

ÉTUDES et RÉSULTATS

juin 2025
n° 1340

Sous embargo jusqu'au 4 juin 2025 à 6 h

Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies

Les données collectées par l'enquête EpiCov entre 2020 et 2022 documentent l'évolution de certains indicateurs de santé mentale pendant et à l'issue de la crise sanitaire liée au Covid-19. Le dernier volet de l'enquête, réalisé fin 2022, fait ressortir une légère baisse des syndromes dépressifs entre 2020 et 2022, dans toutes les catégories de la population. Ce constat global masque une grande disparité de situations par âge. La prévalence des syndromes dépressifs est revenue à un niveau inférieur à celui de 2019 pour les 35 ans ou plus, et même inférieur à celui de 2014 pour les 65 ans ou plus. À l'inverse, alors même qu'elle avait déjà fortement progressé entre 2014 et 2019 pour les 15 à 24 ans, cette prévalence demeure beaucoup plus élevée en 2022 que juste avant la crise sanitaire. En outre, une hausse des pensées suicidaires est constatée entre 2020 et 2022, elle est plus prononcée parmi les adultes de moins de 25 ans, et plus encore parmi les jeunes femmes. Les enfants âgés de 5 à 17 ans sont, pour leur part, concernés par une augmentation des difficultés émotionnelles entre 2021 et 2022.

Concernant les recours aux soins de santé mentale, les pratiques évoluent avec un recul du recours au médecin généraliste pour raison de santé mentale, mais de fortes hausses des recours au psychologue et au psychiatre parmi les jeunes et les femmes. Pour autant, plus de la moitié des personnes avec des pensées suicidaires ne recourent pas à des soins de santé mentale.

La recherche des facteurs de risque montre que tous les types de discriminations subies (âge, sexe, origine, poids, handicap) sont associées à la présence d'un syndrome dépressif, de même que de se définir comme homosexuel ou bisexuel, d'être exposé aux écrans plus de six heures par jour, hors raisons professionnelles, et de compulser les réseaux sociaux au moins une fois par heure. La forte concentration de ces facteurs de risque chez les femmes de moins de 30 ans pourrait partiellement expliquer leur surrisque de dépression. Par ailleurs, les difficultés financières, l'isolement social et la maladie chronique sont également très liés à la prévalence du syndrome dépressif.

Jean-Baptiste Hazo (DREES)

> L'auteur remercie Guillaume Bagein, Thomas Deroyon, Corentin Guery, Gaoussou-Maoulou Konta (DREES) et Christophe Léon (SpF).

L' enquête EpiCov, menée dès le printemps 2020, visait à suivre l'évolution de l'épidémie de Covid-19 et des conditions de vie. Elle s'est également révélée un outil épidémiologique précieux pour documenter l'état de santé

mental de la population en France au cours de la période 2020-2022 et a ainsi permis d'estimer, au cours de toute la période, les prévalences des syndromes dépressifs et des pensées suicidaires, et d'identifier plusieurs déterminants de ...

Retrouvez toutes nos données sur data.drees

••• la santé mentale. Une cohorte de 64 000 personnes ont été interrogées au mois de mai 2020, puis à l'automne 2020, à l'été 2021 et durant l'automne 2022 (*encadré 1*). Cet échantillon est représentatif de la population de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020 vivant en France (hors Guyane, Mayotte et résidants en Ehpad ou prisons). Les enquêtes de santé EHIS 2014 et 2019, également représentatives de la population de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire en France métropolitaine, fournissent certains éléments de comparaison relatifs à la période pré-Covid-19. Enfin, l'enquête EpiCov interrogeait également les participants sur les difficultés et aptitudes psychosociales d'un des enfants vivant avec eux, le cas échéant.

Pensées suicidaires : une importante progression entre 2020 et 2022, surtout chez les plus jeunes

Parmi la population adulte, la part des personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois augmente : elle passe de 2,8 % en 2020 à 3,4 % en 2022. Cette hausse est portée par de légères progressions dans quasiment toutes les classes

d'âge et les sexes mais surtout par une progression marquée chez les adultes de moins de 25 ans, notamment chez les jeunes femmes (*graphique 1*). Parmi cette classe d'âge, 7,0 % déclarent « avoir pensé à (se) suicider au cours des douze derniers mois » (8,7 % des jeunes femmes et 5,4 % des jeunes hommes soit, respectivement, +2,4 points et +1,3 point par rapport à l'automne 2020).

En 2022, les personnes qui déclarent une situation financière difficile ou critique sont 6,9 % à présenter des pensées suicidaires, contre 2,5 % de celles ne présentant aucune difficulté financière¹. Parmi les personnes déclarant avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, un peu moins de la moitié (46,4 %) disent qu'elles y pensent encore au moment de la réalisation de l'enquête. Cette proportion est plus importante (57,8 %) chez celles déclarant une situation financière difficile ou critique.

