RC = 1,01 avec IC de 95 % (0,91-1,13)			
Âge de la première consommation					
Newton-Howes, 2019 (Nouvelle-Zélande, n = 962)	Réf.	RC = 1,16 avec IC de 95 % (0,86-1,57)			

Évaluation du risque de biais : jaune = modéré

Consommation d'alcool et lien avec l'idéation suicidaire ou l'apparition de l'idéation suicidaire

Huit études de cohorte ont évalué le lien entre la consommation d'alcool et l'idéation suicidaire chez les adultes et les jeunes adultes. Six d'entre elles ont été intégrées à la mise à jour (Kim et coll., 2021; Kim et Lee, 2018; Kim et Burlaka, 2018; Kittel et coll., 2019; Parker et coll., 2019; Richards et coll., 2020) et deux proviennent de la revue de 2018 (Glasheen et coll., 2015; Herberman Mash et coll., 2016). Nous n'avons pas trouvé d'études longitudinales mesurant le risque d'apparition d'une idéation suicidaire dans l'avenir. Les études présentées sont plutôt de type transversal, et leur analyse se limite à un point fixe dans le temps. En raison du petit nombre d'études et des différences dans la manière dont elles catégorisent la quantité d'alcool consommée ou la fréquence de consommation, nous avons combiné ces deux variables en niveaux de consommation : nulle, faible, modérée et élevée. La consommation modérée correspond à un score de 3–7 chez les femmes et de 4–7 chez les hommes au questionnaire AUDIT-C (test d'identification du trouble lié à l'usage d'alcool) (Babor et coll., 2001; Richards et coll., 2020).

Quantité d'alcool consommée, fréquence de consommation et idéation suicidaire

Sept études transversales ont évalué le lien entre les niveaux de consommation d'alcool et l'idéation suicidaire à un moment dans le temps (Glasheen et coll., 2015; Herberman Mash et coll., 2016; Kim et coll., 2021; Kim et Lee, 2018; Kim et Burlaka, 2018; Kittel et coll., 2019; Parker et coll., 2019; Richards et coll., 2020). Six d'entre elles portent sur des participants des États-Unis et l'une s'intéresse à des participants de la Corée (tableau 10). Elles comparent généralement des niveaux de consommation élevée à des niveaux de référence (consommation nulle ou faible) et calculent le risque d'idéation suicidaire. Une des études ne décrit pas les liens au moyen d'un rapport de cotes (Kim et Burlaka, 2018), mais plutôt en reliant positivement la dépendance à l'alcool et la consommation abusive avec l'idéation suicidaire (facteur bêta : 0,30 [hommes]; 0,47 [femmes]). Toutes les études présentent au moins un risque modéré de biais lié à la question de savoir si un



niveau de consommation élevé peut causer l'apparition d'une idéation suicidaire dans l'avenir. La justification de cette évaluation du risque de biais vient du fait que les études transversales ne peuvent que confirmer un lien à un même point dans le temps.

Les vastes études avec un risque de biais modéré ont montré peu ou pas de lien; les études de plus petite ampleur présentant un risque de biais modéré ou élevé ont montré un lien faible entre l'idéation suicidaire et des niveaux élevés de consommation d'alcool. Les données ne semblent montrer aucune différence entre les hommes et les femmes.

Des niveaux élevés de consommation d'alcool pourraient ne pas être associés à un risque accru d'idéation suicidaire dans l'avenir chez les adultes (certitude faible en raison du risque de biais et d'incohérences).

Tableau 10. Lien entre le niveau de consommation d'alcool et l'idéation suicidaire

Étude (pays, nombre de participants)	Nulle	Faible	Modérée (score AUDIT-C : 3-7 [femmes]; 4-7 [hommes])		Élevée	
Kim, 2018 (É.-U., n = 13 069)	Réf.	Hommes : RC = 1,10 avec IC de 95 % (0,79-1,52) Femmes : RC = 1,21 avec IC de 95 % (0,91-1,63)	Hommes : RC = 1,44 avec IC de 95 % (0,91-2,28) Femmes : RC = 1,03 avec IC de 95 % (0,51-2,09)		Hommes : RC = 1,54 avec IC de 95 % (1,05-2,24) Femmes : RC = 0,63 avec IC de 95 % (0,22-1,8)	
Kittel, 2019 (É.-U., n = 269 078)	Réf.	Hommes : RC = 1,01 avec IC de 95 % (0,94-1,30) Femmes : RC = 1,07 avec IC de 95 % (0,95-1,21)	Hommes : RC = 1,02 avec IC de 95 % (0,86-1,21) Femmes : RC = 1,08 avec IC de 95 % (0,94-1,23)	Hommes : RC = 0,83 avec IC de 95 % (0,70-0,97) Femmes : RC = 1,07 avec IC de 95 % (0,91-1,25)	Hommes : RC = 0,87 avec IC de 95 % (0,71-1,08) Femmes : RC = 1,00 avec IC de 95 % (0,84-1,18)	Hommes : RC = 0,97 avec IC de 95 % (0,75-1,24) Femmes : RC = 1,17 avec IC de 95 % (0,82-1,59)
Herberman Mash, 2016 (É.-U., n = 3 813)	Réf.		RC = 1,05 (0,67-1,65)			
Parker, 2019 (É.-U., n = 3 239)	Réf.				RC = 2,02 avec IC de 95 % (1,13-3,64)	
Kim, 2021 (Corée, n = 5 982)	Réf.		RC = 1,24 avec IC de 95 % (1,04-1,48)		RC = 1,77 avec IC de 95 % (1,43-2,17)	
Richards, 2020 (É.-U., n = 44 106)	Réf.	uRC 0,83 (0,79-0,88)	uRC = 0,89 avec IC de 95 % (0,84-0,94)		uRC = 1,84 avec IC de 95 % (1,67-2,03)	

Évaluation du risque de biais : jaune = modéré; rouge = élevé

Épisodes de forte consommation et apparition de l'idéation suicidaire

Deux études transversales réalisées aux États-Unis ont évalué les épisodes de forte consommation et l'idéation suicidaire au moyen d'estimations non ajustées pour d'autres variables (Glasheen et coll., 2015; Richards et coll., 2020). Toutes deux ont montré une augmentation faible ou modérée de l'idéation suicidaire avec des épisodes de forte consommation mensuels ou plus fréquents par



rapport à l'absence d'épisode ou à des épisodes se produisant moins d'une fois par mois, mais elles présentent un risque élevé de biais (tableau 11). Il y a une faible différence entre les hommes et les femmes.

Chez les adultes, il pourrait y avoir un lien faible ou modéré entre des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool et l'apparition de l'idéation suicidaire (certitude faible en raison du risque de biais).

Tableau 11. Lien entre des épisodes de forte consommation et l'idéation suicidaire

Étude (pays, nombre de participants)	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois ou plus
Glasheen, 2015 (É.-U., <i>n</i> = 136 500)	Réf.		Hommes : uRC = 1,63 avec IC de 95 % (1,43-1,85) Femmes : uRC = 1,94 avec IC de 95 % (1,74-2,16)
Richards, 2020 (É.-U., <i>n</i> = 44 106)	Réf.	uRC = 1,19 [1,13-1,26]	uRC = 1,63 avec IC de 95 % (1,53-1,74)

Évaluation du risque de biais : rouge = élevé

Adolescents

Sept études transversales se sont intéressées au lien entre la consommation d'alcool et l'idéation suicidaire chez les adolescents. Trois d'entre elles découlent de la recherche pour la mise à jour (Ahuja et coll., 2021; Cheng, 2019; Lee et coll., 2021) et quatre, de la revue de 2018 (Kim et Kim, 2010; Peltzer et Pengpid, 2015; Schilling et coll., 2009; Souza et coll., 2010). Elles analysent des échantillons de plus de 1 000 personnes.

Âge de l'initiation à l'alcool

Six études transversales se sont penchées sur l'âge de l'initiation à l'alcool ou sur la consommation d'alcool en lien avec le développement de l'idéation suicidaire chez les adolescents. Trois études ont été intégrées à la présente mise à jour (Ahuja et coll., 2021; Cheng, 2019; Lee et coll., 2021) et trois proviennent de la revue de 2018 (Peltzer et Pengpid, 2015; Schilling et coll., 2009; Souza et coll., 2010). Une étude a été laissée de côté à cause d'erreurs dans la déclaration des données. Trois études ont été menées aux États-Unis, deux en Corée et une à Kiribati, au Samoa, aux Îles Salomon et à Vanuatu (tableau 12). Toutes les études présentent un risque modéré de biais quant à savoir si l'initiation à un jeune âge accroît le risque d'idéation suicidaire dans l'avenir.

Les études pointent vers un risque accru d'idéation suicidaire lorsqu'il y a initiation à l'alcool dans la préadolescence plutôt qu'au milieu ou à la fin de cette période. Toutefois, l'ampleur du risque pour une initiation pendant la préadolescence manquait de cohérence entre les études et allait d'un risque accru (triplé) à une faible augmentation du risque (par 1,39 fois). Certaines études ont différencié les données selon le sexe, sans parvenir à des conclusions différentes (Kim et Kim, 2010; Peltzer et Pengpid, 2015).

Il pourrait y avoir un lien modéré entre l'apparition de l'idéation suicidaire et une initiation à l'alcool avant l'âge de 13 ans (certitude faible en raison du risque de biais et de l'incohérence).



