

ÉTUDES et RÉSULTATS

janvier 2025
n° 1324

6 % des Européens souffrent de syndromes dépressifs : qui sont-ils ?

En 2019, juste avant la crise sanitaire, environ 6 % de la population européenne souffre de syndromes dépressifs, mais avec de fortes disparités selon les pays et les régions. C'est en Europe de l'Ouest et du Nord qu'on trouve les taux les plus élevés, notamment en France (11 %) et en Suède (10 %). Ces chiffres sont plus bas dans le Sud et l'Est, en particulier en Serbie ou à Chypre (2 %).

Les facteurs de risque sont-ils communs à l'ensemble des individus ou varient-ils selon les tranches d'âge et les régions ? Pour éclairer cette question, cette étude se concentre sur deux groupes d'âge : les jeunes (15-24 ans) et les personnes âgées (70 ans ou plus).

Si les femmes sont toujours plus touchées que les hommes, l'effet de l'âge varie selon les régions : la dépression est rare chez les jeunes en Europe du Sud et de l'Est, mais plus fréquente au Nord. À l'inverse, chez les plus de 70 ans, elle est plus répandue dans le Sud et l'Est. Pour les jeunes comme pour les seniors, un bon état de santé et un soutien social élevé protègent contre le syndrome dépressif.

D'autres facteurs de risque diffèrent : chez les seniors, le veuvage renforce le risque de dépression, surtout pour les femmes d'Europe de l'Est ; chez les jeunes, l'inactivité joue un rôle majeur. Le niveau de revenu, en revanche, n'apparaît pas comme un facteur déterminant du trouble dépressif.

Lisa Troy (DREES)

Selon l'European Health Interview Survey (EHIS) de 2019, enquête sur l'état de santé de la population en Europe, environ 6 % des Européens souffrent de syndromes dépressifs (*encadré 1*). Ce taux varie cependant considérablement selon les pays : en Europe de l'Ouest et du Nord, les risques de dépression sont particulièrement importants, notamment en France (11 %) – la prévalence la plus haute du continent – et en Suède (10 %). À l'inverse, les pays du Sud et de l'Est, comme la Serbie ou Chypre (2 %), présentent des niveaux de prévalence moins élevés (*carte 1*).

Quels que soient le pays ou la tranche d'âge considérés, les femmes risquent en moyenne davantage que les hommes de souffrir de dépression. L'effet de l'âge diffère toutefois significativement selon les régions. En Europe du Sud et de l'Est,

la prévalence du syndrome dépressif est très faible chez les 15-24 ans, puis augmente progressivement avec l'âge, atteignant son plus haut niveau après 70 ans. En Europe de l'Ouest, elle est élevée pour toutes les tranches d'âge, avec un pic entre 45 et 59 ans, avant de diminuer légèrement autour de 60-69 ans – ce qui coïncide approximativement avec l'âge de départ à la retraite – jusqu'à 70 ans, où elle remonte un peu. En Europe du Nord, c'est parmi les 15-24 ans que la dépression est la plus fréquente ; elle diminue au fur et à mesure que l'âge augmente, jusqu'à 70 ans (*graphique 1*).

Pour mieux caractériser les personnes touchées par la dépression et identifier les facteurs de risque qui lui sont associés, cette étude se concentre sur deux groupes d'âge : les jeunes (15-24 ans) et les personnes âgées (70 ans ou plus). ●●●

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

Encadré 1 L'enquête européenne sur la santé et la mesure de la dépression

Les données utilisées dans cette étude sont issues de la 3^e édition de l'enquête européenne sur la santé (European Health Interview Survey [EHIS]). Cette enquête quantitative en population générale est menée tous les six ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, ainsi qu'en Islande, en Norvège, en Serbie et en Turquie, auprès de la population âgée de 15 ans ou plus, résidant en ménage ordinaire (c'est-à-dire hors institutions, comme les Ehpad, les hôpitaux, les foyers d'accueil, les prisons, etc.). Globalement, plus de 300 000 personnes répondent à cette enquête, dont plus de 14 000 en France. Elle vise à mesurer l'état de santé, les comportements liés à la santé, l'accès et le recours aux services de soins et les déterminants de la santé (alimentation, consommation d'alcool, tabagisme, activité physique, etc.).

Cette enquête permet d'évaluer la prévalence de la dépression (ou syndrome dépressif) grâce au PHQ-8 (Patient Health Questionnaire), qui s'appuie sur les huit symptômes autodéclarés de dépression, conformément aux critères de diagnostic du DSM-IV-TR (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) : (1) l'humeur dépressive ; (2) la diminution de l'intérêt ; (3) la prise de poids significative ou le manque d'appétit ; (4) l'insomnie ou l'hypersomnie ; (5) l'agitation ou le retard psychomoteur ; (6) la fatigue ou la perte d'énergie ; (7) le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ; (8) la diminution de la capacité à penser ou à se concentrer. Chacun de ces symptômes est évalué sur une échelle allant de 0 à 3 : 0 (jamais), 1 (certains jours), 2 (plus de la moitié des jours), 3 (tous les jours ou presque). Dès lors, est considérée comme souffrant de syndrome dépressif toute personne présentant au moins deux symptômes parmi la liste de huit, dont au moins l'un des deux premiers (l'humeur dépressive ou la diminution de l'intérêt), pendant au moins plus de la moitié des jours.

Les données de l'EHIS peuvent présenter certaines limites, en particulier sur les questions relatives à la santé mentale. Plusieurs éléments liés à la construction et à la mise en œuvre du questionnaire

peuvent induire des différences dans la mesure des taux de dépression en Europe. Des biais peuvent notamment résulter du mode de passation du questionnaire : les pays de l'est et du sud de l'Europe répondent davantage via des entretiens en face-à-face, tandis que ceux de l'Ouest et du Nord privilégient des questionnaires en ligne, garantissant plus d'anonymat. De plus, ces différences entre pays peuvent s'expliquer par des facteurs culturels et sociétaux qui jouent sur les déterminants individuels de la dépression (solitude, structure familiale, religion) et sur la verbalisation autour de la santé mentale, et qui peuvent modifier la façon de répondre aux questionnaires (Rai, et al., 2013 ; Lim, et al., 2018).

Dans le cadre de cette analyse, les pays répondants à l'EHIS ont été catégorisés en quatre grandes régions (tableau).

