

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Mathilde COURRÈGE

Née le 15/01/1993 à Chambray-lès-Tours (37)

TITRE

Trouble d'anxiété sociale associé à un trouble lié à l'usage de substances : caractéristiques issues d'une revue de littérature pour optimiser le repérage en Médecine Générale.

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Adrien LEMAIGNEN, Maladies Infectieuses et Tropicales, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Agathe EDELINE, Médecine Générale, CCU, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : Docteur Vincent RIFFAULT, Médecine Générale, Tours

RÉSUMÉ

Introduction : Le trouble d'anxiété sociale (TAS) et le trouble lié à l'usage de substances (TUS) sont fréquemment associés. Cette pathologie duelle dont les deux entités ont tendance à se renforcer mutuellement nécessite une approche thérapeutique spécifique. Cette revue de la littérature vise à identifier les caractéristiques de la présence du TAS associé au TUS afin d'en améliorer le repérage en soins primaires.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir des bases de données Pubmed, Science Direct et du moteur de recherche Google Scholar, conduisant à la sélection de 26 articles.

Résultats : Le TAS précède le TUS dans la majorité des cas, avec un pic d'apparition à l'adolescence, tandis que le TUS atteint son incidence maximale vers 20 ans. L'adolescence apparaît ainsi comme une période particulière où le TAS précède généralement le TUS quand, à l'âge adulte, le TUS apparaît au premier plan. Deux sous-types de TAS se distinguent dans la littérature. Le sous-type évitant ou généralisé, majoritairement féminin, associé à une consommation de substances pour réduire les émotions négatives (coping) et le sous-type performance uniquement ou « d'approche motivée », plus fréquent chez les hommes, utilisant les substances pour faciliter les interactions sociales (conformité sociale) et augmenter l'affect positif. L'anxiété anticipatoire et l'utilisation de « faux comportements de sécurité » apparaissent comme des indicateurs importants à repérer. Le contexte de consommation (festif, situations personnelles ou émotionnelles) constitue également un élément à interroger. Un vécu traumatique, un décrochage scolaire ou l'échec d'une prise en charge ciblant un seul des troubles sont fréquemment associés à cette pathologie duelle.

Conclusion : Ces résultats permettent d'envisager un repérage ciblé en soins primaires en fonction de l'âge basé sur le contexte de consommation, les motivations et comportements spécifiques. L'intégration d'une séquence de questions simples en entretien clinique pourrait permettre un repérage plus efficient et donc adapté aux soins primaires, favorisant l'orientation vers une prise en charge intégrée (TAS et TUS) offrant un meilleur pronostic fonctionnel et somatique.

Mots clés : trouble d'anxiété sociale, trouble lié à l'usage de substances, addiction, pathologie duelle, soins primaires, repérage.

ABSTRACT

Social Anxiety Disorder Associated with Substance Use Disorder : Characteristics from a Literature Review to Optimize Screening in General Practice.

Introduction : Social Anxiety Disorder (SAD) and Substance Use Disorder (SUD) are frequently associated. This dual pathology, where both entities tend to mutually reinforce each other, requires a specific therapeutic approach. This literature review aims to identify the characteristics of the presence of SAD associated with SUD to improve detection in primary care.

Method: A systematic literature review was conducted using PubMed, Science Direct, and Google Scholar databases, leading to the selection of 26 articles.

Results : SAD precedes SUD in most cases, with a peak onset during adolescence. SUD reaches its maximum incidence around the age of 20. Adolescence is the critical period where SAD generally precedes SUD. In adulthood however, SUD takes precedence. Two subtypes of SAD are distinguished in the literature. The avoidant or generalized subtype, predominantly female, is associated with substance use to reduce negative emotions (coping). The performance-only or “motivated approach” subtype, more common in men, uses substances to facilitate social interactions (social conformity) and increase positive affect. Anticipatory anxiety and the use of “fake safety behaviors” appear as important indicators to detect. The context of consumption (festive events, personal, or emotional situations) is also a crucial element to investigate. Traumatic experiences, school dropout, or failure of a treatment targeting only one of the disorders, are frequently associated with this dual pathology.

Conclusion : These findings suggest the possibility of targeted detection in primary care according to age, based on the context of consumption, specific motivations, and behaviors. Integrating a sequence of simple questions during clinical interviews could enable more efficient detection, thus adapting primary care to facilitate referral to integrated treatment (SAD and SUD), offering a better functional and somatic prognosis.

Keywords : social anxiety disorder, substance use disorder, addiction, dual pathology, primary care, screening.

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la
probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai
à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.
Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je
suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Adrien LEMAIGNEN,

Pour avoir accepté de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements.

Au Docteur Alain AUMARECHAL,

Pour avoir accepté de juger ce travail, je vous en remercie.

Au Docteur Agathe EDELINE,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury, soyez assurée de ma profonde gratitude.

Au Docteur Vincent RIFFAULT,

Un grand merci pour avoir dirigé cette thèse, pour ta disponibilité tout au long de ce travail, tes conseils éclairés, ainsi que pour ton soutien et ta motivation.

À ma mère,

Pour ton soutien infaillible durant toutes ces années. Ton énergie et ta présence, même dans les moments les plus compliqués, m'ont permis de tenir bon et de ne rien lâcher. Je ne te remercierai jamais assez.

À mon père,

Celui qui a toujours cru en moi et qui, j'espère, serait fier aujourd'hui.

À mon frère et mes sœurs,

Merci pour vos encouragements, vos mots rassurants et votre capacité à me rappeler que la vie « ce n'est pas que la Médecine ! ».

À ma famille et à ma belle-famille,

Merci pour votre soutien sans faille et vos mots encourageants.

À mes amis de longue date et ceux rencontrés en chemin,

Merci d'avoir toujours été là, constants, patients et prêts à me changer les idées quand j'en avais le plus besoin. Je ne pourrai jamais assez vous remercier pour cela.

À toutes les personnes rencontrées lors de mes stages,

Vous m'avez non seulement transmis des compétences, mais aussi des leçons de vie inestimables. Je vous en remercie.

À mon Julian,

Merci pour tout ce que tu fais pour moi. Tu es celui qui supporte mes angoisses et mes remises en question perpétuelles. Hâte de concrétiser tous nos projets. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

I.INTRODUCTION.....	12
II.MÉTHODE.....	13
1.Type d'étude.....	13
2.Critères d'éligibilité.....	13
3.Sources d'information.....	13
4.Stratégie de recherche.....	14
5.Sélection des études.....	15
6.Extraction des données.....	16
7.Qualité des études incluses.....	16
8.Analyse des données.....	17
III.RÉSULTATS.....	18
1.Tableau d'extraction des données.....	18
2.Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques.....	29
3.Modèles expliquant l'association TAS/TUS.....	31
4.Motivations et comportements spécifiques associés.....	32
5.Influence et évolution clinique de l'association TAS/TUS.....	34
IV.DISCUSSION.....	35
1.Interprétation des résultats.....	35
2.Implications pratiques des résultats.....	36
3.Limites de la revue.....	39
4.Forces de l'étude.....	40
5.Perspectives et ouvertures.....	40
V.CONCLUSION.....	41
VI.RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42
VII.ANNEXES.....	47

I.INTRODUCTION

Le trouble d'anxiété sociale est très fréquemment associé au trouble lié à l'usage de substances.

En France, un peu moins d'un adulte sur cinq présente un trouble lié à l'usage de substances¹ et presque un sur vingt une anxiété sociale². Cette association est donc souvent rencontrée en soins primaires mais demeure insuffisamment repérée³.

Pourtant, de nombreux travaux ont montré la pertinence d'évoquer une pathologie duelle^{4,5}, dont les deux entités ont tendance à se renforcer mutuellement et nécessitent une approche thérapeutique spécifique. Un meilleur repérage permet une prise en charge précoce, évite une aggravation des symptômes et des trajectoires de soins plus complexes.

Connaître les caractéristiques de cette population permettrait de mieux comprendre le lien entre ces deux troubles, en fonction des situations et de leurs aspects démographiques, et ainsi proposer des outils facilitant le repérage. En effet, le temps de consultation restreint en médecine générale ne permet pas toujours un dépistage exhaustif de chaque trouble pris isolément⁶. De plus, le médecin généraliste est souvent l'unique soignant consulté. Il apparaît donc essentiel d'adopter une approche probabiliste en repérant les associations et les schémas les plus courants qui, si elle ne permet pas d'améliorer le repérage des situations les moins fréquentes, permet d'optimiser le repérage pour les situations les plus couramment rencontrées en soins primaires.

De nombreuses études ont été menées sur l'association des troubles d'anxiété sociale et de l'usage des substances sans qu'aucune, à notre connaissance, ne l'ait fait dans une optique de repérage.

L'objectif de cette étude est de définir les caractéristiques spécifiques des patients présentant un trouble d'anxiété sociale associé à un trouble lié à l'usage des substances pour améliorer les stratégies de repérage en soins primaires.

II. MÉTHODE

1.Type d'étude

Cette revue systématique de la littérature a pour objectif de définir les caractéristiques des situations de trouble lié à l'usage de substances associé à une anxiété sociale afin d'améliorer les stratégies de repérage en soins primaires. Cette recherche suit les recommandations des normes PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis*)⁷.

2.Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion ont été :

- population étudiée : adolescents et adultes présentant un trouble lié à l'usage de substances et une anxiété sociale,
- phénomène étudié : les caractéristiques sous-tendant la comorbidité entre trouble lié à l'usage de substances et anxiété sociale,
- types d'études : études épidémiologiques, essais cliniques, revues systématiques ou méta-analyses, revues narratives, études observationnelles
- langues : articles publiés en français ou en anglais,
- période de publication : entre 2014 et 2024,
- disponibilité : articles entiers.

Les critères d'exclusion ont été :

- études publiées avant 2014,
- population pédiatrique,
- études ne portant pas spécifiquement sur le trouble lié à l'usage des substances et l'anxiété sociale,
- articles non publiés dans des revues à comité de lecture,
- langue autre que le français et l'anglais.

3.Sources d'information

La recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données suivantes :

- bases de données principales : PubMed, Science Direct,
- autre source : exploration de la littérature grise à l'aide du moteur de recherche Google Scholar.

4.Stratégie de recherche

Pour réaliser cette revue de littérature, l'équation de recherche pour PubMed a utilisé les termes issus du thésaurus MeSH. En revanche, elle a été adaptée pour Science Direct et Google Scholar qui n'utilisent pas les termes MeSH. Les opérateurs booléens ont été utilisés dans l'équation (AND, OR, NOT).