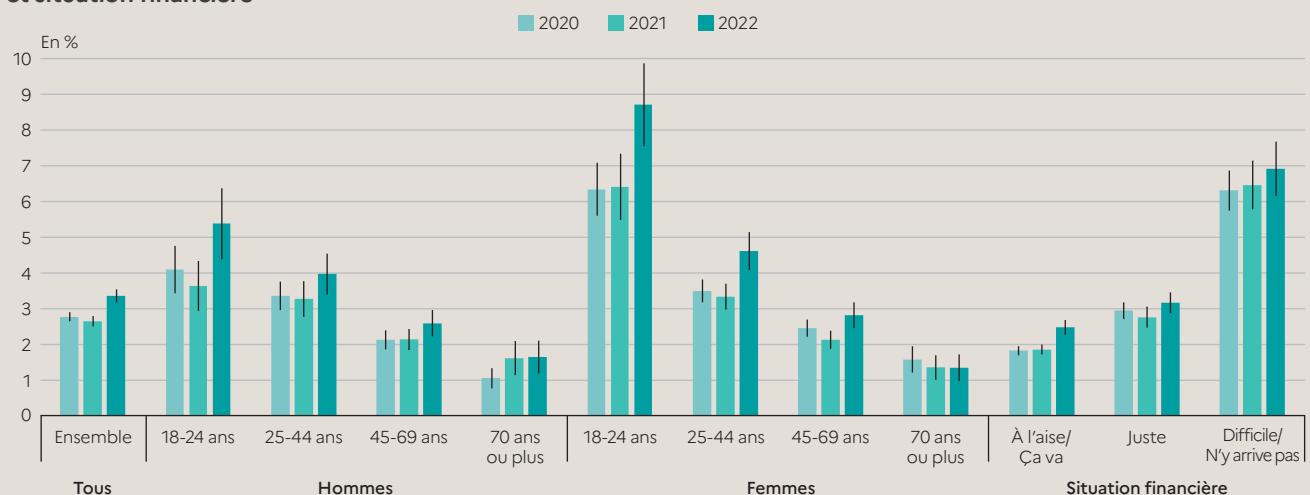
En élargissant la période d'observation aux quatre années comprises entre l'automne 2019 et l'automne 2022², 6,0 % des personnes ont eu au moins une fois des pensées suicidaires sur cette période (6,4 % des femmes et 5,6 % des hommes). Cette proportion atteint 13,5 %

Encadré 1 Sources et méthodes

L'enquête EpiCov a été élaborée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en collaboration avec Santé publique France et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Son objectif est d'estimer la dynamique de l'épidémie aux niveaux national et départemental, ainsi que d'étudier les répercussions du confinement et de l'épidémie sur les conditions de vie et la santé. La première vague de l'enquête s'est déroulée entre le 2 mai et le 2 juin 2020, période correspondant à la fin du premier confinement (du 17 mars au 11 mai 2020) et au début de l'après-confinement. Au total, 135 000 personnes âgées de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe et

à La Réunion, hors personnes résidant en Ehpad, maisons de retraites et prisons, ont répondu en mai 2020. Ces répondants ont été réinterrogés en novembre de la même année, 108 000 ont alors accepté de répondre. En juillet 2021, pour le troisième volet, ils étaient 85 000 à accepter de répondre à des questions portant, notamment, sur les comportements, attitudes et ressentis d'un de leur enfant âgé de 3 à 17 ans (choisi de manière aléatoire quand ils étaient plusieurs) et sur leur propre santé mentale. Enfin, le quatrième et dernier volet de l'enquête s'est tenu entre octobre et décembre 2022, 64 423 questionnaires exploitables des personnes ayant répondu aux précédents volets ont alors été collectés. Le protocole d'enquête est décrit plus avant dans les précédentes publications liées à la santé mentale et dans un document méthodologique dédié (Hazo, Boulch, 2023 ; Warszawski, et al., 2022).

Graphique 1 Prévalences de pensées suicidaires en novembre 2020, juillet 2021 et automne 2022, par âge, sexe et situation financière



Note > En 2020 et 2022, la question sur les pensées suicidaires portait sur « les douze derniers mois », alors qu'à l'été 2021, la question portait sur la période écoulée « depuis décembre 2020 ». Les barres noires verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Lecture > Entre l'automne 2020 et l'automne 2022, la part de la population déclarant des pensées suicidaires passe de 2,8 % à 3,4 %.

Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > Inserm-DREES, EpiCov.

> Études et Résultats n° 1340 © DREES

1. Les premières (une personne sur sept) sont celles qui déclarent que : « C'est difficile » ou « Qu'[ils] n'y arrivent pas sans faire de dettes » à la question : « Financièrement, dans votre foyer, diriez-vous plutôt qu'aujourd'hui... » ; les dernières (près d'une personne sur deux) sont celles qui répondent qu'« [ils sont] à l'aise » ou « Ça va ».

2. En prenant en compte les réponses aux trois vagues d'EpiCov ayant eu lieu à l'automne 2020, l'été 2021 et à l'automne 2022.

chez les femmes qui avaient entre 15 et 24 ans en 2020. Toujours chez ces dernières, 2,0 % ont déclaré des pensées suicidaires à chaque volet d'enquête (tableau complémentaire A³).

Selon le Baromètre santé de Santé publique France, la prévalence des pensées suicidaires est stable au cours de la période 2020-2021. Les évolutions constatées ici montrent aussi de façon cohérente une stabilité entre 2020 et 2021, suivie d'une augmentation entre 2021 et 2022, qui méritera de faire l'objet d'une attention particulière dans les futures enquêtes de santé auprès de la population (encadré 2). À l'automne 2020, 0,2 % de la population adulte déclarait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. En 2022, cette proportion progressait significativement pour s'établir à 0,3 % (de 0,1 à 0,3 chez les hommes et de 0,2 à 0,4 chez les femmes). Ici encore, la hausse est particulièrement marquée chez les 18-24 ans : la prévalence de tentative de suicide déclarée passe de 0,3 % à 1,1 % des jeunes hommes et de 0,6 % à 1,3 % des jeunes femmes entre 2020 et 2022.