Tableau 12. Lien entre l'idéation suicidaire et l'âge d'initiation à l'alcool

Étude (pays, nombre de participants)	Pas d'initiation	Fin de l'adolescence	Milieu de l'adolescence	Préadolescence
Cheng, 2019 (É.-U., n = 15 029)	Réf.	-		RC = 1,55 (significatif)
Ahuja, 2021 (É.-U., n = 13 867)	Réf.	RC = 2,11 avec IC de 95 % (1,46-3,04) seuil ≥ 15		RC = 3,64 avec IC de 95 % (2,51-5,28) seuil ≥ 14
Kim, 2010 (Corée, n = 71 404)	Réf.	Hommes : RC = 1,11 avec IC de 95 % (1,01-1,22) Femmes : RC = 1,21 avec IC de 95 % (1,12-1,30)		Hommes : RC = 1,28 avec IC de 95 % (1,16-1,41) Femmes : RC = 1,45 avec IC de 95 % (1,33-1,59)
Lee, 2021 (Corée, n = 57 303)	-	Réf.	RC = 1,139 (significatif)	RC = 1,388 (significatif)
Peltzer, 2015 (région du Pacifique, n = 6 540)	Réf.	RC = 1,95 avec IC de 95 % (1,32-2,89) Hommes : RC = 1,88 avec IC de 95 % (1,14-3,10) Femmes : RC = 2,12 avec IC de 95 % (1,34-3,34)		RC = 3,39 avec IC de 95 % (2,44-4,71) Hommes : RC = 3,37 avec IC de 95 % (2,16-5,27) Femmes : RC = 3,12 avec IC de 95 % (1,95-4,90)

Évaluation du risque de biais : jaune = modéré

Fréquence de consommation d'alcool au cours du dernier mois

Trois études transversales se sont penchées sur le lien entre le niveau de consommation d'alcool et l'idéation suicidaire chez les adolescents (Cheng, 2019; Lee et coll., 2021; Souza et coll., 2010). On y mesurait la fréquence de consommation pendant le dernier mois, et la plupart des études comparaient l'absence de consommation à une séance de consommation et plus (tableau 13). Les études proviennent de divers pays (États-Unis, Corée et Brésil) et toutes trois présentent un risque de biais modéré sur la question de savoir si une consommation élevée d'alcool mène à un risque accru d'idéation suicidaire dans l'avenir. L'une des études a montré qu'une augmentation de la fréquence ne hausse pas le risque d'idéation suicidaire de manière proportionnelle (Lee et coll., 2021). Toutes les études pointent vers une augmentation modérée ou élevée du risque de voir apparaître une idéation suicidaire lorsque les adolescents ont des antécédents de consommation d'alcool au moins une fois pendant le dernier mois.

Chez les adolescents, la consommation d'alcool au moins une fois dans le passé pourrait être associée à un risque modérément accru de voir apparaître une idéation suicidaire (certitude faible en raison du risque de biais).

Tableau 13. Lien entre la fréquence de consommation d'alcool dans le dernier mois et l'idéation suicidaire

Étude (pays, nombre de participants)	Aucune consommation	Consommation d'alcool au cours du dernier mois	Consommation quotidienne
Cheng, 2019 (É.-U., n = 15 029)	Réf.	RC = 1,67 (significatif) (au moins une fois)	-
Lee, 2021 (Corée, n = 57 303)	Réf.	RC = 3,908 (1 à 2 fois/mois) à 4,454 (20 à 29 fois/mois) (significatif)	RC = 4,515 (significatif)
Souza, 2010 (Brésil, n = 1 039)	Réf.	RC = 1,64 avec IC de 95 % (1,04-2,58) (au moins une fois)	-

Évaluation du risque de biais : jaune = modéré



Quantité d'alcool consommée et idéation suicidaire

Une seule étude transversale (risque de biais modéré) a évalué la quantité d'alcool consommée et le lien avec l'apparition d'une idéation suicidaire. Elle porte sur 57 303 adolescents de Corée et révèle que la consommation de quantités importantes d'alcool (ex. une à huit bouteilles de bière dans le dernier mois) par rapport à aucune consommation n'est pas associée à l'apparition d'une idéation suicidaire (RC de 0,93 à 1,0) (Lee et coll., 2021).

Chez les adolescents, la consommation d'alcool dans le passé pourrait avoir peu ou pas d'influence sur l'apparition de l'idéation suicidaire, mais les données sont très incertaines (certitude très faible en raison du risque de biais et de l'imprécision).

Épisodes de forte consommation et idéation suicidaire

Quatre études transversales ont évalué le lien entre l'idéation suicidaire et des épisodes de forte consommation : deux d'entre elles portent sur des participants des États-Unis (Cheng, 2019; Schilling et coll., 2009), l'une sur des participants de Corée (Lee et coll., 2021) et une autre, sur des participants du Brésil (Souza et coll., 2010). Toutes présentent un risque de biais modéré puisque les épisodes passés de forte consommation ont été mesurés au même moment que l'idéation suicidaire (tableau 14). Trois des quatre études montrent qu'au moins un épisode de forte consommation pendant le dernier mois accroît légèrement le risque de présenter une idéation suicidaire (ou de faire une tentative de suicide) (Cheng, 2019; Lee et coll., 2021; Schilling et coll., 2009); l'autre montre une hausse modérée du risque (Souza et coll., 2010). Dans une même étude, plus d'épisodes semblaient accroître le risque, mais le risque demeurait modéré quelle que soit la fréquence des épisodes.

Chez les adolescents, des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool dans le passé pourraient être associés à une légère hausse du risque de présenter une idéation suicidaire (certitude faible en raison du risque de biais).

Tableau 14. Lien entre épisodes de forte consommation d'alcool et idéation suicidaire

Étude (pays, nombre de participants)	Aucune	1 à 2 fois/mois	3 à 4 fois/mois	≥ 5 fois/mois
Cheng, 2019 (É.-U., <i>n</i> = 15 029)	Réf.	RC = 1,21 (significatif)	-	-
Lee, 2021 (Corée, <i>n</i> = 57 303)	Réf.	RC = 1,233 (significatif)	RC = 2,133	RC = 3,228 (significatif)
Souza, 2010 (Brésil, <i>n</i> = 1 039)	Réf.	RC = 1,94 avec IC de 95 % (0,86-4,36) (au moins une fois)	-	-
Schilling, 2009 (É.-U., <i>n</i> = 31 953) (tentatives de suicide seulement)	Réf.	RC = 1,22 avec IC de 95 % (1,06-1,42)	-	-

Évaluation du risque de biais : jaune = modéré



Analyse et conclusions

Résultats et degré de certitude général

Grâce à cette mise à jour rapide, nous avons ajouté 24 nouvelles études à celles compilées dans la revue de 2018. Longitudinales ou transversales, ces nouvelles études documentent le lien entre l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire et la consommation d'alcool dans la population générale. La majorité d'entre elles ont été ajoutées au corpus de données sur le lien entre la consommation d'alcool et l'idéation suicidaire; toutefois, ces études sont de type transversal et non longitudinal. Bien qu'il y ait peu de nouvelles études documentant la dépression et l'anxiété, nous avons tenté d'offrir une synthèse des résultats différente de celle de la revue de 2018. Cette dernière donnait des descriptions textuelles de chaque étude, et les résultats pouvaient être mis en lumière simplement par la quantité de texte nécessaire pour les décrire. Nous avons plutôt choisi de compter le nombre d'études montrant une certaine direction et une certaine ampleur de l'effet pour obtenir un effet général, en tenant compte des études à faible risque de biais. Nous avons aussi utilisé la méthode GRADE pour évaluer les pronostics (c.-à-d. le risque de présenter une maladie mentale dans l'avenir) pour les groupes de personnes touchés par un facteur de pronostic en particulier (ex. consommation d'alcool). Ainsi, lorsque des études longitudinales contribuaient aux données probantes, nous avons évalué leur degré de certitude comme étant élevé, pour ensuite l'ajuster à la baisse en fonction des domaines de la méthode GRADE (ex. risque de biais, caractère indirect des données probantes, incohérence, imprécision et biais de publication) ou à la hausse en fonction d'autres domaines (ex. grand effet, relation dose-réponse ou biais contraires). Nous avons aussi utilisé GRADE pour tirer des conclusions éclairées, en tenant compte du degré de certitude des données.

À partir de cette méthode de synthèse, nous sommes en mesure de formuler les conclusions qui suivent. Des données à certitude élevée montrent qu'il n'existe pas de lien entre la quantité d'alcool consommée et l'apparition de la dépression chez les adultes après quatre à dix ans, et des données à certitude modérée montrent qu'il n'existe pas non plus de lien entre la fréquence de consommation d'alcool et l'apparition de ce problème. Chez les adolescents, il est aussi probable que des niveaux élevés ou de grandes fréquences de consommation d'alcool, y compris des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool, ne sont pas associés à l'apparition de la dépression (données à certitude modérée).

À ce jour, il existe peu d'études longitudinales évaluant l'apparition de l'anxiété chez les adultes. Le lien entre des niveaux de consommation d'alcool faibles ou élevés, y compris des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool, et le risque d'anxiété demeure très incertain (données à certitude très faible). Chez les adolescents, il est probable que de hauts niveaux ou de grandes fréquences de consommation n'aient pas d'incidence sur le risque de présenter de l'anxiété dans l'avenir (données à certitude modérée), et il pourrait n'y avoir aucune influence sur l'apparition de l'anxiété dans le temps en cas d'initiation à l'alcool avant l'âge de 13 ans (données à certitude faible).