Les quatre régions de l'Europe dans l'enquête EHIS

	Liste des pays	Nombre de personnes, population réelle (en millions)	Fraction ² (en %)
Europe du Nord	Danemark, Norvège, Suède, Finlande, Islande	27	8
Europe de l'Ouest	Luxembourg, France métropolitaine, Belgique, Pays-Bas, Autriche, Irlande, Allemagne ¹	110 (193 avec l'Allemagne)	34
Europe du Sud	Chypre, Grèce, Italie, Malte, Portugal, Espagne ¹	82 (129 avec l'Espagne)	25
Europe de l'Est	Estonie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Tchéquie, Slovaquie, Slovénie, Hongrie, Bulgarie, Roumanie, Serbie, Croatie	109	33

1. L'Allemagne et l'Espagne ne fournissent pas de données individuelles, les deux pays sont donc inclus dans les statistiques descriptives, mais pas dans les régressions logistiques.

2. Hors Allemagne et Espagne.

Source > Eurostat.

> Études et Résultats n° 1324 © DREES

Les personnes âgées sont plus déprimées en Europe de l'Est et du Sud

Les taux de dépression sont particulièrement élevés chez les personnes âgées de 70 ans ou plus dans les pays du sud (12 % en moyenne) et de l'est de l'Europe (12 %) [carte 2]. Ils varient cependant au sein d'une même région : ils dépassent 10 % en Italie, à Malte, en Estonie, en Slovaquie, en Pologne, en Bulgarie et en Hongrie, et atteignent même plus de 15 % au Portugal, en Roumanie et en Croatie. La Grèce et la Serbie se démarquent par des taux de dépression très bas chez les seniors, avoisinant 5 %. Globalement, les femmes âgées sont bien plus touchées par des syndromes dépressifs que les hommes.

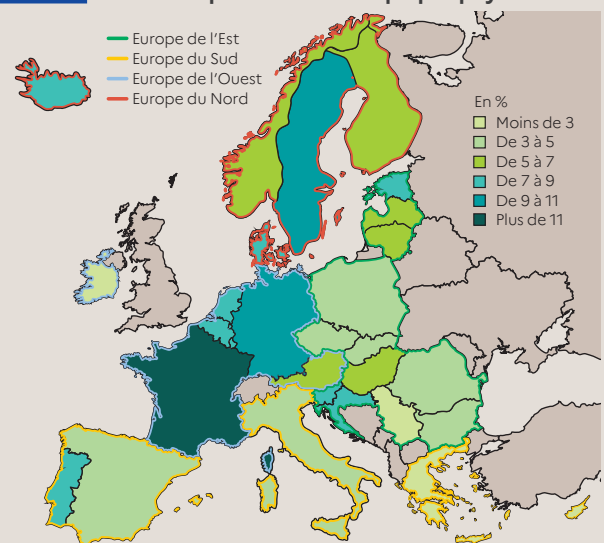
En Europe de l'Ouest, la dépression est fréquente parmi les personnes âgées (13 %), la prévalence variant de 16 % en France – quatrième taux le plus élevé d'Europe – à seulement 5 % en Irlande et au Luxembourg. À titre de comparaison, en Allemagne, ce taux s'établit à 7 %, inférieur à la moyenne de la région (13 %). De manière générale, la France présente un taux de dépression parmi les plus élevés des pays d'Europe pour les seniors et pour les jeunes, comme pour l'ensemble de la population. Enfin, les personnes âgées des pays du nord de l'Europe sont moins sujettes aux syndromes dépressifs que celles des autres régions européennes, avec une moyenne de 5 % (de 3 % seulement en Finlande à 7 % en Suède).

Plus les personnes âgées sont en mauvaise santé ou isolées, plus elles sont vulnérables face à la dépression

Les Européens âgés ayant un mauvais état de santé sont, de manière systématique, plus souvent sujets aux syndromes dépressifs que ceux en bonne santé (en moyenne, 27 points de pourcentage [pp] en plus).

En Europe du Sud, région la plus concernée, l'écart est plus important (+32 pp) qu'en Europe du Nord (+23 pp) [tableau 1]. Toutes choses égales par ailleurs (encadré 2), la probabilité de dépression d'une personne âgée en mauvaise santé est plus élevée de 26 pp que celle d'une personne aux caractéristiques similaires mais en bonne santé.

Carte 1 Taux de dépression en Europe par pays en 2019



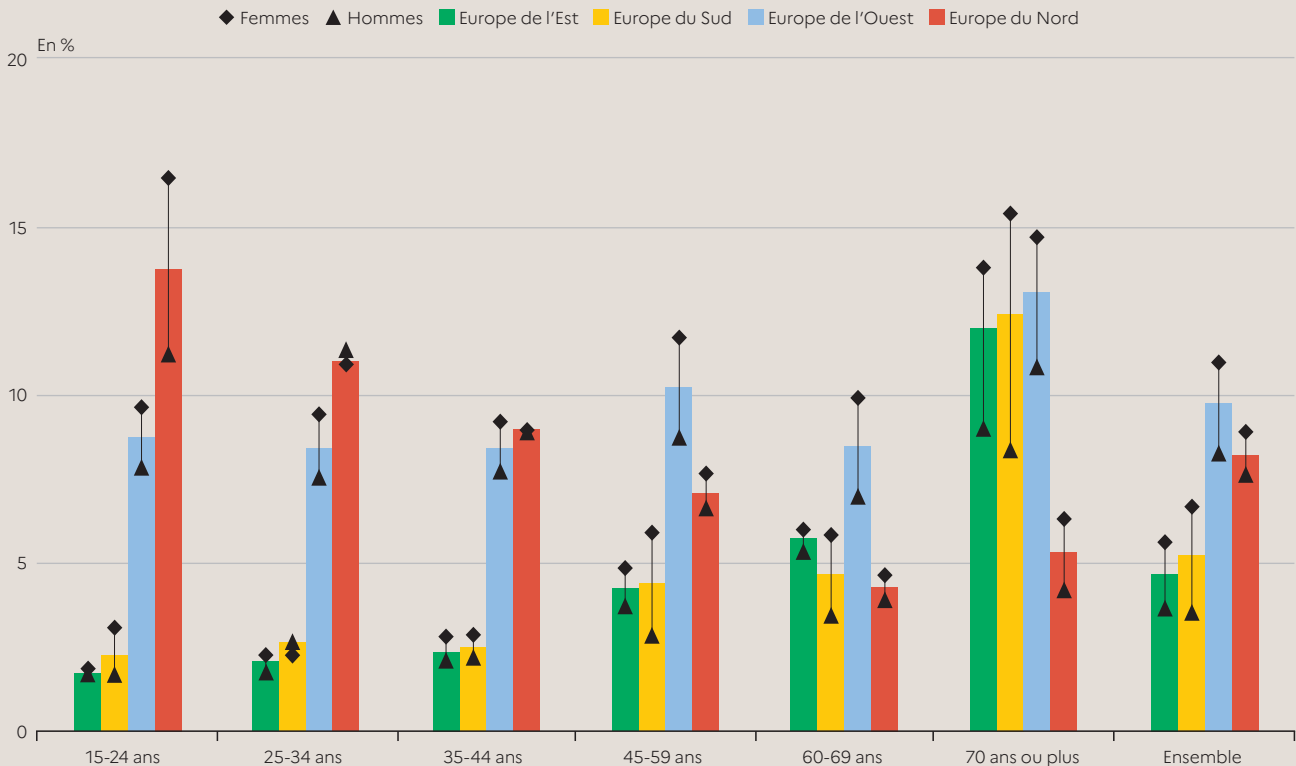
Lecture > En France, 11 % de la population âgée de 15 ans ou plus souffre de dépression.

