

# ÉTUDES et RÉSULTATS

juin 2022  
n° 1233

## Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes

En juillet 2021, le taux moyen des syndromes dépressifs chez les 16 ans ou plus se stabilise par rapport à novembre 2020, une personne sur dix étant concernée. Chez les jeunes de 16 à 24 ans, le recul de la prévalence de ces syndromes est notable, sans toutefois retrouver les niveaux observés en 2019.

Une personne sur dix présente un syndrome anxieux. Les symptomatologies dépressives et anxieuses sont souvent mêlées chez un même individu, plus d'une personne sur vingt est affectée des deux syndromes en même temps.

Des comportements boulimiques sont déclarés par 4 % des 16 ans ou plus, une proportion qui varie beaucoup selon les âges et le sexe : près de 8 % des femmes de 16 à 24 ans déclarent des comportements boulimiques, contre 1 % des personnes de 65 ans ou plus.

Entre mars 2020 et juillet 2021, 13 % de la population a consulté pour raison de santé mentale, dont la moitié consultait déjà avant la crise sanitaire. Chez un peu moins d'une personne sur dix, un diagnostic psychiatrique a été posé au cours de son existence et, pour 2 % de la population, ce diagnostic a été posé au cours de la crise sanitaire.

La plupart des indicateurs de santé mentale sont marqués par des inégalités sociales en défaveur des personnes les plus modestes. Des conditions de travail perturbées par la crise sanitaire, potentiellement responsables de risques psychosociaux, sont corrélées à des indicateurs de santé mentale dégradée.

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

> **Remerciements** : Samuel Allain, Guillaume Bagein, Laure Com-Ruelle, Clémentine Jager

Les résultats de l'Enquête nationale Épidémiologie et Conditions de vie (EpiCov) comparés à ceux de l'Enquête santé européenne (EHIS) ont montré de fortes progressions de syndromes dépressifs entre 2019 et mai 2020 chez les personnes de 15 à 44 ans. En novembre 2020, la prévalence de ces syndromes demeurait encore à un niveau très élevé chez les moins de 35 ans (Hazo, Costemalle, 2021 ; Hazo, *et al.*, 2021). Ces observations ont conduit à développer un module dédié à la santé mentale dans le questionnaire du troisième volet de l'enquête EpiCov, réalisé en juillet 2021 (*encadré 1*).

## Stabilité des syndromes dépressifs en juillet 2021 par rapport à novembre 2020

La part de personnes de 16 ans ou plus résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique ou à La Réunion<sup>1</sup> présentant un syndrome dépressif est de 11 % en juillet 2021 (12 % des femmes et 9 % des hommes), soit des niveaux similaires à ceux de novembre 2020<sup>2</sup> (*graphique 1*). Ces syndromes sont majeurs<sup>3</sup> pour 5 % de la population (6 % des femmes et 4 % des hommes), proportions également stables par rapport à novembre 2020. En juillet 2021, la prévalence de l'ensemble des syndromes dépressifs, mineurs et majeurs, est identique à celle de 2019. Cette apparente stabilité masque cependant une certaine aggravation de la

situation, avec une progression des syndromes majeurs masquée par un recul des syndromes mineurs. En 2014, la prévalence des syndromes dépressifs était de 4 points inférieure à celle de 2021 : ils ne concernaient alors que 7 % de la population de 16 ans ou plus (5 % des hommes et 9 % des femmes) [*tableau complémentaire A*]<sup>4</sup>. Le retentissement du syndrome dépressif sur la vie quotidienne dépend de son intensité et en reflète la gravité : pour 38 % des personnes ayant un syndrome dépressif majeur, les symptômes rendent « très » ou « extrêmement difficile » l'accomplissement des tâches quotidiennes ou professionnelles ou encore la capacité à s'entendre avec les autres. Une proportion qui chute à 10 % pour les personnes porteuses d'un syndrome mineur.

## Une nette amélioration des taux de syndromes dépressifs chez les jeunes

Les remontées de données des établissements de santé ont alerté sur la détresse psychologique vécue par une minorité importante d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes en lien avec la crise sanitaire (Santé publique France, 2021). Les taux de syndromes dépressifs estimés par les deux premiers volets d'EpiCov, en 2020, étaient de fait deux fois plus élevés que ceux mesurés en 2019 chez les 15-24 ans. Quel que soit le type de syndrome dépressif mesuré, les adolescents et jeunes adultes semblent être, en 2014, ●●●

### Encadré 1 L'enquête EpiCov

L'enquête EpiCov a été élaborée 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 collaboration avec Santé publique France (SpF) 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 à un niveau national et départemental ainsi que d'étudier les répercussions des confinements et de l'épidémie sur les conditions de vie et sur la santé. Le premier volet de l'enquête s'est déroulé 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. Pour le deuxième volet, la collecte des données a eu lieu entre le 26 octobre et le 14 décembre 2020. Le troisième volet a été réalisé entre le 24 juin et le 6 août 2021.

EpiCov est une enquête de cohorte : 135 000 personnes âgées de 15 ans ou plus au 1<sup>er</sup> 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 et 108 000 ont accepté de répondre. Lors de ces deux premiers volets, seuls 10 % de l'échantillon, sélectionnés aléatoirement, ont été soumis aux modules du questionnaire portant sur la santé mentale. Pour le troisième volet, dédié partiellement à la santé mentale, ils étaient 85 000 à accepter de répondre à des questions portant sur leur santé, l'évolution de leur situation socioprofessionnelle, leur rapport à la vaccination et leur santé mentale. Les principaux résultats de la présente publication sont issus de ce dernier volet de l'enquête.

Au vu de l'urgence à laquelle elle répondait et par respect des mesures sanitaires en vigueur, cette enquête de statistique publique s'appuie principalement sur un mode de passation par autoquestionnaire en ligne (82 % contre 18 % par téléphone) auquel certaines catégories de la population sont moins susceptibles de répondre, notamment les personnes âgées porteuses d'un handicap ou en perte d'autonomie. Chez ces personnes, les indicateurs de santé mentale sont souvent très dégradés. Les pondérations réalisées *a posteriori* pour redresser l'échantillon afin de le rendre représentatif de la population peuvent ne pas corriger complètement ce biais, qui est sans doute responsable d'une sous-estimation des indicateurs de santé mentale présentés ici.

