

## Évolution des syndromes dépressifs en population générale entre 2014 et 2021 et lien avec les pensées suicidaires

*Jean-Baptiste Hazo et Aristide Boulch (DREES), en collaboration avec le groupe EpiCov : Nathalie Bajos et Josiane Warszawski (coresponsables scientifiques), Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon et Philippe Raynaud (DREES), Claude Martin (CNRS), Émilie Counil et Ariane Pailhé (Ined), Patrick Sillard (Insee), Jeanna-Eve Franck, Laurence Meyer, Alexandra Rouquette et Rémy Slama (Inserm), Nathalie Lydié et Delphine Rahib (Santé publique France)*

Les enquêtes de santé européenne (*European Health Interview Survey* [EHIS]) et l'enquête de panel Épidémiologie et conditions de vie liées au Covid-19 (EpiCov) permettent un suivi de l'évolution de la prévalence des syndromes dépressifs en population générale, avant et pendant la pandémie de Covid-19 (**encadré 1**). L'outil de détection des syndromes dépressifs PHQ-9, utilisé dans EpiCov (**encadré 2**), assure la distinction entre les syndromes majeurs et les syndromes mineurs, moins sévères. L'analyse des résultats des deux enquêtes contribue également à croiser les déclarations de pensées suicidaires relevées en juillet 2021 avec plusieurs mesures connexes de santé mentale.

### Un pic des syndromes dépressifs lors du premier confinement, plus marqué chez les femmes

Le premier volet d'EpiCov a collecté des données entre le 2 mai et le 2 juin 2020, soit à la fin du premier confinement strict et après le déconfinement du 11 mai. Pendant cette période, le taux de syndromes dépressifs atteint 13 % de la population âgée de 15 ans ou plus<sup>1</sup>, contre 11 % en 2019 et 7 % en 2014. Six mois plus tard, lors du deuxième volet d'EpiCov réalisé entre le 26 octobre et le 14 décembre 2020, le taux moyen de syndromes dépressifs retombe à 11 %. En juillet 2021, il paraît s'être stabilisé par rapport à novembre 2020 et à 2019, à 11 % également.

<sup>1</sup> Personnes résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à La Réunion et en Martinique, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

### Encadré 1 – Sources des données

L'enquête de panel EpiCov a été mise en œuvre par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en réponse à la crise sanitaire de 2020. Début 2022, l'enquête est constituée de trois volets réalisés en mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021. Les participants sont des personnes âgées d'au moins 15 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite ou Ehpad. Ces personnes ont été sélectionnées aléatoirement à partir des données fiscales. Les questionnaires de chaque volet de l'enquête ont été passés en ligne ou par téléphone.

Durant les volets de mai et novembre 2020, seul 10 % de l'échantillon (sélectionné aléatoirement en mai 2020) a répondu à un questionnaire dit « long » contenant l'auto-questionnaire *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Ainsi, 14 136 questionnaires longs exploitables ont été récoltés en mai 2020, et 10 980 en novembre 2020. Lors du troisième volet de juillet 2021, une seule version de questionnaire fut soumise à l'ensemble de l'échantillon, et 85 074 questionnaires exploitables ont pu être analysés. En conséquence, il existe trois mesures successives du PHQ-9 pour 8 429 répondants.

L'enquête européenne EHIS est une enquête de santé réalisée dans les pays de l'Union européenne, mobilisée ici pour fournir des résultats concernant la période qui précède l'épidémie de Covid-19. Les analyses présentées portent, en 2019, sur 14 192 individus résidant en France métropolitaine, sélectionnés aléatoirement dans les bases fiscales. Ces derniers ont été interrogés à 57 % par téléphone, et à 43 % à leur domicile. Le biais de non-réponse a été corrigé au moyen de redressements statistiques. En 2014, l'enquête européenne sur la santé et la protection sociale (EHIS-ESPS) a été conduite auprès de 15 729 personnes issues de près de 10 000 ménages vivant en France métropolitaine et sélectionnés aléatoirement au sein de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'assurance maladie (EGB), qui couvre 92 % de la population âgée de 15 ans ou plus. Une pondération spécifique a par ailleurs été établie sur l'échantillon pour le rendre représentatif de la population âgée de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.

Parmi les syndromes dépressifs, les syndromes majeurs sont évocateurs d'un épisode dépressif caractérisé tandis que les syndromes mineurs, moins symptomatiques, peuvent renvoyer à un mal-être non pathologique (**encadré 2**). En mai 2020, les syndromes majeurs augmentent par rapport à 2019 et concernent 5 % de la population, contre 4 % en 2019 et en 2014. À l'inverse des syndromes mineurs, les syndromes majeurs ne refluent ni en novembre 2020 ni en juillet 2021 et se maintiennent à un niveau supérieur à celui de 2019.