Champ > Population âgée de 15 ans ou plus en Europe.

Source > EHIS, 2019 ; traitement : DREES.

> Études et Résultats n° 1324 © DREES

Graphique 1 Taux de dépression par tranche d'âge et par genre en Europe en 2019



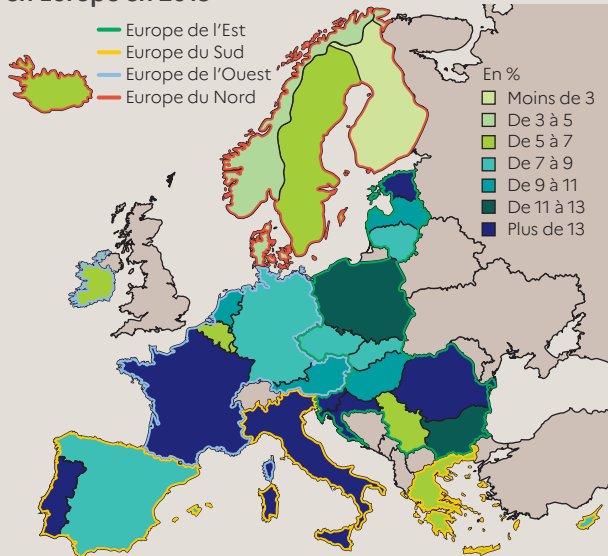
Lecture > En Europe de l'Ouest, 9 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans souffrent de dépression (8 % des hommes et 10 % des femmes). Tandis que, chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, la proportion de la population touchée s'élève à 13 %.

Champ > Population âgée de 15 ans ou plus en Europe.

Source > EHIS, 2019 ; traitement : DREES.

> Études et Résultats n° 1324 © DREES

Carte 2 Taux de dépression des personnes âgées en Europe en 2019



Lecture > En France, 16 % des personnes âgées de 70 ans ou plus présentent un syndrome dépressif.

Champ > Population âgée de 70 ans ou plus en Europe.

Source > EHIS, 2019 ; traitement : DREES.

> Études et Résultats n° 1324 © DREES

L'effet d'être en mauvaise santé sur la dépression est particulièrement élevé en Europe du Sud : +31 pp, contre +25 pp en Europe de l'Est, +21 pp en Europe de l'Ouest et +20 pp en Europe du Nord. Les seniors déclarant un état de santé moyen ont un risque de dépression supérieur de 6 pp à celui de leurs pairs en bonne santé. Ces résultats recourent les observations de la littérature scientifique, qui associent aux problèmes de santé, plus fréquents chez les personnes âgées, un risque accru de dépression (Horackova, 2019). Dans l'EHIS, une plus grande proportion de personnes âgées déclarent d'ailleurs un mauvais état de santé en Europe de l'Est et du Sud, ce qui contribue à expliquer les écarts dans la prévalence de la dépression parmi les personnes âgées en Europe. Par exemple, en Croatie ou en Lettonie, où près de 40 % des seniors se déclarent en mauvaise santé, la prévalence de la dépression est élevée : respectivement 16 % et 9 % ; des résultats similaires se retrouvent dans de nombreux pays de l'Est. À l'inverse, en Irlande, au Luxembourg ou en Belgique, où moins de 15 % des seniors rapportent un mauvais état de santé, les taux de dépression sont significativement plus faibles (inférieurs à 6,5 %). En France, 24 % des seniors déclarent un mauvais état de santé, pour un taux de dépression élevé, de 16 %¹.

Le niveau de soutien social, qui désigne l'étendue de l'aide émotionnelle, matérielle ou pratique qu'une personne peut recevoir de son entourage (famille, amis, communauté) en cas de besoin, est un autre facteur déterminant des syndromes dépressifs.

1. Dans l'EHIS, seuls les ménages dits « ordinaires » sont interrogés, c'est-à-dire ceux qui ne vivent pas en collectivité (comme dans les hôpitaux, les prisons ou les établissements de soins de longue durée). Par conséquent, les personnes en mauvaise santé qui sont hébergées dans ces établissements, ce qui est un peu plus fréquent dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe, ne sont pas représentées dans l'enquête.

Tableau 1 Facteurs déterminants de la prévalence de la dépression des personnes âgées de 70 ans ou plus