Pubmed	((("Substance-Related Disorders"[MeSH] OR "Substance Use Disorder"[Title/Abstract] OR "Alcohol Use Disorder"[Title/Abstract] OR "Opioid Use Disorder"[Title/Abstract] OR "Nicotine Dependence"[Title/Abstract] OR "Drug Use Disorder"[Title/Abstract]) AND ("Phobia, Social"[MeSH] OR "Social Anxiety Disorder"[Title/Abstract] OR "Social Anxiety"[Title/Abstract]) AND ("Cross-Sectional Studies"[MeSH] OR "Cohort Studies"[MeSH] OR "Epidemiology"[MeSH] OR "Patient Characteristics"[Title/Abstract] OR "Comorbidity"[MeSH] OR "Risk Factors"[MeSH]) NOT ("Behavioral Addiction"[Title/Abstract] OR "Gambling"[Title/Abstract] OR "Food Addiction"[Title/Abstract] OR "Internet Addiction"[Title/Abstract] OR "Qualitative"[Title/Abstract] OR "Behavioral Disorders"[Title/Abstract] OR "Non-Substance Addiction"[Title/Abstract] OR "Process Addiction"[Title/Abstract]))
---------------	---

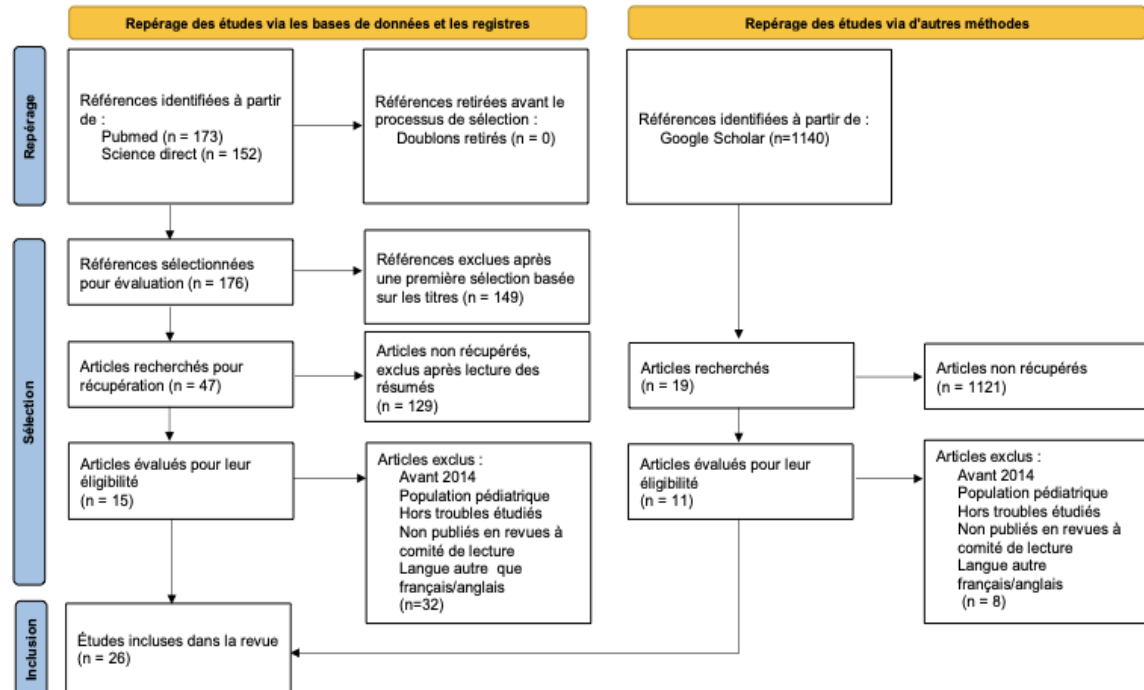
Science Direct	("Substance Use Disorder") AND ("Social Anxiety Disorder") AND ("Patient Characteristics" OR "Dual Diagnosis")
Google Scholar	("Substance Use Disorder") AND ("Social Anxiety Disorder") AND ("Patient Characteristics" OR "Dual Diagnosis")

Tableau 1 : Équations de recherches utilisées pour la revue

5.Sélection des études

Les articles ont été extraits des différentes bases de données selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Cette sélection n'a pas mis en évidence de doublons entre les deux bases de données principales (PubMed, ScienceDirect).

Les articles pertinents ont ensuite été importées sur un logiciel de gestion bibliographique (Zotero). Une première sélection a été effectuée sur les titres et une seconde sur les résumés. Les articles conservés ont été lus dans leur intégralité et indépendamment par l'auteur et son directeur de thèse pour une troisième sélection. Les différentes étapes de sélection des études ont été présentées sous forme de diagramme de flux.



Tiré de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Traduction française par Emmanuelle Paquette Raynard, Martine Gagnon et Marianne Ruel, Bibliothèque de l'Université Laval.

Figure 1: Diagramme de flux de la revue.

6.Extraction des données

La synthèse des données des études incluses est présentée sous forme de tableau, prenant en compte les informations générales (auteur, année, pays), le type d'étude, les détails de la population étudiée, les échelles de diagnostic utilisées, les objectifs de chaque étude, les caractéristiques identifiées, et leurs limites concernant l'étude des caractéristiques.

7.Qualité des études incluses

La qualité des études a été évaluée en utilisant différentes grilles d'évaluation selon le type d'étude.

Pour les études observationnelles, la grille STROBE⁸ (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) a été utilisée.

Pour les essais cliniques, la grille CONSORT⁹ (*Consolidated Standards Of Reporting Trials*) a été utilisée.

Pour les revues systématiques et méta-analyses, la grille AMSTAR¹⁰ (*Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*) a été utilisée.

Pour les revues narratives, la grille SANRA¹¹ (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*) a été utilisée.

Les grilles d'évaluation servant de références ont été présentées en *annexes*.

8. Analyse des données

Une analyse narrative a été réalisée afin de comparer et de regrouper les données extraites des études incluses. Les caractéristiques des articles sélectionnés ont été synthétisées sous forme de tableau. Les biais potentiels, tels que l'hétérogénéité des méthodes d'évaluation, les différences de population étudiée ou encore la variabilité des critères diagnostiques entre les études, ont été pris en compte dans l'interprétation des résultats.

III.RÉSULTATS

1.Tableau d'extraction des données

N°	Auteur(s) Année de publication Pays	Titre	Type d'étude	Population étudiée Échelle(s) de diagnostic si utilisée(s)	Objectif(s)	Résultats	Limites
1	ARUNOGIRI and al. ¹² (2015) Australie	Anxiety and substance use disorders: a worrying combination.	Revue narrative	Patients avec TA et TUS.	Fournir aux cliniciens un aperçu des approches pratiques d'évaluation et de traitement de cette comorbidité courante	3 modèles explicatifs : TAS apparaissant avant le TUS par un mécanisme "autothérapeutique" ; TUS avant TAS par intoxication ou sevrage ; facteurs de vulnérabilité partagés.	Absence de méthodologie systématique
2	BENTLEY and al. ¹³ (2021) USA	Validation of brief screening measures for depression, anxiety, and substance use in young people with substance use disorders.	Étude observationnelle	121 adolescents et jeunes adultes (âgés de 14 à 26 ans) en traitement pour TUS.. GAD-7, GAD-2, PHQ-9, PHQ-2	Valider les outils diagnostiques PHQ-9, GAD-7 et leurs versions courtes GAD-2, PHQ-2 pour le dépistage de la dépression et de l'anxiété dans cette population.	TA fortement associés au TUS dans cette population, d'où l'importance du repérage avec des outils diagnostiques validés et fiables comme le PHQ-9 et le GAD 7. Les versions courtes ont des résultats similaires.	Population spécifique TA et non TAS exclusivement Manque de données longitudinales
3	BUCKNER and al. ¹⁴ (2020) USA	Context-specific drinking and social anxiety: The roles of anticipatory anxiety and post-event processing.	Étude observationnelle	577 étudiants universitaires présentant une anxiété sociale SIAS, SPS	Étudier le lien entre l'anxiété anticipatoire et la consommation d'alcool.	Anxiété anticipatoire majorée chez les étudiants avec TAS favorisant une consommation pré-événement social. Impact des pairs et pression sociale en lien avec la consommation d'alcool. TAS davantage lié au TUA chez la femme.	Population étudiante uniquement Manque de données longitudinales TUA uniquement
4	BUCKNER and al. ¹⁵ (2017) USA	Anxiety and cannabis-related problem severity among dually diagnosed outpatients: The impact of false safety behaviors.	Étude observationnelle	77 patients âgés de 18 à 65 ans, avec TUC et TA comorbides. SIAS MPS	Évaluer le rôle des faux comportements de sécurité ou FSB (comportements aidant à éviter ou à atténuer l'anxiété et les émotions associées) sur la relation anxiété et cannabis chez des patients adultes en recherche de traitement souffrant de TUC et de TA.	FSB à évaluer car significativement liés à la fois à l'anxiété et à la gravité des problèmes liés au cannabis par une tentative inadaptée de régulation des émotions négatives.	Manque de données longitudinales Échantillon de petite taille TUC uniquement

5	BUCKNER and al. ¹⁶ (2019) USA	Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial.	Essai clinique	55 patients âgés de 18 à 65 ans, avec un TUC et au moins un TA comorbide. ADIS IV et V	Évaluer l'efficacité d'une TCC visant concomitamment le TUC et le TA.	Score d'anxiété plus fortement diminué dans le groupe TTT intégré. Taux de participation plus important dans le groupe TTT intégré. Efficacité similaire dans la réduction de consommation de cannabis dans les deux groupes.	Échantillon restreint TUC uniquement
6	BULLEY and al. ¹⁷ (2016) Royaume-Uni	An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder.	Revue narrative	Patients atteints de TAS et de TUA.	Explorer les mécanismes et les raisons pour lesquelles les personnes atteintes de TAS sont souvent susceptibles de développer un TUA.	TAS précède le TUA dans 80 % des cas. Incidence maximale du TUS chez les jeunes adultes. Alcool utilisé comme méthode de « gestion artificielle des menaces sociales », facilitant l'approche sociale, créant un risque de TUS. Mise en évidence d'une sous-catégorie de personnes ayant un TAS avec une « approche motivée » particulièrement enclines à utiliser l'alcool pour faciliter les relations sociales. Alcool comme réducteur d'anxiété de performance, diminuant la perception et l'intensité du biais négatif dans les interactions sociales.	Méthodologie non systématique TUA uniquement