Quel que soit le type de syndrome dépressif retenu, la situation sanitaire a plus affecté les femmes sur le plan psychologique. Plus touchées par les syndromes dépressifs avant crise, elles ont également été plus concernées en mai 2020, avec des variations de prévalences plus amples que celles des hommes (**graphique 1**). Chez elles, la prévalence des syndromes dépressifs majeurs s'établit à 6 % sous l'effet de la crise sanitaire.

### **Encadré 2 – Outils de mesure des symptômes ou comportements liés à un risque suicidaire**

S'ils renvoient à l'existence et à l'intensité de symptômes ou de comportements, aucun des questionnaires et des échelles mentionnés ci-dessous ne constitue un outil de diagnostic individuel. Ceux-ci ne peuvent être établis que par un médecin à la suite d'entretiens individuels.

#### **Syndromes dépressifs (PHQ-9)**

Chaque volet de l'enquête EpiCov comprend l'auto-questionnaire *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), qui vise à détecter les syndromes dépressifs. Ce questionnaire a été introduit pour la première fois dans l'enquête européenne sur la santé et la protection sociale (EHIS-ESPS) en 2014, alors sous sa forme en huit questions (PHQ-8). Les neuf questions du PHQ-9 portent sur la fréquence à laquelle le répondant a été gêné, lors des quinze jours précédant son interrogation, par différents problèmes renvoyant aux symptômes cliniques de la dépression. Ces symptômes sont :

1. le peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ;
2. la tristesse, la déprime ou le désespoir ;
3. les troubles du sommeil (insomnies ou hypersomnies) ;
4. la fatigue ou le manque d'énergie ;
5. une perte d'appétit ou le fait de manger trop ;
6. la faible estime de soi ;
7. les difficultés de concentration ;
8. le ralentissement psychomoteur ou, à l'inverse, l'agitation ;
9. des pensées de mort ou autoagressives.

Parmi ces symptômes, les deux premiers sont considérés comme « marqueurs » d'un épisode dépressif caractérisé. Ainsi, une personne est détectée comme présentant un syndrome dépressif si elle déclare avoir été gênée par au moins deux de ces neuf problèmes pendant plus de la moitié des 15 jours précédant son interrogation ou presque tous les jours, et qu'au moins l'un de ces symptômes est l'un des deux marqueurs. La présence de cinq ou plus de ces symptômes (dont l'un des deux

symptômes marqueurs) indique un **syndrome dépressif majeur**. Si deux à quatre symptômes sont présents, on qualifiera le syndrome de **non majeur ou mineur**.

La prise en compte ou non du neuvième item (non présent en 2014) ne change pratiquement pas les résultats obtenus. Par exemple, dans le premier volet d'EpiCov, 13,4 % des personnes sont détectées porteuses d'un syndrome dépressif avec le PHQ-8, contre 13,5 % avec le PHQ-9 et l'écart est équivalent dans EHIS 2019 (10,8 % avec le PHQ-8 et 10,9 % avec le PHQ-9). Cette proximité permet de comparer les prévalences de syndromes dépressifs entre les différentes années couvertes.

### Troubles anxieux (GAD-7)

Le *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) est un questionnaire similaire au PHQ-9, utilisé quant à lui pour dépister la présence de troubles anxieux. L'autoquestionnaire demande au répondant à quelle fréquence il a été gêné, pendant les quinze jours précédant son interrogation, par les sept symptômes du trouble anxieux généralisé, à savoir :

1. un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ;
2. une incapacité à contrôler ses inquiétudes ;
3. une inquiétude excessive à propos de différentes choses ;
4. des difficultés à se détendre ;
5. de l'agitation ;
6. de l'irritabilité ;
7. un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible risquait de se produire.

Selon la fréquence à laquelle le répondant a été gêné par de tels symptômes, les modalités sont cotées de 0 à 3 points, l'addition des points obtenus pour chacun des items permettant le calcul d'un score allant de 0 (absence d'anxiété) à 21 (anxiété maximale). La littérature scientifique s'accorde sur le seuil de 8 ou plus pour détecter un syndrome anxieux, et de 10 ou plus pour un trouble anxieux généralisé.