En points de pourcentage

	Europe du Sud		Europe de l'Est		Europe de l'Ouest		Europe du Nord		Ensemble	
	Écart bruts	Écart nets	Écart bruts	Écart nets	Écart bruts	Écart nets	Écart bruts	Écart nets	Écart bruts	Écart nets
Genre (référence = femmes)										
Hommes	-7,1	-2,9 (***)	-4,7	-1,8 (***)	-3,8	-1,8 (.)	-2,1	-1,1 (*)	-5	-2,3 (***)
Niveau de soutien social (référence = faible)										
Modéré	-5	-4,2 (***)	-7,5	-4,5 (***)	-10,7	-6,6 (***)	-5	-1,8 (.)	-7,5	-4,9 (***)
Élevé	-6,8	-5,4 (***)	-11,1	-6,8 (***)	-16,6	-11,4 (***)	-8,2	-3,4 (***)	-11,2	-7,4 (***)
État de santé (référence = bon)										
Moyen	7,2	7,0 (***)	5	4,6 (***)	7,8	6,5 (***)	5,2	4,6 (***)	5,9	5,5 (***)
Mauvais	32,1	30,6 (***)	26	24,6 (***)	24,4	21,2 (***)	23,4	19,8 (***)	27,1	25,5 (***)
Niveau de revenu (référence = 1^{er} quintile)										
2 ^e quintile	-2,7	-0,6 (.)	-2,1	0,7 (.)	-0,8	0,7 (.)	-1,8	-0,4 (.)	-1,8	0,5 (.)
3 ^e quintile	-5	-0,8 (.)	-4,6	-0,6 (.)	-4,8	-2,0 (.)	-4,2	-1,8 (*)	-4,4	-0,7 (.)
4 ^e quintile	-6,5	-1,6 (.)	-5,2	-1,2 (.)	-5,3	-0,2 (.)	-3,8	-1,2 (.)	-5	-0,1 (.)
5 ^e quintile	-8,3	-2,1 (*)	-3,7	0,8 (.)	-6,2	-0,5 (.)	-4	-0,5 (.)	-5,7	0,5 (.)
Statut marital (référence = marié[e] ou pacsé[e])										
Divorcé(e)	1,8	-1,2 (.)	1,9	-0,4 (.)	1,9	-1,0 (.)	2,4	0,6 (.)	1,6	-0,4 (.)
Jamais marié(e) ou pacsé(e)	2,8	1,5 (.)	0,5	-0,4 (.)	1,4	-1,5 (.)	3,1	1,8 (.)	1,7	0,4 (.)
Veuf/veuve	8,4	3,5 (***)	7,5	4,0 (***)	6,9	4,0 (***)	3,4	0,9 (.)	7,3	3,2 (***)

Seuil de significativité : *** = 1 % ; ** = 5 % ; * = 10 % ; . = non significatif.

Notes > Les écarts nets présentés correspondent aux effets marginaux moyens calculés à partir des résultats d'une régression logistique (Afsa, 2016).

La variable expliquée est la dépression, mesurée par le PHQ-8 (Patient Health Questionnaire). Les variables explicatives pour les personnes âgées comprennent le genre, le niveau de soutien social, le niveau de revenu, le statut marital et l'état de santé. Toutes les variables prises en compte dans le modèle sont présentes dans le tableau.

Lecture > En moyenne, en Europe, les hommes de 70 ans ou plus ont 5 points de pourcentage (pp) de risques en moins que les femmes de la même tranche d'âge de souffrir de dépression (colonne des écarts bruts) ; toutes choses égales par ailleurs, cet écart est de 2,3 pp (colonne des écarts nets).**Champ** > Population âgée de 70 ans ou plus en Europe.**Source** > EHIS, 2019 ; traitement : DREES.

> Études et Résultats n° 1324 © DREES

Encadré 2 Méthodologie

Les facteurs déterminant la prévalence de la dépression sont évalués à l'aide de régressions logistiques qui modélisent la probabilité de dépression chez les personnes âgées et chez les jeunes. Elles permettent de mesurer simultanément les relations entre une variable expliquée (ici, la dépression) et plusieurs variables explicatives. Les effets marginaux estimés pour une variable explicative correspondent aux effets « toutes choses (mesurées) égales par ailleurs », c'est-à-dire une fois contrôlée l'influence des autres variables présentes dans le modèle.

Les variables explicatives sont les suivantes : le genre (homme ou femme), le niveau de soutien social (élevé, modéré ou faible), le niveau de revenu (divisé en cinquièmes de niveau de vie) et l'état de santé déclaré (mauvais, moyen ou bon). Pour les personnes âgées, on prend également en compte le statut marital (marié[e] ou pacsé[e], jamais marié[e] ni pacsé[e], divorcé[e] ou veuf[ve]) ; pour les jeunes, on considère le statut d'activité (en emploi, étudiant, sans emploi ou dans une autre situation, comme ceux en incapacité de travailler, en service militaire ou travaillant à domicile) et le fait de vivre en couple ou d'être célibataire. D'autres variables (niveau de diplôme, taille de l'agglomération, notamment) ont été testées, mais finalement non incluses dans le modèle, car leur effet n'était pas significatif.

Le niveau de soutien social est mesuré à l'aide de l'« échelle d'Oslo », à partir de trois questions, dont on agrège les réponses pour construire un score : (1) Combien de personnes sont-elles suffisamment proches

de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ? (2) Votre entourage montre-t-il de l'intérêt pour ce que vous faites ? (3) Pouvez-vous obtenir facilement de l'aide de vos voisins en cas de besoin ? Le score total, compris entre 3 et 14, est agrégé en trois catégories : niveau de soutien social faible (3 à 8), modéré (9 à 11) ou élevé (12 à 14).

L'état de santé de la personne est évalué par la personne interrogée elle-même, dans deux dimensions : la limitation dans les activités de la vie quotidienne et la perception de l'état de santé général, chacune classée sur une échelle de 0 à 2. Un score total de 3 ou 4 points correspond à un bon état de santé, 2 points, à un état de santé moyen, et 0 ou 1 point, à un mauvais état de santé.

Les régressions logistiques réalisées ici excluent l'Allemagne et l'Espagne, car ces deux pays ne fournissent pas de données individuelles concernant le module abordant la thématique de la dépression, mais uniquement des données agrégées au niveau national. La catégorie des 15-24 ans comprend un total de 31 000 observations ; celle des 70 ans ou plus rassemble quant à elle 62 000 observations. Enfin, le choix de regrouper les 15-19 ans et 20-24 ans pour réaliser la régression logistique repose sur la volonté de disposer d'un nombre important d'observations pour cette tranche d'âge et se justifie par la similitude des résultats entre les deux groupes (à l'exception de la variable liée au type d'activité, les jeunes de 15-19 ans étant rarement en emploi).

En Europe, les personnes âgées les plus entourées sont ainsi moins souvent déprimées que celles qui sont socialement isolées (respectivement -11 pp et -8 pp pour celles bénéficiant d'un soutien social élevé ou modéré). Cet effet est particulièrement prononcé en Europe de l'Ouest (respectivement -17 pp et -11 pp).