Aucune étude longitudinale n'évalue le lien entre le risque de présenter une idéation suicidaire et la consommation d'alcool. Nous avons donc fondé nos conclusions sur des données issues d'études transversales, qui sont moins certaines puisque la direction de l'effet dans le temps n'est pas connue. Chez les adultes, de hauts niveaux de consommation d'alcool pourraient ne pas influencer l'apparition de l'idéation suicidaire, mais des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool pourraient être modérément associés à une hausse du risque de développer ce trouble dans l'avenir



(données à certitude faible). Chez les adolescents, il pourrait aussi y avoir un lien modéré entre le risque accru de présenter une idéation suicidaire et une consommation d'alcool plus fréquente, y compris des épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool (données à certitude faible). Le fait de commencer à consommer de l'alcool avant l'âge de 13 ans pourrait être modérément associé à l'apparition de l'idéation suicidaire dans l'avenir, mais ne serait pas associé à l'anxiété.

La certitude de ces conclusions se base sur le risque de biais de toutes les études analysées et sur d'autres facteurs, notamment le nombre de participants, les caractéristiques et situations des populations étudiées, la cohérence des résultats et les biais de publication, qui entrent dans les domaines GRADE. Pour certaines conclusions, les données étaient classées comme étant à certitude élevée ou modérée, signifiant que le lien ou l'absence de lien « est vrai » ou « est probablement vrai ». Puisque la plupart des données sont issues de vastes études fondées sur la vie réelle et de bases de données sur la population générale (dont certains échantillons comptent plus de 10 000 personnes) ayant montré des résultats cohérents, la majorité des résultats n'ont pas été ajustés à la baisse en raison d'imprécisions ou d'incohérences.

Nous avons aussi omis d'ajuster la certitude à la baisse lorsque des études à faible risque de biais contribuaient aux données, mais que l'évaluation du faible risque de biais pouvait être remise en question. Selon le poids d'un potentiel de risque de biais en particulier, certaines études pourraient donc avoir été jugées comme présentant un plus haut risque de biais que celui que nous avons déterminé. Un des risques potentiels est lié aux « abandons pour maladie » (Shaper et coll., 1988). On pose l'hypothèse que si l'on compare des personnes qui consomment de l'alcool avec des personnes « actuellement non buveuses », alors les liens potentiels avec des résultats cliniques négatifs pourraient être atténués puisque ce dernier groupe pourrait avoir bu dans le passé, mais avoir arrêté à cause de problèmes de santé. Ce biais équilibrerait alors les résultats de santé négatifs entre les différents groupes et ferait alors conclure à un lien faible, voire inexistant, avec la consommation d'alcool. Dans la présente revue, nous n'avons pas tenu compte de ce biais potentiel comme raison d'ajuster à la baisse la certitude des données.

À l'inverse, nous avons fait peser plus lourd le risque de biais associé à la présence initiale d'un résultat clinique (ex. dépression, anxiété ou idéation suicidaire). Les études où les participants présentaient déjà le résultat clinique, ou pour lesquelles cette donnée était floue, ont été classées comme présentant un risque de biais plus élevé. Notre évaluation du risque de biais pourrait être différente de celle de certains lecteurs, et c'est pourquoi certaines des conclusions pourraient présenter un degré de certitude moins grand que celui rapporté dans notre analyse. Dans tous les cas, l'ampleur de l'effet resterait le même; seule la certitude changerait. Par exemple, une certitude élevée que la consommation d'alcool a « peu ou pas d'influence » sur le risque de présenter une dépression pourrait se révéler plutôt être modérée; la certitude de la présence d'une influence ne changerait donc pas, puisque l'ampleur du lien dans toutes les études est toujours de « peu ou pas ».

Limites de la revue

La revue de 2018 a réuni plus de 15 000 citations et plus de 40 études. La recherche pour la présente mise à jour rapide a été moins exhaustive. Nous n'avons pas fouillé de registres d'essais ou de sites Web de littérature grise, mais de grandes bases de données, pour trouver des études publiées entre 2018 et décembre 2021. Nous nous sommes concentrés sur les études longitudinales lorsque c'était possible, sauf dans le cas de l'idéation suicidaire, pour laquelle la revue de 2018 ne compilait que des études transversales. Nous n'avons pas non plus trouvé d'étude longitudinale qui évaluait l'idéation suicidaire. Toutefois, il n'y a toujours pas beaucoup de données probantes d'études longitudinales qui évaluent l'apparition de l'anxiété et en rétrospective,



une recherche supplémentaire pour des études transversales aurait pu se révéler utile pour alimenter cette section. Dans la présente mise à jour, nous avons l'ambition de réunir un bassin de résultats au moyen d'une analyse statistique. Cependant, comme pour la revue de 2018, les seuils et définitions des quantités d'alcool consommées et des fréquences de consommation variaient entre les études, ce qui a rendu impossible ce type d'analyse. De plus, il est rare que les études déclarent leurs résultats dans un format facilement assimilable à un bassin commun, par exemple des rapports de cotes avec des écarts-types ou des intervalles de confiance.

Nous avons aussi découvert que beaucoup des études contenaient des résultats difficiles à interpréter. Comme chercheurs, nous comprenons aujourd'hui que de conclure à une absence d'effet ou de lien en se basant sur la valeur de p n'est ni adéquat ni utile aux décideurs. Malheureusement, les études, même celles publiées récemment et figurant dans la présente mise à jour, fournissent peu de données servant la prise de décisions en matière de soins de santé. Pour certaines, nous avons réussi à interpréter un facteur bêta ou un coefficient B exponentiel comme un rapport de cotes, mais pour d'autres, il était difficile de savoir si nous pouvions procéder ainsi. Nous avons donc rapporté ces résultats à la manière de l'auteur. Dans la revue de 2018, le cadre GRADE a été utilisé, mais dans beaucoup de cas, aucune synthèse des résultats n'était disponible; GRADE n'était donc souvent appliqué qu'à une seule étude. Ici, nous avons tenté de synthétiser les résultats de la majorité des études en usant de méthodes rigoureuses basées sur la direction et l'ampleur de l'effet. Nous avons décrit l'ampleur de l'effet en suivant des règles de base pour l'absence de lien et des liens faibles, modérés ou élevés. Le cadre GRADE a ensuite servi à mesurer la certitude du corpus de données. Ainsi, les décideurs pourront utiliser les résultats synthétisés dans cette mise à jour pour orienter leurs recommandations.

Implications pour l'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque

Pour évaluer la certitude des résultats d'une synthèse de données probantes, le cadre GRADE cote le degré de certitude comme étant très faible, faible, modéré ou élevé. Au moment de formuler des recommandations, les données de certitude modérée à élevée peuvent mener à des recommandations plus robustes, en particulier lorsque tous les autres facteurs (ex. valeurs et préférences des patients, ressources, questions d'équité, acceptabilité, faisabilité) pointent vers des conclusions semblables. Dans la présente mise à jour, nous avons trouvé des données de certitude modérée ou élevée indiquant que la consommation d'alcool a peu ou pas d'effet sur l'apparition future de la dépression. Les résultats sur l'anxiété sont moins certains; ceux sur l'idéation suicidaire, encore moins. Les données réunies ici indiquent que la consommation d'alcool a peu ou pas d'effet sur l'apparition de l'anxiété, mais pourrait faire augmenter considérablement l'idéation suicidaire dans l'avenir, particulièrement en présence d'épisodes de forte consommation ou de calage d'alcool. Bien que la certitude des données sur l'idéation suicidaire soit moins forte, les recommandations devraient néanmoins tenir compte de ce potentiel de risque accru. Malheureusement, parce qu'il y a moins de données sur l'anxiété et l'idéation suicidaire, nous n'avons pu définir de recommandations précises en matière de niveau ou de fréquence de consommation. Les données manquent aussi pour déterminer s'il existe des différences entre les sous-groupes populationnels (ex. hommes, femmes, certaines populations [ex. Autochtones]). Les résultats compilés ne tiennent pas spécialement compte des personnes avec des troubles cliniques de santé mentale et n'évaluent pas le lien entre la consommation d'alcool et les résultats cliniques chez cette population. Toutefois, les données trouvées peuvent s'appliquer directement à la population générale.