### Comportements boulimiques (PHQ-ED)

Les comportements boulimiques ont été étudiés chez les répondants à l'aide du questionnaire *Patient Health Questionnaire – Eating Disorder* (PHQ-ED). Celui-ci demande au répondant s'il « a souvent l'impression de ne pas pouvoir contrôler ce [qu'il] mange ou les quantités [qu'il] mange » et si « [il] mange souvent, sur une période de deux heures, ce que la plupart des gens considéreraient comme une quantité anormalement importante de nourriture ». Si la personne répond oui à l'une ou à l'autre de ces questions, d'autres questions lui sont posées sur la

fréquence de ces accès et sur d'éventuels comportements de compensation mis en place pour ne pas prendre de poids (vomissements, jeûne, activité physique intense ou prise de laxatifs).

Si la personne déclare avoir eu de tels accès boulimiques en moyenne deux fois par semaine au cours des trois mois précédant son interrogation, sans mécanismes compensatoires, elle est détectée comme présentant un comportement boulimique. Une étude a comparé ce questionnaire à un entretien diagnostique plus poussé, et ses résultats indiquent que le PHQ-ED capte beaucoup de « faux positifs », c'est-à-dire de personnes considérées comme présentant un comportement boulimique d'après le PHQ-ED et cependant non diagnostiquées comme boulimiques à l'issue d'un entretien. Ce questionnaire ne permet donc pas d'estimer la prévalence de la boulimie, mais uniquement des accès hyperphagiques avec ou sans comportements compensatoires (Striegel-Moore, *et al.*, 2010).

### **Soutien social (échelle d'Oslo)**

Le soutien social est mesuré par l'échelle d'Oslo (*OSS-3 Social Support Scale*), construite à partir des réponses aux trois questions suivantes :

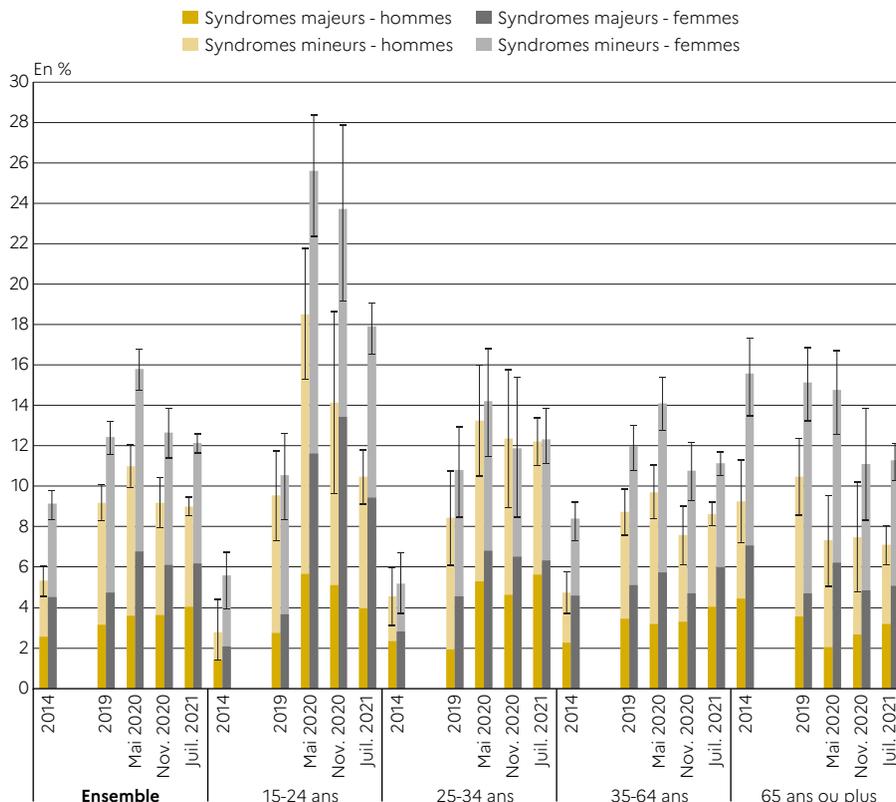
1. Combien de personnes sont-elles suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ? (Réponses de « Aucune » à « 6 ou plus ».)
2. Votre entourage montre-t-il de l'intérêt pour ce que vous faites ? (Réponses de « Oui, beaucoup d'intérêt » à « Non, pas du tout d'intérêt ».)
3. Pouvez-vous obtenir facilement de l'aide de vos voisins en cas de besoin ? (Réponses de « Très facilement » à « Très difficilement ».)

Les réponses sont cotées en fonction du degré de soutien social auquel elles renvoient, afin d'obtenir un score global de soutien social allant de 3 à 14, catégorisé comme faible s'il est compris entre 3 et 8, modéré entre 9 et 11 et fort entre 12 et 14.