Encadré 2 Pensées suicidaires et tentatives de suicides déclarées, une estimation délicate

L'enquête Baromètre santé réalisée par Santé publique France mesure régulièrement la prévalence des pensées suicidaires depuis 2010, à l'aide de la même question que celle introduite dans l'enquête EpiCov (« Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? »). Les prévalences mesurées en 2021 par le Baromètre santé : 4,2 % [3,9-4,6]^{*} des 18-75 ans vivant en France métropolitaine sont au-dessus de celles retrouvées en 2020 et 2022 par l'enquête EpiCov : respectivement 2,9 % [2,8-3,1] et 3,6 % [3,4-3,9] chez les 18-75 ans. Une autre question sur les conduites suicidaires montre un décalage entre l'enquête EpiCov et le Baromètre santé : à l'automne 2020, 4,2 % [4,1-4,4] des 18-75 ans déclaraient dans l'enquête EpiCov avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie contre 7,1 % [6,7-7,5] dans le Baromètre santé en 2021 (Santé publique France, 2025).

Ces différences de résultats pourraient provenir de certaines différences entre les deux dispositifs d'enquête : méthodes de correction

* Intervalle de confiance à 95 %.

Un léger recul des syndromes dépressifs entre 2021 et 2022, mais des populations toujours vulnérables

Entre l'été 2021 et l'automne 2022, la part des individus concernés par un syndrome dépressif a diminué, passant de 10,6 % à 9,6 % (tableau complémentaire B).

Les syndromes dits « majeurs », plus sévères et qui évoquent une dépression caractérisée, sont stables au cours de la période, ils concernent 5,3 % de la population à l'automne 2022 (encadré 3).

Le recul concerne uniquement les syndromes dépressifs mineurs qui ne touchent plus que 4,3 % de la population, contre 5,5 % en 2021, et est plus prononcé chez les personnes de 25 ans ou plus. La prévalence chez les personnes de moins de 25 ans est, quant à elle, stable : bien que moins importante qu'en 2020 où elle a atteint des niveaux très élevés, elle reste forte par rapport à l'avant-crise sanitaire.

Encadré 3 Indicateurs de santé mentale

Chaque volet de l'enquête EpiCov comprend le questionnaire PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Visant à détecter les syndromes dépressifs, il avait déjà été introduit dans l'enquête européenne EHIS-ESPS en 2014, alors sous sa forme en huit questions (PHQ-8), puis dans l'enquête européenne EHIS 2019, permettant des comparaisons avec la période antérieure à la crise sanitaire. Il s'agit d'un autoquestionnaire, recommandé par la Haute Autorité de santé comme outil de dépistage ou d'aide au diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé. Les neuf questions du PHQ-9 portent sur la fréquence à laquelle le répondant a été gêné lors des quinze derniers jours par différents problèmes, renvoyant aux symptômes cliniques de la dépression. Le répondant cote la fréquence à laquelle il a été affecté par ces problèmes dans les quinze derniers jours selon quatre modalités : Jamais/Plusieurs jours/Plus de la moitié des jours/Presque tous les jours. Une personne est détectée comme présentant un syndrome dépressif si elle déclare avoir été gênée par au moins deux de ces neuf symptômes au moins plus de la moitié des jours, et qu'au moins l'un d'entre eux est un des deux symptômes marqueurs de l'épisode dépressif caractérisé (le peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses et la tristesse, la déprime ou le désespoir). La gêne ressentie de cinq ou plus de ces symptômes (dont l'un des deux symptômes marqueurs) indique un syndrome dépressif majeur évoquant la présence d'un épisode dépressif caractérisé. Si deux à quatre symptômes sont présents, le syndrome est qualifié de mineur, évoquant d'autres troubles dépressifs, généralement moins sévères.

Des questions liées aux conduites suicidaires ont été introduites à partir du 2^e volet d'EpiCov, en novembre 2020. Les pensées suicidaires sont

de la non-réponse, contexte (questions précédant la question sur les pensées suicidaires) et mode d'interrogation (téléphone versus Internet). La différence entre les deux enquêtes pourrait également s'expliquer partiellement par des différences de mode d'échantillonnage : en 2021, le Baromètre santé reposait sur la méthode de la génération aléatoire de numéro de téléphone, alors qu'EpiCov mobilise un plan de sondage impliquant un tirage aléatoire dans les bases fiscales. Depuis 2024, les Baromètres de Santé publique France reposent sur un mode d'échantillonnage plus proche de celui de l'enquête EpiCov ; les résultats issus de ces nouvelles éditions du Baromètre santé qui contiennent les questions sur les conduites suicidaires permettront de mieux comprendre ces différences. En outre, l'enquête de santé européenne (EHIS) de 2025 intégrera, dans certains pays dont la France, le même module de questions, ce qui permettra d'éclairer cette discussion méthodologique.

estimées par la question « Au cours des douze derniers mois avez-vous pensé à vous suicider ? ». Les tentatives de suicide sont, quant à elles, mesurées par la question « Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? » qui admettait plusieurs réponses positives possibles liées à la temporalité de cette tentative en 2020 (Il y a plus d'un an/ Au cours des douze derniers mois, mais avant le début du premier confinement/Pendant le premier confinement/Après le déconfinement du 11 mai/Pendant le deuxième confinement) ; en 2022, la question était directement « Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide ? ».