Bibliographie

- Ahuja, M., M. Awasthi, K. Records et R.R. Lamichhane. « Early age of alcohol initiation and its association with suicidal behaviors », *Substance Use & Misuse*, vol. 56, n° 9, 2021, p. 1332–1338. <https://dx.doi.org/10.1080/10826084.2021.1922452>
- Babor, T., J. Higgins-Biddle, J. Saunders et M. Monteiro. « AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care », Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001. <https://www.who.int/publications/i/item/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>
- Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, 2011. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>
- Carvalho, A.F., B. Stubbs, M. Maes, M. Solmi, D. Vancampfort, P.A. Kurdyak, ... et A. Koyanagi. « Different patterns of alcohol consumption and the incidence and persistence of depressive and anxiety symptoms among older adults in Ireland: A prospective community-based study », *Journal of Affective Disorders*, vol. 238, 2018, p. 651–658. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.041>
- Cerdá, M., P.M. Bordelois, K.M. Keyes, S. Galea, K.C. Koenen et D. Pardini. « Cumulative and recent psychiatric symptoms as predictors of substance use onset: Does timing matter? », *Addiction*, vol. 108, n° 12, 2013, p. 2119–2128. <https://doi.org/10.1111/add.12323>
- Cheng, B. *Adolescent depression and suicidality in the U.S.: A look at YRBS profiles and health risk behaviors as predictors in the past 10 years*, Université Columbia, New York (N.Y.), 2019, thèse de doctorat non publiée. <https://doi.org/10.7916/D8C26DBV>
- Chou, K.L., K. Liang et C.S. Mackenzie. « Binge drinking and Axis I psychiatric disorders in community-dwelling middle-aged and older adults: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 72, n° 5, 2011, p. 640–647. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06207gry>
- Edwards, A.C., C. Joinson, D.M. Dick, K.S. Kendler, J. Macleod, M. Munafò, ... et J. Heron. « The association between depressive symptoms from early to late adolescence and later use and harmful use of alcohol », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 23, n° 12, 2014, p. 1219–1230. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0600-5>
- Foroutan, F., G. Guyatt, V. Zuk, P.O. Vandvik, A.C. Alba, R. Mustafa, ... et A. Iorio. « GRADE Guidelines 28: Use of GRADE for the assessment of evidence about prognostic factors: Rating certainty in identification of groups of patients with different absolute risks », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 121, 2020, p. 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.12.023>
- Garcia-Esquinas, E., R. Ortola, I. Galan, H. Soler-Vila, M. Laclaustra et F. Rodriguez-Artalejo. « Moderate alcohol drinking is not associated with risk of depression in older adults », *Scientific Reports*, vol. 8, n° 1, 2018, article 11512. <https://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-29985-4>
- Gemes, K., Y. Forsell, I. Janszky, K.D. Laszlo, A. Lundin, A. Ponce De Leon, ... et J. Moller. « Moderate alcohol consumption and depression — a longitudinal population-based study in Sweden », *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol. 139, n° 6, 2019, p. 526–535. <https://dx.doi.org/10.1111/acps.13034>



- Glasheen, C., M.R. Pemberton, R. Lipari, E.A. Copello et M.E. Mattson. « Binge drinking and the risk of suicidal thoughts, plans, and attempts », *Addictive Behaviors*, vol. 43, 2015, p. 42–49.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.005>
- Hayden, J.A., D.A. van der Windt, J.L. Cartwright, P. Côté et C. Bombardier. « Assessing bias in studies of prognostic factors », *Annals of Internal Medicine*, vol. 158, n° 4, 2013, p. 280–286.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-4-201302190-00009>
- Herberman Mash, H.B., C.S. Fullerton, T.H. Ng, M.K. Nock, G.H. Wynn et R.J. Ursano. « Alcohol use and reasons for drinking as risk factors for suicidal behavior in the U.S. army », *Military Medicine*, vol. 181, n° 8, 2016, p. 811–820. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-15-00122>
- Holmes, E.J., S.T. Walters et S. Aryal. « What lifestyle factors predict depressive symptoms? A longitudinal assessment among permanent supportive housing residents », *Journal of Public Health*, 2021. <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-021-01555-5>
- Hooshmand, S., T. Willoughby et M. Good. « Does the direction of effects in the association between depressive symptoms and health-risk behaviors differ by behavior? A longitudinal study across the high school years », *Journal of Adolescent Health*, vol. 50, n° 2, 2012, p. 140–147.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.05.016>
- Johnson, T.P., T.L. Hughes, Y.I. Cho, S.C. Wilsnack, F. Aranda et L.A. Szalacha. « Hazardous drinking, depression, and anxiety among sexual-minority women: Self-medication or impaired functioning? », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 74, n° 4, 2013, p. 565–575.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.565>
- Keyes, K.M., A. Hamilton, M.E. Patrick et J. Schulenberg. « Diverging trends in the relationship between binge drinking and depressive symptoms among adolescents in the U.S. from 1991 through 2018 », *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, n° 5, 2020, p. 529–535.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.026>
- Kim, A.M., S.-W. Jeon, S.J. Cho, Y.C. Shin et J.-H. Park. « Comparison of the factors for suicidal ideation and suicide attempt: A comprehensive examination of stress, view of life, mental health, and alcohol use », *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 65, 2021, article 102844.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102844>
- Kim, D.S. et H.S. Kim. « Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: Findings from the 2006 Korean Youth Risk Behavior Survey », *Yonsei Medical Journal*, vol. 51, n° 1, 2010, p. 18–26.
<https://doi.org/10.3349/ymj.2010.51.1.18>
- Kim, M. et Y.-H. Lee. « Gender-specific factors related to suicidal ideation among community-dwelling stroke survivors: The 2013 Korean Community Health Survey », *PLoS ONE*, vol. 13, n° 8, 2018, article e0201717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201717>
- Kim, Y.J. et V. Burlaka. « Gender differences in suicidal behaviors: Mediation role of psychological distress between alcohol abuse/dependence and suicidal behaviors », *Archives of Suicide Research*, vol. 22, n° 3, 2018, p. 405–419.
<https://dx.doi.org/10.1080/13811118.2017.1355284>
- Kittel, J.A., T.M. Bishop et L. Ashrafioun. « Sex differences in binge drinking and suicide attempts in a nationally representative sample », *General Hospital Psychiatry*, vol. 60, 2019, p. 6–11.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.06.011>



- Knox, J., J. Scodes, M. Wall, K. Witkiewitz, H.R. Kranzler, D. Falk, ... et D.S. Hasin. « Reduction in non-abstinent WHO drinking risk levels and depression/anxiety disorders: 3-year follow-up results in the US general population », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 197, 2019, p. 228–235. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.009>
- Lee, J.W., B.-J. Kim, C.-S. Lee, B. Cha, S.-J. Lee, D. Lee, ... et J.-W. Choi. « Association between suicide and drinking habits in adolescents », *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n° 4, 2021, p. 161–169. <https://dx.doi.org/10.5765/jkacap.210024>
- Lee, S.B., S. Chung, H. Lee et J.S. Seo. « The mutual relationship between men's drinking and depression: A 4-Year longitudinal analysis », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 53, n° 5, 2018, p. 597–602. <https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agy003>
- Liang, L., R. Hua, S. Tang, C. Li et W. Xie. « Low-to-moderate alcohol intake associated with lower risk of incidental depressive symptoms: A pooled analysis of three intercontinental cohort studies », *Journal of Affective Disorders*, vol. 286, 2021, p. 49–57. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.050>
- Magnusson Hanson, L.L., P. Peristera, H.S. Chungkham et H. Westerlund. « Longitudinal mediation modeling of unhealthy behaviors as mediators between workplace demands/support and depressive symptoms », *PLoS One*, vol. 11, n° 12, 2016, article e0169276. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169276>
- McKenzie, J. et S. Brennan. « Chapter 12: Synthesizing and presenting findings using other methods ». Dans J.P.T. Higgins, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M.J. Page et V.A. Welch (éd.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Second Edition, Cochrane, 2022, p. 321–347. <https://doi.org/10.1002/9781119536604.ch12>
- Meng, X. « What characteristics are associated with earlier onset of first depressive episodes: A 16-year follow-up of a national population-based cohort », *Psychiatry Research*, vol. 258, 2017, p. 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.075>
- Meng, X., A. Brunet, G. Turecki, A. Liu, C. D'Arcy et J. Caron. « Risk factor modifications and depression incidence: A 4-year longitudinal Canadian cohort of the Montreal Catchment Area Study », *BMJ Open*, vol. 7, n° 6, 2017, article e015156. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015156>
- Monson, R. *Occupational epidemiology*, Boca Raton (FL), CRC Press Inc., 1980.
- Mustonen, A., A.-E. Alakokkare, C. Salom, T. Hurtig, J. Levola, J.G. Scott, ... et S. Niemela. « Age of first alcohol intoxication and psychiatric disorders in young adulthood - A prospective birth cohort study », *Addictive Behaviors*, vol. 118, 2021, article 106910. <https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106910>
- Newton, S., J. Morona, K. Salinger et T. Merlin. *Systematic literature review on the association between alcohol consumption and mental health disorders: Technical report*, 2018. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol>
- Newton-Howes, G., S. Cook, G. Martin, J.A. Foulds et J.M. Boden. « Comparison of age of first drink and age of first intoxication as predictors of substance use and mental health problems in adulthood », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 194, 2019, p. 238–243. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.012>