### **Consommation d'alcool à risque (AUDIT-C)**

Les mésusages de l'alcool ont été approchés grâce au questionnaire *Alcohol Use Disorders Identification Test, version courte* (AUDIT-C), qui permet, à l'aide de trois questions, de croiser la fréquence et les quantités de consommation d'alcool moyennes, ainsi que la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (API), considérées comme telles à partir de six verres standards ou plus en une occasion. Ces trois informations croisées permettent de classer le répondant selon les risques que lui font encourir sa consommation d'alcool.

**Graphique 1 • Prévalence des syndromes dépressifs majeurs et mineurs en 2014, 2019, mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021, par sexe et âge**



**Note** • Les syndromes dépressifs sont détectés par l'algorithme du PHQ-9 (encadré 2). En 2014, l'outil de mesure utilisé était le PHQ-8, très similaire au PHQ-9 (une question de moins). Son utilisation à la place du PHQ-9 n'impacte pas les proportions de plus de 0,5 %.

**Lecture** • En juillet 2021, 4 % des hommes de 16 ans ou plus sont détectés avec un syndrome dépressif majeur et 5 % avec un syndrome dépressif mineur. Au total, 9 % d'entre eux présentent un syndrome dépressif, qu'il soit mineur ou majeur (avec une incertitude de plus ou moins 0,4 %).

**Champ** • Pour EHIS 2014 et 2019 : personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine et vivant en logement ordinaire. Pour EpiCov : personnes de 15 ans ou plus en 2020, puis de 16 ans ou plus en 2021, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

**Sources** • EHIS 2014 et 2019 ; EpiCov (Inserm-DREES) – volets 1, 2 et 3 : mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021.

## Une inversion du lien entre âge et syndrome dépressif : les jeunes désormais plus concernés

Entre 2014 et 2019, la part des personnes âgées de 15 à 24 ans détectées avec un syndrome dépressif est passée de 4 % à 10 %. Alors qu'en 2014, cette classe d'âge paraissait protégée de ces syndromes, elle rejoint ainsi la moyenne nationale en 2019. Quelques mois plus tard, en mai 2020, cette proportion double à nouveau. Plus d'un jeune sur cinq est alors concerné, dont près de la moitié par des syndromes dépressifs majeurs. Dans cette classe d'âge, les femmes sont tout particulièrement touchées. Une femme âgée de 15 à 24 ans

sur quatre est ainsi détectée avec un syndrome dépressif en mai 2020, et ce syndrome est majeur pour plus d'une jeune femme sur dix (**tableau complémentaire A<sup>2</sup>**).

Dans cette tranche d'âge, ces prévalences régressent en juillet 2021, mais se maintiennent à des niveaux supérieurs à ceux de la moyenne nationale et à ceux d'avant la crise (**graphique 1**).

Parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, la baisse apparente des syndromes dépressifs entre les années de l'avant-crise sanitaire et juillet 2021 semble largement expliquée par un problème de sous-représentation des personnes âgées handicapées dans EpiCov. Du fait de la situation épidémique, les questionnaires EpiCov ont en effet principalement été administrés en ligne (entre 84 % et 90 % des questionnaires remplis en ligne selon les vagues d'interrogation), le reste ayant été réalisé par entretien téléphonique. Cette collecte largement numérique explique le faible taux de réponse et incidemment la sous-représentation des personnes présentant un handicap, plus particulièrement au sein de la population des personnes âgées de 65 ans ou plus. Or les personnes déclarant un handicap sont plus fréquemment porteuses d'un syndrome dépressif. Ce biais de sélection entraîne une sous-estimation de ces syndromes d'environ un point en population générale, et de deux points chez les personnes âgées de 65 ans ou plus<sup>3</sup>.