7	CASTILLO and al.¹⁸ (2019) USA	Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder.	Revue narrative	Population présentant un TUA.	Comprendre les mécanismes des relations entre TUA et autres troubles psychiatriques dont les TA (TAG, TAS et TP) en explorant leur temporalité et la façon dont ils sont connectés. Déterminer les interventions efficaces visant à réduire le risque de comorbidité.	Le TAS fait partie des TA ayant la plus forte association avec le TUA. Les facteurs génétiques et environnementaux contribuent tous deux de manière importante à la comorbidité entre TAS et TUA. Le TAS précède le TUA dans 80% des cas, l'alcool étant utilisé pour faire face aux symptômes d'anxiété.	Méthodologie non systématique Manque de données longitudinales TUA uniquement
8	CRUZ and al.¹⁹ (2017) Brésil	Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review.	Revue systématique de la littérature	Population adolescente (10-19 ans) SIAS, SPIN, SPS AUDIT	Identifier les facteurs de risques liés à l'association entre le TAS et la consommation d'alcool dans une population adolescente.	Facteurs de risque identifiés : -Précocité du TAS et de la consommation d'alcool, association plus présente chez les adolescentes. -les adolescents avec un haut niveau d'anxiété sociale et un fort besoin d'approbation par leurs pairs sont plus susceptibles de consommer de l'alcool. -La présence de troubles de l'humeur et de symptômes d'anxiété augmente le risque de comorbidité TAS-TUA. Les faibles résultats scolaires ou décrochage scolaire peuvent être des signes de TAS.	Population adolescente uniquement TUA uniquement
9	GRANT and al.²⁰ (2016) USA	Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III)..	Étude observationnelle	Enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les maladies connexes NESARC-III menée auprès de 36 309 adultes et jeunes adultes aux États-Unis. AUDADIS-5	Présenter les résultats représentatifs à l'échelle nationale sur la prévalence, les corrélats, la comorbidité psychiatrique, le handicap et le traitement des diagnostics de TUS en général et par niveau de gravité.	Association forte entre TAS et TUS : OR à vie = 1,3. Âge moyen début TUS 23,9 ans. TUS davantage lié au sexe masculin.	Manque de données longitudinales.

10	LEMYRE and al.²¹ (2019) Canada	Shyness, social anxiety, social anxiety disorder, and substance use among normative adolescent populations: A systematic review.	Revue systématique de la littérature.	Adolescents âgés de 17 ans ou moins.	Identifier les relations entre timidité, anxiété sociale, TAS et la consommation de substances dans des populations adolescentes.	TAS : consommation plus élevée de substances de manière générale, en lien avec une sensibilité à la pression des pairs importante, bien que l'association avec alcool était peu concluante dans cette étude. Mécanisme autothérapeutique une nouvelle fois évoqué, sur la temporalité TAS avant TUS..	Population adolescente uniquement
11	McHUGH and al.²² (2015) USA	Treatment of Co-occurring Anxiety Disorders and Substance Use Disorders.	Revue narrative	Patients présentant un TA et un TUS comorbide.	Fournir un aperçu de la littérature sur le traitement des TA et des TUS concomitants et mettre en évidence les développements récents et les orientations futures pour améliorer les approches thérapeutiques.	Évoque des études ayant exploré spécifiquement le traitement de la comorbidité TAS/TUA avec la PAROXÉTINE : réduction de la consommation d'alcool déclarée en situations sociales mais pas de réduction significative sur la consommation globale.	Méthodologie non systématique
12	MILANI and al.²³ (2021) Royaume-Uni	Chapter 4 - Alcohol and mental health: Co-occurring alcohol use and mental health disorders.	Revue narrative	Patients présentant un TUA et comorbidités psychiatriques.	Comprendre l'interaction entre le TUA et les troubles mentaux, en se concentrant sur les implications pour le traitement et la politique de santé publique.	Trois modèles théoriques : -TAS avant TUS : « modèle biopsychosocial de Buckner » ; augmenter les affects positifs et réduire les affects négatifs (amélioration du plaisir en situation sociale, évitement de l'évaluation par les pairs, les femmes ayant plus recours à l'alcool pour faire face à leurs symptômes d'anxiété). -TUS avant TAS : suite intoxication ou sevrage ; note sur rôle de la déficience en GABA inducteur anxiété. -Facteurs de vulnérabilité partagés : rôle des ATCD traumatiques dans l'enfance.	Méthodologie non systématique TUA uniquement

13	MUELLER and al. ²⁴ (2021) USA	The role of safety behaviors in the relationship between social anxiety and marijuana use problems.	Étude observationnelle	279 patients consommateurs réguliers de cannabis (âge moyen = 30,95ans). SPIN MPS	Examiner le rôle des comportements de sécurité dans la consommation problématique de cannabis. Explorer si cette relation varie selon le sexe.	Comportements sécuritaires plus présents dans le TAS que dans les autres TA et ayant un rôle important entre TAS et TUC. Relation significative chez les hommes et chez les femmes mais plus importante chez les hommes. Exemples de « comportements sécuritaires » (issus du SPIN test) : éviter contact visuel, répétition conversation avant une interaction sociale, parler en phrases courtes, parler doucement, etc.	TUC uniquement Manque de données longitudinales
14	NICHOLLS and al. ²⁵ (2014) Australie	When social anxiety co-occurs with substance use: Does an impulsive social anxiety subtype explain this unexpected relationship.	Étude observationnelle	351 adultes âgés de 18 à 74 ans (34,2 ans en moyenne). LSAS AUDIT, DAST-10	Explorer si un sous-type de personnes socialement anxieuses, ayant une « approche motivée » identifiable par leur impulsivité et la recherche de récompenses, pourrait présenter davantage de comportements de consommation de substances.	Deux principaux sous types d'anxiété sociale identifiés : -Sous-type évitant : caractérisé par une faible impulsivité et sensibilité à la récompense, peu de prises de risques et une faible consommation de substances selon cette étude. -Sous-type "d'approche motivée" : anxiété sociale élevée, niveau élevé d'impulsivité et de prise de risque, forte sensibilité à la récompense. Avec une consommation d'alcool et de drogues significativement plus élevée que dans les autres classes mais dans des situations sociales spécifiques. Diffère du modèle classique d'anxiété sociale caractérisé par l'évitement.	Manque de données longitudinales

15	OLIVEIRA and al. ²⁶ (2018) BRESIL	Comorbid social anxiety disorder in patients with alcohol use disorder: A systematic review.	Revue systématique de la littérature	Population âgée de plus de 17 ans avec TUA et présentant ou non un TAS comorbide.	Comparer les résultats cliniques tels que la rechute alcoolique, les pensées suicidaires, le projet ou la tentative de suicide, la réponse au traitement, les réadmissions, les comorbidités psychiatriques et l'observance au traitement entre les personnes atteintes de TAS/TUA vs TUA seul.	Troubles comorbides les plus présents : le trouble dépressif majeur et les symptômes dépressifs y compris les TS. Sont également retrouvés le trouble bipolaire, TP, phobie spécifique, TAG, troubles de la personnalité évitante et schizotypique. Observance du traitement moins bonne (peur d'être exposés aux thérapies du groupe et difficultés à demander de l'aide).	TUA uniquement
16	PATEL and al. ²⁷ (2024) USA	Correlates of alcohol use and alcohol use disorder among individuals with DSM-5 social anxiety disorder: A population based study.	Étude observationnelle	1255 participants ayant participé à la 3^{ème} vague de l'enquête NESARC et ayant reçu un diagnostic de TAS au cours de leur vie et 980 pour le TAS au cours de la dernière année. AUDADIS-5	Examiner les corrélats de l'usage quotidien d'alcool et des TUA chez les individus ayant un TAS diagnostiqué. Évaluer les associations entre TUA, la gravité des symptômes du TAS, la recherche de traitement et les TS.	48% des personnes avec un TAS au cours de leur vie dans cette étude répondaient aux critères du TUA au cours de leur vie. Âge moyen d'apparition du TAS était de 16,99 ans et celui du TUA 24,59 ans. 259 personnes (20,6%) de l'échantillon ont tenté de se suicider au cours de leur vie. La gravité de l'anxiété sociale était significativement associée avec les ATCD de TS dans les 2 modèles (à vie et au cours de l'année écoulée).	Manque de données longitudinales TUA uniquement

17	PATEL and al. ²⁸ (2023) USA	Prevalence and correlates of cannabis use among individuals with DSM-5 social anxiety disorder: Findings from a nationally representative sample.	Étude observationnelle	1255 personnes souffrant de TAS au cours de leur vie et 980 au cours de l'année écoulée, ayant participé à la 3 ^{ème} vague de l'enquête NESARC. AUDADIS-5	Explorer les relations entre la consommation de cannabis, le TUC, les caractéristiques sociodémographiques, les symptômes du TAS, la gravité des symptômes et les comportements suicidaires.	Hommes et individus jeunes plus susceptibles de consommer régulièrement du cannabis ou de développer un TUC. La peur ou l'évitement des relations sociales significativement liés à une augmentation de la consommation afin de gérer l'anxiété, augmenter l'affect positif, faciliter les relations sociales et gérer les craintes d'une évaluation négative. Temporalité TAS avant TUC	Manque de données longitudinales TUC uniquement
18	PEYRE and al. ²⁹ (2016) France	Latent class analysis of the feared situations of social anxiety disorder: A population-based study.	Étude observationnelle	2448 personnes âgées de 18 ans et plus ayant diagnostic de TAS à vie issues de la 2 ^{ème} vague de l'enquête NESARC. AUDADIS-4	Identifier des sous-groupes d'individus atteints de TAS selon le type et le nombre de situations sociales. Examiner si les caractéristiques sociodémographiques et cliniques diffèrent selon les sous-groupes identifiés et sont cohérents avec un modèle de continuum.	Quatre classes identifiées : -Trois classes atteintes de TAS craignant la plupart des situations sociales mais différant par le nombre de situations redoutées (généralisée faible, modérée, sévère) -Une classe « performance uniquement » (cf spécificateur DSM-V), plus susceptible d'être des hommes, âge d'apparition plus tardif, moins timides, niveau d'éducation plus élevé. Comorbidités psychiatriques plus fréquentes chez les sous-groupes généralisés que dans le sous-groupe "performance uniquement" ayant également une meilleure qualité de vie.	Manque de données longitudinales

19	RENSON and al. 30 (2023) France	Comorbidité entre TUA et TAS : perspectives cliniques à partir d'éléments de la littérature.	Revue narrative	Population TAS et TUA comorbide.	Identifier comment, sur base de ces liens et de l'influence néfaste d'un état morbide sur l'autre, la prise en charge peut être adaptée pour améliorer le traitement des patients avec TUA présentant également un TAS.	TAS avant TUA dans 80 % des cas/ influences clés de traumatismes dans l'enfance et des facteurs génétiques. Motivations principales : coping (réduction des émotions négatives), conformité sociale (éviter le rejet), et socialisation (faciliter les interactions). L'alcool réduit le biais de perception négative, facilite les contacts sociaux, renforçant les comportements de consommation. Femmes : consommation motivée par le coping et l'évitement du rejet social. /Hommes : recherche d'émotions positives. Adolescents masculins protégés par le TAS, contrairement aux adolescentes, à risque accru dès 14 ans (protection disparaît à l'âge adulte). Statut socio-professionnel globalement plus faible. Fréquence plus réduite de relation conjugale stable Consommation en solitaire avant un événement social suggère une anxiété anticipatoire liée au TAS. Intérêt d'un TTT combiné avec ISRS (paroxétine) + TCC, et traitement initial centré sur le TUA.	Absence de méthodologie systématique TUA uniquement
----	--	--	-----------------	----------------------------------	--	--	---