En raisonnant toutes choses égales par ailleurs, les effets sont similaires : les seniors les moins isolés socialement ont une probabilité plus mince de présenter des syndromes dépressifs comparativement à ceux qui bénéficient d'un niveau de soutien social faible (-7 pp) [tableau 1]. Cet effet, qui concerne uniquement les personnes vivant à leur domicile, est particulièrement important en Europe de l'Ouest (-11 pp), mais moindre en Europe du Nord (-3 pp). Les différences dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes et l'organisation des soins de longue durée (SLD) pourraient aider à comprendre les variations observées entre les régions, dans la relation entre soutien social et prévalence de la dépression.

Le veuvage augmente le risque de syndrome dépressif chez les femmes âgées

Toutes choses égales par ailleurs, être veuf(ve) augmente d'environ 4 pp la probabilité de souffrir de dépression, dans toutes les régions, sauf en Europe du Nord où l'effet n'est pas significatif (tableau 1). Ce résultat est cohérent avec la littérature scientifique, qui indique que le deuil constitue un facteur important de la dépression (Van Boekel, 2021). L'absence d'effet significatif dans les pays d'Europe du Nord pourrait s'expliquer par le fait que les pays scandinaves sont généralement dotés de systèmes de soins de longue durée (SLD) étendus, offrant notamment des services de santé adaptés aux personnes âgées (OCDE, 2023 ; Horackova, 2019 ; Hansen et Slagsvold, 2019).

La Norvège ou la Suède allouent en effet plus de 3 % de leur produit intérieur brut (PIB) aux services de SLD, à l'inverse des pays du sud et de l'est de l'Europe, qui y consacrent une part bien inférieure². Cette moindre dépense se traduit par des taux de renoncement aux SLD particulièrement élevés dans ces régions – notamment en République tchèque (70 % des personnes âgées de 65 ans ou plus avec au moins une limitation ADL ou IADL³ n'ont pas accès aux SLD dont elles auraient besoin), en Pologne (70 %), en Slovénie (65 %) et en Estonie (64 %). Ces taux sont plus faibles au Danemark (37 %)⁴, où les soins pour les personnes âgées sont presque entièrement financés par des fonds publics (OCDE, 2022). En France, 42 % des personnes âgées n'ont pas accès aux SLD dont elles auraient besoin. La partition est ainsi marquée entre les personnes âgées veuves des pays nordiques, qui bénéficient généralement d'une meilleure prise en charge, incluant des soins médicaux et une assistance pour les activités quotidiennes, et celles qui vivent dans des pays où elle est moins complète et repose davantage sur le soutien familial. Dans ce contexte, les personnes peuvent se trouver plus démunies après la perte d'un conjoint, ce qui accentue leur vulnérabilité face à la dépression.

En ce qui concerne les taux bruts, l'effet du veuvage sur la dépression est présent dans toutes les régions, bien qu'il varie considérablement – de +8 pp en Europe du Sud et de l'Est à +3 pp en Europe

du Nord. Ces disparités s'expliquent en partie par des différences démographiques : en Europe de l'Est, où l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est particulièrement marqué, les femmes de 70 ans ou plus sont jusqu'à deux fois plus nombreuses que les hommes à être veuves, avec des taux de veuvage dépassant 50 %, contre 40 % en France.

Être divorcé(e) ou n'avoir jamais été marié(e) ou pacsé(e) n'est pas associé, chez les seniors, à un risque accru de présenter un syndrome dépressif lorsque l'on contrôle par les autres facteurs de risque (tableau 1) ; et cela même si les personnes âgées divorcées et celles qui n'ont jamais été mariées ou pacsées ont une probabilité un peu plus importante de souffrir de dépression (2 pp de plus que les personnes âgées mariées ou pacsées).

Le revenu a un effet limité sur la dépression des personnes âgées, sauf dans les pays du sud de l'Europe

Avoir un bon niveau de vie réduit les risques de dépression : les personnes âgées les plus aisées sont moins souvent déprimées que les plus modestes (écarts de -6 pp entre le 5^e et le 1^{er} cinquième de la population des personnes âgées classées par niveau de vie, -5 pp entre le 4^e et le 1^{er} cinquième), en particulier dans les pays du sud de l'Europe (-8 pp et -7 pp respectivement). Ces chiffres sont cohérents avec la littérature qui identifie l'existence de revenus suffisants comme un facteur pouvant limiter la dépression des seniors (Horackova, 2019 ; Hansen et Slagsvold, 2019).

Au demeurant, le fait que les taux de dépression parmi les personnes les plus pauvres soient plus élevés dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est relève de la même cohérence, puisque les conditions de vie sont plus précaires et les revenus plus bas pour les seniors les moins favorisés de ces régions, comparativement à ceux d'Europe du Nord et de l'Ouest. Le taux de pauvreté monétaire⁵ des personnes âgées de 65 ans ou plus s'élève jusqu'à 47 % en Estonie (30 pp de plus que pour les moins de 65 ans), 40 % en Lituanie (23 pp de plus) et plus de 20 % en Lituanie, en Croatie, à Malte, à Chypre et en Bulgarie en 2023 ; contre 17 % en moyenne dans l'Union européenne et 12 % en France (4 pp de moins que les moins de 65 ans). De même, les dix pays où la privation matérielle et sociale affecte le plus les seniors⁶ sont tous des pays du sud et de l'est de l'Europe, avec des taux supérieurs à 25 % en Bulgarie, en Roumanie et en Grèce (contre 9 % en France).

Néanmoins, les analyses effectuées toutes choses égales par ailleurs montrent que le niveau de revenu n'a globalement pas d'effet significatif sur la dépression – même si, régionalement, un effet de faible ampleur est observé en Europe du Sud (les 20 % des personnes âgées les plus aisées ont 2 pp de probabilité en moins d'être déprimées que les 20 % les plus modestes) [tableau 1]. Dit autrement, si l'on observe que la prévalence de syndrome dépressif diminue avec le revenu, c'est parce que les seniors aux faibles ressources sont en moyenne en moins bonne santé, bénéficient d'un moindre niveau de soutien social et sont plus fréquemment veuf(ve)s que leurs pairs plus aisés.

2. Environ 0,5 % du PIB ; il convient toutefois de nuancer ces chiffres, les différences pouvant résulter de problèmes de mesure (subventions indirectes) ou de non-prise en compte de certains aspects des SLD (aide/circuits informels).

3. Les *activities of daily living* (ADL) représentent les activités nécessaires pour prendre soin de son propre corps (se laver, se nourrir, etc.), tandis que les *instrumental activities of daily living* (IADL) désignent les activités dites instrumentales de la vie quotidienne : préparation et prise de médicaments, utilisation du téléphone, gestion du budget, courses, préparation des repas, ménage, etc.