## Une entrée dans la dépression chronique pour une part significative de jeunes femmes

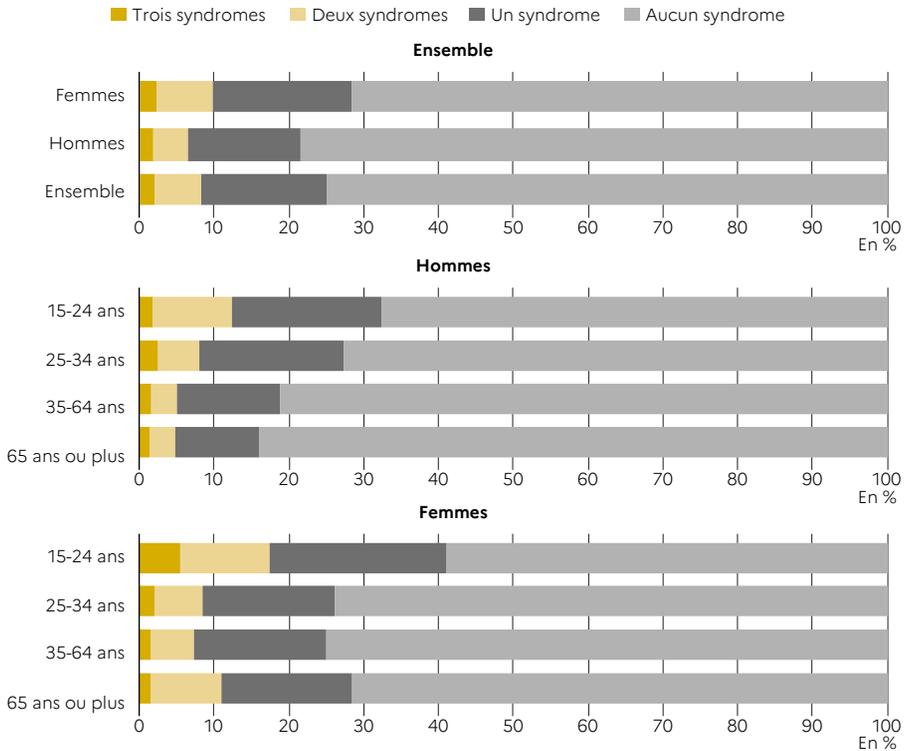
EpiCov étant une enquête de cohorte par laquelle un même échantillon de la population a été interrogé plusieurs fois, il est possible de savoir à combien de reprises un même répondant a présenté un syndrome dépressif au cours des trois volets de l'étude. Entre mai 2020 et juillet 2021, une personne âgée de 15 ans ou plus sur quatre a ainsi au moins une fois présenté un syndrome dépressif. Parmi les individus de cette tranche d'âge, 17 % ont ressenti ce type de syndrome uniquement lors d'un seul des trois volets, 6 % lors de deux volets, et 2 % lors des trois (**graphique 2**). Pour 11 % de la population (8 % des hommes et 13 % des femmes), un syndrome dépressif majeur a été détecté au moins lors d'un des trois questionnaires.

Étant donné le caractère chronique et récurrent de nombreux épisodes dépressifs, la probabilité d'en présenter un lors d'un volet de l'enquête est importante pour ceux dont c'était déjà le cas lors du ou des volets précédents. Ainsi, parmi les personnes détectées dépressives en juillet 2021, 40 % l'étaient en novembre 2020, et 38 % en mai 2020. En revanche, les personnes détectées dépressives lors d'un volet d'EpiCov sont plus souvent absentes du volet

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette fiche sur le site internet de la DREES.

3. Estimations faites en calculant quelle serait la proportion de personnes dépressives retrouvée dans EpiCov si les personnes déclarant un handicap y étaient représentées comme dans EHIS 2019 (9 % des 15 ans ou plus au lieu de 5 % dans EpiCov, et 18 % des 65 ans ou plus au lieu de 8 % dans EpiCov).

**Graphique 2 • Prévalence du nombre de syndromes dépressifs détectés par individu entre mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021, par âge et sexe**



**Note** - Les syndromes dépressifs sont détectés en mobilisant l'algorithme du *Patient Health Questionnaire, Depression Module* à 9 questions (PHQ-9).

**Lecture** - Lors des trois premiers volets d'EpiCov, 75 % de la population n'a présenté aucun syndrome dépressif, 17 % a été détectée avec un syndrome dépressif lors d'un volet, 6 % lors de deux volets et 2 % lors des trois volets.

**Champ** - Personnes âgées de 15 ans ou plus au 1<sup>er</sup> janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

**Sources** - EpiCov (Inserm-DREES) – volets 1, 2 et 3 : mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021.

suivant que les autres. La part des personnes présentant des symptômes dépressifs répétés est donc vraisemblablement légèrement sous-estimée par l'enquête (biais d'attrition).

Les femmes âgées de 15 à 24 ans sont très nombreuses (plus de 4 sur 10), par rapport au reste de la population, à avoir présenté un syndrome dépressif au moins une fois au cours des trois volets de l'enquête. Parmi elles, 24 % ont déclaré un syndrome dépressif lors d'un seul questionnaire et 12 %, lors de deux. Enfin, 6 % des femmes âgées de 15 à 24 ans ont été détectées dépressives lors de chacun des trois questionnaires. La moitié de ces dernières (3 %) est concernée par un syndrome dépressif majeur persistant sur les trois volets de l'enquête. C'est le cas de moins de 1 % du reste de la population.