L'Enquête santé européenne EHIS est réalisée tous les six ans dans tous les pays de l'Union européenne. Les objectifs principaux de cette enquête sont de suivre l'état de santé et les déterminants de santé de la population française, de les comparer aux autres pays participants, d'éclairer des thématiques liées au système d'assurance maladie en France et d'investiguer des champs de recherche exploitant l'appariement entre l'enquête EHIS et les données médico-administratives (Système national des données de santé). Les analyses présentées ici portent sur 14 192 individus résidant en France métropolitaine. En 2014, l'enquête EHIS-ESPS avait interrogé près de 10 000 ménages. Les questions de santé qui figurent dans le règlement européen ont été administrées dans l'autoquestionnaire papier proposé à tous les membres âgés de 15 ans ou plus des ménages échantillonnés, soit au total 15 729 réponses, dont 442 individus ont été retirés de l'analyse du fait de données manquantes dans le PHQ-8.

Les comparaisons entre les enquêtes sont cependant limitées par des différences de modes de passation (internet, téléphone).

1. En ménages ordinaires et communautés, hors établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), maisons de retraite et prisons. La Guyane et Mayotte ne font pas partie du champ de l'enquête.

2. Les variations de prévalences d'une enquête ou d'un volet d'EpiCov à l'autre mentionnées dans la suite de cette étude ont été testées à l'aide d'un test de Wald réalisé à partir de l'estimation des variances, la significativité statistique ayant été fixée au seuil de 5 %. Cette significativité implique que la différence de proportions mise en évidence d'une année ou d'un volet d'EpiCov sur l'autre a moins de 5 % de chances d'être due à l'aléa d'échantillonnage. L'autocorrélation des volets d'EpiCov, liée au fait qu'ils concernent un même échantillon de la population, a été prise en compte. Sauf mention contraire, les prévalences inférieures ou supérieures, en baisse ou en hausse, décrites subséquemment sont statistiquement significatives.

3. L'outil de détection des syndromes dépressifs, le PHQ-9 (*encadré 2*), permet de distinguer les syndromes majeurs, évocateurs d'un trouble dépressif, des syndromes mineurs, renvoyant à un mal-être et qui ne relèvent pas forcément d'une situation pathologique.

4. Les tableaux complémentaires sont consultables avec les données associées à cette étude sur le site internet de la DREES.

- une population globalement protégée, avec des prévalences très inférieures à la moyenne. En 2019, leur situation semble s'être dégradée, mais ils se situent toujours dans la moyenne nationale. Lors de ces deux années de mesure, les taux de syndromes dépressifs ont plutôt tendance à croître au fil des âges. À partir de 2020, une inversion nette de cette tendance<sup>5</sup> se produit avec des prévalences de syndromes dépressifs maximales chez les jeunes adultes (*graphique 1*).

En juillet 2021, les syndromes dépressifs concernent encore 14 % des 16-24 ans<sup>6</sup> (18 % des jeunes femmes et 11 % des jeunes hommes), soit un recul de 5 points par rapport à novembre 2020 mais 4 points au-dessus de 2019. Les syndromes majeurs sont, pour leur part, en recul de 4 points parmi les femmes de 16 à 24 ans, dont 9 % demeurent affectées contre 4 % en 2019. Chez les hommes de cette classe d'âge, 4 % sont porteurs d'un syndrome dépressif majeur en 2021, contre 5 % en 2020 et 3 % en 2019. Mis à part un recul chez les plus jeunes, les syndromes majeurs sont stables dans les autres classes d'âge et progressent même légèrement entre novembre 2020 et juillet 2021 chez les femmes de 55 à 64 ans (*tableau complémentaire A*).

Dans certains cas, la dépression peut être saisonnière et apparaître cycliquement à la période automnale, moment où le deuxième volet de l'enquête s'est déroulé en 2020. À l'inverse, le troisième volet d'enquête a eu lieu du 24 juin au 6 août 2021, soit une période de vacances pour la plupart des 16-24 ans, durant laquelle un relatif relâchement de la tension épidémique, accompagné d'une perspective de sortie de crise (la vaccination étant alors massivement déployée),

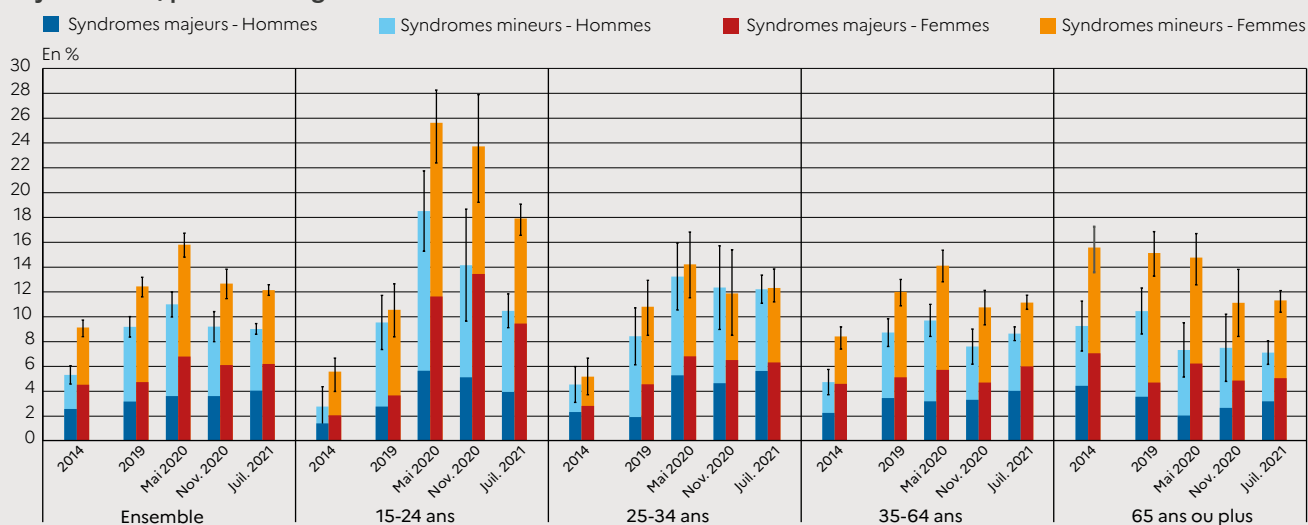
a pu se produire. Ces effets de saisonnalité ainsi que la situation sanitaire pourraient expliquer l'amélioration de la santé mentale de cette tranche de la population entre novembre 2020 et juillet 2021.