- Oleckno, W. *Essential epidemiology: Principles and applications*, Prospect Heights (IL), Waveland Press Inc., 2002. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg219>
- Parker, M., B. Duran, I. Rhew, M. Magarati, L. Egashira, M. Larimer et D. Donovan. « Prevalence of moderate and acute suicidal ideation among a national sample of tribal college and university students 2014–2015 », *Archives of Suicide Research*, vol. 25, n° 3, 2019, p. 406–423. <https://dx.doi.org/10.1080/13811118.2019.1691691>
- Parrish, K.H., O.E. Atherton, A. Quintana, R.D. Conger et R.W. Robins. « Reciprocal relations between internalizing symptoms and frequency of alcohol use: Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 30, n° 2, 2016, p. 203–208. <https://doi.org/10.1037/adb0000138>
- Patwardhan, I., W.A. Mason, J. Savolainen, M.B. Chmelka, J. Miettunen et M.R. Järvelin. « Childhood cumulative contextual risk and depression diagnosis among young adults: The mediating roles of adolescent alcohol use and perceived social support », *Journal of Adolescence*, vol. 60, n° 1, 2017, p. 16–26. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.07.008>
- Peltzer, K. et S. Pengpid. « Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among school-aged adolescents in four pacific island countries in Oceania », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 12, n° 10, 2015, p. 12291–12303. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012291>
- Richards, J.E., S.M. Shortreed, G.E. Simon, R.B. Penfold, J.E. Glass, R. Ziebell et E.C. Williams. « Short-term risk of suicide attempt associated with patterns of patient-reported alcohol use determined by routine AUDIT-C among adults receiving mental healthcare », *General Hospital Psychiatry*, vol. 62, 2020, p. 79–86. <https://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.12.002>
- Ruiz-Estigarribia, L., M.A. Martinez-Gonzalez, J. Diaz-Gutierrez, A. Sanchez-Villegas, F. Lahortiga-Ramos et M. Bes-Rastrollo. « Lifestyles and the risk of depression in the "Seguimiento Universidad de Navarra" cohort », *European Psychiatry*, vol. 61, 2019, p. 33–40. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.002>
- Santesso, N., C. Glenton, P. Dahm, P. Garner, E.A. Akl, B. Alper, ... et H.J. Schünemann. « GRADE guidelines 26: Informative statements to communicate the findings of systematic reviews of interventions », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 119, 2020, p. 126–135. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.10.014>
- Schilling, E.A., R.H. Aseltine Jr., J.L. Glanovsky, A. James et D. Jacobs. « Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts », *Journal of Adolescent Health*, vol. 44, n° 4, 2009, p. 335–341. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.08.006>
- Schünemann, H.J., W. Wiercioch, J. Brozek, I. Etxeandia-Ikobaltzeta, R.A. Mustafa, V. Manja, ... et E.A. Akl. « GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 81, 2017, p. 101–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.009>
- Shaper, A.G., G. Wannamethee et M. Walker. « Alcohol and mortality in British men: Explaining the U-shaped curve », *The Lancet*, vol. 332, n° 8623, 1988, p. 1267–1273. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(88\)92890-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(88)92890-5)
- Souza, L.D., R.A. Silva, K. Jansen, R.P. Kuhn, B.L. Horta et R.T. Pinheiro. « Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors », *Brazilian Journal of*



Psychiatry, vol. 32, n° 1, 2010, p. 37–41. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462009005000011>

Wasserstein, R.L. et N.A. Lazar. « The ASA Statement on p-values: Context, process, and purpose », *The American Statistician*, vol. 70, n° 2, 2016, p. 129–133. <https://doi.org/10.1080/00031305.2016.1154108>

Wilkinson, A.L., C.T. Halpern et A.H. Herring. « Directions of the relationship between substance use and depressive symptoms from adolescence to young adulthood », *Addictive Behaviors*, vol. 60, 2016, p. 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.036>



Annexe A : critères d'inclusion de la revue de 2018

Élément	Critères
Population	Population générale Si les données scientifiques sont suffisantes, les sous-populations suivantes seront examinées : Sexe Personnes âgées (≥ 65 ans) Jeunes (< 18 ans et entre 18 à 25 ans) Personnes souffrant de maladies physiques et mentales Personnes avec une dépendance à l'alcool Personnes avec de forts antécédents familiaux de dépendance à l'alcool Personnes qui prennent des médicaments ou d'autres substances (prescrites et illicites), et interactions
Exposition	Divers niveaux de consommation d'alcool lors d'un même épisode ou d'une même occasion ou habitudes de consommation d'alcool dans le temps
Comparateur	Niveau de référence ou habitudes de consommation d'alcool (comprend l'abstinence) Les groupes de référence peuvent être constitués de buveurs occasionnels, d'abstinents depuis toujours ou d'abstinents actuels (comprend les anciens buveurs).
Résultats	Graves : troubles mentaux chroniques (dépression, anxiété, psychose liée à l'alcool) Importants : symptômes dépressifs, symptômes anxieux, idéation suicidaire, tentative de suicide, suicide



Annexe B : stratégie de recherche

Recherche à jour de Newton et coll., 2018, de janvier 2018 à décembre 2021

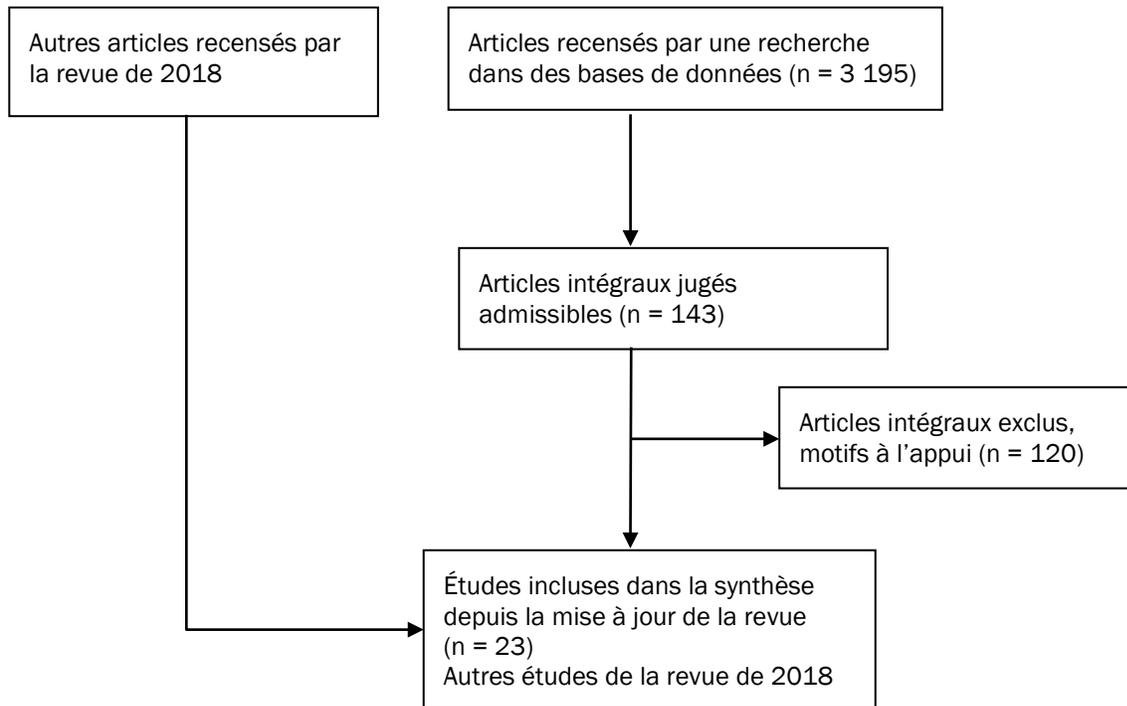
Base de données

Embase <1996 to 2021 December 17>; APA PsycInfo <1987 to November Week 5 2021>; Ovid MEDLINE(R) et Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <2017 to December 17, 2021>

1	(anxious or anxiety or depress* or suicid* or psychol* or psychopath* or psychiat*).ti.	890 369
2	((alcohol* adj2 (use* or drink* or consume or consumption or intake)) or (drink* or beer or wine or spirits)).ab.	429 114
3	1 et 2	17 962
4	(anxious or anxiety or depress* or suicid*).ab.	1 353 755
5	alcohol*.ti.	229 129
6	(drink* or substance use*).ti. and alcohol.hw,kf.	36 764
7	5 ou 6	251 847
8	4 et 7	21 094
9	3 ou 8	33 121
10	(associat* or correlat* or odds or risk or risks or regression or more likely or less likely).tw.	14 012 852
11	9 et 10	25 004
12	limit 11 to yr="2018 -Current"	8 858
13	conference abstract/ or conference*.pt. or case report/ or review.pt. or editorial.pt. or letter.pt.	11 704 901
14	12 pas 13	7 511
15	(serum or mice or mouse or rodent* or MRI or gene or genes or genetic or receptor* or antigen*).mp.	10 675 488
16	14 pas 15	6 665
17	limit 16 to yr="2018 - 2020"	4 623
18	remove duplicates from 17	2 155
19	limit 16 to yr="2021 -Current"	2 042
20	remove duplicates from 19	1 040
21	18 ou 20	3 195