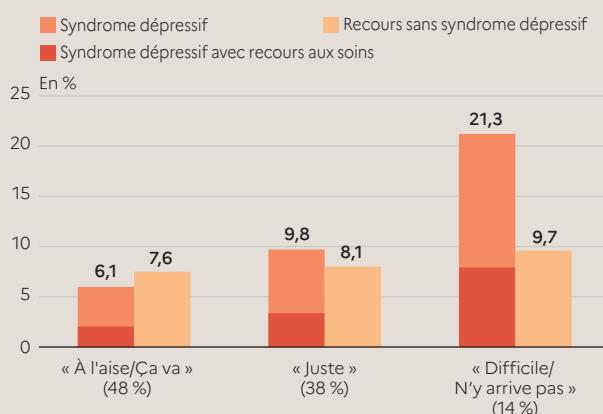
Les difficultés psychosociales des enfants sont estimées à l'aide d'un questionnaire parental « Forces et Faiblesses » (Strength and Difficulties Questionnaire [SDQ]) qui comprend 25 questions décrivant un type de comportement et demandant si, concernant leur enfant au cours des six derniers mois, l'énoncé est : Pas vrai/Un peu vrai/Très vrai. Les 25 réponses sont prévues pour être regroupées dans cinq sous-dimensions qui renvoient à des difficultés d'ordre 1/ émotionnel, 2/ relationnel, 3/ comportemental (colères, violences, vol et désobéissance), et 4/ attentionnel avec ou sans hyperactivité, ainsi qu'aux 5/ aptitudes prosociales de l'enfant. Pour chaque dimension, un score de difficultés ou d'aptitudes (de 0 à 10) est calculé. La somme des quatre premières dimensions permet d'établir un score global sur 40 des difficultés psychosociales de l'enfant selon les réponses de son parent. La littérature internationale a proposé des seuils pour détecter des scores élevés, renvoyant à une forte probabilité de difficultés pour l'enfant (Meltzer, et al., 2000).

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

Les femmes sont plus concernées que les hommes par les syndromes dépressifs (11,1 % contre 8,0 %). Cet écart varie selon les âges, mais il est le plus marqué chez les moins de 25 ans avec 17 % de jeunes femmes concernées en 2022, contre 11 % des jeunes hommes.

La situation financière joue également sur la prévalence des syndromes dépressifs, la part des personnes atteintes d'un tel syndrome variant du simple au triple selon leur situation financière déclarée (*graphique 2*). En effet, plus de 20 % des personnes se déclarant dans une situation financière « difficile » sont concernées par un syndrome dépressif (dont 13,6 % par un syndrome sévère), contre environ 6,1 % de celles se disant plutôt à l'aise financièrement.

Graphique 2 Prévalence des syndromes dépressifs et recours aux soins, selon la situation financière



Lecture > Parmi les 14 % de la population pour qui, financièrement, « c'est difficile » ou qui « n'y arrivent pas sans faire de dettes », 21,3 % présentent un syndrome dépressif en 2022, dont 8,0 % déclarent recourir aux soins de santé mentale entre 2021 et 2022. En outre, 9,7 % d'entre eux déclarent un recours à des soins de santé mentale sans présenter de syndrome dépressif.

Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > Inserm-DREES, EpiCov, volet 4, automne 2022.

> *Études et Résultats* n° 1340 © DREES

Soins de santé mentale : une baisse des recours au généraliste mais des recours spécialisés en hausse

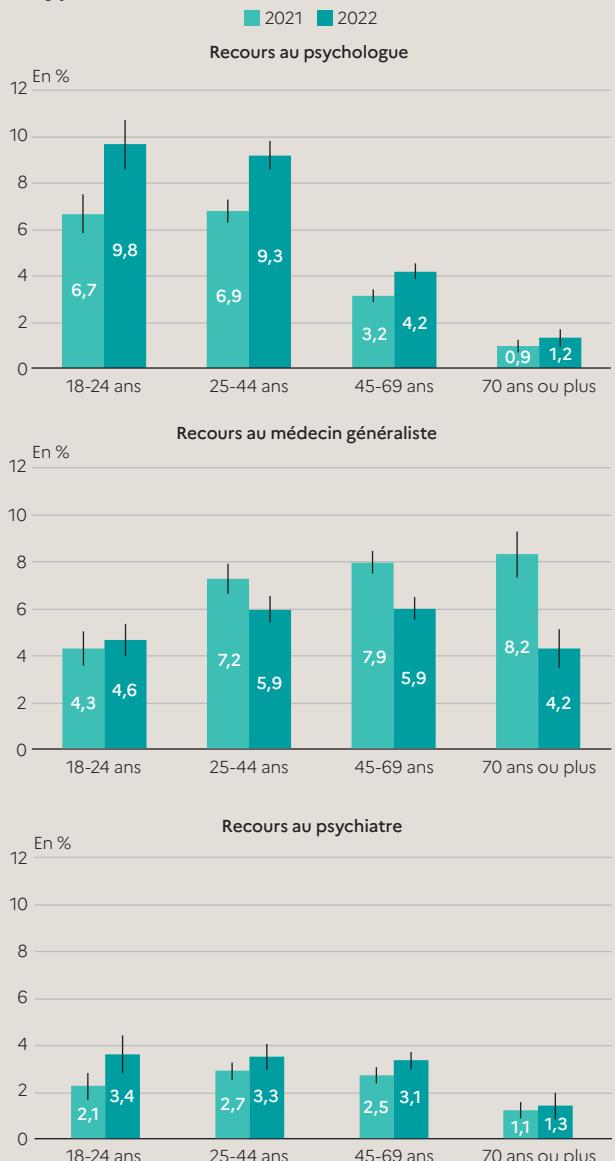
À l'automne 2022, environ un adulte sur dix (11,4 %) déclare avoir consulté un professionnel de santé ou un psychologue parce qu'il « ressentait des difficultés psychologiques ou n'avait pas le moral » depuis juillet 2021. Ce taux de recours est en baisse par rapport à celui déclaré en juillet 2021⁴ (13,0 %), mais uniquement chez les femmes et les hommes de 45 ans ou plus.