## De fortes inégalités sociales en matière de santé mentale

L'enquête EpiCov permet d'approcher les principales caractéristiques socio-économiques et démographiques associées au risque d'un syndrome dépressif, toutes choses égales par ailleurs. Certains de ces facteurs ont joué uniquement lors du premier confinement. C'est le cas notamment du type de résidence. Ainsi, les personnes habitant des logements sans extérieur (balcon ou jardin, par exemple) présentent, en mai 2020, une probabilité plus importante d'être porteuses d'un syndrome dépressif que celles habitant en maison avec jardin (Hazo et Costemalle, 2021). Toutefois, la plupart des facteurs de risque liés aux syndromes dépressifs sont similaires dans les trois volets d'EpiCov, notamment le jeune âge, le sexe féminin, une situation financière difficile ou dégradée depuis la crise, le manque de confiance dans les pouvoirs publics, le fait de vivre seul ou encore la présence d'un handicap et la déclaration d'une symptomatologie évocatrice d'une infection au Covid-19 (Hazo, *et al.*, 2021 ; Hazo et Boulch, 2022).

En outre, il existe des différences importantes de prévalence des syndromes dépressifs selon le niveau de vie. Parmi les 20 % de la population ayant le niveau de vie le plus modeste, 16 % des individus sont concernés par un syndrome dépressif (8 % par un syndrome majeur) contre 8 % parmi les personnes appartenant aux 20 % de la population ayant le niveau de vie le plus aisé (4 % pour les syndromes majeurs). À l'exception notable de la consommation d'alcool excédant les recommandations sanitaires<sup>4</sup>, qui est un facteur de risque plus répandu dans les milieux aisés, les indicateurs étudiés *via* EpiCov sont marqués d'inégalités sociales en défaveur des catégories sociales les plus modestes. C'est en effet parmi celles-ci que sont significativement plus élevées les proportions de personnes présentant un syndrome anxieux, des comportements boulimiques, des pensées suicidaires, un recours aux soins de santé mentale, un faible soutien social, une tabagie quotidienne ou encore la déclaration d'un ou de plusieurs diagnostics psychiatriques (Hazo et Boulch, 2022).

Lors du troisième volet de l'enquête, la partie du questionnaire contenant le PHQ-9 a été soumise à l'entièreté de l'échantillon (85 074 répondants) plutôt qu'à 10 % de celui-ci (**encadré 1**), ce qui a permis d'identifier des corrélations plus difficiles à valider sur de petits échantillons. Le statut migratoire a ainsi été identifié comme un facteur de risque : les immigrés et les enfants d'immigrés extra-européens présentent, en juillet 2021, un risque élevé de syndrome dépressif.

Les autres facteurs associés à un risque de syndrome dépressif en juillet 2021 sont la tabagie quotidienne, une consommation d'alcool à risque chronique, un temps d'exposition aux écrans supérieur à quatre heures quotidiennes (hors raisons professionnelles) et une consultation des réseaux sociaux au moins une fois par heure.

4. Pas plus de dix verres par semaine, pas plus de deux verres en une occasion et au moins deux jours par semaine sans consommation d'alcool.

Enfin, le soutien social est un facteur psychosocial très protecteur de la détection d'un syndrome dépressif (Hazo et Boulch, 2022).

## Des pensées suicidaires très liées aux comorbidités psychiatriques

Le troisième volet de l'enquête EpiCov explore des dimensions de la santé mentale permettant d'illustrer les importantes comorbidités psychiatriques en lien avec les pensées suicidaires.

En juillet 2021, 2,7 % de la population âgée de 16 ans ou plus déclare avoir pensé à se suicider depuis décembre 2020. Parmi ces personnes, 64 % rapportent également avoir « imaginé comment [s']y prendre ». Les prévalences de pensées suicidaires varient de façon importante selon l'âge et le sexe. Les femmes âgées de 16 à 24 ans sont ainsi 6,5 % à déclarer avoir pensé à se suicider, contre 1,2 % des femmes âgées de 65 ans ou plus.

Parmi les 85 074 personnes ayant répondu au troisième volet d'EpiCov, 109, dont 41 femmes âgées de 15 à 34 ans, déclarent avoir fait une tentative de suicide depuis décembre 2020<sup>5</sup> (**tableau complémentaire A**). En novembre 2020, elles étaient 2,8 % à déclarer avoir pensé à se suicider « au cours des douze derniers mois », et 6,4 % parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans (fiche 6). Parmi les personnes déclarant des pensées suicidaires en novembre 2020, 49 % déclarent encore avoir de telles pensées en juillet 2021.