4. Taux de renoncement aux SLD issus de l'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) 2019-2020.

5. Statistiques d'Eurostat sur la pauvreté monétaire (2023). La pauvreté monétaire correspond à 60 % du revenu équivalent médian après transferts sociaux. Il existe néanmoins de fortes disparités entre les pays au regard du patrimoine (immobilier ou autre) détenu par les seniors, lequel n'est pas pris en compte dans le taux de pauvreté monétaire.

6. Statistiques d'Eurostat sur la privation matérielle et sociale (2023). La privation matérielle et sociale est définie comme l'incapacité à couvrir les dépenses liées à au moins cinq éléments de la vie courante sur treize considérés comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable.

Chez les jeunes, une prévalence de la dépression plus élevée en Europe du Nord et de l'Ouest

Les jeunes des pays scandinaves présentent plus souvent des syndromes dépressifs que ceux du sud et de l'est de l'Europe (**carte 3**). Dans cette région, 14 % des jeunes sont touchés, avec, comme dans la population âgée, une prévalence plus importante chez les filles (16 %) que chez les garçons (11 %). Les taux les plus élevés sont observés au Danemark (17 %), en Suède (14 %) et en Finlande (13 %). Les pays de l'Europe de l'Ouest suivent, de 15 % au Luxembourg – taux le plus élevé de la région et deuxième le plus haut d'Europe – à 4 % en Autriche, pour une moyenne de 9 %. En France, 10 % de la population est concernée, un niveau équivalent à la plupart des pays d'Europe du Nord et de l'Allemagne (9 %) ; on y retrouve une prévalence plus importante chez les filles (10 %) que chez les garçons (8 %).

Bien en deçà des 12 % observés chez leurs aînés, les taux de dépression des jeunes sont nettement plus bas en Europe du Sud (2 % en moyenne) et en Europe de l'Est (2 %) ; ils sont même inférieurs à 1 % dans six pays : en Grèce, en Roumanie, en Serbie, à Chypre, en Bulgarie et en Slovaquie. Quelques pays d'Europe du Sud ou de l'Est présentent toutefois des taux plus élevés : Malte (8 %), la Slovénie (10 %) et l'Estonie (7 %).

Chez les jeunes Scandinaves, la dépression semble en hausse depuis 2010 (Andreasson et Stende, 2018), coïncidant avec une augmentation significative ces dernières années de l'usage des réseaux sociaux et des téléphones portables. Or, l'utilisation de ces derniers peut avoir de multiples effets nocifs sur les plus jeunes (Kelly, 2019 ; Twenge, 2020) : ils favorisent des comparaisons

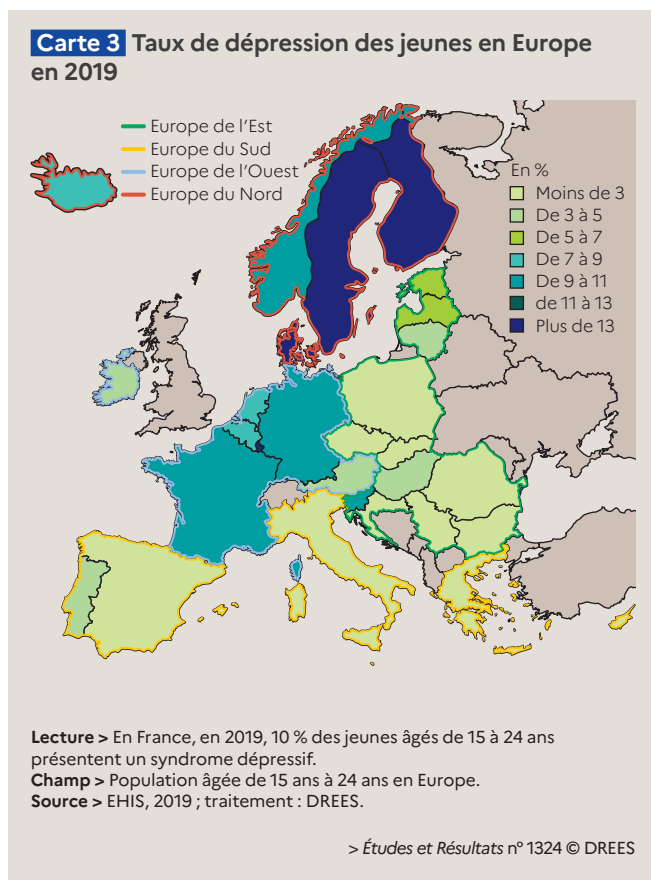
sociales néfastes, intensifient les préoccupations autour de l'image corporelle en particulier chez les jeunes filles, réduisent la durée de sommeil et accroissent les risques de cyber-harcèlement.

L'influence des réseaux sociaux sur la santé mentale des jeunes repose sur une multitude de facteurs, notamment les vulnérabilités individuelles, elles-mêmes façonnées par des éléments socio-économiques et culturels (Mouton, 2024). Dans ce contexte, bien que tous les jeunes à travers l'Europe utilisent largement les réseaux sociaux, il est possible que, dans les pays de l'Est et du Sud où ils demeurent plus longtemps chez leurs parents, les effets néfastes de l'usage de ces réseaux soient atténués par l'entourage familial dont ils bénéficient. À l'inverse, le plus grand isolement social des jeunes du nord de l'Europe, qui vivent plus souvent seuls, pourrait les rendre plus vulnérables aux effets nocifs des réseaux sociaux. Il convient de noter que les données utilisées ici datent d'avant la pandémie de Covid-19. Depuis 2020, une dégradation marquée et durable de la santé mentale des jeunes a été observée : en France, on observe une hausse notable des symptômes dépressifs et anxieux chez les jeunes adultes en 2020 (Hazo et Costemalle, 2021) ; des études portant sur d'autres pays européens confirment une tendance comparable, par exemple au Royaume-Uni (Pierce, *et al.*, 2021) et en Espagne (González-Sanguino, *et al.*, 2020).