C'est cependant une baisse des recours au généraliste qui entraîne cette diminution globale des recours aux soins pour motifs psychologiques (*graphique 3*). Ces chiffres masquent en effet des hausses importantes des recours au psychiatre et au psychologue. Chez le généraliste, le recul concerne les deux sexes et uniquement les 25 ans ou plus. En regard, les hausses de recours au psychiatre et au psychologue concernent particulièrement les femmes et les moins de 25 ans. Ainsi, près de 6 % de la population déclare avoir consulté un psychologue entre l'été 2021 et l'automne 2022, contre un peu plus de 4 % au cours de la période d'enquête précédente, entre le printemps 2020 et l'été 2021. Entre 2020 et 2022, plusieurs dispositifs visant à accroître ce recours ont été déployés, comme MonSoutienPsy, qui permet le remboursement partiel

de la psychothérapie chez les psychologues libéraux y adhérant (DMSMP, 2025). La hausse des recours au psychologue est particulièrement importante chez les jeunes femmes : en 2022, 13,8 % de celles de 18 à 24 ans y ont recouru (+4 points par rapport à 2021), et 12,9 % des 25 à 44 ans (+3 points).

Près de 3 % des adultes déclarent avoir consulté un psychiatre entre juillet 2021 et l'automne 2022, une proportion proche de celle observée à partir des consommations de soins prises en charge par l'Assurance maladie (Hazo, et al., 2023). Ces consultations sont en forte progression chez les moins de 25 ans : 3,4 % déclarent y avoir recouru en 2022, contre 2,1 % en 2021.

Graphique 3 Recours aux soins pour motif psychologique en 2021 et 2022, par âge et type de recours



Note > Les barres noires verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Lecture > Entre l'été 2021 et l'automne 2022, la part des 18-24 ans déclarant un recours au psychologue passe de 6,7 % à 9,8 %.

Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > Inserm-DREES, EpiCov.

> *Études et Résultats* n° 1340 © DREES

4. Celui-ci portait sur la période allant de mars 2020 à juillet 2021.

En tenant compte de la situation financière perçue, les plus hauts taux de recours sont observés parmi les répondants déclarant des difficultés financières (17,6 %), ce qui renvoie aux besoins de soins plus importants dans ces populations (graphique 2). Cependant, 39,6 % des personnes recourant aux soins ne déclarent pas de gêne financière. Le non-recours aux soins de santé mentale chez les personnes qui paraissent en présenter le besoin est à un niveau préoccupant : seulement la moitié des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de douze derniers mois déclarent avoir consulté un professionnel pour un motif psychologique sur la période (44 % des hommes et 56 % des femmes). Parmi les personnes qui présentaient, à l'été 2021, un syndrome dépressif majeur ou un syndrome anxieux sévère, impliquant un probable besoin de soins, le non-recours aux soins de santé mentale dans les quinze mois ayant suivi atteint 64 % (62 % des femmes et 69 % des hommes).

Difficultés psychosociales des enfants : pas d'amélioration entre 2021 et 2022 et une hausse des difficultés émotionnelles

L'enquête EpiCov comporte un module spécifique de questions portant sur l'un des mineurs vivant avec l'adulte répondant, le cas échéant (encadré 3). Entre l'été 2021 et l'automne 2022, aucune amélioration n'est constatée sur les difficultés psychosociales des enfants de 5 à 17 ans. Au contraire, les difficultés émotionnelles, qui recouvrent des symptômes d'anxiété et de tristesse, augmentent de façon significative (graphique 4). Ces résultats font écho à ceux retrouvés dans l'enquête EnCLASS, menée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), montrant une dégradation de la santé mentale des collégiens et des lycéens entre 2018 et 2022 (Léon, et al., 2024).

Graphique 4 Difficultés psychosociales chez les mineurs en 2021 et 2022



Note > Les difficultés sont mesurées à partir du questionnaire parental Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) [encadré 2].

Lecture > Entre l'été 2021 et l'automne 2022, la part des filles âgées de 15 à 17 ans présentant des difficultés émotionnelles passe de 13,3 % à 19,2 %.

Champ > Enfants âgés de 5 à 17 ans dont le parent répondant était une personne de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > Inserm-DREES, EpiCov.

> Études et Résultats n° 1340 © DREES

Cette évolution est particulièrement marquée chez les filles, notamment celles âgées de 5 à 10 ans et de 15 à 17 ans : la prévalence des difficultés émotionnelles augmente de 14,0 % à 18,6 % chez les premières et de 13,3 % à 19,2 % chez les secondes entre l'été 2021 et l'automne 2022.

Si la progression des difficultés émotionnelles chez les adolescentes fait écho à de nombreux autres résultats publiés par ailleurs, la progression de ces difficultés chez les garçons de 8 à 14 ans et les filles de 5 à 10 ans est en revanche relativement inédite (Hazo, et al., 2024 ; Léon, et al., 2024). Sur ce résultat, il est possible que les temporalités de l'enquête aient joué : le questionnaire en 2021 ayant été rempli principalement durant le mois de juillet, hors période scolaire, alors qu'en 2022, les questionnaires ont été remplis au cours des mois d'octobre à décembre. Il faudra attendre les résultats de la prochaine édition de l'enquête EnaBee de Santé publique France, dédiée à la mesure du bien-être des enfants, pour pouvoir confirmer cette tendance (Motreff, et al., 2024).