Les caractéristiques démographiques et socio-économiques associées à la présence de pensées suicidaires ont été étudiées à partir du deuxième volet de l'enquête (fiche 6). Le troisième volet d'EpiCov a permis de croiser certaines comorbidités psychiatriques avec les pensées suicidaires. Ces pensées concernent ainsi 27 % des personnes détectées avec un syndrome dépressif majeur (contre 7 % de celles présentant un syndrome mineur), 22 % des personnes déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble psychotique (schizophrénie ou psychose) au cours de leur vie, 22 % des personnes présentant un syndrome anxio-dépressif, 21 % de celles ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire, 18 % de celles présentant un trouble anxieux généralisé, 18 % de celles ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif, 18 % de ceux ayant reçu un diagnostic d'addiction, et enfin 16 % des personnes ayant des accès boulimiques avec comportements compensatoires (vomissements, jeûnes ou exercices physiques dédiés, prise de laxatifs), contre 10 % des personnes avec accès boulimiques sans comportement compensatoire. Les personnes déclarant une consommation d'alcool à risque chronique<sup>6</sup> ou celles dont la consommation d'alcool suggère une alcoolodépendance<sup>7</sup> sont quant à elles respectivement concernées à 7 % et 13 % par de telles pensées.

5. Cette date correspond à la fin de la passation du questionnaire du volet précédent.

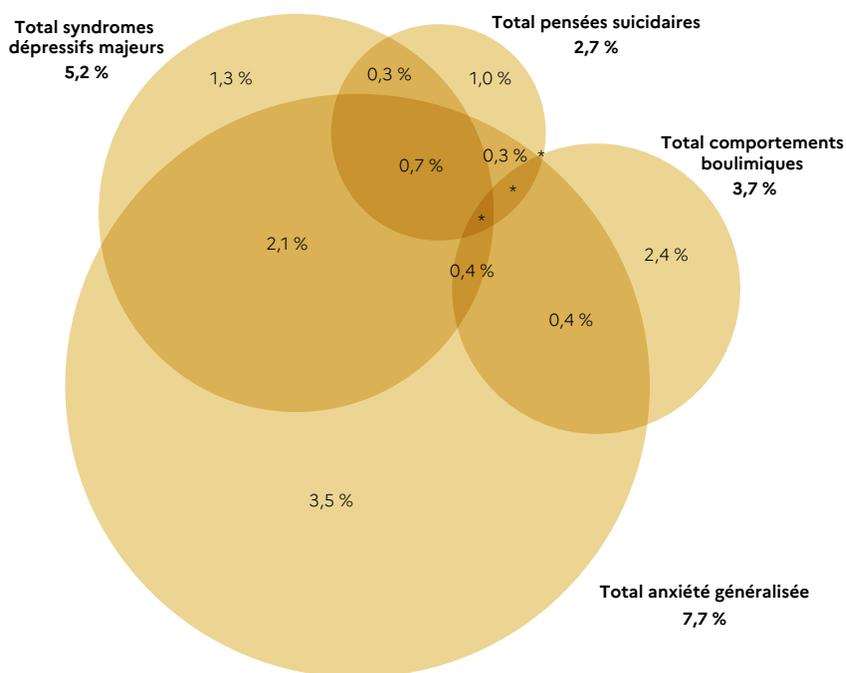
6. À partir de vingt-et-un verres par semaine pour les hommes et de quatorze pour les femmes, ou à partir de six verres en une occasion au moins toutes les semaines (alcoolisation ponctuelle importante).

7. Score AUDIT-C supérieur ou égal à 10 (**encadré 2**).

Parmi les personnes âgées de 16 ans ou plus, 13 % présentent l'un ou l'autre des problèmes de santé mentale suivants : syndrome dépressif majeur, trouble anxieux généralisé, comportement boulimique, pensées suicidaires. Près de 5 % de la population fait état d'au moins deux de ces problèmes (**graphique 3**).

Certaines échelles connexes à la santé mentale sont également très corrélées à la présence de pensées suicidaires. C'est notamment le cas de l'échelle de Cantril, qui demande au répondant de se situer « sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 représente la pire vie possible et 10 la meilleure vie possible ». Parmi les personnes interrogées, 14 % de celles se situant à 5 ou moins sur cette échelle déclarent avoir pensé à se suicider dans les derniers mois écoulés, contre moins de 1 % chez ceux se situant à 8 ou plus. Le niveau de soutien social

**Graphique 3 • Prévalences croisées des pensées suicidaires, syndromes dépressifs majeurs, de l'anxiété généralisée et des comportements boulimiques chez les 16 ans ou plus**



\*: inf. à 0,2 %

**Note** • Les syndromes dépressifs majeurs sont détectés en mobilisant l'algorithme du PHQ-9. Le trouble anxieux généralisé est identifié par un score au GAD-7 de 10 ou plus. Les comportements boulimiques sont identifiés par le questionnaire PHQ-ED (**encadré 2**).