Annexe C : diagramme du processus PRISMA





Annexe D : caractéristiques des études incluses dans la mise à jour rapide

Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
Garcia-Esquinas, 2018, Espagne 1 200 aînés d'Espagne English Longitudinal Study of Ageing (ELSA); cohortes d'aînés de l'étude ENRICA – 1 ^{re} vague : 1998, 1991 ou 2001; 2 ^e vague : 2002, 2003; suivi : 2006-2007 2,8 ans (ENRICA) et 7,4 ans (ELSA)	1. Symptômes dépressifs – Échelle de dépression gériatrique (EDG) (<i>Geriatric Depression Scale – GDS</i>) : On a évalué les symptômes dépressifs au moyen d'une version à 10 questions du GDS-23. Plus le score est élevé, plus la dépression est grave. 2. Échelle de dépression du Center for Epidemiologic Studies (échelle CES-D) : L'étude ELSA a utilisé la version à 8 questions du CES-D-35. Plus le score est élevé, plus la dépression est grave. 3. Dépression autodéclarée : Dans l'étude sur les aînés ENRICA, on définit cette variable comme une réponse affirmative à la question « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dépression? » ou comme le fait de prendre des antidépresseurs.	Quantité – Les participants sont classés en catégories : 1) non-buveurs (comprend les buveurs occasionnels dont la consommation moyenne est presque nulle); 2) anciens buveurs (personnes devenues sobres au moins un an avant l'entrevue); 3) buveurs modérés; 4) gros buveurs. Le seuil entre consommation modérée et élevée se situe à ≥ 40 g/jour chez les hommes et à ≥ 24 g/jour chez les femmes.	Exclusion des participants dont les résultats cliniques sont inconnus Biais d'attrition
Gemes, 2019, Suède 5 087 adultes d'âge moyen (âge moyen = 43) de Suède Étude PART – 1 ^{re} vague : 1998-2000; 2 ^e vague : 2001-2003; 3 ^e vague : 2010 12 ans	Symptômes dépressifs – Questionnaire d'évaluation de dépression majeure MDI (<i>Major Depression Inventory</i>); algorithme de diagnostic du DSM-IV. Le questionnaire pose 10 questions auxquelles on doit répondre avec une échelle de Likert à cinq échelons. S'il manque deux questions ou plus, la valeur du questionnaire est considérée comme nulle, et les données qu'il cumule sont omises de l'analyse.	Fréquence et quantité – On évalue la quantité et la fréquence de consommation d'alcool au moyen de trois questions à choix de réponse : « Avez-vous consommé au moins un verre d'alcool au cours des 12 derniers mois? » (oui/non); « À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool? » (une fois par mois ou moins/2 à 4 fois par mois/2 à 3 fois par semaine/4 fois par semaine ou plus); « Combien de "verres" consommez-vous lors d'une séance typique? » (1 à 2/3 à 4/5 à 6/7 à 9/10 ou plus).	Exclusion des participants au score MDI initial de 26 et plus Biais d'attrition
Bi Lee, 2018, Corée 2 511 hommes âgés de 20 à 65 ans de Corée Korea Welfare Panel Study; début : 2006;	Symptômes dépressifs – Échelle de dépression du Center for Epidemiologic Studies (échelle CES-D-11); on évalue la dépression au moyen du	Fréquence – On mesure la consommation d'alcool excessive au moyen du questionnaire AUDIT : 10 questions auxquelles on doit répondre avec une échelle	Analyses non ajustées Exclusion des participants dont les



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
échantillon : 90 % de la population, sauf les îles coréennes et les établissements spécialisés 4 ans (Données utilisées : 2011 à 2014)	questionnaire à 11 questions du CES-D (Radloff, 1977) auxquelles on doit répondre avec une échelle de Likert à quatre échelons. Plus le score est élevé, plus la dépression est grave.	de Likert à cinq échelons conçue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le score total va de 0 à 40 points; les scores les plus élevés indiquent un problème de consommation d'alcool grave. Le score normalisé « consommation d'alcool à risque » du questionnaire AUDIT est de 8 points et plus.	résultats cliniques sont inconnus
Liang, 2021, Chine, Angleterre et États-Unis 29 506 aînés et adultes d'âge moyen de la Chine, de l'Angleterre et des États-Unis Données extraites de trois cohortes longitudinales représentatives (Chine, Angleterre États-Unis) : China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS); English Longitudinal Study of Ageing (ELSA); Health and Retirement Study (HRS). (1996-2014) Trois études de cohorte CHARLS : 4 ans; ELSA : 2002-2017; HRS : 1996-2014	Symptômes dépressifs – C'est l'échelle CES-D qui sert aux études ELSA et HRS, et la version à 10 questions du CES-D qui sert à l'étude CHARLS. Un score de 12 ou plus établit la présence de symptômes dépressifs.	Quantité – La consommation totale d'alcool est calculée en combinant la fréquence et le volume de consommation par semaine. Le verre standard est fixé à 0,5 oz (14 g) d'alcool pur, ce qui correspond à une bière de 12 oz (340 g), à un verre de vin de 5 oz (142 g) ou à 1,5 oz (43 g) de spiritueux distillés. Les participants sont classés comme non-buveurs, anciens buveurs, buveurs faibles ou modérés (≤ 7 verres/semaine [femmes] ou ≤ 14 verres/semaine [hommes]) et gros buveurs (> 7 verres/semaine [femmes] ou > 14 verres/semaine [hommes]).	Les participants souffrant de dépression au début de l'étude ont été exclus.
Paulson, 2018, États-Unis 3 177 personnes âgées de 65 ans et plus des États-Unis Health and Retirement Study (HRS) – Étude de cohorte sur la santé et le vieillissement chez les adultes de 50 ans et plus, pilotée par l'Université du Michigan avec le soutien du National Institute of Aging. (2006, 2008, 2010, 2012, 2014) Pas de suivi; on a utilisé les données de chaque année ci-haut.	Symptomatologie dépressive – Évaluation au moyen de l'échelle CES-D abrégée (8 questions) à partir des données de l'étude HRS. Les participants doivent répondre par « oui » ou « non » aux énoncés selon le sentiment qui les a habités « la plupart du temps » pendant la dernière semaine. Six des énoncés sont plutôt négatifs (« sentiment d'être déprimé, que tout ce que l'on fait demande un effort; sommeil agité; difficultés à se motiver; sentiment de solitude, de tristesse »), et deux énoncés sont plutôt positifs (« joie de vivre et sentiment de bonheur »). Les scores vont de 0 à 8, et les scores	Quantité – La quantité est mesurée par le nombre moyen de verres consommés par semaine; les données sont recueillies par auto-déclaration. Une consommation modérée correspond à 1 à 14 verres par semaine. On qualifie d'« abstinents » les répondants qui établissent leur consommation à 0 verre par semaine.	Les résultats cliniques étaient observables chez les participants au début de l'étude.



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
	plus élevés indiquent une dépression grave.		
Ruiz-Estigarribia, 2019, Espagne 14 908 diplômés universitaires d'Espagne Projet Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) : étude de cohorte prospective composée de diplômés universitaires espagnols; données utilisées dans la présente analyse : 1999-2014 Médiane de 10,4 ans	Dépression – On entend par « nouveaux cas de dépression » ceux apparus chez les participants qui n'avaient aucun antécédent de dépression et qui ne prenaient aucun antidépresseur au début de l'étude, et qui ont répondu par l'affirmative à la question « Avez- vous déjà reçu un diagnostic médical de dépression? » dans les questionnaires de suivi; ou qui ont déclaré un nouveau traitement régulier aux antidépresseurs dans les questionnaires de suivi. L'un des deux critères (diagnostic médical ou début d'un traitement aux antidépresseurs) suffisait pour classer le participant comme un nouveau cas de dépression.	Quantité – La consommation d'alcool était mesurée au moyen de ce questionnaire; on recueillait d'autres données liées à la consommation d'alcool dans le questionnaire initial. Consommation modérée (femmes : 0,1 à 5 g/j; hommes : 0,1 à 10 g/j)	Les participants souffrant de dépression au début de l'étude ont été exclus.
Zhang, 2018, Allemagne 1 482 femmes âgées de 18 à 25 ans d'Allemagne Dresden Predictor Study (DPS) : étude prospective réalisée en Allemagne. (1997-1999) Environ 17 mois après les évaluations initiales (de 6 à 30 mois)	Dépression – On a évalué les troubles de l'axe I du DSM-IV au moyen du Diagnostisches Interview Beipsychischen Strungen. Les participantes devaient aussi remplir plusieurs questionnaires d'autodéclaration recueillant des renseignements détaillés sur les prédicteurs potentiels de troubles et se soumettre à une évaluation dimensionnelle complète de la psychopathologie. Au début de l'étude, l'entrevue prenait un point de vue sur 7 jours et donnait la prévalence de diagnostics au cours de la vie. L'entrevue de suivi prenait un point de vue sur 7 jours et donnait la prévalence de diagnostics au cours d'une période donnée (c.-à-d. dans l'intervalle entre les deux entrevues).	Fréquence – L'évaluation de la consommation d'alcool se fait au moyen d'un questionnaire dont les questions mesurent les habitudes de consommation des participantes au cours de la dernière semaine et des 12 derniers mois, respectivement. Les questions sur la consommation de bière, de vin et de spiritueux sont converties en une variable appelée « niveau de risque de la consommation d'alcool » qui indique la quantité d'alcool ingérée en grammes par jour. On a créé trois catégories de niveau de risque : 1 = consommation d'alcool à risque faible (jusqu'à 20 g/jour); 2 = consommation d'alcool à risque modéré (20 à 40 g/jour); 3 = consommation d'alcool à risque élevé (plus de 40 g/jour).	Aucune exclusion au début de l'étude, division en groupes avec ou sans dépression majeure
Holmes, 2021 420 adultes âgés de 18 ans et plus d'Allemagne	Symptômes dépressifs – Le questionnaire PHQ-9 a servi à mesurer les données lors des visites de sélection et les visites de suivi. Les scores de chaque question vont de 0 à 3 et sont additionnés pour donner un score	Quantité – La consommation d'alcool est catégorisée comme étant nulle, modérée ou élevée. On entend par « nulle » qu'il n'y a pas eu consommation d'alcool dans le dernier mois; par modérée, une consommation plus	Dépression observable au début de l'étude