Inégalités sociales de santé mentale : le poids de la situation financière et du soutien social

À partir des données fiscales de 2018 sur le revenu des ménages, la population de l'enquête a été répartie en cinq parts égales selon le niveau de vie⁵. La prévalence des syndromes dépressifs passe ainsi progressivement de 13,3 % parmi le cinquième des individus les moins aisés à 6,1 % dans le cinquième des plus aisés (tableau complémentaire C). Ce « gradient social » prononcé s'observait également sur toute une série d'indicateurs de santé mentale collectés lors du troisième volet d'EpiCov (Hazo, et al., 2023). Lorsqu'il est tenu compte de la situation financière perçue au moment de l'enquête, ainsi que d'autres caractéristiques individuelles⁶, la corrélation entre le niveau de vie de 2018 et la présence d'un syndrome dépressif en 2022 ne se maintient pas⁷. C'est également le cas pour l'origine migratoire extra-européenne (sur deux générations) et le niveau de diplôme. En d'autres termes, l'origine extra-européenne et un faible niveau de diplôme sont bien corrélés à la présence d'un syndrome dépressif, mais un effet propre de ces variables ne se maintient pas en tenant compte de façon plus détaillée des autres caractéristiques individuelles.

Dans l'enquête EpiCov, un score de soutien social est calculé à partir des réponses à trois questions : le nombre de proches sur qui l'on peut compter, l'intérêt que l'entourage porte à ce que l'on fait et la facilité à obtenir de l'aide de ses voisins. Ainsi estimé, le soutien social a été identifié comme un puissant facteur de protection des divers indicateurs de la santé mentale des adultes comme des enfants (Hazo, Rouquette, 2023). Chacune des trois dimensions prises en compte dans le score est très associée au syndrome dépressif : plus les individus bénéficient d'une situation favorable dans ces trois domaines, moins ils ont de risques de présenter un syndrome dépressif. Ces associations sont robustes, elles se maintiennent indépendamment l'une de l'autre et des

autres caractéristiques individuelles, notamment l'âge et la situation socio-économique (graphique 5).

Les discriminations, puissants facteurs de risque du syndrome dépressif

Les personnes qui se définissent homosexuelles ou bisexuelles présentent presque deux fois plus fréquemment un syndrome dépressif que celles se définissant comme hétérosexuelles (15,5 % contre 8,8 %) [tableau complémentaire C]. À autres caractéristiques individuelles données, elles présentent toujours un risque de syndrome dépressif supérieur de 30 % à celui des personnes hétérosexuelles. De façon un peu plus détaillée, un gradient va des hommes homosexuels qui ont un taux de syndromes dépressifs supérieur à la moyenne des hommes, jusqu'aux personnes se définissant comme bisexuelles, parmi lesquelles plus d'une personne sur cinq présente un syndrome dépressif

Par ailleurs, 16,3 % de la population (18,2 % des femmes et 14,1 % des hommes) déclarent avoir subi, au cours des cinq dernières années, des traitements discriminatoires⁸. Ces personnes sont, pour 18,1 % d'entre elles, concernées par un syndrome dépressif (contre 8,0 % de celles ne se sentant pas discriminées), une association qui reste observée à autres caractéristiques individuelles données (graphique 5). Tous les types de discriminations sont fortement associés à la présence d'un syndrome dépressif. Par exemple, les personnes déclarant avoir subi des traitements discriminatoires en raison de leur état de santé, d'un handicap ou de leur poids ont une prévalence de syndrome dépressif 1,5 fois plus élevée que celles ne le déclarant pas. Bien que le handicap, l'état de santé et l'obésité soient en eux-mêmes des facteurs liés à la dépression, l'expérience de discriminations les concernant est un facteur de risque supplémentaire.

De même, la maladie, qu'elle soit somatique ou mentale, est corrélée à la présence d'un syndrome dépressif. Cependant, la majorité des personnes déclarant avoir un antécédent de trouble psychiatrique (68 %) ne sont pas dépressives au moment de l'enquête (tableau complémentaire C). Cela souligne la possibilité d'un rétablissement dans les maladies psychiatriques chroniques, dont le diagnostic n'implique pas mécaniquement une mauvaise santé mentale⁹ (Psycom, 2024). La maigreur (indice de masse corporelle [IMC] < 18,5) et l'obésité (IMC ≥ 30) sont associées, toutes autres choses égales par ailleurs, à un risque accru de syndrome dépressif. La prise en compte de la corpulence dans l'épidémiologie de la dépression est plutôt rare, ces résultats soulignent pourtant son importance.

Usage fréquent des réseaux sociaux et syndromes dépressifs sont toujours fortement corrélés

Comme cela avait déjà été observé dans les volets précédents de l'enquête EpiCov, une forte exposition aux écrans, hors raisons professionnelles ou scolaires, et une importante fréquence de consultation des réseaux sociaux sont associées à la présence d'un syndrome dépressif, même à autres facteurs égaux par ailleurs (graphique 5).

5. Revenu disponible rapporté au nombre de membres du ménage (comptés en unité de consommation, chaque membre ne comptant pas pour une unité pour refléter les économies d'échelles au sein d'un ménage).