Par ailleurs, la campagne de sensibilisation et de déstigmatisation des troubles anxio-dépressifs « En parler, c'est déjà se soigner », dont les jeunes étaient un public cible, a été menée au printemps 2021. Cette campagne avait pour but d'améliorer les comportements de recours aux soins et de verbalisation du mal-être. Selon une étude américaine, les plus jeunes générations tendraient à moins stigmatiser la dépression que leurs aînés (Pescosolido, et al., 2021), ce qui pourrait entraîner une meilleure déclaration des symptômes du mal-être psychologique chez ces générations et, par un mécanisme inverse, impliquer une sous-évaluation des problèmes de santé mentale chez les générations plus anciennes.

## Dépression et anxiété : des syndromes qui vont souvent de pair

En juillet 2021, 11 % de la population âgée de 16 ans ou plus présente un syndrome anxieux selon le questionnaire de détection GAD-7 (*encadré 2*). Les femmes sont 14 % à être concernées, contre 8 % des hommes. La prépondérance des taux d'anxiété chez les femmes par rapport aux hommes concerne tous les âges mais est plus importante chez les jeunes femmes : parmi les 16 à 24 ans, plus de 20 % des femmes sont concernées contre 8 % des hommes (*tableau complémentaire B*). Pour 23 % des personnes ayant un syndrome anxieux, celui-ci rend leur vie professionnelle ou relationnelle

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



**Notes >** Les syndromes dépressifs sont détectés par l'algorithme du PHQ-9 (*encadré 2*). En 2014, l'outil 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 %.

Les personnes en situation de handicap (qui déclarent être fortement limitées depuis au moins six mois par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens) sont sous-représentées dans l'enquête EpiCov, elles sont plus souvent porteuses d'un syndrome dépressif que la moyenne de la population. Leur sous-représentation conduit à sous-estimer de 1 point la prévalence moyenne de personnes présentant un syndrome dépressif dans l'enquête EpiCov (mai, novembre 2020 et juillet 2021), et de 2 points chez les 65 ans ou plus.

**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 >** EHS 2014 et 2019 : personnes âgées de 15 ans et plus, résidant en France métropolitaine et vivant en logement ordinaire pour EHS 2014 et 2019. EpiCov : personnes de 15 ans ou plus en 2020, puis 16 ans ou plus en 2021, résidant en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique et à la Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

**Sources >** Enquêtes EHS 2014 et 2019 ; EpiCov (Inserm-DREES), volets 1, 2 et 3 - mai et novembre 2020, questionnaire long, et juillet 2021 à l'ensemble des individus.

> *Études et Résultats* n° 1233 © DREES

5. Les personnes en situation de handicap (qui déclarent être fortement limitées depuis au moins six mois par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens) sont sous-représentées dans l'enquête EpiCov, elles sont plus âgées et plus dépressives que la moyenne. Leur sous-représentation, tout particulièrement chez les plus âgés, conduit à sous-estimer de 1 point la prévalence moyenne de personnes présentant un syndrome dépressif dans le volet 3 d'EpiCov, et d'environ 2 points chez les 65 ans ou plus.

6. EpiCov est une cohorte réinterrogeant le même échantillon tiré au sort en mai 2020 ; en juillet 2021, les plus jeunes avaient donc passé leur 16<sup>e</sup> anniversaire.

« extrêmement » ou « très » difficile, et pour 54 % « assez » difficile. Les 22 % restants estiment que ces symptômes n'ont pas rendu leur vie difficile.

Bien que renvoyant théoriquement à des pathologies distinctes, les symptomatologies anxieuses et dépressives sont souvent co-occurentes. Ainsi, parmi les 16 % de la population touchée par l'un ou l'autre des syndromes anxieux et dépressif, plus d'un tiers déclare les deux types de syndromes (6 % de la population totale), ces personnes étant plus nombreuses que celles concernées par un syndrome anxieux seul (5 %) ou un syndrome dépressif seul (5 %). La corrélation entre les scores d'anxiété et de dépression calculés au moyen des deux

questionnaires de détection est en effet très forte<sup>7</sup>. Plus de 60 % des personnes ayant un score d'anxiété sévère ont également un score au PHQ-9 qui renvoie à un syndrome dépressif d'intensité sévère ou modérément sévère (*tableau complémentaire C*).

## Comportements boulimiques : près d'une jeune femme sur dix concernée

Cliniciens et scientifiques ont alerté sur une possible progression des troubles des conduites alimentaires en lien avec la crise sanitaire, notamment chez les jeunes (Rodgers, *et al.*, 2020). Une étude sur les données de consommation de soins aux États-Unis montre

### Encadré 2 Outils de mesures

Chaque volet de l'enquête EpiCov comprend le questionnaire PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*). Visant à détecter les syndromes dépressifs, il a été introduit pour la première fois dans l'enquête européenne EHIS-ESPS en 2014, alors sous sa forme en huit questions (PHQ-8). 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/la répondant(e) a été gêné(e) lors des quinze derniers jours 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 ; et 9/ des pensées de mort ou auto-agressives. 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 » et « Presque tous les jours ».

Une personne est détectée comme présentant un syndrome dépressif si elle déclare avoir été gênée par au moins deux des neuf problèmes plus de la moitié des jours ou presque tous les jours, et qu'au moins l'un de ces symptômes est un des deux symptômes marqueurs de l'épisode dépressif caractérisé (« le peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses » ou « la tristesse, la déprime ou le désespoir »). La présence de pensées de mort et/ou auto-agressives est comptabilisée comme un symptôme, même si elles ne sont présentes que « plusieurs jours ». La présence 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, on qualifie le syndrome de **non majeur, ou mineur**, évoquant d'autres troubles dépressifs, généralement moins sévères mais pas systématiquement. La prise en compte ou non du 9<sup>e</sup> 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.