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
Données sur les symptômes dépressifs : questionnaire PHQ-9 Données sur la consommation d'alcool : méthode TLFB Tous les six mois (maximum 26 mois)	global, entre 0 et 27; plus le score est élevé, plus les symptômes dépressifs sont graves.	élevée que nulle, mais ne dépassant pas un verre standard par jour au cours des 30 derniers jours chez les femmes et deux verres standards par jour au cours des 30 derniers jours chez les hommes; par élevée, une consommation dépassant un verre standard par jour au cours des 30 derniers jours chez les femmes et deux verres standards par jour au cours des 30 derniers jours chez les hommes.	
Keyes, 2019, 19 pays 57 296 personnes de 50 ans et plus réparties dans 19 pays Données longitudinales recueillies entre 2004 et 2014 dans 19 pays dans le cadre de cinq études de cohorte en cours auprès de personnes de 50 ans et plus En moyenne, 3,47 ans après l'évaluation initiale	Symptômes dépressifs – On a calculé la somme des symptômes dépressifs, puis on a établi des seuils à ≥ 3 symptômes dépressifs de l'échelle du CES-D à 8 questions (HRS) et ≥ 4 pour l'échelle du CES- D à 10 indicateurs (CHARLS et KLOSA) et l'échelle EURO-D à 12 indicateurs (SHARE). Lorsque la somme des scores d'un participant par rapport à des symptômes dépressifs autodéclarés dépasse ces seuils, on note un épisode dépressif.	Quantité – Pour les gros buveurs, on utilise des mesures harmonisées pour la fréquence, la quantité, le nombre de verres par jour et le calage d'alcool. On a converti les verres en verres standards et en contenu en éthanol, et la fréquence de consommation a été calculée en nombre de jours par semaine. Une consommation élevée combine une forte consommation régulière à des épisodes ponctuels de calage d'alcool; une consommation modérée désigne la consommation un jour ou plus par semaine, avec un nombre de verres par jour ≤ 3 pour les hommes et ≤ 2 pour les femmes, sans épisode de calage d'alcool (> 4 [hommes]; > 3 [femmes]) dans une journée. On définit une forte consommation chez les hommes par > 3 verres par jour les jours où ils consomment ou > 4 verres dans une même journée, et chez les femmes, par > 2 verres par jour les jours où elles consomment ou toute consommation de > 3 verres dans une même journée.	Analyses non ajustées Composée exclusivement de participants non atteints de dépression au début de l'étude
Grazioli, 2018, Suisse 4 617 jeunes hommes âgés de 19 et 20 ans ayant participé aux deux vagues de l'étude C-SURF (âge moyen = 19,95)	Suicide – On a demandé aux participants d'indiquer le nombre de fois où ils avaient fait une tentative de suicide pendant la dernière année sur une échelle de Likert de 1 à 5, où 1 = jamais et 5 = 10 fois ou plus. Les réponses	Quantité – On a mesuré le nombre moyen de jours avec consommation d'alcool et le nombre de verres standards (ex. verre standard = 10 g d'éthanol) consommé pendant une même journée de	Les participants qui avaient des antécédents de tentative de suicide étaient inclus.



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
Étude de cohorte dans l'armée Substance Use Risk Factors (C-SURF); recrutement entre 2010 et 2012 et suivi de 2012 à 2014 15 mois (suivant le début de l'étude)	ont été dichotomisées pour permettre de rapporter au moins une occurrence par année; ainsi, 0 = pas de tentative de suicide, 1 = au moins une tentative de suicide.	consommation au cours des 12 derniers mois au début de l'étude et lors du suivi. Le nombre moyen de verres par semaine (nombre de verres total par semaine) pendant les 12 derniers mois au début de l'étude et lors du suivi a été calculé en multipliant le nombre de jours de consommation par le nombre de verres par jour de consommation.	
Richards, 2020, États- Unis 44 106 personnes suicidées Dossiers médicaux électroniques; réclamations d'assurance; inscriptions dans le système de santé; certificats de décès émis par l'État. Données extraites de Kaiser Permanente Washington (grand système de soins de santé) Aucun suivi	Tentative de suicide – Une tentative dans les 90 jours suivant la visite initiale était déterminée à partir du certificat de décès délivré par l'État et les codes diagnostiques dans les dossiers médicaux électroniques. Les décès par suicide et les tentatives non fatales ont été combinés en raison du petit nombre de décès.	Fréquence – Les niveaux de consommation d'alcool ont été mesurés par catégorie, avec des points retranchés du score total au questionnaire AUDIT-C selon le genre. On a mesuré la fréquence des épisodes de forte consommation par catégorie, à la troisième question du même questionnaire, qui demandait à quelle fréquence les patients avaient consommé six verres ou plus en une seule occasion, avec les choix de réponse suivants : « jamais »; « moins d'une fois par mois »; « une fois par mois »; « une fois par semaine »; « une fois par jour ou presque ».	Analyses non ajustées Une majorité des participants (71 %) avait souffert d'une dépression majeure ou d'anxiété au cours de l'année précédente, et tous avaient attenté à leurs jours au moment de l'étude.
Ahuja, 2021, États-Unis 13 867 adultes âgés de 18 ans et plus Collaborative Psychiatric Epidemiology Survey (CPES) (données de 2001-2003) Aucun suivi	Comportements suicidaires, notamment idéation suicidaire ou tentative de suicide pendant la vie. On posait les questions suivantes aux participants : « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous enlever la vie? », « Avez-vous déjà songé au suicide? », « Avez-vous sérieusement songé à vous enlever la vie au cours des 12 derniers mois? »	Âge de l'initiation à l'alcool – Donnée obtenue en demandant aux participants l'âge de leur première consommation alcoolisée. Trois variables : < 14 ans; > 15 ans; aucune consommation d'alcool (groupe de référence)	Inclus au début de l'étude
Kim, 2018, États-Unis 67 901 jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans Médiane = 21,02 Données publiques du National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) 2014 (série de sondages menés aux États-Unis mesurant la	Idéation suicidaire et tentative de suicide – L'idéation suicidaire est de nature strictement cognitive; l'intention est un processus qui part des émotions et qui intègre la sphère cognitive. La tentative de suicide comporte une forte probabilité de décès et une tentative de s'enlever la vie. L'idéation suicidaire a été mesurée	Quantité – On a déterminé qu'un répondant avait consommé de l'alcool de façon abusive s'il avait rempli au moins un des quatre critères d'abus au cours de la dernière année (c.-à-d. être physiquement en danger à cause d'une consommation régulière d'alcool; troubles répétés avec la justice à cause d'une	Inclus au début de l'étude



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
prévalence de l'usage de substances et leurs corrélations) Aucun suivi	en interrogeant les répondants pour savoir s'ils avaient songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année. La tentative de suicide a été mesurée en interrogeant les répondants pour savoir s'ils avaient tenté à leurs jours au cours de la dernière année. Les catégories de réponses pour les variables de résultats étaient dichotomiques : 1 = « Oui » ; 2 = « Non ».	consommation d'alcool) et si l'on ne le considérait pas comme souffrant d'une dépendance à l'alcool. On a déterminé qu'un répondant avait une dépendance à l'alcool s'il remplissait au moins trois des sept critères de dépendance à l'alcool au cours de la dernière année (c.-à-d. consommer de l'alcool plus souvent qu'on ne le voudrait ; incapacité à réduire ou à cesser sa consommation). Les catégories de réponse pour évaluer les maladies liées à l'alcool étaient dichotomiques : 0 = « Non » ; 1 = « Oui ».	
Kim, 2021, Corée 5 982 employés s'étant livrés à un dépistage de la maladie mentale; 18 ans et plus Données du Workplace Mental Health Institute de l'hôpital Kangbuk Samsung (2016 à 2019) Aucun suivi	Idéation suicidaire et tentative de suicide – On a évalué l'idéation au moyen d'un questionnaire autodéclaré comportant la question « Avez-vous songé au suicide au cours du dernier mois? »; réponses possibles : « Oui » ou « Non ». On a évalué les tentatives de suicide par la question « Avez-vous tenté de vous enlever la vie au cours de la dernière année? »; réponses possibles : « Oui » ou « Non ».	Fréquence de consommation d'alcool – On a utilisé le test de dépistage des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT). Les scores étaient divisés en catégories : « risque faible » (0 à 7); « risque modéré » (8 à 15); « risque élevé ou grave » (16 et plus).	Inclus au début de l'étude
Kittel, 2019, États-Unis 269 078 personnes de 18 ans et plus Données du National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) (2008 à 2014) Aucun suivi	Idéation suicidaire et tentative de suicide – Idéation suicidaire : on a demandé aux participants s'ils avaient sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois. Tentative de suicide : on a demandé aux participants s'ils avaient tenté à leurs jours au cours de 12 derniers mois.	Fréquence de consommation et calage d'alcool – On a demandé aux participants le nombre de jours où ils ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année. Le nombre a ensuite été classé dans une catégorie de variable (Aucun; 1 à 11 jours; 12 à 49 jours; 50 à 99 jours; 100 à 299 jours; 300 à 365 jours). Pour le calage d'alcool, on a demandé aux participants le nombre de jours au cours du dernier mois où ils avaient consommé cinq verres ou plus pendant une même occasion. Le résultat a été compilé en une variable dichotomique.	Résultats cliniques observables au début de l'étude