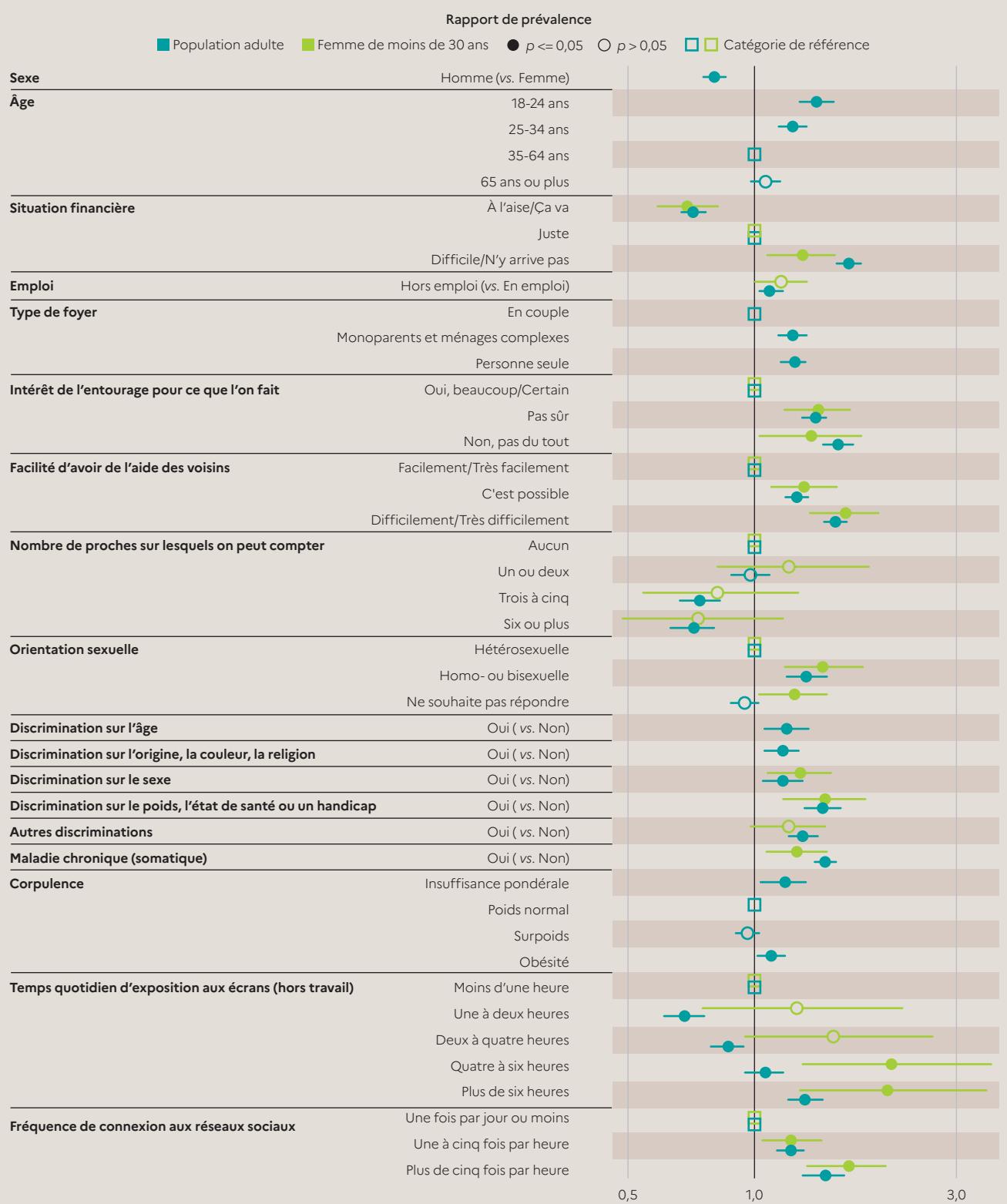
6. Caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, configuration familiale, origines, diplôme, situation professionnelle, orientation sexuelle), état de santé somatique, expériences des discriminations, soutien social, exposition aux écrans et utilisation des réseaux sociaux.

7. Niveau de vie observé et situation financière perçue ne mesurent pas exactement la même chose. La situation financière perçue est une mesure directe et actuelle des conditions de vie matérielles ; il n'est cependant pas exclu qu'elle soit elle-même affectée par la santé mentale, les personnes présentant un syndrome dépressif pouvant être plus enclines à juger difficile leur situation financière. Le niveau de vie permet aussi de décrire un gradient social sur la présence d'un syndrome dépressif, mais peut ne pas refléter uniquement l'effet des conditions de vie matérielles, dont le niveau de vie est une mesure indirecte. L'effacement du niveau de vie dans le cadre de l'analyse multivariée ne remet pas en cause le constat d'inégalités sociales selon le niveau de vie face au risque de syndrome dépressif.

8. La question pour estimer ces expériences était la suivante : « Au cours des cinq dernières années, pensez-vous avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations ? Cela peut s'être produit dans l'emploi, le logement, chez un professionnel de santé, à l'hôpital, à l'école, dans les administrations, dans la rue, etc. ».

9. Bien que corrélées, les notions de santé mentale et de troubles psychiatriques ne se recouvrent pas : il est fréquent de présenter un trouble psychiatrique chronique tout en ayant une bonne santé mentale, c'est notamment le cas lorsque le trouble est bien équilibré ; à l'inverse, il est possible de présenter une santé mentale dégradée en l'absence de trouble psychiatrique, lors d'un deuil par exemple.

Graphique 5 Résultats de la régression multivariée sur le syndrome dépressif en population générale et chez les femmes de moins de 30 ans



Note > Chaque point représente le rapport de prévalence entre la modalité indiquée et la modalité de référence. Les modalités de référence sont notées entre parenthèses ou par un carré fixé sur la barre du 1,0. Les barres horizontales de part et d'autre de chaque point indiquent l'intervalle de confiance à 95 % du rapport de prévalence. Calculé par une régression de Poisson ces rapports de prévalences estiment l'effet d'une caractéristique sur la probabilité de présenter un syndrome dépressif.

Lecture > À toutes autres caractéristiques égales, les hommes ont une prévalence de syndrome dépressif 0,8 fois moindre que celle des femmes (la catégorie de référence). La population des femmes de moins de 30 ans partage avec la population adulte les mêmes facteurs de risque du syndrome dépressif, à l'exception de certaines discriminations et de la corpulence.

Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

Source > Inserm-DREES, EpiCov.