Un questionnaire similaire a été utilisé pour dépister la présence d'un syndrome anxieux : le GAD-7 (*General Anxiety Disorder-7*). Comme le PHQ-9, le GAD-7 demande au répondant à quelle fréquence il ou elle a été gêné(e) pendant les quinze derniers jours par les sept symptômes du trouble anxieux généralisé qui sont : 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 ; et 7/ le sentiment de peur *comme si quelque chose de terrible risquait de se produire*. Selon la fréquence à laquelle le/la répondant(e) a été gêné(e) par de tels symptômes, les modalités sont cotées de 0 à 3 points, l'addition des points obtenus pour chacun des items permet le calcul d'un score allant de 0, l'absence d'anxiété, à 21 correspondant à une anxiété maximale. La littérature scientifique s'accorde sur le seuil de 8 ou plus pour détecter un syndrome anxieux, évocateur d'un probable trouble anxieux.

Les comportements boulimiques ont été étudiés chez les répondants à l'aide du questionnaire PHQ-ED (*Patient Health Questionnaire - Eating Disorder*). Celui-ci demande au répondant s'il/elle « a souvent l'impression de ne pas pouvoir contrôler ce [qu'il/elle] mange ou les quantités [qu'il/elle] mange et si : [il/elle] 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 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, jeûnes, activités physiques intenses ou prises de laxatifs). Si la personne déclare avoir de tels accès boulimiques en moyenne deux fois par semaine au cours des trois derniers mois 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, les taux rapportés ici ne sont donc pas pertinents pour estimer les prévalences de la boulimie (Striegel-Moore, *et al.*, 2010).

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 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.

Les mésusages de l'alcool ont été approchés grâce au questionnaire AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, version courte) qui permet, à l'aide de trois questions, de croiser la fréquence et les quantités de consommation moyennes, ainsi que la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (« API » : 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. Différents niveaux de risque ont été retenus : 1/ une consommation supérieure aux recommandations sanitaires actuelles (plus de 2 verres standards en une occasion et/ou plus de 5 jours avec consommation par semaine et/ou plus de 10 verres standards par semaine) ; 2/ une consommation à risque chronique caractérisée par au moins une API par semaine et/ou une consommation hebdomadaire moyenne supérieure à 14 verres standards pour les femmes et 21 verres standards pour les hommes ; 3/ une consommation à risque modéré n'excédant pas les seuils de la consommation à risque chronique.

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

7. Le coefficient de corrélation ( $R^2$ ) s'élève à 0,77, il est significativement différent de 0 au seuil de 1% ( $p < 0,001$ ).

une progression des recours pour troubles du comportement alimentaire chez les jeunes femmes à partir de mai 2020, atteignant le double de ceux mesurés en 2019 à la fin 2020 (Taquet, *et al.*, 2021). Parmi ces troubles, seuls certains comportements boulimiques<sup>8</sup> ont pu être étudiés par EpiCov (*encadré 2*). En juillet 2021, 3 % des hommes et 5 % des femmes de 16 ans ou plus déclarent qu'il leur arrive au moins deux fois par semaine depuis trois mois de consommer une « quantité anormalement grande de nourriture » tout en ayant « l'impression de ne pas contrôler ce [qu'il/elle] mange ou les quantités de nourriture [qu'il/elle] mange » en moins de deux heures. Pour compenser ces accès, 0,7 % des hommes et 1,2 % des femmes déclarent mettre en place des comportements visant spécifiquement à limiter leur prise de poids (vomissements, jeûnes, prises de laxatifs, exercices physiques dédiés). Les adolescentes et les jeunes femmes adultes sont un groupe à fort risque de troubles des conduites alimentaires, elles sont en effet près de 8 % parmi celles âgées de 16 à 24 ans à déclarer des accès boulimiques et 2,5 % d'entre elles disent adopter des comportements compensatoires (*graphique 2*).

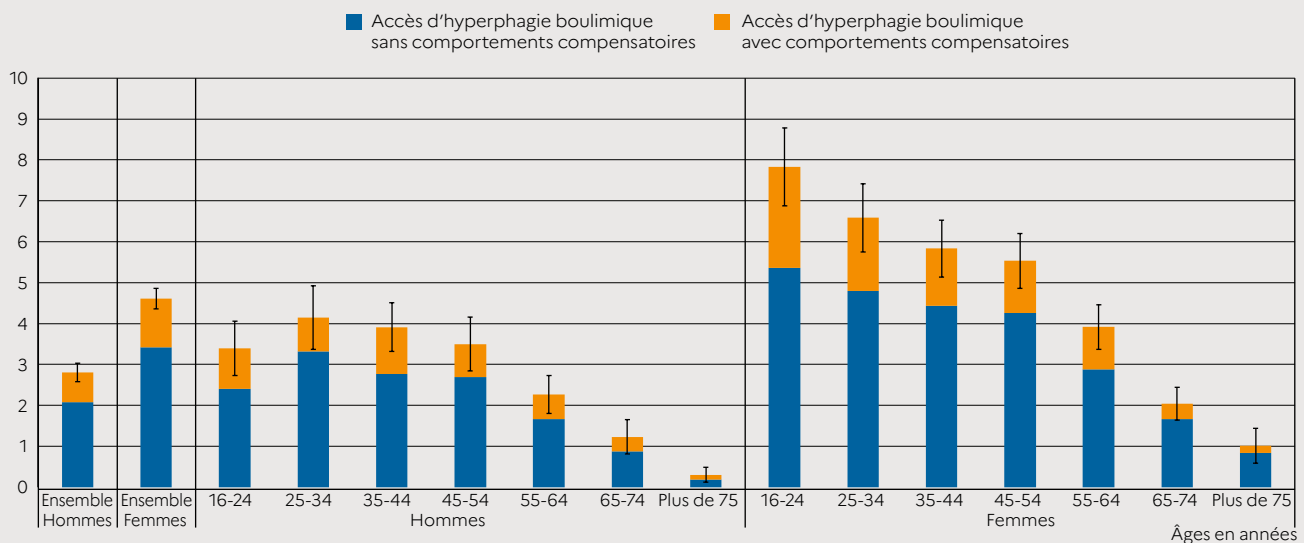
## Des conditions de travail perturbées depuis la crise sanitaire