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
Sohn, 2020, Corée 16 277 adultes de 19 ans et plus National Health and Nutrition Examination Survey (2016-2017) Aucun suivi	Tentative de suicide – On a déterminé s'il y avait eu ou non tentative de suicide au cours de la dernière année.	Quantité – Nombre de verres consommés avant la tentative de suicide.	Résultat clinique observable au début de l'étude
Lee, 2021, Corée 60 040 adolescents en 2018; 57 303 adolescents en 2019 (âge moyen : environ 15 ans) Sondage en ligne Korean Youth Risk Behavior Survey (2018 et 2019) Aucun suivi	Idéation suicidaire – L'évaluation a été faite par une des questions sur l'idéation suicidaire et la tentative de suicide du Korea National Health and Nutrition Examination Survey : « Avez-vous eu des pensées suicidaires au cours de la dernière année? » Les répondants devaient sélectionner l'une des réponses suivantes : « Je n'ai jamais eu de telles pensées »; « J'ai parfois eu certaines pensées suicidaires »; « J'y pense presque constamment ». On a classé ceux qui ont répondu n'avoir jamais de pensées suicidaires comme n'ayant pas d'idéation suicidaire, et ceux qui ont déclaré y penser parfois ou constamment comme ayant une idéation suicidaire.	Âge de l'initiation à l'alcool – Préadolescence (préscolaire à sixième année); milieu de l'adolescence (septième à neuvième année); fin de l'adolescence (dixième à douzième année).	Résultat clinique observable au début de l'étude
Cheng, 2019, États-Unis Participation annuelle moyenne = 15 029 élèves (âge moyen = environ 16,1) Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) (de 2007 à 2015, tous les deux ans [ex. 2007, 2009, etc.]) Aucun suivi	Tentative de suicide – Voici les questions posées aux participants : 1) Vous êtes-vous déjà senti si triste ou désespéré presque chaque jour pendant deux semaines consécutives ou plus que vous avez cessé certaines de vos activités habituelles? [sentiment de tristesse ou de désespoir]; 2) Avez- vous déjà sérieusement envisagé le suicide? [idées suicidaires]; 3) Avez-vous déjà planifié la façon dont vous mettriez fin à vos jours? [suicide planifié]; 4) Combien de fois avez-vous attenté à vos jours? [tentative de suicide]; 5) Si vous avez tenté de vous enlever la vie, s'est-il produit une blessure, un empoisonnement ou une surdose qui a nécessité des soins médicaux ou infirmiers? [tentative de suicide ayant reçu des soins médicaux ou infirmiers].	Âge de l'initiation à l'alcool – Premier verre avant l'âge de 13 ans; un verre ou plus au cours du dernier mois; cinq verres ou plus au cours du dernier mois et plus; un verre ou plus à l'école pendant un mois ou plus.	Résultat clinique observable au début de l'étude



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
Kim, 2018, États-Unis 67 901 jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans Données publiques du National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) 2014 Aucun suivi	Idéation suicidaire – Question : « Avez-vous déjà voulu mourir au cours de la dernière année? »	Fréquence de consommation d'alcool – « Avez-vous bu de l'alcool au cours de la dernière année? »; « À quelle fréquence buvez-vous de l'alcool : jamais; < 1; 2 à 3; 4 > fois par semaine.	Résultat clinique observable au début de l'étude
Parker, 2019, États-Unis 3 239 étudiants Creating Campus Change, étude transversale évaluant les habitudes de consommation d'alcool et les résultats cliniques en santé mentale (2014- 2015) Aucun suivi	Idéation suicidaire et tentative de suicide – Voici les questions posées aux participants : « Au cours du dernier mois, avez-vous pensé qu'il valait mieux mourir ou avez- vous voulu mourir? »; « Au cours du dernier mois, avez-vous attenté à vos jours? ». Les scores de réponse ont été additionnés pour obtenir un score de risque suicidaire, catégorisé comme nul (0), faible (1 à 5), modéré (6 à 9) ou élevé (10 et plus).	Fréquence – On a utilisé les questions sur la consommation d'alcool du questionnaire AUDIT-C pour évaluer la consommation, les comportements de consommation et les problèmes liés à l'alcool. Les scores de réponse correspondaient à la fréquence de consommation au cours du dernier mois ou au cours d'une journée type (de 0 à 12); une note de passage de 4 ou plus chez les hommes et de 3 ou plus chez les femmes indiquait une consommation d'alcool dangereuse ou un trouble actif lié à l'usage d'alcool requérant une consultation ou une évaluation suivie d'un traitement (consommation d'alcool dangereuse ou trouble actif lié à l'usage d'alcool = 1; en deçà des limites recommandées = 0).	Inclus au début de l'étude
Knox, 2019, États-Unis 22 005 adultes de 18 ans et plus Données de référence : sondage ciblé National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions NSEARC (2001-2002); les données de 2004 et 2005 proviennent d'entrevues en personne 3 ans	Troubles anxieux et dépressifs combinés – On diagnostique un trouble dépressif lorsque l'humeur dépressive ou l'anhédonie perdurent pendant ≥ 2 semaines, et qu'elles s'accompagnent de ≥ 5 des 9 symptômes de dépression majeure du DSM-IV. Le trouble anxieux se diagnostique aussi au moyen des critères du DSM-IV. Les deux troubles ont été combinés en une variable unique, « dépression et/ou trouble anxieux », consignée dès que l'un ou l'autre de ces troubles était présent au cours des 12 derniers mois.	Quantité – Consommation moyenne d'éthanol par jour (en grammes) au cours des 12 derniers mois.	Données non ajustées Résultats cliniques observables au début de l'étude
Carvalho, 2018, Irlande	Symptômes anxieux – On a évalué les troubles anxieux au moyen du	Quantité – On a utilisé des données autodéclarées sur la	Résultats cliniques



Étude, pays Nombre de participants Base de données et durée du suivi	Mesure des résultats (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Mesure de la consommation d'alcool (Note : Les extraits présentés sont souvent tirés des textes originaux pour reprendre les mêmes définitions.)	Biais (confusion, sélection, mesure de l'exposition ou des résultats, attrition)
6 095 adultes de 50 ans et plus Irish Longitudinal Study on Aging (TILDA) (2009- 2011) 2 ans	volet « anxiété » de l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (ÉHAD). On a additionné les scores des sept questions pour obtenir une échelle de 0 à 21; plus les scores sont élevés, plus les symptômes d'anxiété sont graves.	quantité d'alcool consommée et la fréquence de consommation au cours de six derniers mois pour calculer le nombre de verres ingérés par jour et par semaine.	observables au début de l'étude
Mustonen, 2021, Finlande 1 492 adolescents de 15 et 16 ans; suivi jusqu'à 33 ans Northern Finland Birth Cohort 1986 15 à 16 ans	Trouble anxieux – Classification au moyen des critères sur l'anxiété de la Classification internationale des maladies (CIM), si les participants rapportaient des inquiétudes persistantes et excessives ayant duré au moins six mois, en plus d'agitation, de tension, de tachycardie et de dyspnée dont la cause n'est pas évidente.	Âge de l'initiation à l'alcool – Données recueillies par questionnaire autodéclaré. Voici les questions posées aux participants : « À quel âge avez- vous été ivre pour la première fois? (11 ans ou moins; 12 ans; 13 ans; 14 ans; 15 ans; 16 ans; jamais) ». Les choix de réponse sont réunis en quatre catégories (1 : Jamais; 2 : à 15 ou 16 ans; 3 : à 13 ou 14 ans; 4 : à 12 ans ou moins). Les participants ayant rapporté n'avoir jamais été intoxiqués par l'alcool ont été pris comme groupe de référence.	Exclusion en cas de trouble mental diagnostiqué avant 16 ans
Newton-Howes, 2019, Nouvelle-Zélande 1 265 adultes de 18 à 35 ans Christchurch Health and Development Study (CHDS) 1977 18 ans	Trouble anxieux – Les membres de la cohorte ont passé l'entrevue Composite International Diagnostic Interview (CIDI) à 18, 21, 25, 30 et 35 ans pour déterminer s'ils ont répondu aux critères du DSM-IV pour les troubles anxieux dans les intervalles 18 à 21 ans, 21 à 25 ans, 25 à 30 ans et 30 à 35 ans. Les troubles anxieux désignent entre autres le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale et la phobie spécifique.	Âge de l'initiation à l'alcool – On a posé des questions aux membres de la cohorte sur leurs expériences avec l'alcool aux âges de 11, 12 et 13 ans. On a entre autres demandé aux répondants de préciser l'âge auquel ils ont selon eux pris leur premier verre. On a aussi demandé aux participants de 11 ans et plus s'ils avaient consommé de l'alcool au cours de la dernière année (option de répondre « oui » ou « non »). Lors des évaluations à 14, 15, 16 et 18 ans, on les a interrogés sur leur fréquence de consommation d'alcool habituelle au cours des 12 derniers mois, au moyen d'une échelle de six points allant de « jamais » à « presque chaque jour ».	Résultats cliniques inconnus au début de l'étude