20	ROSENSTROM and al. ³¹ (2023) Finlande	Social anxiety disorder is a risk factor for alcohol use problems in the National Comorbidity Surveys.	Étude observationnelle	5 001 adultes (âge moyen 32ans) ayant participé à deux vagues des NCS (National Comorbidity Surveys).	Réexaminer si le TAS est un facteur de risque spécifique pour le TUA. Tester la temporalité et la spécificité de l'association TAS-TUA.	TAS avant TUA TAS, seul trouble anxieux à prédictif du trouble lié à l'usage de l'alcool. Modèle autothérapeutique suggère que l'alcool est utilisé pour réduire l'anxiété sociale. Le modèle biopsychosocial souligne l'impact des facteurs sociaux, émotionnels et biologiques dans le développement du TUA.	TUA uniquement
21	STAPINS KI and al. ³² (2021) Australie	Randomised controlled trial of integrated cognitive behavioural treatment and motivational enhancement for comorbid social anxiety and alcohol use disorders.	Essai Clinique randomisé contrôlé	117 adultes (âge moyen 36,6 ans) diagnostiqués avec un TAS et un TUA, recrutés dans deux cliniques en Australie. SIAS, SPS AUDIT	Comparer l'efficacité d'un traitement par TCC intégrée pour le TAS et le TUA avec un traitement axé uniquement sur le TUA.	Réduction significative des symptômes d'anxiété sociale et amélioration de la qualité de vie avec TTT intégré. Efficacité similaire dans les deux groupes sur la diminution de la consommation d'alcool. Mais diminution de l'évitement social sans augmentation correspondante de la consommation d'alcool dans le groupe TTT intégré.	Échantillon restreint Population spécifique TUA uniquement
22	TERLECKI and al. ³³ (2015) USA	Social anxiety and heavy situational drinking: coping and conformity motives as multiple mediators.	Étude observationnelle	232 étudiants universitaires (âge moyen 19,32 ans) ayant une anxiété sociale (69,4% de femmes). SIAS, SPS	Examiner l'effet médiateur des motifs de consommation d'alcool sur la relation entre anxiété sociale et consommation d'alcool dans des situations à haut risque chez des étudiants de premier cycle.	Étudiants souvent confrontés à des situations sociales nouvelles pouvant provoquer de l'anxiété sociale. Motivations à boire : - coping : Gérer les émotions négatives (ex.: tristesse, colère). -conformité sociale : Éviter le jugement ou le rejet social. Anxiété sociale associée à une consommation d'alcool plus élevée dans des situations émotionnelles négatives ou personnelles/intimes (rdv, avant un rapport sexuel). Aucune association significative retrouvée dans des contextes sociaux ou conviviaux (fêtes, bars) dans cette étude.	Échantillon restreint Population étudiante uniquement Manque de données longitudinales TUA uniquement

23	TORVIK and al. ³⁴ (2019) Norvège	Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study.	Étude épidémiologique	2801 jumeaux norvégiens adultes (âge moyen 32,5ans). CIDI	Examiner si le TAS est associé de manière unique et causale au TUA, indépendamment des autres TA. Étudier la temporalité et les mécanismes génétiques/environnementaux sous-jacents.	TAS spécifiquement associé au TUA contrairement aux autres troubles anxieux et précédant le TUA dans 81% dans cette étude. Mécanisme autothérapeutique. Âge moyen d'apparition du TAS 14,2 ans et du TUA 19,4ans. Association entre TAS et TUA en partie influencée par des facteurs génétiques. TUA plus fréquent chez les hommes dans cette étude alors que les TA étudiés y compris le TAS étaient plus fréquents chez les femmes.	Population spécifique TUA uniquement
24	VORSPAN and al. ³⁵ (2015) France	Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues.	Revue narrative	Population générale et échantillons cliniques.	Explorer la cooccurrence des TUS et des TA ainsi que les implications cliniques associées pour le diagnostic et le traitement.	TAS fortement associé à l'usage d'alcool et de cannabis, souvent via un mécanisme autothérapeutique. Facteurs de risque de la comorbidité TAS/TUA : âge apparition précoce, sexe féminin, ATCD familiaux TUA/TA, traumatismes dans l'enfance, recherche sensations fortes, autres dépendances comorbides.	Absence de méthodologie systématique Manque de données longitudinales
25	WHO World Mental Health Survey Collaborators and al. ³⁶ (2017) Étude multi-pays	The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative.	Étude épidémiologique	142 405 individus provenant de 28 pays, âgés de 18 ans et plus. CIDI SDS	Estimer la prévalence du TAS. Identifier les corrélats socio-démographiques, les comorbidités psychiatriques, et les schémas de traitement associés au TAS.	Prévalence vie entière : 4,0 %. Jeunes adultes les plus à risque (18-29ans), sexe féminin*, célibat**, faible niveau d'éducation et revenu faible. *Sexe féminin associé à un risque accru de TAS, OR de 1.7 pour la prévalence à 30 jours et de 1.3 pour la prévalence sur la vie entière vs sexe masculin. **les individus atteints de TAS ont un risque accru d'être célibataires (OR = 1.4) ou divorcés/séparés/	Manque de données longitudinales

						veuves (OR = 1.3), par rapport aux personnes mariées. TAS avant le TUS dans 80,9%, soutenant le modèle autothérapeutique.	
26	WOLITZK Y-TAYLOR AND AL. 37 (2022) USA	Development and Initial Pilot Testing of a fully integrated treatment for comorbid social anxiety disorder and alcohol use disorder in a community-based SUD clinic setting.	Essai Clinique	56 patients âgés de 18 à 65 ans (âge moyen 40ans) recrutés dans une clinique spécialisée dans les TUS, ayant un diagnostic de TAS et de TUA. SPIN, LSAS AUDIT	Développer un traitement intégré pour TAS/TUA puis le comparer aux soins habituels.	Réduction de la fréquence des consommations sur les 30 derniers jours et réduction des comportements d'évitement social sans alcool avec le TTT intégré mais sans différence significative avec les soins habituels. Mise en évidence de la difficulté pour les personnes atteintes de TAS lorsqu'il s'agit de TTT réalisé en groupe (où il y a besoin d'une interaction sociale et donc un frein pour eux) et participation basée parfois sur la performance (exemple : lecture à haute voix).	Échantillon restreint Population spécifique Durée d'intervention courte TUA uniquement

Abréviations : **ADIS** : Anxiety Disorders Interview Schedule ; **AUDADIS** : Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule ; **AUDIT** : Alcohol Use Disorders Identification Test ; **CIDI** : Composite International Diagnostic Interview ; **DAST-10** : Drug Abuse Screening Test - 10 items ; **FSB** : False Safety Behaviors ou Faux comportements de sécurité ; **GABA** : Acide Gamma-Aminobutyrique ; **GAD-7 et GAD-2** : Generalized Anxiety Disorder en 7 ou 2 items ; **ISRS** : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine ; **LSAS** : Liebowitz Social Anxiety Scale ; **MPS** : Marijuana Problem Scale ; **PHQ-9 et PHQ-2** : Patient Health Questionnaire en 9 ou 2 items ; **SDS** : Sheehan Disability Scale ; **SIAS** : Social Interaction Anxiety Scale ; **SPIN** : Social Phobia Inventory ; **SPS** : Social Phobia Scale ; **TA** : trouble anxieux ; **TAG** : trouble d'anxiété généralisée ; **TAS** : trouble d'anxiété sociale ; **TCC** : thérapie cognitivo-comportementale ; **TOC** : trouble obsessionnel compulsif ; **TUA** : troubles liés à l'usage d'alcool ; **TP** : trouble panique ; **TS** : tentative de suicide ; **TTT** : traitement ; **TUC** : troubles liés à l'usage de cannabis ; **TUS** : trouble lié à l'usage de substances.

Tableau 2. Tableau d'extraction des données

2.Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques

2.1 Prévalence et temporalité

L'âge moyen d'apparition du trouble d'anxiété sociale (TAS) est précoce et estimé entre 14 et 17 ans selon les études^{19,34}. Le trouble lié à l'usage de substances (TUS) apparaît plus tardivement, en général entre 18 et 25 ans². Son pic d'incidence étant estimé à 20 ans¹⁷.

Il est largement documenté que le TAS précède le TUS dans environ 80% des cas^{17,18,30,34,36}, suggérant que l'anxiété sociale pourrait favoriser le recours aux substances comme stratégie de gestion des symptômes.

Le TAS se démarque par cette chronologie spécifique dans le cas de l'alcool, puisqu'il est le trouble anxieux le plus fréquemment associé au trouble lié à l'usage de l'alcool^{18,31,34}.

2.2. Facteurs sociodémographiques

2.2.1. Sexe

Les études montrent que le trouble d'anxiété sociale a une prévalence plus élevée chez les femmes^{34,36} (pour la prévalence à vie, odds ratio estimé à 1.3 *versus* sexe masculin)³⁶. Le sexe féminin représente par ailleurs un facteur de risque à la comorbidité TAS/TUA^{14,35}, les femmes étant plus susceptibles de consommer de l'alcool pour faire face aux symptômes d'anxiété²³. Les motivations à boire sont souvent liées à la réduction des émotions négatives et à l'évitement du jugement ou du rejet social³⁰.

De manière générale, le TUS est plus fréquemment associé au sexe masculin²⁰. Lorsqu'ils présentent un TAS, les hommes sont plus susceptibles de consommer du cannabis de façon régulière et plus à risque de développer un trouble lié à l'usage de cannabis²⁸. Contrairement aux femmes qui cherchent à faire diminuer leurs affects négatifs, les hommes s'administrent davantage les substances à la recherche d'émotions positives³⁰. De plus, ils sont plus souvent représentés dans le sous type d'anxiété sociale « performance uniquement »²⁹ détaillé plus loin.