En juillet 2021, 77 % des personnes en emploi déclarent ne pas avoir télétravaillé au cours des sept derniers jours<sup>9</sup>, 18 % d'entre eux déclarent avoir partiellement télétravaillé et 5 % avoir été exclusivement en télétravail au cours de cette période. Aucune de ces

situations ne paraît associée à une moindre ou une plus grande fréquence de détection des taux de syndromes anxio-dépressifs, de comportements boulimiques ou de consommation d'alcool à risque chronique<sup>10</sup>. En revanche, parmi les personnes en emploi, 45 % déclarent travailler « parfois », « souvent » ou « toujours » en horaires décalés (« le soir, la nuit ou très tôt le matin »). Ces derniers sont plus fréquemment détectés anxieux et/ou dépressifs (16 %), avec des comportements boulimiques (5 %) et des consommations d'alcool à risque chronique (6 %) que ceux déclarant ne « jamais » travailler en horaires décalés, ces derniers étant respectivement concernés par ces problèmes à 13 %, 4 % et 5 %. Les personnes ne travaillant pas sont pour leur part concernées à 17 % par un syndrome anxieux et/ou dépressif, à 3 % par des comportements boulimiques et à 4 % par une consommation d'alcool à risque chronique.

Trois questions portant sur la période s'écoulant depuis le début de la crise sanitaire (mars 2020) jusqu'à la passation du questionnaire (juillet 2021) renvoyaient à de potentiels risques psychosociaux au travail. Elles portaient sur : 1/ la présence de périodes inhabituelles de surcharge de travail (28 % des travailleurs concernés « toujours » ou « souvent ») ; 2/ des périodes inhabituelles avec trop peu de travail (9 % des travailleurs concernés « toujours » ou « souvent ») ; 3/ le fait de devoir faire des choses qu'[ils/elles] n'avaient jamais faites (14 % des travailleurs concernés « toujours » ou « souvent »). Les travailleurs concernés par ces situations ont des taux de syndromes anxieux et/ou dépressifs et de comportements boulimiques

**Graphique 2** Présence de comportements boulimiques déclarés en juillet 2021, par sexe et âge



**Note** > La présence de comportements boulimiques est détectée au moyen du PHQ-ED qui n'est pas un questionnaire diagnostique des troubles des conduites alimentaires (*encadré 2*).

**Lecture** > En juillet 2021, 2,8 % (avec une incertitude de plus ou moins 0,2 %) des hommes âgés de 16 ans ou plus déclarent des comportements boulimiques et pour 0,7 % d'entre eux, ils sont accompagnés de comportements de compensation de la prise de poids (vomissements, jeûnes).

**Champ** > Personnes de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe et La Réunion (EpiCov), hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

**Sources** > EpiCov (Inserm-DREES), 3<sup>e</sup> volet, juillet 2021.

> *Études et Résultats* n° 1233 © DREES

**8.** La boulimie est caractérisée par des crises d'envies irrésistibles d'absorber de grande quantité de nourriture en un temps réduit, avec une perte de contrôle des quantités de nourriture absorbées. Dans le cas de la boulimie dite « nerveuse » ou boulimie simple, ces accès boulimiques sont accompagnés de comportements de compensation visant à limiter la prise de poids (jeûnes, vomissements, etc.), qui entraînent de sérieux risques pour la santé physique. Si les accès boulimiques ne sont pas accompagnés de comportements compensatoires, on parle d'hyperphagie boulimique, qui est généralement associée à un surpoids. Le questionnaire utilisé pour détecter ces comportements (*encadré 2*) n'est pas un questionnaire diagnostique à même de détecter les troubles que sont la boulimie nerveuse ou l'hyperphagie boulimique. Les données internationales antérieures à la crise sanitaire rapportent en effet des prévalences en vie entière bien inférieures à celles des comportements estimés ici sur les trois derniers mois (Smink, *et al.*, 2012).

**9.** Seules les personnes déclarant avoir effectivement travaillé durant les sept derniers jours ont été interrogées par ce module portant sur les conditions de travail, ce qui n'inclut pas les personnes en emploi mais en congés sur la période.

**10.** Personnes buvant plus de 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine ou consommant plus de 14 verres en moyenne par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes (*encadré 2*).



doublés par rapport à ceux n'ayant « jamais » ou seulement « parfois » été dans ces trois cas de figure. De plus, chez ceux déclarant des périodes inhabituelles de manque de travail, les consommations d'alcool à risque chronique sont surélevées (*tableau complémentaire D*). Alors que l'autonomie professionnelle est généralement considérée comme un facteur de protection des risques psychosociaux au travail, il semble cependant que celle acquise dans le contexte de la crise sanitaire ait été plus souvent subie. En effet, les 30 % de travailleurs déclarant avoir « toujours » ou « souvent » plus d'autonomie pour travailler depuis la crise ont des taux de syndromes anxieux et/ou dépressifs et des comportements boulimiques légèrement plus élevés que ceux pour qui ce ne fut « jamais » ou seulement « parfois » le cas. Ce résultat peut être lié, d'une part, à une interprétation différente du terme « autonomie » en période de télétravail et de distanciation sociale et, d'autre part, à un déficit d'encadrement non souhaité par certains des salariés. Parmi les 27 % de travailleurs qui déclarent avoir craint « que [leur] santé soit mise en danger par [leurs] conditions de travail en rapport avec l'épidémie de coronavirus », les taux de troubles anxieux ou dépressifs (24 %) et de comportements boulimiques (7 %) sont nettement plus élevés que chez ceux n'ayant jamais eu ce type de craintes (respectivement 11 % et 4 %).