> Études et Résultats n° 1340 © DREES

À l'inverse, une exposition aux écrans comprise entre une et quatre heures par jour est associée à une prévalence plus faible de syndromes dépressifs que celle des personnes exposées moins d'une heure par jour, une situation relativement peu fréquente (11 % de la population) et qui pourrait renvoyer dans certains cas à des situations de handicap, d'isolement, de perte d'intérêt ou de défaut de concentration liés à la dépression (*tableau complémentaire C*). Toujours à partir de l'enquête EpiCov, l'exposition aux écrans et la consultation des réseaux sociaux ont également été retrouvées associées aux pensées suicidaires (Hazo, 2022). En outre, chez les enfants âgés de 3 à 17 ans, un temps d'exposition aux écrans égal ou supérieur à quatre heures quotidiennes apparaît là aussi comme un facteur de risque des difficultés psychosociales (Hazo, Rouquette, 2023).

La surexposition aux réseaux sociaux explique partiellement la dégradation de la santé mentale des jeunes femmes

L'augmentation des prévalences des conduites suicidaires et des syndromes anxiodépressifs chez les adolescentes et les femmes de moins de 30 ans est une tendance apparue dans les années 2010, qui s'est accélérée avec la crise sanitaire de 2020 (Observatoire national du suicide, 2025). Les raisons de cette récente dégradation sont encore mal circonscrites. Cependant, la littérature scientifique tend à s'accorder sur un important rôle du mésusage des réseaux sociaux et du cyberharcèlement qui peut s'y dérouler, d'autant plus depuis qu'il est possible de les compulser en continu via un téléphone portable. Les jeunes femmes sont en effet non seulement de plus grandes utilisatrices des réseaux sociaux que les jeunes hommes, mais elles y sont également plus fréquemment victimes de cyberharcèlement (Keyes, 2024 ; Bousquet-Bérard, Pascal, 2024). En prenant garde de ne pas confondre corrélation et causalité, force est de constater que le phénomène international d'augmentation des prévalences de conduites suicidaires et de dépressions chez les adolescentes et les jeunes femmes est concomitant du déploiement des smartphones et de la généralisation de l'usage des réseaux sociaux.

Les syndromes dépressifs chez les jeunes filles semblent liés aux mêmes facteurs que dans l'ensemble de la population (soutien

social, situation financière perçue, maladie chronique, orientation sexuelle, discriminations, exposition aux écrans et réseaux sociaux) [*graphique 5*]. Toutefois, les femmes de 17 à 29 ans concentrent aussi certains de ces facteurs de risque : elles s'exposent plus longuement aux écrans (plus de quatre heures quotidiennes pour 49 % d'entre elles, contre 32 % dans l'ensemble de la population), consultent plus fréquemment les réseaux sociaux (au moins une fois par heure pour 48 % d'entre elles contre 16 %), subissent plus souvent des discriminations (29 % en déclarent contre 16 %) et se définissent plus souvent homosexuelles ou bisexuelles (8,5 % contre 3,5 %) [*tableau complémentaire D*].

Les analyses de médiation¹⁰ permettent d'estimer à quel point une caractéristique « médiatrice », comme l'usage plus intensif des réseaux sociaux, l'exposition plus longue aux écrans, l'appartenance plus fréquente aux minorités sexuelles et un vécu discriminatoire plus important, vient expliquer le lien entre deux autres caractéristiques, comme la vulnérabilité face au syndrome dépressif chez les jeunes femmes. Ces analyses montrent que la forte concentration de ces facteurs de risque chez les femmes de moins de 30 ans vient expliquer une part significative de leur surrisque de présenter un syndrome dépressif. Ainsi, après ajustement sur les autres facteurs de risque, une consultation fréquente des réseaux (plus d'une fois par heure) expliquerait 24 % de la probabilité de présenter un syndrome dépressif chez les jeunes femmes, et l'exposition prolongée aux écrans (plus de quatre heures par jour) y contribuerait pour 12 %. Ces pourcentages ne sont pas additionnables, car beaucoup de jeunes femmes cumulent les deux situations. Les discriminations sexuelles expliqueraient, quant à elles, 12 % du lien entre jeunes femmes et dépressivité, et l'analyse ne retrouve en revanche pas d'effets de médiations des autres types de discriminations. Enfin, l'appartenance plus fréquente aux minorités sexuelles viendrait expliquer 4 % du lien existant entre le fait d'être une jeune femme et la présence d'un syndrome dépressif (*tableaux complémentaires E et F*). ●



[Télécharger les données](#)

10. L'analyse repose sur la comparaison des résultats de deux modèles de régression : l'un sur le lien entre le fait d'être une femme de moins de 30 ans (jeune femme [JF]) et le médiateur (écran, réseau social, etc.), ajusté sur d'autres facteurs (situation financière, soutien social, etc.), l'autre sur le lien entre JF et syndrome dépressif (SD), également ajusté sur les mêmes facteurs que le premier modèle. Cette comparaison des coefficients de régression permet de quantifier la part du lien entre JF et SD qui est expliquée par le médiateur considéré (Tingley, et al., 2014 ; Xu, et al., 2024).

Pour en savoir plus

> La bibliographie de cette étude est disponible sur la page de la publication du site internet de la DREES.

Mots clés : [Santé de la population](#) [Santé mentale](#) [Dépression](#) [Suicide](#) [Inégalités sociales](#) [Discriminations](#)

> [Publications](#)
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> [Open Data](#)
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> [Nous contacter](#)
DREES-INFOS@sante.gouv.fr

> [Contact presse](#)
DREES-PRESSE@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglart

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Chargée d'édition : 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@sante.gouv.fr