L'isolement social, un facteur significatif de dépression chez les jeunes

De manière générale, les pays qui affichent les taux de dépression les plus élevés chez les jeunes sont aussi ceux où ces derniers quittent le foyer parental le plus tôt. En Europe du Nord, en 2023, les jeunes partent généralement autour de 20 ans : à 21 ans en Finlande et à 22 ans en Suède et au Danemark (contre 26 ans en moyenne dans l'Union européenne). En revanche, dans le Sud et l'Est, l'âge moyen de départ est bien plus tardif et se situe autour de 30 ans : 30 ans en Bulgarie, en Italie et en Espagne, 31 ans en Grèce et en Slovaquie, et même 32 ans en Croatie⁷. La France occupe une position intermédiaire en Europe : l'âge de départ du foyer parental s'établit à 24 ans en moyenne. Par ailleurs, dans les pays du Nord, une proportion importante de jeunes qui quittent le foyer tôt ne s'installent pas en colocation ou en résidence étudiante, mais choisissent de vivre seuls (Savage, 2019).

L'EHIS ne permet pas de savoir directement si un jeune vit seul ou en colocation, ou s'il réside chez ses parents, ni s'il est éloigné géographiquement de sa famille. Une tentative a été faite pour déduire, à partir d'autres variables, si le jeune vit seul ou non ; le résultat, peu fiable, ne semble pas avoir d'effet significatif sur la dépression (**tableau 2**). En revanche, l'enquête permet d'identifier s'il bénéficie de soutien social ou non, ce qui est vraisemblablement corrélé au mode de cohabitation : un jeune qui vit seul est probablement moins entouré que celui qui réside chez ses parents, où il peut généralement compter sur un entourage plus présent et recevoir une attention quotidienne, facteurs qui justement déterminent le soutien social tel qu'il est mesuré dans l'EHIS. Ce dernier, qu'il soit modéré ou faible (comparativement à un soutien social élevé), diminue de manière significative la dépression dans toutes les régions. Les jeunes les plus entourés ont ainsi 12 pp de risque en moins de souffrir de dépression, comparativement aux moins entourés, et même 36 pp en Europe du Nord.



7. Statistiques d'Eurostat sur l'âge moyen estimé des jeunes quand ils quittent le domicile parental par sexe (2023).

Tableau 2 Facteurs déterminants de la prévalence de la dépression chez les 15-24 ans

En points de pourcentage

	Europe du Sud		Europe de l'Est		Europe de l'Ouest		Europe du Nord		Ensemble	
	Écarts bruts	Écarts nets	Écarts bruts	Écarts nets	Écarts bruts	Écarts nets	Écarts bruts	Écarts nets	Écarts bruts	Écarts nets
Genre (référence = femmes)										
Hommes	-1,5	-1,6 (***)	-0,1	-0,1 (.)	-1,8	-2,7 (**)	-5,3	-5,0 (***)	-1,6	-1,8 (***)
Niveau de soutien social (référence = faible)										
Modéré	-2,9	-3,1 (**)	-4	-4,0 (***)	-12,4	-7,1 (.)	-24,9	-21,2 (***)	-8,7	-6,6 (***)
Élevé	-3,5	-3,6 (**)	-4,8	-4,6 (***)	-19,5	-13,2 (***)	-35,7	-29,8 (***)	-12	-9,1 (***)
État de santé (référence = bon)										
Moyen	7,9	6,9 (**)	13,3	10,0 (***)	20,6	16,4 (***)	28,6	15,6 (***)	20,2	15,2 (***)
Mauvais	27,5	27,0 (***)	17,2	17,3 (***)	27,1	18,3 (**)	55,6	37,5 (***)	31,5	26,4 (***)
Niveau de revenu (référence = 1^{er} quintile)										
2 ^e quintile	-0,2	-0,1 (.)	0,1	0,5 (.)	2	3,2 (*)	-0,4	0,2 (.)	0,4	1,0 (.)
3 ^e quintile	-0,9	-0,8 (.)	-0,4	0,1 (.)	-2,6	-0,7 (.)	-3,4	-2,0 (.)	-2	-1,0 (.)
4 ^e quintile	-1	-0,8 (.)	-0,3	0,1 (.)	-3,2	-0,8 (.)	-3,3	-1,0 (.)	-2,3	-1,0 (.)
5 ^e quintile	-0,5	-0,0 (.)	0,1	0,4 (.)	-4,5	2,4 (.)	-8,2	-5,4 (***)	-2,8	-1,7 (***)
Type d'activité (référence = en emploi)										
Sans emploi	0,8	0,5 (.)	1,3	0,8 (.)	9,2	5,9 (**)	14,7	8,7 (**)	2,3	1,1 (.)
Étudiants	0,8	0,4 (.)	0,3	0,4 (.)	0,9	0,5 (.)	-0,3	-0,6 (.)	0,2	-0,6 (.)
Autres situations	4,5	2,0 (.)	1,2	0,2 (.)	2,9	3,6 (.)	16,9	10,8 (***)	3,9	1,1 (.)
Mode de cohabitation (référence = vit seul)										
Ne vit pas seul(e)	1,4	0,3 (.)	-0,9	-0,8 (.)	-1,6	-0,1 (.)	-1,2	1,2 (.)	-3,3	-3,0 (***)
Relation (référence = vit en couple)										
Célibataire	-0,3	-0,2 (.)	0,3	-0,2 (.)	3,3	-2,9 (**)	-0,7	-1,2 (.)	0,1	0,0 (.)

Seuil de significativité : *** = 1 % ; ** = 5 % ; * = 10 % ; . = non significatif.

Notes > Les écarts nets présentés correspondent aux effets marginaux moyens calculés à partir des résultats d'une régression logistique (Afsa, 2016). La variable expliquée est la dépression, mesurée par le PHQ-8 (Patient Health Questionnaire). Les variables explicatives pour les jeunes comprennent le genre, le niveau de soutien social, le niveau de revenu, le type d'activité, le mode de cohabitation, le fait d'être en couple ou non et l'état de santé. Toutes les variables prises en compte dans le modèle sont présentes dans le tableau.

Lecture > En moyenne, en Europe, les jeunes hommes ont 1,6 point de pourcentage (pp) de risques en moins que les jeunes femmes de souffrir de dépression (colonne des écarts bruts) ; toutes choses égales par ailleurs, cet écart est de -1,8 pp (colonne des écarts nets).

Champ > Population âgée de 15 à 24 ans en Europe.

Source > EHIS, 2019 ; traitement : DREES.