Enfin, deux travailleurs sur dix estiment qu'il est « plus » ou « beaucoup plus » difficile de « gérer à la fois [son] travail et [sa] vie personnelle qu'avant la crise sanitaire » contre un sur dix qui trouve cela « plus » ou « beaucoup plus » facile. Sept travailleurs sur dix estiment, quant à eux, que cela n'a pas changé.

### Les symptômes du Covid-19 toujours associés à une santé mentale dégradée

Le fort lien statistique entre le fait de déclarer avoir eu des symptômes du Covid-19<sup>11</sup> et de présenter un syndrome dépressif ou des pensées suicidaires, identifié dans les deux premiers volets d'EpiCov, se retrouve dans le troisième volet. En outre, l'association est également marquée, toutes choses égales par ailleurs, entre la présence d'un syndrome anxieux ou de comportements boulimiques et la déclaration de symptômes évocateurs du Covid-19 (*tableau complémentaire D*). La déclaration d'un test positif au Covid-19<sup>12</sup> est associée à un taux de syndromes anxieux légèrement supérieur à celui des personnes n'ayant pas été testées ou ayant eu un test négatif, mais de façon beaucoup moins marquée que le fait d'avoir ressenti des symptômes du Covid-19.

Lors du deuxième volet d'EpiCov, pour lequel des tests sérologiques au Covid-19 étaient envoyés à certains répondants<sup>13</sup>, aucune association entre les pensées suicidaires ou les syndromes dépressifs et la présence d'une sérologie positive à la maladie n'a été retrouvée, laissant penser que seules les formes symptomatiques entraînaient une dégradation de la santé mentale. Cela appuie l'hypothèse, élaborée par ailleurs, que les troubles anxio-dépressifs post-Covid-19 seraient liés à la sévérité des symptômes de la maladie plutôt qu'au virus lui-même (Caspersen, 2022).

Une personne sur cent déclare avoir développé une « forme grave » du Covid-19 et 9 % déclarent qu'un proche a eu une telle forme de

la maladie. Ces deux situations sont associées à des taux de syndromes dépressifs et/ou anxieux, ainsi que de comportements boulimiques, plus élevés.

### Le soutien social en net recul chez les 16-24 ans par rapport à 2019

Le soutien social d'un individu repose sur l'attention que lui porte son entourage et les ressources relationnelles sur lesquelles il peut compter, ce dont la santé mentale et physique est hautement dépendante (Marmot, 2004). En juillet 2021, 17 % de la population de 16 ans ou plus avait un faible niveau de soutien social, alors qu'en 2019, selon la même mesure<sup>14</sup>, ils étaient 13 % dans ce cas. La part de personnes bénéficiant d'un fort soutien social est, quant à elle, passée de 38 % en 2019 à 35 % en 2021. Ce recul du soutien social renvoie potentiellement à la limitation des rencontres et contacts sociaux. Il pourrait être un des éléments explicatifs de la dégradation de la santé mentale au cours de la période. Comme pour les indicateurs de santé mentale, l'évolution du soutien social entre 2019 et 2021 diffère selon les générations au détriment des plus jeunes : la part des personnes n'ayant qu'un faible soutien social a plus que doublé chez les 16-24 ans, passant de 6 % en 2019 à 14 % en 2021. Cette classe d'âge demeure néanmoins celle qui présente, en moyenne, le meilleur soutien social (*Tableau complémentaire E*). Au cours de la même période, la part des personnes âgées de 70 ans ou plus ayant un faible soutien social régresse de 3 points<sup>15</sup>, mais cette population reste celle qui bénéficie du soutien social moyen le plus faible.

### 13 % de la population a consulté pour raison de santé mentale depuis le début de la pandémie

En juillet 2021, 19 % de la population (23 % des femmes et 13 % des hommes) déclare avoir « ressenti le besoin d'être aidé pour des difficultés psychologiques ou parce [qu'il/elle] n'avait pas le moral » depuis le début de l'épidémie de Covid-19. Ils sont 13 % (16 % des femmes et 9 % des hommes) à avoir consulté un professionnel de santé pour de telles difficultés psychologiques. Un peu plus de la moitié consultait déjà pour ces mêmes raisons avant la crise sanitaire.

Parmi les 6 % de la population déclarant le besoin d'être aidé et n'ayant pas recouru à un professionnel de santé, il faut distinguer, d'une part, 2 % de la population qui reconnaît avoir ressenti ce besoin d'être aidé « par un professionnel de santé » sans pour autant y avoir recouru et, d'autre part, 4 % pour qui le besoin d'aide psychologique ressenti est dirigé vers « une autre personne » qu'un professionnel de santé.

### 8 % de la population a reçu un diagnostic psychiatrique au cours de sa vie

Parmi les personnes de 16 ans ou plus, 8 % déclarent qu'au cours de leur vie, « un médecin [leur] a déjà dit qu'[il/elle] était atteint d'un trouble psychiatrique, psychologique ou d'une addiction ». Parmi elles, une sur cinq déclare que ce diagnostic a été posé depuis le début de la crise sanitaire. Les principaux troubles déclarés sont : la dépression (6 %), les troubles anxieux (4 %), les addictions (2 %) et les

11. Marqués par la déclaration de troubles du goût ou de l'odorat de plus de trois jours ou bien de la fièvre accompagnée de toux ou de difficultés respiratoires ou de douleurs thoraciques.

12. Par « prélèvement dans le nez ».

13. Les personnes interrogées renvoyaient un prélèvement sanguin permettant de savoir s'ils avaient été infectés par le Covid-19.

14. Un score de soutien social est calculé dans EpiCov par l'échelle d'Oslo, composée de trois questions portant sur l'entourage du répondant (*encadré 2*).