**Lecture** • 7,7 % des personnes âgées de 16 ans ou plus présentent un trouble anxieux généralisé. Parmi elles, 3,5 % présentent ce trouble de façon isolée, 2,1 % le partagent avec un syndrome dépressif majeur et 0,7 % avec un syndrome dépressif majeur et des pensées suicidaires.

**Champ** • Personnes âgées de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

**Sources** • EpiCov (Inserm-DREES) – volet 3 : juillet 2021.

est également très corrélé à la présence de pensées suicidaires. Ainsi, parmi les personnes ayant un soutien social faible, 8 % déclarent des pensées suicidaires, contre 2 % et 1 % des personnes avec respectivement un soutien social modéré et fort.

L'outil de détection des syndromes dépressifs (PHQ-9) comporte, enfin, une question sur la gêne ressentie au cours des quinze derniers jours par le fait d'avoir pensé « qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de [se] faire du mal d'une manière ou d'une autre ». La littérature scientifique est cependant contradictoire sur le fait que cette question suffise à capter les personnes présentant des pensées suicidaires (Na, *et al.*, 2018 ; Kim, S., *et al.*, 2021). De fait, parmi les personnes concernées par ces pensées de mort, 42 % déclarent avoir songé à se suicider. À l'inverse, 71 % des personnes déclarant avoir pensé à se suicider répondent avoir été gênées par des pensées de mort au cours des quinze jours précédant leur interrogation. Ces résultats en population générale laissent à penser que les idées suicidaires ne sont pas suffisamment approchées par une réponse positive à la neuvième question du PHQ-9.

## Synthèse

Entre 2014 et 2019, la part des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine et présentant un syndrome dépressif est passée de 7 % à 11 %. En mai 2020, elle augmente jusqu'à 13 %, puis retrouve le niveau de 2019 en novembre 2020 et juillet 2021. Ces fluctuations diffèrent substantiellement selon l'âge et le sexe. De fait, la prévalence des syndromes dépressifs, notamment majeurs, reste élevée chez les jeunes, et plus particulièrement chez les jeunes femmes. Lors des trois temps de mesures du panel EpiCov réalisés entre mai 2020 et juillet 2021 (**encadré 1**), quatre femmes âgées de 15 à 24 ans sur dix sont ainsi affectées au moins une fois d'un syndrome dépressif, contre une personne sur quatre en moyenne.

La prévalence de problèmes de santé mentale est marquée par de fortes inégalités de santé en défaveur des personnes ayant le niveau de vie le plus modeste. Les individus qui déclarent des troubles de la santé mentale sont par ailleurs nombreux à en présenter plusieurs à la fois. Parmi les personnes souffrant d'un syndrome dépressif majeur, une sur quatre déclare des pensées suicidaires. C'est le cas de près d'une personne sur cinq parmi celles qui déclarent avoir reçu un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire au cours de leur vie, ou encore parmi celles détectées avec un trouble anxieux généralisé. Ces pensées sont également très corrélées au manque de soutien social, mesuré à l'aide de l'échelle d'Oslo (**encadré 2**).

En juillet 2021, 2,7 % de la population déclare avoir pensé à se suicider depuis décembre 2020. Comparativement, en novembre 2020, 2,8 % déclarait y avoir songé au cours des douze mois écoulés. Cette prévalence demeure plus élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans que dans le reste de la population. Dans cette tranche d'âge, les femmes sont particulièrement concernées (6,5 %).

## Références bibliographiques

- **Hazo, J.-B., Costemalle, V.** (2021, mars). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la 1<sup>re</sup> vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1185.
- **Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette A., et al.** (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2<sup>e</sup> vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- **Hazo, J.-B., Boulch, A.** (2022, juin). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- **Kim, S., Lee H. K., Lee, K.** (2021, mars). Which PHQ-9 Items Can Effectively Screen for Suicide? Machine Learning Approaches. *Environmental Research and Public Health*, 18(7).
- **Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., et al.** (2018, février). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Journal of Affective Disorder*, 232, p. 34-40.
- **Striegel-Moore, R. H., Perrin, N., DeBar, L., et al.** (2010, mai). Screening for binge eating disorders using the Patient Health Questionnaire in a community sample. *International Journal of Eating Disorder*, 43(4), p. 337-343.