2.2.2 Âge et trajectoires cliniques

a. Population adolescente

L'adolescence représente une période charnière dans l'émergence de la comorbidité TAS/TUS. Les adolescents atteints de TAS sont 5 fois plus à risque de présenter une dépendance à l'alcool à l'âge adulte, plus particulièrement lorsqu'ils présentent un fort besoin d'approbation par leurs pairs¹⁹. La comorbidité entre TAS/TUA est plus marquée chez les adolescentes. Le besoin d'approbation par les pairs peut cependant être un facteur protecteur, notamment pour le sexe masculin à cet âge³⁰, dans les environnements où la consommation n'est pas bien perçue. Cet effet protecteur disparaît à l'âge adulte³⁰. Par ailleurs, les adolescents présentant un TAS sont plus susceptibles de présenter de faibles résultats ou un décrochage scolaire¹⁹.

b. Population étudiante ou jeunes adultes

Les étudiants sont souvent confrontés à des situations sociales nouvelles (colocations, nouvelles rencontres, présentations orales, etc.) qui peuvent provoquer une anxiété sociale³³. Ces situations peuvent parfois mener à des consommations excessives épisodiques ou « binge-drinking » afin de répondre à certaines injonctions sociales³⁰.

Le rôle de l'anxiété anticipatoire dans la comorbidité TUA/TAS est également important dans cette population en lien avec l'influence des pairs et la pression ressentie entraînant typiquement une consommation pré-événement social¹⁴.

c. Population active

Population moins étudiée spécifiquement mais particulièrement concernée par le sous type d'anxiété sociale de type « performance uniquement », qui apparaît souvent plus tardivement²⁹.

2.2.3 Statut socio-économique et environnement

Les personnes présentant une comorbidité TAS/TUA ont globalement un niveau d'éducation, de revenus et un statut socio-professionnel plus faible^{30,36}, à l'exception du sous type d'anxiété sociale « performance uniquement » qui se distingue par un niveau d'éducation plus élevé²⁹.

Le TAS est souvent associé à un taux de célibat plus important (odds ratio estimé à 1.4)³⁶ et une fréquence plus réduite de relations conjugales stables lorsqu'il est associé au TUA³⁰.

3.Modèles expliquant l'association TAS/TUS

Trois modèles théoriques^{12,23} se distinguent afin d'expliquer l'interaction entre TAS et TUS :

3.1. Modèle “autothérapeutique”

Il s'agit du modèle le plus représenté dans la littérature. Les individus souffrant d'un TAS utilisent la substance pour soulager leurs symptômes d'anxiété, s'exposant au risque de développement d'une dépendance^{21,34,35,36}.

3.2. Modèle inversé

Le TUS précède le TAS, soit du fait de l'intoxication provoquée par la substance (notamment pour les psychostimulants, les dépresseurs du système nerveux central et les hallucinogènes) ou à la suite d'un sevrage (dépresseurs du système nerveux central, opioïdes, benzodiazépines)^{12,23}.

3.3. Facteurs de vulnérabilité partagés

Le TAS et le TUS partagent certaines prédispositions génétiques^{18,34} et environnementales²³.

Les traumatismes dans l'enfance et des liens parentaux insécurisants apparaissent dans plusieurs études^{30,35} comme favorisant la survenue de la pathologie duelle TAS/TUS. Comme dans le trouble lié à l'usage de l'alcool et les troubles anxieux, les antécédents familiaux pourraient également avoir une influence³⁵.

4.Motivations et comportements spécifiques associés

4.1. Motivations principales à consommer

Le TAS n'est pas homogène et se distingue par différents profils cliniques qui influencent directement les motivations à consommer.

Deux sous-types principaux se dégagent dans la littérature :

4.1.1 Sous-type évitant ou « généralisé »

C'est le modèle classique du TAS. La personne craint la plupart des situations sociales. Le comportement est caractérisé par une impulsivité et une sensibilité à la récompense faibles, peu de prises de risque^{25,29} et une utilisation de substances comme « gestion artificielle des menaces sociales »¹⁷. Les consommations seront volontiers solitaires (évitement marqué des interactions sociales) et pour gérer les émotions négatives (« coping »)^{30,33}.

4.1.2 Sous type anxiété de performance ou d'« approche motivée »

Ce sous-type est caractérisé par un niveau élevé d'impulsivité, de prises de risque et une forte sensibilité à la récompense²⁵. L'anxiété sociale est ici déclenchée dans des situations nécessitant une « performance » (ex : parler en public, rencontrer de nouvelles personnes, passer un entretien, etc.). Contrairement au sous-type évitant, ces patients ne fuient pas systématiquement les interactions sociales, mais cherchent à compenser leur anxiété afin d'être plus performant.

L'alcool et le cannabis sont particulièrement utilisés afin d'éviter une évaluation négative par les pairs ou augmenter le plaisir en situation sociale et ainsi augmenter l'affect positif^{23,28}. L'utilisation de l'alcool pourrait diminuer le biais de perception négative^{17,30} souvent présent dans le TAS (par exemple : perception de visages neutres comme menaçants), facilitant ainsi les contacts sociaux.

Pour ce sous-type, la motivation première est l'évitement du jugement et du rejet social dans une dynamique de « conformité sociale ». La consommation s'intensifie car elle facilite la socialisation, ce qui augmente le risque de trouble de l'usage.

4.2. Caractéristiques comportementales de l'association TAS/TUS

L'anxiété sociale influence directement les comportements de consommation. Plusieurs mécanismes jouant un rôle clé dans le lien entre le TAS et le TUS ont été identifiés.

L'anxiété anticipatoire est un de ces mécanismes. Dans le cadre du TAS, elle consiste en une angoisse marquée avant un événement social ou une situation perçue comme stressante poussant les individus à consommer avant cet événement et la plupart du temps en solitaire^{14,30}. Le contexte classique des interactions sociales de type festif n'est pas le seul intéressant à repérer, certains individus souffrant de TAS utilisent parfois une substance avant une situation plus personnelle (ex : rendez-vous, relation sexuelle) ou émotionnellement négative (ex : après une dispute...)³³.

Ce type de stratégie comportementale est considéré dans différentes études comme un *faux comportement de sécurité* ou FSB (*False Safety Behaviors*). Il s'agit d'un comportement aidant à atténuer temporairement l'anxiété mais dont l'action uniquement suspensive pousse à sa répétition^{15,16}. Ces comportements renforcent l'association entre l'usage de substance et la diminution de l'anxiété et donc le risque de développement d'une dépendance. Ils sont plus fréquemment retrouvés dans le TAS que dans les autres troubles anxieux²⁴ et plus particulièrement chez les consommateurs de cannabis¹⁶.

La mécanique du FSB se décline sous plusieurs formes chez un individu, pas seulement par le biais d'une consommation de substances, elle peut se manifester par exemple par un évitement du contact visuel, la répétition mentale d'une conversation avant une interaction sociale, l'utilisation de phrases courtes ou d'une voix peu timbrée afin d'éviter d'attirer l'attention, une mise à l'écart du groupe, etc²⁴. Du fait de leur origine commune, repérer ces FSB doit amener à interroger l'existence de FSB impliquant des substances.

5. Influence et évolution clinique de l'association TAS/TUS

5.1. Comorbidités psychiatriques associées :

Les patients présentant un trouble d'anxiété sociale associé à un trouble lié à l'usage de substances ont un nombre significativement plus élevé de troubles psychiatriques que ceux souffrant d'un trouble isolé.

Les comorbidités les plus retrouvées sont :

- le trouble dépressif majeur : qui représente la comorbidité la plus associée aux patients TAS/TUS (symptômes dépressifs marqués, idées suicidaires, tentatives de suicide)^{19,26,27,29}. Plus l'anxiété sociale est importante et plus la probabilité que l'individu ait fait une tentative de suicide est grande²⁷. Le risque de suicide semble être plus fréquent dans les populations adolescentes et étudiantes¹³.
- les troubles anxieux comorbides : trouble panique, trouble d'anxiété généralisée (TAG), phobie spécifique^{26,29},
- les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et l'agoraphobie (surtout chez les adolescents)¹⁹,
- les troubles de la personnalité évitante et schizotypique^{26,29}.

5.2. Influence du sous-type d'anxiété sociale sur l'évolution clinique

Dans le cas du sous type évitant ou « généralisé », la présence de comorbidités psychiatriques semble plus fréquente, avec un impact marqué sur la qualité de vie et une évolution clinique plus sévère.

Le sous-type « performance uniquement » présente moins de troubles comorbides associés et permet globalement une meilleure qualité de vie²⁹.

5.3. Impact sur le pronostic addictologique

L'efficacité de la prise en charge est moins bonne en raison de la peur d'être exposé aux thérapies de groupe et de la difficulté à demander de l'aide²⁶. Une plus grande vulnérabilité aux rechutes a été montrée dans plusieurs études notamment quand le TAS est associé à un TUA^{22,35}.

IV.DISCUSSION

1. Interprétation des résultats :

Cette revue systématique de la littérature met au jour de nombreux éléments permettant de repérer en soins primaires les situations où un trouble d'anxiété sociale est associé à un trouble lié à l'usage de substances. Ces éléments sont de natures différentes. Certains relèvent de l'anamnèse comme la prépondérance de l'apparition du trouble d'anxiété sociale avant celui d'usage des substances, suggérant un mécanisme autothérapeutique. D'autres sont liés à des facteurs démographiques tels que l'âge qui module considérablement l'articulation des troubles. En effet, les enjeux de la consommation et l'expression de chaque trouble évoluent avec le temps, différemment selon qu'il s'agit d'un adolescent, d'un jeune adulte ou d'un adulte. Le sexe de l'individu influence également le type de substance consommé ou encore le sous-type d'anxiété sociale. Ainsi, les femmes ont davantage tendance à présenter une anxiété sociale généralisée, touchant l'ensemble des situations sociales et recourent principalement à l'alcool pour diminuer leurs symptômes d'anxiété. À l'inverse, les hommes sont plus concernés par l'anxiété sociale liée à la performance et utilisent l'alcool ou le cannabis pour faciliter les interactions sociales ou améliorer leur performance.

Enfin, certains signes cliniques semblent également plus fréquents dans cette pathologie duelle comme la consommation en solitaire avant les situations sociales stressantes. Les situations redoutées varient toutefois en nombre et en nature selon le sous-type d'anxiété sociale présenté, allant d'une crainte généralisée des interactions sociales à une anxiété spécifique aux situations de performance.

Cette revue permet de recruter largement tous ces éléments associés mais ne permet pas d'en déterminer avec précision les valeurs prédictives. En effet, aucune étude incluse dans cette revue ne présente les indicateurs de performance des tests diagnostiques utilisés sur leur population d'étude. Il y est exposé plutôt des liens statistiques et des modélisations pour lesquelles un consensus franc reste à obtenir. Cependant, ces résultats nous permettent de proposer une première base d'éléments de repérage pouvant être pertinents en médecine de premier recours.

2. Implications pratiques des résultats :

Le repérage en soins primaires est contraint par des impératifs de temps qui rendent d'autant plus importante la question de son efficacité. Il a été démontré que les outils de repérage proposés classiquement n'y sont pas adaptés³⁸.

Nous proposons ainsi deux trames exploratoires qui nous semblent à même de dégager plus rapidement le degré de pertinence de la poursuite des investigations concernant la présence d'un TAS associé à un TUS. Il est bien évident que ces propositions ne permettent pas d'écarter ou d'affirmer définitivement ces troubles. L'idée est de permettre d'accélérer le repérage dans certains cas avec une démarche probabiliste d'inspiration bayésienne. Ce type de démarche existe déjà en médecine générale, nous pouvons citer pour exemples le questionnaire BITS (*Bullying, Insomnia, Tobacco, Stress*)³⁹ utilisé pour évaluer une tendance suicidaire chez l'adolescent ou encore le CAGE (*Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*)⁴⁰ utilisé pour le dépistage d'une dépendance à l'alcool qui représentent des outils de repérage validés et facilement utilisables en soins primaires.

Pour ce faire, nous considérons qu'il faut différencier deux contextes, l'adolescence (avant le début des études professionnalisantes) et l'âge adulte. Nous tenons compte des effets d'amorçage et de la nécessaire progressivité de l'interrogatoire afin d'optimiser la qualité des réponses. Les éléments recueillis paraissent les plus efficaces, c'est-à-dire, les plus prompts à dégager un signe spécifique en un minimum de temps.

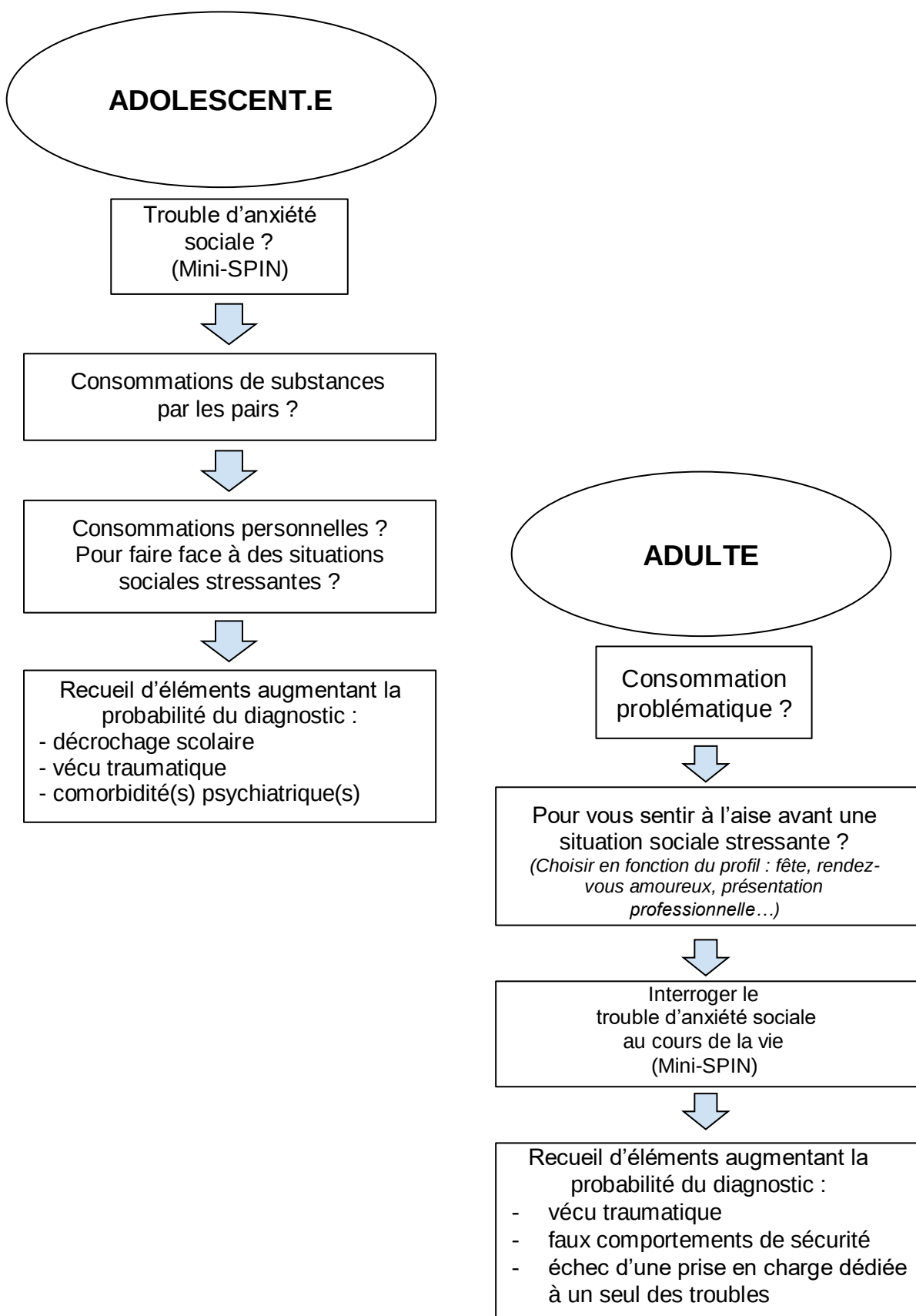


Figure 2. Algorithmes de repérage du trouble d'anxiété sociale associé au trouble lié à l'usage de substances en soins primaires, selon l'âge.

Ces propositions d'algorithme mélangent ainsi signes cliniques propres à la pathologie duelle et éléments statistiquement associés à sa présence tout en prenant en compte le contexte. Chaque information est à considérer comme une pondération augmentant ou non la nécessité d'explorer plus en profondeur l'existence d'un TAS associé à un TUS.

Pour le diagramme s'adressant aux adolescent.es, le trouble abordé en premier est l'anxiété sociale dans la mesure où le TUS est généralement consécutif et en constitution. Son évaluation se fait par un Mini-SPIN qui est un outil validé et utilisable en pratique de soins primaires⁴¹, présenté en *annexe*. Il permet d'explorer la présence d'un trouble d'anxiété sociale à l'aide de trois questions simples associées à une échelle de Likert portant sur l'évitement et les peurs d'être au centre de l'attention et d'être jugé. Est abordé ensuite la consommation de substances par les pairs. Cet élément de contexte est important à l'adolescence car il se révèle un facteur protecteur en cas d'absence et un facteur favorisant en cas de présence du fait de l'influence majeure de l'approbation par les pairs à cette période de la vie. Aborder la consommation d'autrui permet également un effet d'amorçage facilitant ensuite l'abord de sa propre consommation. Le contexte de prise est alors directement interrogé dans la mesure où il est typique de la pathologie duelle. Il est proposé enfin d'aborder les éléments apparaissant comme les plus associés à un trouble d'anxiété sociale et d'usage des substances à l'adolescence comme le décrochage scolaire et les comorbidités psychiatriques ou de manière générale comme le vécu traumatique.

Concernant les adultes, il semble plus approprié d'aborder en premier lieu le TUS dans une optique de repérage de pathologie duelle dans la mesure où c'est souvent le trouble au premier plan. L'exploration de la contextualisation de la consommation permet ensuite de faire le lien avec un éventuel TAS. Il est important pour cet item de choisir un événement stressant le plus probablement rencontré en fonction du profil de la personne. Les événements festifs ou les examens sont plus évoqués dans les résultats pour les jeunes adultes, les rencontres et présentations professionnelles concernent davantage les adultes actifs tandis que les rendez-vous amoureux peuvent être évoqués à tout âge. Il est à noter d'ailleurs que le célibat ou le divorce est lié statistiquement positivement au TAS (OR respectivement 1,4 et 1,3)³⁶.

La dynamique de consommation peut être également modulée par ses sous-types : évitant ou généralisé, majoritairement féminin, associé à une consommation de

substances dans le but de réduire les émotions négatives (coping) et performance uniquement ou « d'approche motivée », plus fréquent chez les hommes, utilisant les substances pour faciliter les interactions sociales (conformité sociale) et augmenter l'affect positif. L'item suivant propose d'affiner le repérage d'un TAS en utilisant le test Mini-SPIN détaillé précédemment. Enfin, l'existence d'un vécu traumatique, de faux comportements de sécurité ou d'échec à une prise en charge ciblant uniquement un des troubles est interrogée, chacun de ces éléments augmentant la probabilité d'un TAS associé à un TUS.

Dans les deux algorithmes, un système de scoring pour chaque item peut être envisagé. Comme il a été dit précédemment, il est à noter que le recueil d'éléments habituellement liés positivement au TAS associé à un TUS accélère le repérage de situations prototypiques mais ne doit pas mener à écarter systématiquement le diagnostic en cas de score faible.

3.Limites de la revue

L'absence de doublons entre les articles sélectionnés dans PubMed et Science-Direct peut s'expliquer par l'utilisation d'algorithmes de recherche adaptés à chaque base de données ainsi que par la différence des sources indexées selon les bases de données. Ceci souligne l'importance d'exploiter plusieurs bases pour obtenir une couverture plus large de la littérature disponible. La littérature grise a été interrogée uniquement via Google Scholar, ce qui n'a sans doute pas permis de s'affranchir du biais de publication.

Cette revue met en évidence une surreprésentation d'études portant sur l'alcool et le cannabis. Cela ne signifie pas que d'autres substances ne sont pas concernées par l'association TAS/TUS, mais qu'elles sont, semble-t-il, moins étudiées ou en cours d'étude.

Un autre élément à prendre en compte est la prédominance d'études américaines dans les travaux sélectionnés. Si ces études sont souvent rigoureuses sur le plan méthodologique, leur généralisation aux systèmes de soins européens peut être limitée.

De plus, bien que cette revue vise à optimiser le repérage en Médecine Générale, la majorité des études incluses concernent des populations hospitalières ou issues de

structures spécialisées, ce qui peut limiter l'extrapolation des résultats aux soins primaires.

4. Forces de l'étude

Cette revue de la littérature respecte la norme de bonne pratique PRISMA⁷. Le diagramme de flux permet de présenter en toute transparence les procédures d'inclusion et d'exclusion des articles assurant à cette étude une bonne reproductibilité.

Les résultats sont présentés de manière rigoureuse et synthétique en mentionnant les caractéristiques des études dont ils sont issus. La qualité méthodologique des études a été évaluée par des échelles validées dédiées^{8,9,10,11}.

Enfin, à notre connaissance, cette étude est la première à synthétiser des éléments de repérage du trouble d'anxiété sociale associé à un trouble lié à l'usage de substances pour une utilisation en médecine de premier recours.

5. Perspectives et ouvertures :

Notre étude a permis de mettre en évidence des éléments de repérage pertinents en soins primaires et de proposer un modèle d'outil. Il conviendrait d'en confirmer la validité en le testant à la fois sur des bases de données nationales de médecine générale comme la P4DP⁴² et en situation clinique. Cela permettrait d'affiner les caractéristiques à prendre en compte en fonction des différents usages de substances notamment de la cocaïne dont la consommation augmente, des sous-types d'anxiété sociale et des contextes. Ces développements doivent se faire en gardant à l'esprit l'impératif de rendement spécifique à la médecine générale (temps de consultation contraint, mise à profit de consultations ponctuelles concernant un motif tiers pour aborder d'autres problématiques...). Comme exposé précédemment, il est établi que la prise en charge d'un trouble sans prise en compte de l'autre est peu efficace quant à l'amélioration de la situation clinique de l'individu. Faciliter le repérage de la comorbidité aboutirait ainsi à améliorer considérablement le taux de succès des prises en charge.

V.CONCLUSION

Cette revue de la littérature met en évidence plusieurs caractéristiques cliniques, anamnestiques et contextuelles pertinentes pour faciliter le repérage du TAS associé à un TUS. Rassemblées et coordonnées dans un outil répondant aux impératifs d'efficience propres aux soins primaires, elles permettent d'améliorer la prise en charge de cette pathologie duelle en dirigeant d'emblée les patients vers un schéma de soins intégrant les deux troubles. Ces premiers résultats issus de la littérature nécessitent d'être complétés par des études cliniques et des analyses de bases de données mais permettent néanmoins d'envisager ces développements en s'appuyant sur des repères bien établis.

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1.OFDT. Drogues, chiffres clés. 8ème édition. OFDT. 2019. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3691-doc_num--explnum_id-29218-.pdf
- 2.Inserm.Troubles anxieux. Quand l'anxiété devient pathologique.Inserm.2021. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
- 3.Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. août 2004;61(8):807- 16.
- 4.Buckner JD, Heimberg RG, Ecker AH, Vinci C. A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. Depress Anxiety. mars 2013;30(3):276-84.
- 5.Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. Biol Psychiatry. 15 nov 2004;56(10):730- 7.
- 6.Pautrat M. Évaluation des outils de repérage des situations de polydépendance en soins primaires : une revue de la littérature. [Thèse d'exercice de médecine]. [Tours]: Université de Tours; 2015.
- 7.Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 29 mars 2021;372:n71.
- 8.Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. BMJ. 20 oct 2007;335(7624):806- 8.
- 9.Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ. 23 mars 2010;340:c332.

10. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 sept 2017;358:j4008.
11. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5.
12. Arunogiri S, Lubman DI. Anxiety and substance use disorders: a worrying combination. *Australasian Psychiatry*. août 2015;23(4):382- 7.
13. Bentley KH, Sakurai H, Lowman KL, Rines-Toth L, McKowen J, Pedrelli P, et al. Validation of brief screening measures for depression and anxiety in young people with substance use disorders. *Journal of Affective Disorders*. 1 mars 2021;282:1021- 9.
14. Buckner JD, Lewis EM, Terlecki MA, Albery IP, Moss AC. Context-specific drinking and social anxiety: The roles of anticipatory anxiety and post-event processing. *Addictive Behaviors*. 1 mars 2020;102:106184.
15. Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH, Jeffries ER, Lemke AW, Dean KE, et al. Anxiety and cannabis-related problem severity among dually diagnosed outpatients: The impact of false safety behaviors. *Addictive Behaviors*. 1 juill 2017;70:49- 53.
16. Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH, Schmidt NB, Lewis EM, Paulus DJ, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 1 avr 2019;115:38- 45.
17. Bulley A, Miloyan B, Brilot B, Gullo MJ, Suddendorf T. An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder. *Journal of Affective Disorders*. 15 mai 2016;196:62- 70.
18. Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*. 1 déc 2019;6(12):1068- 80.

19. Cruz ELD da, Martins PD de C, Diniz PRB. Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(5):442- 51.
20. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. janv 2016;73(1):39- 47.
21. Lemyre A, Gauthier-Légaré A, Bélanger RE. Shyness, social anxiety, social anxiety disorder, and substance use among normative adolescent populations: A systematic review. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(3):230- 47.
22. McHugh RK. Treatment of Co-occurring Anxiety Disorders and Substance Use Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*. avr 2015;23(2):99- 111.
23. Milani RM, Perrino L. Chapter 4 - Alcohol and mental health: Co-occurring alcohol use and mental health disorders. In: *The Handbook of Alcohol Use [Internet]*. 1ère éd. Cambridge, UK: Academic Press; 2021 [cité 11 nov 2024]. p. 81- 106. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128167205000232>
24. Mueller NE, McDermott KA, Cougle JR. The role of safety behaviors in the relationship between social anxiety and marijuana use problems. *Substance Use & Misuse*. 2021;56(9):1305- 11.
25. Nicholls J, Staiger PK, Williams JS, Richardson B, Kambouropoulos N. When social anxiety co-occurs with substance use: Does an impulsive social anxiety subtype explain this unexpected relationship? *Psychiatry Research*. 30 déc 2014;220(3):909- 14.
26. Oliveira LM, Bermudez MB, Macedo MJ de A, Passos IC. Comorbid social anxiety disorder in patients with alcohol use disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 1 nov 2018;106:8- 14.

27. Patel TA, Cole SL, Cougle JR. Correlates of alcohol use and alcohol use disorder among individuals with DSM-5 social anxiety disorder: A population based study. *Journal of Affective Disorders*. 1 sept 2024;360:55- 61.
28. Patel TA, Schubert FT, Zech JM, Cougle JR. Prevalence and correlates of cannabis use among individuals with DSM-5 social anxiety disorder: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*. 1 juill 2023;163:406- 12.
29. Peyre H, Hoertel N, Rivollier F, Landman B, McMahon K, Chevance A, et al. Latent class analysis of the feared situations of social anxiety disorder: A population-based study. *Depression and Anxiety*. 2016;33(12):1178- 87.
30. Renson A, Maurage P, Luts A, Germeau N, Timary P. Comorbidité entre trouble d'usage d'alcool et trouble d'anxiété sociale : perspectives cliniques à partir d'éléments de la littérature. *Revue Alcoologie et Addictologie*. juill 2023;42:59- 68.
31. Rosenström TH, Torvik FA. Social anxiety disorder is a risk factor for alcohol use problems in the National Comorbidity Surveys. *Drug Alcohol Depend*. 1 août 2023;249:109945.
32. Stapinski LA, Sannibale C, Subotic M, Rapee RM, Teesson M, Haber PS, et al. Randomised controlled trial of integrated cognitive behavioural treatment and motivational enhancement for comorbid social anxiety and alcohol use disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. févr 2021;55(2):207- 20.
33. Terlecki MA, Buckner JD. Social anxiety and heavy situational drinking: coping and conformity motives as multiple mediators. *Addict Behav*. janv 2015;40:77- 83.
34. Torvik FA, Rosenström TH, Gustavson K, Ystrom E, Kendler KS, Bramness JG, et al. Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study. *Depress Anxiety*. juin 2019;36(6):522- 32.
35. Vorspan F, Mehtelli W, Dupuy G, Bloch V, Lépine JP. Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. *Curr Psychiatry Rep*. févr 2015;17(2):4.

36. WHO World Mental Health Survey Collaborators, Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, De Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med.* déc 2017;15(1):143.
37. Wolitzky-Taylor K, Sewart A, Karno M, Ries R, Stimson J. Development and Initial Pilot Testing of a fully integrated treatment for comorbid social anxiety disorder and alcohol use disorder in a community-based SUD clinic setting. *Behaviour Research and Therapy.* 1 janv 2022;148:103999.
38. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health.* avr 2003;93(4):635- 41.
39. Binder P, Heintz AL, Haller DM, Favre AS, Tudrej B, Ingrand P, et al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early Interv Psychiatry.* févr 2020;14(1):80- 6.
40. Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clin Invest Med.* 2007;30(1):33- 41.
41. Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson JR. Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2001;14(2):137- 40.
42. P4DP. <https://www.p4dp.fr/>. 2025 [cité 23 mars 2025]. Platform for Data in Primary Care. P4DP : le premier entrepôt national de données de santé pour la médecine générale. Disponible sur: <https://www.p4dp.fr/>

VII.ANNEXES

Annexe 1.Grille d'évaluation STROBE

Item	Recommendation	Reported on manuscript page
Title and abstract		
1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	
Introduction		
Background/rationale	2 Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	
Objectives	3 State specific objectives, including any prespecified hypotheses	
Methods		
Study design	4 Present key elements of study design early in the paper	
Setting	5 Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	
Participants	6 (a) Cohort study—give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up Case-control study—give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls Cross-sectional study—give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) Cohort study—for matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed Case-control study—for matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	
Variables	7 Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/measurement	8* For each variable of interest give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9 Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10 Explain how the study size was arrived at	
Quantitative variables	11 Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen, and why	
Statistical methods	12 (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) Cohort study—if applicable, explain how loss to follow-up was addressed Case-control study—if applicable, explain how matching of cases and controls was addressed Cross-sectional study—if applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses	
Results		
Participants	13* (a) Report the numbers of individuals at each stage of the study—eg, numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram	
Descriptive data	14* (a) Give characteristics of study participants (eg, demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate the number of participants with missing data for each variable of interest (c) Cohort study—summarise follow-up time (eg, average and total amount)	
Outcome data	15* Cohort study—report numbers of outcome events or summary measures over time Case-control study—report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure Cross-sectional study—report numbers of outcome events or summary measures	
Main results	16 (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorised (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17 Report other analyses done—eg, analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	
Discussion		
Key results	18 Summarise key results with reference to study objectives	
Limitations	19 Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	
Interpretation	20 Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	
Generalisability	21 Discuss the generalisability (external validity) of the study results	
Other information		
Funding	22 Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	
*Give such information separately for cases and controls in case-control studies, and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies. An explanation and elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the websites of PLoS Medicine, Annals of Internal Medicine, and Epidemiology). Separate versions of the checklist for cohort, case-control, and cross-sectional studies are available on the STROBE website.		
Table: The STROBE statement—checklist of items that should be addressed in reports of observational studies		

Annexe 2. Grille d'évaluation CONSORT



CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*

Section/Topic	Item No	Checklist Item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	_____
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	_____
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	_____
	2b	Specific objectives or hypotheses	_____
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	_____
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	_____
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	_____
	4b	Settings and locations where the data were collected	_____
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	_____
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	_____
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	_____
Sample size	7a	How sample size was determined	_____
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	_____
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	_____
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	_____
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	_____
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	_____
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those	_____
		assessing outcomes) and how	_____
Statistical methods	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	_____
	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	_____
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	_____
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	_____
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	_____
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	_____
	14b	Why the trial ended or was stopped	_____
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	_____
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	_____
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	_____
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	_____
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	_____
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	_____
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	_____
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	_____
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	_____
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	_____
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	_____
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	_____

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this checklist, see www.consort-statement.org.

Annexe 3. Grille d'évaluation AMSTAR

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?		
For Yes:	Optional (recommended)	
☐ Population	☐ Timeframe for follow-up	☐ Yes
☐ Intervention		☐ No
☐ Comparator group		
☐ Outcome		
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?		
For Partial Yes: The authors state that they had a written protocol or guide that included ALL the following:	For Yes: As for partial yes, plus the protocol should be registered and should also have specified:	
☐ review question(s)	☐ a meta-analysis/synthesis plan, if appropriate, <i>and</i>	☐ Yes
☐ a search strategy	☐ a plan for investigating causes of heterogeneity	☐ Partial Yes
☐ inclusion/exclusion criteria	☐ justification for any deviations from the protocol	☐ No
☐ a risk of bias assessment		
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?		
For Yes, the review should satisfy ONE of the following:		
☐ Explanation for including only RCTs		☐ Yes
☐ OR Explanation for including only NRSI		☐ No
☐ OR Explanation for including both RCTs and NRSI		
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?		
For Partial Yes (all the following):	For Yes, should also have (all the following):	
☐ searched at least 2 databases (relevant to research question)	☐ searched the reference lists / bibliographies of included studies	☐ Yes
☐ provided key word and/or search strategy	☐ searched trial/study registries	☐ Partial Yes
☐ justified publication restrictions (e.g. language)	☐ included/consulted content experts in the field	☐ No
	☐ where relevant, searched for grey literature	
	☐ conducted search within 24 months of completion of the review	
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?		
For Yes, either ONE of the following:		
☐ at least two reviewers independently agreed on selection of eligible studies and achieved consensus on which studies to include		☐ Yes
☐ OR two reviewers selected a sample of eligible studies <i>and</i> achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder selected by one reviewer.		☐ No

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	
RCTs For Yes: ☐ The authors justified combining the data in a meta-analysis ☐ AND they used an appropriate weighted technique to combine study results and adjusted for heterogeneity if present. ☐ AND investigated the causes of any heterogeneity ☐ Yes ☐ No ☐ No meta-analysis conducted	
For NRSI For Yes: ☐ The authors justified combining the data in a meta-analysis ☐ AND they used an appropriate weighted technique to combine study results, adjusting for heterogeneity if present ☐ AND they statistically combined effect estimates from NRSI that were adjusted for confounding, rather than combining raw data, or justified combining raw data when adjusted effect estimates were not available ☐ AND they reported separate summary estimates for RCTs and NRSI separately when both were included in the review ☐ Yes ☐ No ☐ No meta-analysis conducted	
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	
For Yes: ☐ included only low risk of bias RCTs ☐ OR, if the pooled estimate was based on RCTs and/or NRSI at variable RoB, the authors performed analyses to investigate possible impact of RoB on summary estimates of effect. ☐ Yes ☐ No ☐ No meta-analysis conducted	
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	
For Yes: ☐ included only low risk of bias RCTs ☐ OR, if RCTs with moderate or high RoB, or NRSI were included the review provided a discussion of the likely impact of RoB on the results ☐ Yes ☐ No	
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	
For Yes: ☐ There was no significant heterogeneity in the results ☐ OR if heterogeneity was present the authors performed an investigation of sources of any heterogeneity in the results and discussed the impact of this on the results of the review ☐ Yes ☐ No	
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	
For Yes: ☐ performed graphical or statistical tests for publication bias and discussed the likelihood and magnitude of impact of publication bias ☐ Yes ☐ No ☐ No meta-analysis conducted	

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	
For Yes: ☐ The authors reported no competing interests OR ☐ The authors described their funding sources and how they managed potential conflicts of interest ☐ Yes ☐ No	

Annexe 4. Grille d'évaluation SANRA

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA		
Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.		
1) Justification of the article's importance for the readership		
The importance is not justified.	0	☐
The importance is alluded to, but not explicitly justified.	1	
The importance is explicitly justified.	2	
2) Statement of concrete aims or formulation of questions		
No aims or questions are formulated.	0	☐
Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions.	1	
One or more concrete aims or questions are formulated.	2	
3) Description of the literature search		
The search strategy is not presented.	0	☐
The literature search is described briefly.	1	
The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria.	2	
4) Referencing		
Key statements are not supported by references.	0	☐
The referencing of key statements is inconsistent.	1	
Key statements are supported by references.	2	
5) Scientific reasoning		
<i>(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)</i>		
The article's point is not based on appropriate arguments.	0	☐
Appropriate evidence is introduced selectively.	1	
Appropriate evidence is generally present.	2	
6) Appropriate presentation of data		
<i>(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)</i>		
Data are presented inadequately.	0	☐
Data are often not presented in the most appropriate way.	1	
Relevant outcome data are generally presented appropriately.	2	
		Sumscore ☐

Fig. 1 SANRA - Scale

Annexe 5. Mini-SPIN



Mini-SPIN

For each question, please circle the number which best describes how you have been feeling the past week.

	Not at all	A little bit	Somewhat	Very much	Extremely
Fear of embarrassment causes me to avoid doing things or speaking to people	0	1	2	3	4
I avoid activities in which I am the center of attention	0	1	2	3	4
Being embarrassed or looking stupid are among my worst fears	0	1	2	3	4

cutoff score	sensitivity	specificity	ppv ¹	npv ²
4	95.1	72.0	29.8	99.2
5	92.2	83.3	40.9	98.8
6	88.7	90.0	52.6	98.5
7	73.5	94.5	62.5	96.6

1= positive predictive value; 2= negative predictive value

Adapted from Connor KM, Kobak DA, Churchill LE, et al. Mini-SPIN: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 2001; 14: 137-140.
 Provided by the Primary Care-Behavioral Health Integration Program (Director: Neda Laiterapong, MD, MS)
 Last updated 7/1/2021

Vu, le Directeur de Thèse



DOCTEUR Vincent RIFFAULT
MEDECINE GENERALE
15 rue Chanorleau 37000 TOURS
Tél : 02 47 37 27 00
RPPS : 10101139839 - ADELI : 37101140 4

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RÉSUMÉ

Introduction : Le trouble d'anxiété sociale (TAS) et le trouble lié à l'usage de substances (TUS) sont fréquemment associés. Cette pathologie duelle dont les deux entités ont tendance à se renforcer mutuellement nécessite une approche thérapeutique spécifique. Cette revue de la littérature vise à identifier les caractéristiques de la présence du TAS associé au TUS afin d'en améliorer le repérage en soins primaires.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir des bases de données Pubmed, Science Direct et du moteur de recherche Google Scholar, conduisant à la sélection de 26 articles.

Résultats : Le TAS précède le TUS dans la majorité des cas, avec un pic d'apparition à l'adolescence, tandis que le TUS atteint son incidence maximale vers 20 ans. L'adolescence apparaît ainsi comme une période particulière où le TAS précède généralement le TUS quand, à l'âge adulte, le TUS apparaît au premier plan. Deux sous-types de TAS se distinguent dans la littérature. Le sous-type évitant ou généralisé, majoritairement féminin, associé à une consommation de substances pour réduire les émotions négatives (coping) et le sous-type performance uniquement ou « d'approche motivée », plus fréquent chez les hommes, utilisant les substances pour faciliter les interactions sociales (conformité sociale) et augmenter l'affect positif. L'anxiété anticipatoire et l'utilisation de « faux comportements de sécurité » apparaissent comme des indicateurs importants à repérer. Le contexte de consommation (festif, situations personnelles ou émotionnelles) constitue également un élément à interroger. Un vécu traumatique, un décrochage scolaire ou l'échec d'une prise en charge ciblant un seul des troubles sont fréquemment associés à cette pathologie duelle.

Conclusion : Ces résultats permettent d'envisager un repérage ciblé en soins primaires en fonction de l'âge basé sur le contexte de consommation, les motivations et comportements spécifiques. L'intégration d'une séquence de questions simples en entretien clinique pourrait permettre un repérage plus efficient et donc adapté aux soins primaires, favorisant l'orientation vers une prise en charge intégrée (TAS et TUS) offrant un meilleur pronostic fonctionnel et somatique.

Mots clés : trouble d'anxiété sociale, trouble lié à l'usage de substances, addiction, pathologie duelle, soins primaires, repérage.

COURRÈGE Mathilde

56 pages – 2 tableaux – 2 figures

RÉSUMÉ

Introduction : Le trouble d'anxiété sociale (TAS) et le trouble lié à l'usage de substances (TUS) sont fréquemment associés. Cette pathologie duelle dont les deux entités ont tendance à se renforcer mutuellement nécessite une approche thérapeutique spécifique. Cette revue de la littérature vise à identifier les caractéristiques de la présence du TAS associé au TUS afin d'en améliorer le repérage en soins primaires.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir des bases de données Pubmed, Science Direct et du moteur de recherche Google Scholar, conduisant à la sélection de 26 articles.

Résultats : Le TAS précède le TUS dans la majorité des cas, avec un pic d'apparition à l'adolescence, tandis que le TUS atteint son incidence maximale vers 20 ans. L'adolescence apparaît ainsi comme une période particulière où le TAS précède généralement le TUS quand, à l'âge adulte, le TUS apparaît au premier plan. Deux sous-types de TAS se distinguent dans la littérature. Le sous-type évitant ou généralisé, majoritairement féminin, associé à une consommation de substances pour réduire les émotions négatives (coping) et le sous-type performance uniquement ou « d'approche motivée », plus fréquent chez les hommes, utilisant les substances pour faciliter les interactions sociales (conformité sociale) et augmenter l'affect positif. L'anxiété anticipatoire et l'utilisation de « faux comportements de sécurité » apparaissent comme des indicateurs importants à repérer. Le contexte de consommation (festif, situations personnelles ou émotionnelles) constitue également un élément à interroger. Un vécu traumatique, un décrochage scolaire ou l'échec d'une prise en charge ciblant un seul des troubles sont fréquemment associés à cette pathologie duelle.

Conclusion : Ces résultats permettent d'envisager un repérage ciblé en soins primaires en fonction de l'âge basé sur le contexte de consommation, les motivations et comportements spécifiques. L'intégration d'une séquence de questions simples en entretien clinique pourrait permettre un repérage plus efficient et donc adapté aux soins primaires, favorisant l'orientation vers une prise en charge intégrée (TAS et TUS) offrant un meilleur pronostic fonctionnel et somatique.

Mots clés : trouble d'anxiété sociale, trouble lié à l'usage de substances, addiction, pathologie duelle, soins primaires, repérage.

Jury :

Président du Jury : Professeur Adrien LEMAIGNEN

Directeur de thèse : Docteur Vincent Riffault

Membres du Jury : Docteur Alain AUMARECHAL

Docteur Agathe EDELINE

Date de soutenance : 24 avril 2025