15. Les personnes en situation de handicap (qui déclarent être fortement limitées depuis au moins six mois par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens) sont sous-représentées dans l'enquête EpiCov. Elles sont plus âgées et avec un soutien social plus faible que la moyenne, ce qui pourrait conduire à sous-estimer de 0,7 point la part des personnes âgées de 70 ans ou plus ayant un faible soutien social dans EpiCov et expliquer une part de la diminution de la proportion de personnes ayant un faible soutien social dans la classe d'âge.

troubles des conduites alimentaires (2 %). En outre, 1 % des enquêtés déclarent avoir reçu un des diagnostics suivants au cours de leur vie : trouble bipolaire, schizophrénie, psychose. Les troubles psychiatriques pâtissent d'une forte stigmatisation en population générale, très souvent internalisée par celles et ceux qui en sont atteints, ce quel que soit leur groupe socio-économique (Livingston, Boyd, 2010). Cette stigmatisation pourrait mener à une sous-déclaration de certains troubles et symptômes dans ce type d'enquête.

Les troubles dépressifs et anxieux, à l'instar des autres troubles psychiatriques, peuvent prendre des formes chroniques, récurrentes et souvent invalidantes ; ils peuvent également être résistants aux traitements disponibles. Ainsi, parmi les personnes ayant reçu un diagnostic médical de dépression avant la crise, 32 % sont toujours porteuses d'un syndrome dépressif tel que détecté par l'enquête menée en juillet 2021. C'est le cas de 51 % des personnes pour lesquelles le diagnostic de dépression a été posé « depuis la crise » et de 9 % de celles n'ayant jamais eu ce diagnostic. De façon similaire, les personnes ayant reçu un diagnostic médical de trouble anxieux avant la crise sont 37 % à être détectées porteuses d'un syndrome anxieux en juillet 2021 et 56 % parmi celles dont le diagnostic a été posé depuis la crise sanitaire. Enfin, parmi les personnes déclarant avoir été atteintes au cours de leur vie d'un trouble psychiatrique, psychologique ou d'une addiction, quel qu'il soit, quatre sur dix sont détectées porteuses d'un syndrome anxieux et/ou dépressif lors de la réalisation de l'enquête.

## De fortes inégalités sociales de santé mentale

La part des personnes concernées par un problème de santé mentale est plus importante chez celles qui ont un niveau de vie modeste (*graphiques 3 et 4*). La plupart des indicateurs disponibles sont traversés par une inégalité sociale, de la plus marquée à la moins marquée, il s'agit de : la satisfaction vis-à-vis de sa propre vie<sup>16</sup>, la présence de syndromes anxieux, dépressifs ou de comportements boulimiques, le faible soutien social et la déclaration de pensées suicidaires au cours des six derniers mois. Le fait de déclarer avoir reçu un diagnostic de trouble psychiatrique, psychologique ou d'une addiction au cours de sa vie est également corrélé au niveau de vie. Ces corrélations peuvent notamment résulter de causalités bidirectionnelles : être atteint d'un trouble psychiatrique peut induire une perte de revenus ou un manque d'opportunités socio-économiques. À l'inverse, le stress économique génère des vulnérabilités psychiatriques.

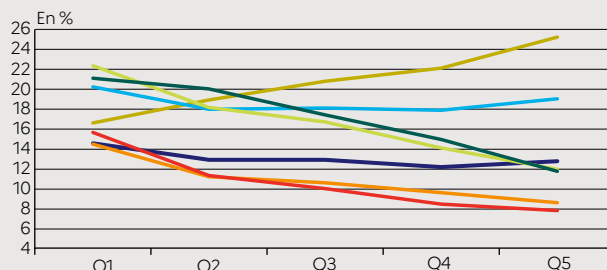
Le tabagisme quotidien et la consommation régulière de cannabis suivent également un gradient social marqué en défaveur des plus modestes. En revanche, la part d'individus dont la consommation d'alcool excède les recommandations sanitaires actuelles<sup>17</sup> augmente avec le niveau de vie : une personne sur quatre est concernée parmi les 20 % ayant le niveau de vie le plus élevé, contre une sur six parmi les 20 % ayant le niveau de vie le plus modeste. La proportion de consommateurs d'alcool à risque chronique<sup>18</sup> (environ une personne sur vingt) ne varie, quant à elle, pas significativement selon le niveau de vie.

Le recours aux soins pour raisons psychologiques est légèrement plus fréquent chez les plus modestes que chez les plus aisés. Cela renvoie sans doute aux plus forts besoins de soins de santé mentale chez les premiers. La part des personnes déclarant avoir ressenti le besoin d'être aidées par un professionnel de santé pour

## Graphiques 3 et 4 Prévalences standardisées d'indicateurs de santé mentale selon le niveau de vie

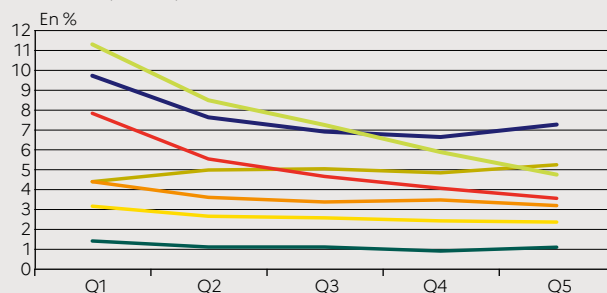
### Graphique 3

— Soutien social faible  
— Fumeurs quotidiens  
— Besoin de soins pour raisons psychologiques depuis la crise sanitaire  
— Consommation d'alcool excédant les recommandations  
— Syndromes dépressifs (tous)  
— Recours aux soins pour raisons psychologiques durant la crise sanitaire  
— Syndromes anxieux



### Graphique 4

— Échelle de Cantrill inférieure à 5  
— Diagnostic(s) psychiatrique(s) au cours de la vie  
— Syndromes dépressifs majeurs  
— Consommation d'alcool à risque chronique ou dépendance  
— Comportements boulimiques  
— Déclare avoir pensé à se suicider au cours des six derniers mois  
— Consommation régulière de cannabis



**Notes >** Q1 : premier cinquième de la distribution des niveaux de vie, c'est-à-dire les 20 % de la population les plus modestes. Q5 : dernier cinquième, c'est-à-dire les 20 % les plus aisés. Ces prévalences sont standardisées sur l'âge et le sexe, elles tiennent compte du fait qu'en moyenne les femmes et les jeunes sont surreprésentés parmi les plus modestes (standardisation simple). Ainsi, les résultats présentés ici ne sont pas dus à une inégale répartition des âges et des sexes parmi les 5 groupes de niveaux de vie.

**Lecture >** En juillet 2021, chez les 20 % de la population les plus modestes (Q1), la prévalence des syndromes dépressifs est de 16 % ; chez les 20 % les plus aisés (Q5) cette prévalence est de 8 %.

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

**Sources >** EpiCov (Inserm-DREES), 3<sup>e</sup> volet, juillet 2021.

> *Études et Résultats* n° 1233 © DREES

raisons psychologiques mais qui n'ont pas recouru est légèrement plus importante parmi les 20 % ayant le niveau de vie le plus élevé (2,5 %) que parmi les 20 % ayant le niveau de vie le plus modeste (1,9 %), sans que l'on sache si ce besoin exprimé recouvre des réalités comparables selon le niveau de vie.

Les prévalences de syndromes dépressifs, syndromes anxieux et comportements boulimiques varient selon le statut vis-à-vis de l'emploi et la catégorie socio-professionnelle. Les étudiants, chômeurs et autres inactifs présentent des taux surélevés par rapport aux personnes en emploi ou retraitées. Parmi les personnes travaillant ou ayant déjà travaillé (retraités et chômeurs), les employés ont des prévalences plus fortes que les autres

16. L'échelle de Cantrill recueille l'auto-évaluation par le répondant de sa vie par une note allant de 0 « la pire », à 10 « la meilleure possible » (encadré 2).

17. Émises par Santé publique France, ces recommandations incitent à ne pas consommer plus de 2 verres standards lors d'une occasion, de ne pas consommer plus de 5 jours par semaine et de ne pas excéder 10 verres standards consommés au cours d'une semaine (Andler, et al., 2021).

catégories socio-professionnelles. Les agriculteurs sont moins fréquemment détectés porteurs de syndromes anxieux ou dépressifs, mais leur prévalence de comportements boulimiques n'est pas diminuée par rapport aux autres catégories (*tableau complémentaire D*).

## Des facteurs de risques communs aux différents problèmes de santé mentale

En isolant les facteurs les uns des autres, il ressort que les personnes touchées par un syndrome anxieux, dépressif ou par des comportements boulimiques sont plus fréquemment des femmes, des jeunes, des personnes porteuses d'un handicap, des personnes déclarant un faible niveau de soutien social et dont la situation économique est critique ou dégradée depuis 2021. En outre, elles déclarent plus souvent des temps d'exposition aux écrans supérieurs à 4 heures par jour (hors raisons professionnelles ou éducatives) et une consultation des réseaux sociaux au moins chaque jour, voire chaque heure. Enfin, elles résident plus souvent dans des zones urbanisées et ont en moyenne moins confiance dans l'action du gouvernement pour limiter la propagation du Covid-19 (*tableau complémentaire D*).

Pour les personnes touchées par un syndrome anxieux et/ou dépressif, on retrouve une probabilité plus élevée de présenter également une consommation régulière de cannabis, quotidienne de tabac, et d'alcool à risque chronique. À l'inverse, les personnes ayant une consommation d'alcool à risque modéré paraissent légèrement protégées des syndromes dépressifs par rapport à celles ne consommant pas du tout d'alcool.

Indépendamment de leur situation financière déclarée, les personnes n'ayant pas le baccalauréat sont un peu moins concernées par les comportements boulimiques que celles ayant un niveau bac ou plus. Les personnes diplômées d'un master ou plus paraissent, quant à elles, plus à risque de syndrome anxieux que celles n'ayant que le bac ou moins.

Les personnes descendantes d'immigrés présentent un surrisque de déclarer des accès boulimiques mais ce n'est pas le cas des personnes elles-mêmes immigrées. Ces dernières sont, quant à elles, plus fréquemment concernées par les syndromes dépressifs. La situation au regard de l'immigration ne semble en revanche pas corrélée au syndrome anxieux. ●

**Mots clés :** Covid-19 santé mentale crise sanitaire inégalités sociales de santé

**Données associées à l'étude :** <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sante-mentale-une-amelioration-chez-les>

### Pour en savoir plus

- > **Andler, R., Quatremère, G., Gautier, A., et al.** (2021, août). Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre santé de Santé publique France. *Bull Epidemiol Hebd*, (17):304-12.
- > **Caspersen, I.H., Magnus, P., Trogstad, L.** (2022, février). Excess risk and clusters of symptoms after COVID-19 in a large Norwegian cohort. *Eur J Epidemiol*.
- > **Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., Jusot, F., et al.** (2005, août). Identification et mesure des problèmes d'alcool en France: une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 97, pp. 1-8.
- > **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 première 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., Bajos, N.** (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.
- > **Livingston, J.D., Boyd, J.E.** (2010, décembre). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), pp. 2150-2161.
- > **Marmot, M.** (2004). Les déterminants sociaux de la santé : les faits. *WHO Regional Office Europe*, deuxième édition.
- > **Pescosolido, B.A., Halpern-Manners, A., Luo, L., Perry, B.** (2021, décembre). Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. *JAMA Netw Open*, 4(12).
- > **Rodgers, R.F., Lombardo, C., Cerolini, S., et al.** (2020, juin). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(7), pp. 1166-1170.
- > **Santé publique France** (2021, décembre). *Santé mentale. Point épidémiologique national mensuel*. n° 3. 14 décembre 2021.
- > **Smink, F.R., Van Hoeken, D., Hoek, H.W.** (2012, mai). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), pp. 406-414.
- > **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. *Int J Eat Disord*, 43(4):337-43.
- > **Taquet, M., Geddes, J.R., Luciano, S., Harrison, P.J.** (2021, juillet). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, pp. 1-3.

### La DREES sur internet

- > **Nos publications**  
[drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)
- > **Nos données**  
[data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr)
- > **Recevoir nos avis de parution**  
[drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

**Directeur de la publication** Fabrice Lenglard • **Responsable d'édition** Valérie Bauer-Eubriet • **Rédactrice en chef technique** Céline Roux • **Chargée d'édition** Élisabeth Castaing • **Composition et mise en pages** NDBD • **Conception graphique** Sabine Boulanger et Stéphane Jeandet • **Pour toute information** [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr) • 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](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)