> Études et Résultats n° 1324 © DREES

Toutes choses égales par ailleurs, les résultats sont similaires : les jeunes les plus entourés sont beaucoup moins susceptibles de souffrir de dépression que ceux qui le sont le moins (-9 pp de risque en moyenne). Ces différences sont particulièrement marquées en Europe du Nord et de l'Ouest, où la probabilité de souffrir de dépression est respectivement réduite de 30 pp et de 13 pp ; elles sont moindres, mais toujours significatives en Europe du Sud (-4 pp) et de l'Est (-5 pp) [tableau 2]. Cet effet majeur de l'isolement social sur le risque de dépression est finalement assez similaire à celui pour les personnes âgées, bien que les deux se traduisent un peu différemment dans notre modèle : dans le cas des seniors, l'isolement est notamment lié au veuvage, qui est spécifiquement pris en compte dans notre modèle ; tandis que, pour les jeunes, l'isolement social est a priori très lié au mode de cohabitation, qui n'est pas pris en compte en tant que tel. Enfin, chez les jeunes, le fait d'être en couple plutôt que célibataire n'entraîne pas de réduction significative des risques de dépression,

sauf dans les pays de l'ouest de l'Europe (-3 pp). Dans l'EHIS, c'est le fait de vivre en couple sous un même toit qui est mesuré : il est possible que cette variable, conçue pour renseigner la situation de personnes installées dans une vie « adulte », soit moins adaptée pour des jeunes de 15 à 24 ans, au motif qu'elle reflète moins bien leur situation matérielle et sentimentale (qui peut jouer sur le risque de dépression).

À l'Ouest et au Nord, les jeunes sans activité ou ayant de faibles revenus sont plus déprimés

Lorsqu'ils n'ont pas d'activité professionnelle ou scolaire, les jeunes présentent un risque accru de souffrir de dépression – en moyenne +2 pp, et même +9 pp et +15 pp respectivement en Europe de l'Ouest et du Nord. Par ailleurs, ceux qui bénéficient de revenus plus élevés sont moins nombreux à être affectés (-3 pp ; -8 pp en Europe du Nord).

Les résultats par pays suggèrent, toutes choses égales par ailleurs, l'existence d'une corrélation significative entre niveau de revenu, type d'activité et dépression, mais uniquement en Europe du Nord et de l'Ouest. Ces deux régions présentent en effet les écarts bruts les plus élevés (*tableau 2*) : les jeunes sans emploi y ont respectivement 9 pp et 6 pp de probabilité en plus de souffrir de syndromes dépressifs que les jeunes qui travaillent (écart non significatif en Europe du Sud et de l'Est). Toutes choses égales par ailleurs, le revenu joue également sur les risques de dépression, mais essentiellement en Europe du Nord et pas de façon linéaire : les jeunes les plus aisés ont une probabilité plus faible d'être touchés (-5 pp), comparativement aux jeunes les plus modestes (2 pp en Europe de l'Ouest, non significatif) [*tableau 2*]. L'effet capté peut renvoyer à des causalités dans les deux sens (sans que l'on puisse trancher sur ce point) : les jeunes qui ne sont ni en emploi ni en études peuvent souvent se retrouver dans des situations d'insertion sociale précaire, les rendant plus vulnérables à la dépression ; et, inversement, présenter des syndromes dépressifs peut nuire à la recherche d'emploi ou à la poursuite d'études.

L'état de santé influe fortement sur la prévalence des syndromes dépressifs, bien que peu de jeunes soient en mauvaise santé

Pour les jeunes, comme pour les personnes âgées, être en mauvaise santé augmente de manière significative le risque de dépression : les jeunes dans ce cas sont 32 pp plus nombreux à souffrir de dépression que ceux en bonne santé (*tableau 2*). Toutes choses égales par ailleurs, cette variable est significative pour les quatre zones et augmente la probabilité de souffrir d'un syndrome dépressif de 26 pp – de 17 pp en Europe de l'Est à 56 pp en Europe du Nord. Chez les jeunes, outre son effet direct, un mauvais état de santé peut aussi favoriser indirectement la dépression, en rendant par exemple plus difficile d'accéder à un emploi et de le conserver ou en contribuant à l'isolement social. Toutefois, comme les jeunes en mauvaise santé sont relativement peu nombreux – de 0,2 % en Lituanie à 4 % en Suède (2 % en France) –, ce facteur ne contribue qu'à une part limitée de la prévalence de la dépression au sein de cette tranche d'âge. ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : **Dépression** **Santé mentale** **Santé de la population** **Europe** **Déterminant de santé**

Pour en savoir plus

- > **Afsa, C.** (2016, mars). Le modèle Logit – Théorie et application. *Document de travail*. Insee.
- > **Andreasson, U., Stende, T. (dir.)** [2018, août]. *In the Shadow of Happiness*. Rapport de l'Institut de recherche sur le bonheur. Copenhague, Danemark: Nordic Council of Ministers.
- > **González-Sanguino, C., et al.** (2020, juillet). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (Covid-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87.
- > **Hansen, T., Slagsvold, B.** (2017, mars). The East-West divide in late-life depression in Europe: Results from the Generations and Gender Survey. *Scandinavian Psychologist*, 4(4).
- > **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^{re} vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1185.
- > **Horackova, K., et al.** (2019, avril). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57.
- > **Kelly, Y., et al.** (2019, janvier). Social media use and adolescent mental health: Findings from the UK millennium cohort study. *EClinicalMedicine*, 6.
- > **Lim, G. Y., et al.** (2018, février). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8.
- > **Mouton, S., et al.** (2024, avril). *Enfants et écrans – À la recherche du temps perdu*. Rapport d'une commission d'experts à l'Élysée.
- > **OCDE** (2022). System of Health Accounts. SHA. Base de données. Données 2002 (édition 2011).
- > **OCDE** (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Pierce, M., et al.** (2021, juillet). Mental health before and during the Covid-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 8(7).
- > **Rai, D., et al.** (2013, mars). Country – and individual – level socioeconomic determinants of depression: Multilevel cross-national comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3).
- > **Savage, M.** (2019, août). *Why so many young Swedes live alone*. BBC.
- > **Twenge, J. M.** (2020, octobre). Increases in depression, self-harm, and suicide among U.S. adolescents after 2012 and links to technology use: Possible mechanisms. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2(2).
- > **Van Boekel, L., Cloin, J. C. M., Luijkx, K. G.** (2021, janvier). Community-dwelling and recently widowed older adults: Effects of spousal loss on psychological well-being, perceived quality of life, and health-care costs. *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(1).

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Chargées d'édition : Laureen Guhur et Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Drapeau Blanc

Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr