

# Les Mardis de la Sorbonne

## CIO des Enseignements Supérieurs

N°3 – Compte rendu de la conférence du 31 mars 2026

*LA SANTE MENTALE DES ETUDIANTS : PERIMETRE, REALITES,  
PERSPECTIVES*

### LES INTERVENANTS :

**Cécilia BOGNON-KÜSS**, Maîtresse de conférences en philosophie et histoire des sciences biologiques et médicales à Sorbonne Université, co-directrice de l'Institut de Santé Globale

**Françoise GUILLO-BENAROUS**, Médecin directrice du SSE (service de la santé étudiante) Sorbonne Université, co-directrice de l'Institut de Santé Globale

**Lilia KEDJAR**, Etudiante, ambassadrice santé mentale

**Eva LUCCHEZI**, Etudiante, ambassadrice santé mentale

**Maria MELCHIOR**, Epidémiologiste, directrice de recherche à l'Inserm, titulaire de la chaire annuelle « Santé publique » au Collège de France

**Yannick MORVAN**, Professeur des universités en psychologie à Paris Nanterre, membre du Conseil scientifique de l'OVE (Observatoire de la vie étudiante)

### CONCEPTION - ANIMATION :

**Joanna KACZYNSKA**, Psychologue de l'Education nationale au CIO des enseignements supérieurs

**Anne ULPAT**, Psychologue de l'Education nationale au CIO des enseignements supérieurs

La thématique de la santé mentale est actuellement omniprésente, en 2025 elle a été désignée grande cause nationale en France. Médecins, psychologues, différents personnels de santé, travailleurs sociaux sont très sollicités, des associations, des bénévoles dont parfois des étudiants sont également actifs sur cette question. Les témoignages se multiplient.

Nous sommes en première ligne pour répondre à une forte demande sociale, il nous a donc paru important de prendre le temps de faire le point, de réfléchir ensemble à cette question, pour nous aider à adapter nos actions et à les rendre plus efficaces et pertinentes.

Les jeunes (18-24 ans) dont les étudiants (notre public principal) semblent particulièrement vulnérables, c'est une période charnière pour la santé mentale future (M. Melchior).

De nombreuses études mettent en évidence cette vulnérabilité, à titre d'exemple : baromètre Santé (enquête réalisée par Santé publique France auprès d'un échantillon représentatif de la population française) entre 2005 et 2021) et Coviprev (enquête menée par Santé publique France auprès d'un échantillon de 2 000 personnes) entre mars 2020 et décembre 2022 chez les 18-24 ans.

Les épisodes dépressifs étaient passés de 9% en 2005 à 20% en 2021 chez les 18-24 ans et de 8 % à 15% chez les 25-34 ans pour la même période.

**Les facteurs de risque sont en augmentation, ils sont aussi de plus en plus nombreux à être identifiés** : pauvreté, inégalités sociales, pression scolaire, réseaux sociaux et jeux vidéo avec phénomènes d'addiction. Les jeunes des milieux sociaux défavorisés sont plus affectés.

La définition de la santé mentale de l'OMS est très large, elle englobe aussi bien ce qui relève de la maladie mentale que ce qu'on pourrait qualifier de sentiment de bien-être. Ce qui pose la question de nos champs d'intervention et de la place de chacun, avec sa qualification et ses compétences propres. Des choix sont à faire, en tenant aussi compte de nos possibilités, forcément limitées, qui semblent parfois insuffisantes.

---

**Mme Maria MELCHIOR, Epidémiologiste, directrice de recherche à l'INSERM, titulaire de la chaire annuelle « Santé publique » au Collège de France. Laboratoire Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (iPLEsp) rattaché à l'INSERM et à Sorbonne Université**

📖 Pour aller plus loin : « Santé mentale, un défi pour le XXIème siècle », Maria Melchior

Les épidémiologistes produisent des enquêtes et des chiffres pour essayer de comprendre les facteurs de risque des maladies et les facteurs protecteurs. En épidémiologie, on s'intéresse plutôt aux troubles mentaux définis selon les classifications internationales : le DSM5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et la CIM 10 - classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Cela permet d'harmoniser la manière dont sont étudiés les problèmes psychologiques dans les grandes enquêtes populationnelles.

### **Santé mentale, de quoi parle-t-on ?**

La santé mentale est une préoccupation depuis la crise COVID et grande cause nationale depuis 2025 mais de quoi parle-t-on ? Les représentations ont beaucoup évolué. Jusqu'à une période récente, on ne parlait pas de santé mentale mais de folie. On enfermait dans des maisons de fous les personnes qui n'étaient pas ancrées dans la réalité, ni capables de fonctionner dans la vie de tous les jours. Le livre de Michel Foucault « La folie à l'âge classique » permet de comprendre les développements de l'idée de folie à travers l'histoire.

Aujourd'hui on parle de la santé mentale avec différentes représentations : on parle des émotions, des humeurs, on parle aussi des troubles de la santé mentale. 12 millions de Français seraient atteints d'un trouble de la santé mentale tels que les troubles bipolaires, la schizophrénie (1% de la population) ou encore les troubles dépressifs qui concerneraient une personne sur 10 au sein de la population avec un surrisque chez les jeunes, d'environ 20%.

La définition de la santé mentale par l'Organisation Mondiale de la Santé est très large :

*• La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socio-économique.*

*• La santé mentale ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental. Il s'agit d'une réalité complexe qui varie d'une personne à une autre, avec divers degrés de difficulté et de souffrance et des manifestations sociales et cliniques qui peuvent être très différentes.*

Cette définition englobe les troubles psychiatriques mais aussi la santé mentale comme état mental qui nous permet d'affronter les sources de stress dans la vie. On a donc tous et toutes une santé mentale comme on a une santé physique. Dans cette définition, il faut être en bonne santé mentale pour bien apprendre, bien travailler, contribuer à la vie de la communauté. Par ce côté normatif, elle peut être critiquée mais elle peut aussi être interprétée pour instruire des programmes de prévention.

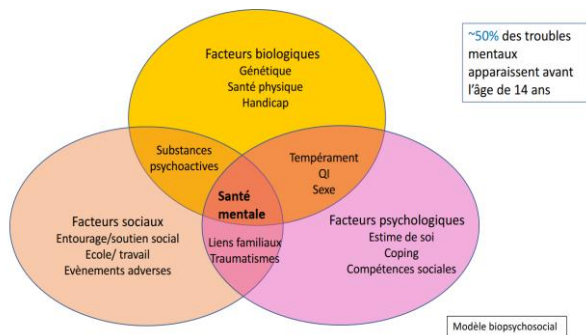
## La santé mentale en 3 points :

- la santé mentale positive : le bien être, l'épanouissement personnel, toutes les ressources qu'on est capable de mobiliser pour jouer les rôles sociaux qui sont les nôtres.
- la détresse psychologique réactionnelle : induite par les difficultés existentielles comme le deuil, l'échec relationnel et toutes les situations éprouvantes
- les troubles psychiatriques stricto sensu qui se diagnostiquent par des actions thérapeutiques ciblées

On peut avoir un trouble psychiatrique et une bonne santé mentale d'une certaine manière ou, à l'inverse, avoir une mauvaise santé mentale et ne pas avoir de trouble psychiatrique.

## Quelles sont les principales causes des problèmes de santé mentale ?

Que sait-on à partir des enquêtes épidémiologiques ? Il s'agit de troubles multidimensionnels et multifactoriels.



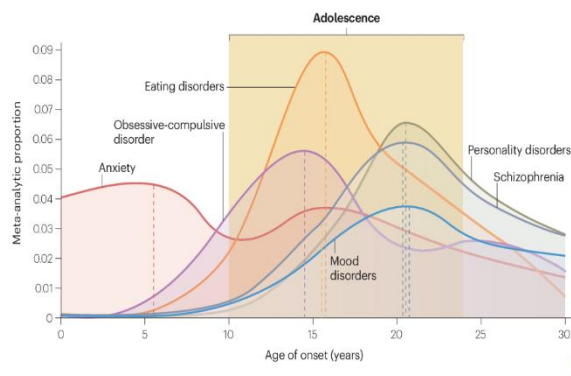
Globalement à l'échelle des populations on trouve 3 types de facteurs de risque :

**Facteurs de risque biologique :** avoir des antécédents familiaux prédispose à une plus grande vulnérabilité mais il n'y a pas de déterminisme. Les facteurs biologiques peuvent aussi concerner la santé physique, le handicap qui prédispose à plus de difficultés psychologiques.

**Facteurs psychologiques :** ils peuvent être des ressources ou au contraire induire une manière d'être très affectée par l'environnement.

**Facteurs sociaux :** tout ce qui concerne l'environnement, tout ce qui n'est pas génétique : les caractéristiques de l'entourage, ce qui se passe dans nos vies : pression scolaire par exemple, relations au travail, événements de vie, un deuil, une séparation, perdre son emploi ou de ne pas réussir dans ses études sont des facteurs de risque très importants qui peuvent précipiter la survenue d'un problème psychologique.

## La santé mentale des jeunes



Il est important d'avoir une vue développementale sur les questions de santé mentale.

L'étude d'Orben montre que c'est à l'adolescence et au début de l'âge adulte, période de fragilité psychologique, que surviennent les

principaux troubles psychologiques qui peuvent ensuite se poursuivre tout au long de la vie.

Entre 0 et 10 ans, les 1ers signes d'anxiété surviennent. L'adolescence entre 12 à 16 ans est charnière dans la survenue des troubles du comportement alimentaire. Pour d'autres troubles, comme les troubles psychotiques, l'âge de la survenue des premiers symptômes se situe autour de 20 ans.

Ces troubles psychologiques qui peuvent durer au cours de la vie ne sont pas tous chroniques. Des enquêtes montrent qu'en moyenne un épisode dépressif dure 6 mois et, dans 1 cas sur 2, il n'y a pas de récurrence au cours de la vie.

Parmi les personnes qui à l'âge adulte ont un trouble de la santé mentale, dans 50% des cas les premiers signes sont apparus avant 14 ans et dans 75% des cas avant l'âge de 25 ans. S'occuper de la santé mentale des jeunes est important sur le moment mais aussi dans une perspective longitudinale.

### Prévalence des problèmes psychologiques et du mal-être

La santé mentale des enfants en France: en 2024, l'enquête Enabee de Santé Publique France auprès de 30 000 enfants scolarisés à l'école maternelle et élémentaire montre que 13% des enfants avaient déjà des signes de problèmes psychologiques (problèmes émotionnels, problèmes de comportement) avec des différences marquées garçons-filles. Ces difficultés d'un enfant sur dix mériteraient une attention pour être dénouées.

La santé mentale chez les adolescents en France : en 2022, l'enquête nationale enClass de Santé Publique France montre que :

- La majorité des adolescents vont plutôt bien. Il est important de s'intéresser aussi à ceux qui vont bien, aux ressources qu'ils mobilisent, à la manière dont ils organisent leur vie, dont ils structurent leur environnement pour aller bien malgré l'incertitude et le monde dans lequel on vit.
- 20% des jeunes de 18 à 25 ans ont des symptômes de dépression.
- Une dégradation de l'état de bien être psychologique des jeunes de la 6<sup>ème</sup> à la terminale pour les filles et les garçons, plus importante pour les filles.

Parallèlement à cette dégradation de l'état de bien être des jeunes, on observe :

- Une augmentation du sentiment de solitude dans le temps par rapport à une dizaine d'années et tout au long des années lycées pour les garçons et les filles, plus important pour les filles.
- Un risque élevé de dépression à l'adolescence.
- Presque un quart des lycéens ont des pensées suicidaires et les tentatives de suicide concernent plus de 10% d'entre eux.

Ces données d'enquête épidémiologiques montrent une dégradation de la santé mentale des jeunes. D'autres données des services d'urgence/de soins et de l'assurance maladie (augmentation du recours aux soins, des prescriptions de médicaments psychotropes chez les adolescents) vont dans le même sens.

Il y a débat : des psychiatres pensent qu'il n'y a pas vraiment de dégradation majeure : on a élargi la définition de la santé mentale, on en parle davantage et les jeunes expriment peut-être tout simplement plus leur mal être.

Dans tous les cas, cela pose la question de la mesure : est ce que l'on arrive à mesurer de manière fiable la santé mentale ?

## **Quelles sont les raisons possibles de la dégradation de la santé mentale des jeunes ?**

### **Vers de nouvelles catégories de facteurs de risque ?**

Face à la dégradation de l'état psychique, on pense à de nouveaux facteurs qui n'existaient pas ou moins présents avant. Quelques pistes d'explications possibles discutées en littérature scientifique :

- **la crise environnementale**, phénomène d'éco-anxiété émergent, assez fréquent. Les études montrent que les jeunes sont beaucoup plus impactés que les personnes plus âgées.

### **- les crises géopolitiques**

- **l'utilisation des réseaux sociaux et des outils numériques au sens plus large** qui font de plus en plus partie de nos vies, en particulier chez les jeunes : utilisation 12% à 11 ans, 63% à 13 ans et 75% à partir de 15 ans, 3h/jour chez les filles et 2h/jour chez les garçons à 14-15 ans. La question de l'addiction se pose de plus en plus : par le jeu des algorithmes créés pour nous guider sur les réseaux sociaux, on est incité à les utiliser de plus en plus et de manière discontinue. Une loi est discutée au Sénat qui vise à interdire l'utilisation des réseaux sociaux au moins de 15 ans, déjà interdits aux moins de 13 ans, parce qu'on s'aperçoit de plus en plus des risques.

L'utilisation des médias, des écrans, des réseaux sociaux, des jeux vidéo et d'internet est associée à des risques. **Les risques identifiés qui ne font pas débat : la myopie, la sédentarité, la baisse d'activité physique, le surpoids.** C'est une vraie préoccupation et un vrai sujet pour l'avenir.

**Le risque d'addiction aux jeux vidéo** est reconnu par l'académie américaine de psychiatrie et par l'OMS. C'est un diagnostic psychiatrique. Les jeunes qui ont un trouble de l'usage des jeux vidéo c'est à dire qui jouent beaucoup sans pouvoir contrôler leur comportement avec des conséquences néfastes sur d'autres pans de leur vie ont très souvent d'autres problèmes : anxiété, déprime, symptômes d'hyperactivité et d'inattention. Il y a débat : est-ce un trouble à part entière ou est-ce plutôt une manifestation d'un mal-être plus profond ? Chaque situation est différente néanmoins le trouble de l'usage des jeux vidéo est reconnu comme une forme d'addiction à part entière, comme l'usage de l'alcool, de l'héroïne ou d'autres produits.

Est-ce que l'utilisation des jeux vidéo, des réseaux sociaux à outrance provoque des problèmes de santé mentale ? Il y a débat entre experts : il est difficile d'établir la causalité des liens entre l'utilisation des supports digitaux divers et variés et la santé mentale.

### **Les facteurs de risque plus anciens aux problèmes psychologiques chez les jeunes**

Il faut continuer à en parler :

- **les violences** : on en parle plus aujourd'hui qu'il y a quelques années, en particulier des violences sexuelles et sexistes qui concernent plus les jeunes filles et participent directement au risque de santé mentale. Les garçons sont exposés différemment à d'autres formes de violence.

- **les inégalités sociales** : les jeunes issus de milieux défavorisés sont plus à risque d'avoir des difficultés psychologiques. En France, la pauvreté augmente, environ 15% de la population vit sous le seuil de pauvreté. Une partie grandissante d'enfants et d'adolescents grandissent dans des contextes qui sont défavorables à leur développement. Un nombre croissant de jeunes sont confrontés à la précarité, notamment la précarité alimentaire et résidentielle. L'accès au logement étudiant est un problème majeur et une vraie source de stress et de difficultés.

- **Le marché de l'emploi défavorable** pour les jeunes qui induit aussi un risque d'instabilité et de précarité.

### **Accompagnement et Prévention : de nombreuses ressources officielles pour s'informer et se former sur la santé mentale**

-INSERM : dossier sur différents troubles de la santé mentale et leurs facteurs de risque  
<https://www.inserm.fr/dossier/>

- plateforme « Santé mentale info service », de Santé publique France : pour s'informer, savoir repérer les signes, s'orienter et des conseils pour préserver sa santé mentale :  
<https://www.santementale-info-service.fr/> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>

- PSYCOM association qui travaille avec le ministère de la Santé : informe, oriente, sensibilise sur la santé mentale, les troubles, les soins, l'accompagnement : <https://www.psycom.org/>

Si on est vraiment inquiet pour soi ou un proche, il existe des numéros d'appel :

- 31 14, numéro national de prévention du suicide

- Le 15, Urgences (SAMU)

- Le fil santé jeune pour les 12-25 ans : 0 800 235 236

- Nightline à destination des étudiants.

- mon soutien psy : 12 séances de psychologues remboursées par la sécurité sociale

Si le trouble psychiatrique est effectivement du domaine de la psychiatrie, **la santé mentale nous concerne tous**. Les psychologues évidemment en premier lieu, mais aussi nous tous. Pour cela, il est important de se former pour savoir repérer des signes de mal être, savoir agir

face à une personne qui ne va pas bien. Le mal être a plusieurs visages et il faut adapter les réponses en fonction de la situation et des besoins

---

**M. Yannick MORVAN, Professeur en psychologie à l'université Paris Nanterre, Psychologue clinicien, membre du conseil scientifique de l'Observatoire de la Vie Etudiante – OVE**

### **La santé mentale : un enjeu de société**

Quelques données :

- les troubles psychiques ont beaucoup augmenté en 30 ans
- l'anxiété et la dépression suite au COVID ont augmenté de 25% (OMS)
- Santé mentale des jeunes : plus mauvais accès aux soins sur l'ensemble de la durée de vie (commission du Lancet)
- Sur 14 000 étudiants de première année dans 8 pays : 31% de troubles psychiques avec 25% de recours aux soins seulement sur 12 mois (Bruffaerts et al. 2019)
- si un problème émotionnel survient, la moitié des jeunes préfère le gérer tout seul ou en parler avec des amis plutôt que de recourir à des soins (Ebert et al.2029)
- Les troubles commencent tôt : la moitié avant 14 ans, 2/3 avant 24 ans (Solmi et al.2021)
- Dégradation de la santé mentale des jeunes en France : les épisodes dépressifs passent de 11,7% en 2017 à 21,5% en 2024, la prévalence des idées suicidaires double sur cette même période de 18 à 24 ans.

Dans la population étudiante, dépression et idées suicidaires augmentent aussi entre 2016 et 2024 pour atteindre respectivement 24,6% (+ 10 points) et 16,1% (+8 points) en 2024.

-Taux de détresse psychologique élevé post pandémie COVID

-Le recours aux soins reste limité : par exemple, pour les étudiants qui présentent des signes de détresse psychologique, selon un seuil défini, dans l'année, deux tiers n'ont jamais eu recours à un psychologue ou un psychiatre.

Le coût économique de la santé mentale en France :

Les chiffres varient selon les sources mais les coûts sont très importants : les dépenses directes des troubles psychiatriques sont estimées à près de 28 milliards d'euros en 2023, autant que le cancer. Les dépenses indirectes à environ 160 milliards d'euros par an, 7% du PIB.

A ces dépenses, on peut opposer des arguments économiques sur un retour positif de la prévention.

### **Mesure et santé mentale : des problèmes des mesures**

Mesurer la santé mentale est complexe et a des limites

Limites qui tiennent à la définition de la santé mentale. Qu'entend-on par santé mentale ? Que prend-on en compte pour mesurer ? Les 400 troubles de la santé mentale recensés...impossible ! La plupart du temps, on se concentre sur les troubles prévalents, pourcentage de troubles le plus fréquents à un moment donné, à savoir l'anxiété et la dépression. Cette définition est critiquée. L'enjeu est de penser la santé mentale sous son aspect dynamique mais cela pose aussi des questions de mesure.

Autres questions de mesure posées par Alec Offrit : quels outils pour mesurer la dépression parmi les 280 existants ? Pour les 7 échelles les plus utilisées, 125 questions ramenées à 52 symptômes, quel pourcentage commun de symptômes entre les 7 échelles : 12. On fait donc des méta-analyses, on agrège des données sur des échelles qui ne partagent finalement que peu de choses en commun.

**On ne cesse de mesurer mais la mesure ne doit pas cesser de nous interroger.**

### **Exemples concrets des problèmes de mesure sur des données étudiantes**

Exemple d'un problème de mesure de la dépression : Quand on mesure la dépression, que mesure-t-on ? à quel moment ? avec quels outils ? Des études différentes en France chez les 15-24 ans pré-1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup>e confinement révèlent des pourcentages de dépression qui varient de 16 à 54%. Pourquoi de tels écarts ?

En cause : des outils différents, des seuils différents y compris pour un même outil. Au total 5 à 6 mesures différentes, 3 périodes différentes, des échantillons différents (de 356 à 70 000 personnes), des méthodes de recrutement différentes, des pourcentages de répondants différents (de 4 à 38%).

### Exemple d'un problème de mesure de la détresse psychologique

Que révèle notre étude à l'Observatoire de la Vie Etudiante avec 3 méthodes de calcul différentes pour mesurer la détresse psychologique de 2016 à 2023. En 2021 en plein confinement, selon le seuil choisi, on passe de 7,8% des étudiants qui souffrent de détresse psychologique (seuil clinique) à 37% (seuil de 45%) à 51% (seuil de 55%). La question est donc : quel seuil prendre ?

Quel que soit le seuil, quel est l'intérêt de ces mesures ? A chaque seuil, on observe une augmentation brusque au moment du confinement puis une légère diminution. Est-ce un choc autour du confinement qui est en train de se restabiliser ? Ou est-ce une pente qui continue avec un effet majoré du Covid ? L'avenir le dira.

### **Que mesurons-nous ?**

La question de l'invariance et de la fiabilité de la mesure est centrale si l'on souhaite se prémunir de toute spéculation théorique. Les nosographies telles que la CIM-10 ou le DSM-5 sont très utilisées aujourd'hui. Il y a actuellement de nombreux débats autour de la future révision du DSM. Les classifications des signes cliniques sont utiles mais il faut prendre garde à ce que l'on mesure exactement.

Dans ces systèmes de classification, on mesure le trouble psychique en agrégeant des symptômes et en calculant un score total : c'est le modèle de la cause commune. Les symptômes n'ont aucune relation entre eux autrement que par leur cause commune.

Les critères de la dépression sont très proches de ceux qui avaient été proposés par Cassidy et que l'on retrouve dans le DSM-III, puis dans le DSM-5 (édition 2023). Pourquoi dit-on qu'il faut présenter 5 symptômes parmi 9 ? Ce seuil provient de Cassidy en 1957 qui, à l'occasion de sa recherche, avait proposé une liste de 10 symptômes. Dans les années 1980, 9 symptômes seulement ont été conservés dans le DSM-III. A l'époque pourquoi Cassidy a-t-il décidé que 6 symptômes parmi 10 permettaient de conclure au diagnostic de dépression ? Cassidy disait qu'il s'agissait d'un choix arbitraire, ne s'appuyant pas sur une logique particulière et semblant « sonner juste ».

### **Que cherchons-nous ?**

Les nombreuses recherches et publications des neuroscientifiques et généticiens n'ont pas permis de réduire le nombre de suicides ou le nombre d'hospitalisations, ni d'améliorer le quotidien des personnes présentant des troubles mentaux. C'est peut-être parce qu'on n'a pas encore identifié de marqueurs biologiques certains. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas continuer de mener ces recherches.

### **Qu'est-ce qu'un trouble ?**

Un trouble est un concept que l'on construit autour d'un continuum. La preuve en est que l'on rencontre des profils très différents sous un même diagnostic. Deux personnes souffrant de dépression peuvent ne partager presque aucun symptôme commun.

Lorsque l'on souffre d'un trouble « dys », d'un TDAH, ou d'un trouble de la personnalité, quels sont les liens entre les uns et les autres ? Les troubles « dys » et le TDAH sont des troubles

du neuro-développement mais ils amènent aussi d'autres types de troubles qui sont des troubles « de la personnalité ». Ces limites sont compliquées à établir : on a tous des problèmes d'attention mais où commence le TDAH exactement ? Cela induit un retentissement certain dans le quotidien des individus que l'on doit accompagner. On a besoin de classification pour mettre en ordre et établir des critères. Mais ces critères ne sont pas fondés sur une découverte théorique majeure. C'est un simple consensus.

Plutôt que de chercher ce qu'est un trouble, peut-être faudrait-il essayer de comprendre comment des facteurs interagissent pour produire des états stables

### **Ergodicité : du groupe à l'individu**

Définition de l'ergodicité : hypothèse que les résultats de groupe décrivent bien les processus individuels (et inversement).

Les statistiques interindividuelles, les prévalences, les moyennes de groupe ne décrivent pas bien ce qui se passe chez un individu donné. Ces logiques fonctionnent bien au niveau de la population mais beaucoup moins à l'échelle de l'individu. Ce problème est largement ignoré dans les publications en psychologie. Il faut faire attention au réductionnisme biologique.

Jing Meng Kui vient de publier récemment une technique permettant de modéliser les bassins d'attraction (ce sont des états dits pathologiques). Que se passe-t-il lorsque l'on modélise les bassins d'attraction sur les systèmes ? On voit que là aussi, la population, à l'échelle de la population, est très résiliente face à une détresse psychologique. Plus on a de symptômes, plus on a de chances de revenir progressivement à un état peu symptomatique. En revanche, cela ne donne aucune information sur les individus.

---

### **Mme Françoise GUILLO-BENAROUS, Médecin Directrice – Servie de Santé Étudiante – Sorbonne Université, Co-directrice ASU GHI**

Elle nous livre le témoignage de son expérience depuis 2023 au sein du SSE (Service de Santé Étudiante) de Sorbonne Université.

La santé mentale des jeunes et des étudiants est une préoccupation mondiale. Du point de vue de la santé globale, le fardeau des maladies psychiques dépasse celui du cancer, des maladies vasculaires, des maladies respiratoires et du diabète. La dépression en est le plus gros contributeur mais continue de souffrir d'un manque de reconnaissance, de diagnostic et d'accès au soin. Les maladies psychiques sont dangereuses, pourvoyeuses de handicap et génératrices d'une souffrance intense, d'une perte de chance et de revenus. Elles sont de surcroît stigmatisées, ce qui en retarde encore la prise en charge.

### **Problématiques rencontrées**

Le SSE reçoit un public de jeunes, âgé de 18 à 24 ans en majorité. Il s'agit d'un public adolescent et de jeunes adultes dans une période de « construction de soi ». C'est aussi l'âge du détachement, des ruptures avec l'adolescence et avec les repères familiaux et sociaux. Cette période d'autonomisation est parfois difficile à traverser car les individus n'ont pas toujours les moyens de cette autonomie. Elle est aussi contemporaine de l'apparition ou de la réapparition de troubles apparus plus tôt dans l'enfance ou l'adolescence.

Dans cette population pourtant à faible mortalité, le suicide représente la deuxième cause de mortalité et est favorisée en cas de troubles psychiques avérés. Les étudiants reçus par le SSE cherchent un refuge dans l'isolement, le repli, l'inaction, le non-choix ou la destructivité. Se manifestent souvent des crises aiguës, bruyantes, des troubles de la relation à l'autre. Les

étudiants présentent également un large éventail de troubles psychopathologiques comme le syndrome dépressif modéré à sévère, mais aussi des troubles anxieux, des troubles de personnalité borderline (assez fréquents à cette période et qui favorisent le passage à l'acte suicidaire), des troubles du comportement alimentaire, des troubles obsessionnels compulsifs, ou encore des syndromes post-traumatiques réactivés. Ils sont aussi parfois confrontés à des troubles moins représentés dans la population générale comme la schizophrénie et la bipolarité qui sont des maladies psychotiques graves impliquant des hospitalisations parfois longues. Le diagnostic n'est pas toujours aisé et n'est pas toujours réalisé.

Il existe de nombreux troubles associés : du neuro-développement, du spectre autistique ou de l'attention. Les troubles associés masquent souvent l'origine du trouble principal (troubles addictifs liés à des troubles attentionnels, par exemple).

Cette souffrance intense entre en collision avec la vie universitaire sur le plan individuel et collectif, pouvant mettre les professeurs ou les autres étudiants en grande difficulté.

La santé somatique des étudiants impacte dans une certaine mesure leur santé mentale : moins de sommeil, mauvaise alimentation, surpoids, obésité, puberté de plus en plus précoce chez les filles, augmentation des infections sexuellement transmissibles, alcool, drogue.

L'équipe du SSE constate une augmentation des situations de solitude et de prises de risque. Elle est principalement sollicitée à des moments de crises : épisode auto-agressif, tentative de suicide, automutilation.

L'usage excessif des réseaux sociaux et des smartphones depuis les années 2010 entraîne une diminution de l'activité cognitive, physique et relationnelle. La consommation d'écran sur une journée est très élevée et prend le pas sur le temps consacré aux études et sur la vie de manière générale. De plus, confrontés à des images de drames, de guerres, nous souffrons à distance, par empathie.

Les étudiants sont soumis à la pression de l'environnement universitaire et des normes sociétales. Ils sont fortement préoccupés par leur insertion professionnelle. Tout échec est susceptible de mettre en péril la sécurité et l'identité psychique. Ils sont confrontés à la perte du lien avec l'autre (famille et amis), à la violence sexiste ou sexuelle et à la cyber-violence par les pairs.

Actuellement, 20% à 25% des étudiants changent leurs habitudes alimentaires pour des raisons de précarité. Ils sont domiciliés loin de leur centre d'études et passent beaucoup de temps dans les transports en commun.

### **Modèle et missions d'un service de santé**

Le modèle des services de santé étudiante privilégie l'accès aux soins. Mais seulement 30 % des étudiants en souffrance psychique consultent. Il existe 63 services de santé étudiante en France. Chacun d'entre eux propose une offre de soins en fonction des besoins exprimés par les étudiants. Les services de santé étudiante ont pour missions :

- prévention ; repérage ; accompagnement dans les domaines de santé sexuelle ; santé mentale ; addictions ; prévention de l'alcoolisation et des risques festifs ; nutrition ; prévention des risques métaboliques et du fardeau des maladies chroniques ; préservation du biorythme ; veille sanitaire.

La priorité est donnée à l'accompagnement des publics vulnérables : les étudiants jeunes, les primo-arrivants, les étudiants internationaux, les étudiants en L1, les étudiants déracinés ou en rupture familiale, les étudiants en situation de précarité, les étudiants en situation de handicap reconnue ou potentielle.

Les objectifs sont divers : améliorer la couverture vaccinale pour tel type de maladie (notamment le papillomavirus), prévention des discriminations, action et prise en compte des phénomènes nutritionnels, de la sédentarité, parmi lesquels les soins de prévention en santé mentale.

Le SSE développe différents pôles : santé relationnelle et sexuelle (rendez-vous assurés par une sage-femme), gynécologie (rendez-vous assurés par un médecin), pôle handicap et pôle prévention. Un travail de collaboration est réalisé avec les services handicap des universités et les associations étudiantes. Le service aimerait construire un pôle social mais travaille d'ores et déjà en très étroite collaboration avec les services sociaux. Un pôle culturel a été développé afin de « dépsychiatriser » la prise en charge.

### **Dispositif « Santé mentale » du SSE de Sorbonne université**

La priorité du service de santé étudiante est l'accès aux soins facilités et la communication autour de cette offre disponible. Beaucoup d'étudiants ne connaissent pas l'existence des services de santé, ni leur gratuité, dont les délais de consultation sont maîtrisés. Les consultations sont proposées sur six sites, c'est-à-dire sur les campus directement, avec des créneaux de rendez-vous toute la journée, des créneaux sans rendez-vous sur la pause méridienne et l'après-midi. Les rendez-vous sont réservables sur Doctolib. Les étudiants peuvent rencontrer un médecin dans les 24 ou 48 heures, un psychologue et un psychiatre dans un délai de moins de trois semaines. Toutes ces consultations sont gratuites.

Une autre priorité est celle de l'évaluation précoce des situations pour statuer sur les pistes diagnostiques. L'enjeu est d'éviter le passage à la psychiatrie car les troubles peuvent régresser si la prise en charge est suffisamment précoce. Les signes précoces sont le plus souvent l'échec scolaire, l'absentéisme, l'épuisement et le décrochage. Ce sont des signes subtils difficiles à déceler dans un amphithéâtre de 700 étudiants, mais plus aisé à repérer en TD. Le SSE veille à la formation des personnels de Sorbonne Université (enseignants, administratifs) depuis deux ans, pour faciliter le repérage de signaux faibles : problématiques psychiatriques, troubles des conduites alimentaires, addictologie, troubles du neuro-développement.

Enfin, le service a développé des outils spécifiques telle que la capsule numérique dont les étudiants peuvent flasher le QR code et qui les aide face à leurs questions.

### **Consultations de psychologie**

Le service réalise entre 10 000 et 11 000 consultations par an. Sur ce volume de consultations, 70% relèvent de la psychopathologie. Les étudiants en situation de handicap consultant pour une demande d'aménagement le font souvent pour motif de santé mentale.

Le service est implanté, pour des raisons d'accessibilité des personnes à mobilité réduite, sur deux campus : Clignancourt et Jussieu. Un immense travail de partenariat est réalisé avec les différents départements de médecine générale et spécialisée des hôpitaux publics, les CMP, les centres de psycho-trauma, la CUMP, les associations, etc.

### **Contribution**

Sommes-nous « le psy suffisamment bon » dont parle Donald Winnicott ?

Pouvons-nous adapter ou créer un environnement universitaire protecteur qui aiderait « à se penser soi-même » pour mieux « penser l'autre » ?

Avons-nous les moyens d'envisager et comprendre « la singularité absolue », pour le collectif du devenir ?

Sommes-nous prêts à créer et cultiver le lien, sa qualité et le dialogue : celui de la « conversation continue » avec nos étudiants ?

---

## **Témoignages de Eva LUCCHEZI et Lilia KEDJAR, Etudiantes, ambassadrices santé mentale :**

### **Présentation d'un dispositif départemental pour la Santé Mentale**

Deux étudiantes en service civique Eva et Lilia témoignent de leur engagement à aider d'autres jeunes de leur âge en souffrance en s'impliquant dans cette cause d'utilité publique. Les jeunes volontaires sont ambassadeurs en santé mentale (ASM) au sein d'un dispositif départemental à Paris et dans les Hauts-de-Seine depuis 2018, dispositif aussi présent à l'échelle nationale. Ils sont une équipe de 10 volontaires (entre 16 et 25 ans) qui interviennent de février à juin 2026. Ils sont formés au premier secours santé mentale (PSSM), en psychopathologie, à l'écoute active et aux techniques d'animation d'ateliers. Ces derniers sont supervisés par psychologue de la Fondation Falray.

### **Intervenantes :**

- Eva (19 ans) vient de sortir du lycée avec comme projet de faire des études de droit.
- Lilia (22 ans) diplômée d'une licence de psychologie, souhaite intégrer un master de psychologie clinique.

### **Dispositif :**

- Créé en tant que franchise par la fondation ARHM, l'Institut Bergeret à Lyon.
- Porté actuellement par la fondation Falray en Ile-de-France, en partenariat avec Unicité et s'appuie sur des ressources tels que Psychom.
- S'ouvre chaque année dans de nouveaux départements (en premier lieu en Seine-Saint-Denis, où il y avait un besoin crucial, puis à Paris et dans les Yvelines).

### **Leurs missions : (Suite à une formation de novembre à janvier)**

- Interventions : gratuites de sensibilisation à la santé mentale dans des structures qui accueillent des jeunes de 16 à 25 ans (lycée, université, mission locale, foyer jeune travailleur, France Travail, Croix-Rouge...).
- Ateliers où ils travaillent avec leurs pairs : ludiques, interactifs sous forme de jeux et de débats d'environ 1h à 1h30 dans un objectif de libérer la parole par des moments d'échanges libres. Ils sont répartis dans des groupes entre 4 et 15 jeunes.

### **Leurs interventions :**

- Ils s'adaptent aux structures et cherchent à les lier un maximum au terrain.
- Pour les faire réfléchir et confronter leurs visions avec leurs pairs.

### **Exemples de thématiques d'ateliers :**

- Hauts de Seine : santé mentale en général, la sexualité et les relations sentimentales violences faites aux femmes, les violences intrafamiliales le cyber-harcèlement, les addictions, le harcèlement, les pressions : sociales / scolaires / au travail / avec les réseaux sociaux.
- Paris : démystification de la santé mentale en général (en partant des jeunes, de leurs ressources, de ce qui est fonctionnel ou dysfonctionnel) ; l'impact des réseaux sociaux (les aspects néfastes et bénéfiques des réseaux sociaux et ce que l'algorithme crée) ; les relations interpersonnelles (relations saines / néfastes leurs apports et enjeux).
- Création d'un nouveau jeu interactif (Fragments d'un silence) : sous forme d'enquête sur le harcèlement scolaire et ces différents types.

### **Constats :**

- Différence de visions sur les relations à autrui entre les filles et les garçons.
- Des besoins réellement différents entre les classes sociales.

- Les ateliers permettent de favoriser la prise de parole, de repérer les jeunes en souffrance et de les orienter vers des structures adaptées.

---

**Mme Cécilia BOGNON-KÜSS, Maîtresse de conférences en philosophie et histoire des sciences biologiques et médicales à Sorbonne Université, co-directrice de l'Institut de Santé Globale**

Cécilia Bognon-Küss propose un déplacement du regard porté habituellement sur la santé mentale étudiante. Elle soutient que la santé mentale ne peut être réduite ni à un ensemble de symptômes, ni à une affaire strictement individuelle. Son propos s'inscrit dans une perspective philosophique attentive aux rapports entre sujet, milieu, temporalité, expérience vécue et institutions. Elle invite à penser la souffrance psychique étudiante à partir d'une articulation entre conditions objectives d'existence, qualité de l'environnement universitaire, statut de la parole étudiante et crise contemporaine du sens.

**Pour penser la santé mentale, interroger la question de la normalité et du pathologique : l'éclairage de Georges Canguilhem**

Georges Canguilhem pose la question de savoir ce que l'on appelle normal, pathologique, maladie, santé, anormal, normatif. Dire que « quelque chose » est en mauvaise santé ou pathologique, c'est toujours se situer par rapport à une norme. Or, les normes ne sont pas des données naturelles, elles sont des catégories axiologiques c'est-à-dire des positions de valeurs, du positif et du négatif.

La maladie ne peut pas se concevoir uniquement comme une modification quantitative d'un état normal, ce qui est la conception positiviste de la maladie élaborée au XIX<sup>ème</sup> siècle, c'est-à-dire comme un écart statistique mesuré durable en plus ou en moins par rapport à une fonction physiologique ordinaire, bien déterminée.

Une modification de l'état de santé peut être un signe, un symptôme mais elle va devenir une pathologie seulement si elle reflète une altération de l'organisme pris comme une totalité. Cette altération n'aura pas le même sens selon les individus en raison de la variabilité inter-individuelle. Les symptômes ou les maladies n'ont pas de sens à l'état isolé.

Le normal renvoie généralement à une conception statistique qui désigne l'adaptation commune. La vraie maladie se traduit par une perte de réactivité, une incapacité à s'adapter. L'état pathologique, ce n'est pas l'événement donné mais l'événement dans une situation déterminée par rapport à ce qu'un individu pouvait tolérer antérieurement.

On peut donc se demander à partir de quelles normes implicites on juge la santé mentale d'un étudiant et comment on prend soin de lui, comment on l'accompagne. Cherche-t-on à restaurer sa capacité propre, c'est-à-dire sa normativité individuelle ? Les troubles psychiques peuvent être compatibles avec une bonne santé mentale s'ils sont bien pris en charge, fait-elle remarquer. Ou bien cherche-t-on à remettre cet étudiant en conformité avec des normes statistiques institutionnelles de performance sociale ?

Avant de se demander comment aider les étudiants, on peut se poser la question préalable de savoir : aider les étudiants à aller mieux certes mais par rapport à quoi ?

Si la norme qu'on vise est l'adaptation parfaite à un système soumis lui-même à des logiques de performance, ne risque-t-on pas de soigner les symptômes d'un problème qu'on contribue nous-même à créer ?

Dans le sillage de la pensée de **Georges Canguilhem**, Cécilia Bognon-Küss fait remarquer que la santé ne se réduit pas à la conformité à une norme, mais renvoie à une capacité de l'organisme à instituer ses propres normes de vie. Encore faut-il que le milieu offre des prises

suffisantes pour que cette normativité puisse s'exercer. Un environnement qui n'offre ni possibilité d'agir, ni marge de déploiement, ni ressources accessibles, entrave cette normativité individuelle. La question de la santé mentale devient alors indissociable d'une interrogation sur les milieux de vie.

### **L'université comme « environnement suffisamment bon » : une référence à Winnicott**

Un axe de réflexion consiste à interroger la capacité de l'université à constituer un milieu protecteur. En écho aux remarques de la matinée, Cécilia Bognon-Küss se réfère à **Donald Winnicott** en proposant l'idée d'un environnement « suffisamment bon ». La question n'est pas seulement de savoir si l'université dispense des savoirs ou organise des parcours, mais si elle offre aussi aux étudiants un cadre suffisamment sécurisant pour apprendre, hésiter, se tromper, traverser des crises intellectuelles et existentielles sans décrocher.

Cette interrogation conduit à une critique de la transformation contemporaine des établissements d'enseignement supérieur. Les universités, prises dans des logiques de compétition, de fusion institutionnelle et de pression à la performance, peinent à devenir des milieux réellement protecteurs. L'enjeu n'est donc pas uniquement thérapeutique ; il est institutionnel. Il s'agit de réfléchir à ce que l'université « fait » aux étudiants en tant qu'environnement, et à ce qu'elle pourrait faire pour devenir un cadre plus favorable à leur développement psychique.

### **Penser la santé à partir du milieu : la salutogenèse d'Aaron Antonovsky**

Le concept de **salutogenèse**, emprunté à **Aaron Antonovsky** constitue un apport majeur à la réflexion sur la santé mentale des étudiants. Cécilia Bognon-Küss souligne qu'on pense souvent l'environnement à partir de ce qui rend malade : bruit, précarité, isolement, agents pathogènes, pression sociale. En revanche, on pense beaucoup plus rarement l'environnement comme ce qui soutient activement la santé. C'est précisément ce renversement qu'autorise la salutogenèse : **au lieu de demander ce qui produit la pathologie, il faut se demander ce qui permet de maintenir ou de produire la santé.**

L'intervenante rappelle que, pour Antonovsky, un environnement salutogène est un environnement qui nourrit un **sentiment de cohérence**. Celui-ci repose sur trois dimensions : la **compréhensibilité** du monde, sa **gérabilité** et son caractère **signifiant**. Appliquée au contexte universitaire, cette grille invite à se demander si l'institution est lisible pour les étudiants, si les exigences qui pèsent sur eux sont « praticables », et si les études apparaissent comme existentiellement signifiantes. L'université pourrait ainsi être évaluée non seulement par ses performances ou ses résultats, mais par son degré de salutogénéité.

### **Les affordances : James J. Gibson et la relation entre organisme et milieu**

Pour approfondir cette réflexion, l'intervenante mobilise également le concept d'**affordance**, associé à **James J. Gibson** et à la psychologie écologique. Une affordance désigne ce qu'un environnement offre comme possibilité d'action à un organisme donné. Elle n'est ni une propriété purement objective du milieu, ni une simple représentation subjective ; elle désigne une relation située entre un organisme et son environnement. L'exemple donné est celui de la chaise, qui « offre » la possibilité de s'asseoir, mais seulement pour certains corps, certaines habitudes et certains usages dans certaines cultures.

Transposé à la santé mentale, ce concept permet de formuler une thèse forte : la santé mentale n'est pas une propriété intérieure du sujet seulement ; elle dépend aussi de la qualité des relations qu'un milieu rend possibles. Un environnement riche en affordances positives, c'est-à-dire en possibilités d'action, de repos, de relation, d'orientation et d'appropriation, soutient la santé mentale. À l'inverse, un environnement pauvre ou mal ajusté fragilise les individus. L'intervenante insiste donc sur la nécessité de penser la santé mentale étudiante dans une logique relationnelle, et non dans le seul registre intrapsychique.

### **Applications concrètes : vers une université salutogène**

À partir des outils conceptuels convoqués, Cécilia Bognon- Küss formule plusieurs pistes concrètes pour penser une **université salutogène**.

Elle interroge d'abord les **espaces** : les campus sont-ils conçus pour favoriser la rencontre informelle, le repos, la concentration, ou bien uniquement pour gérer des flux et prévenir les occupations ? Elle soulève ensuite la question des **rythmes** : les emplois du temps tiennent-ils compte des besoins de récupération, d'assimilation et de vie hors études ? Elle aborde également les **relations pédagogiques** : les enseignants sont-ils formés à repérer la souffrance et à proposer une relation qui ne soit pas exclusivement évaluative ? Elle insiste encore sur la **lisibilité des parcours** : les étudiants savent-ils à qui s'adresser, comment fonctionne l'institution, quels sont leurs droits ? Enfin, elle pose la question du **sens des curricula** : les formations offrent-elles des occasions de relier les savoirs disciplinaires à des questions existentielles et politiques qui concernent effectivement la vie des étudiants ?

Elle débouche sur une réflexion pratique concernant l'aménagement des espaces, l'organisation du temps, la pédagogie, l'accueil et l'orientation.

### **Le statut de la parole étudiante : première personne et troisième personne**

Cécilia Bognon-Küss attire l'attention sur l'importance de la **parole étudiante**. Elle souligne le contraste entre, d'une part, les experts qui parlent des étudiants à l'aide de données, de modèles et de diagnostics et, d'autre part, les étudiants eux-mêmes qui parlent en leur nom propre. Ce contraste ouvre une question classique de philosophie de la médecine : **qui a autorité pour dire le vrai sur une expérience vécue ?** Un point de vue en première personne est-il moins légitime qu'un point de vue en troisième personne lorsqu'il s'agit de décrire un état pathologique ou une souffrance ?

La réponse de l'intervenante n'est pas de substituer purement et simplement le témoignage au diagnostic, mais de récuser la hiérarchie spontanée qui dévalue l'expérience vécue. La parole étudiante n'est pas un supplément accessoire ; elle apporte une connaissance spécifique de la souffrance, irréductible aux seules catégories médicales ou statistiques.

### **Miranda Fricker et l'injustice épistémique**

Pour penser ce problème, Cécilia Bognon-Küss mobilise et le concept d'**injustice épistémique** proposée par la philosophe **Miranda Fricker** . Elle en distingue les deux formes principales.

La première est l'**injustice testimoniale** : elle se produit lorsqu'on accorde moins de crédit à la parole d'un individu en raison de son identité sociale, de son âge, de son statut ou de sa position. Dans le cadre universitaire, cela conduit à se demander si un étudiant disant « je souffre » ou « le système m'épuise » est reçu avec le même sérieux qu'un enseignant ou qu'un médecin formulant un constat analogue.

La seconde est l'**injustice herméneutique** : elle désigne la situation dans laquelle un sujet ne dispose pas des outils conceptuels nécessaires pour interpréter et communiquer ce qu'il vit. Beaucoup d'étudiants, explique-t-elle, ne savent pas toujours comment nommer leur souffrance, non par défaut d'intelligence, mais parce que les concepts disponibles ne saisissent pas adéquatement la finesse de leur expérience. L'intervenante évoque à ce propos la question de la **littératie**. Ce qui l'intéresse surtout, c'est l'idée qu'il existe une expérience qui précède et déborde le diagnostic.

### **Le témoignage comme source de connaissance**

Si le témoignage n'est pas une donnée épidémiologique et ne vise pas la généralisation statistique, il possède pourtant une valeur irremplaçable, car il donne accès à la singularité, à l'expérience vécue de la souffrance. Il ne s'agit pas seulement d'un registre complémentaire au savoir expert ; il s'agit d'un registre premier, y compris peut-être dans un sens chronologique, puisque l'expérience vécue précède la formalisation diagnostique.

Ce point permet à l'intervenante de défendre une conception élargie de la connaissance en matière de santé mentale : l'expérience subjective ne relève pas du simple ressenti privé ; elle a une portée ontologique et épistémique. Elle dit quelque chose du réel, et elle doit être prise au sérieux dans l'élaboration des réponses institutionnelles et cliniques.

### **La question du sens : Viktor Frankl et la souffrance absurde**

Le dernier grand axe de l'intervention concerne la **question du sens**, envisagée comme question de santé mentale et de soin. L'intervenante affirme que la santé mentale de la jeunesse n'est pas séparable d'une crise existentielle et politique touchant à la signification même d'étudier, de savoir et de se projeter dans l'avenir.

Elle s'appuie notamment sur **Viktor Frankl** pour soutenir l'idée que les êtres humains peuvent endurer de très grandes souffrances à condition de pouvoir leur donner un sens ou de les inscrire dans une perspective. Une souffrance absurde, qui ne mène nulle part et ne s'intègre à aucun projet, devient destructrice. Elle formule une critique du présent universitaire : si les études exigent du temps, de l'argent, de l'énergie, des sacrifices et de la jeunesse, tout en étant vidées de leur promesse émancipatrice au profit d'une promesse purement instrumentale elle-même de moins en moins crédible, alors elles deviennent génératrices de souffrance.

### **Hannah Arendt : travail, fabrication et action**

Cette critique est approfondie par une référence à **Hannah Arendt**. Cécilia Bognon-Küss reprend sa distinction entre **travail, faire/fabrication et action** pour réfléchir à ce que devrait être l'université. Selon elle, l'université devrait relever de l'action et de la pensée, c'est-à-dire d'activités libératrices qui ne se réduisent pas à la production d'un résultat mesurable. Or, les logiques contemporaines de productivité, d'évaluation et de performance tendent à orienter la pensée vers une forme de travail répétitif, tourné vers des résultats et soumis à des normes étroites. Dans une telle configuration, la pensée « perd sa respiration » et devient elle-même source de souffrance.

**Le mal-être étudiant n'est pas seulement lié à la fragilité psychique des individus ; il est aussi produit par une transformation du régime même des études et du rapport aux savoirs.**

### **Éco-anxiété, crise du futur et temporalité**

Un autre développement important de l'exposé concerne l'**éco-anxiété** et, plus largement, la **crise du futur**. Le sentiment selon lequel l'avenir sera pire que le présent — sur les plans climatique, démocratique et économique — produit des effets psychiques profonds sur les étudiants. Cette crise du futur peut toucher directement l'investissement dans les études : pourquoi engager un cursus long si l'on ne croit pas au monde dans lequel on devra ensuite vivre et travailler ?

L'intervenante insiste alors sur un point essentiel : cette anxiété ne doit pas être interprétée trop vite comme une pathologie individuelle. Elle peut être, au contraire, une réaction lucide à une situation objective. C'est en ce sens qu'elle en propose une lecture philosophique et politique, plutôt qu'exclusivement clinique.

### **Glenn Albrecht et la solastalgie**

Dans ce cadre, elle convoque le philosophe australien **Glenn Albrecht** et la notion de **solastalgie**. Celle-ci désigne la détresse causée par la dégradation de l'environnement, mais aussi, dans le prolongement de son propos, la détresse liée à une coupure d'avec l'avenir et à une altération du rapport au temps. La solastalgie permet ainsi de nommer une forme de souffrance qui n'est ni purement intime ni strictement psychopathologique, mais liée à la dégradation du monde habitable.

### **Jeff McMahan et le Time Relative Interest Account**

En référence à **Jeff McMahan** et à son ouvrage *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*, Cécilia Bonon-Küss mobilise le concept de **Time Relative Interest Account**. L'idée générale est que le tort moral lié à la privation d'un futur dépend de la qualité des **connexions psychologiques** qu'un individu entretient avec ce futur : projets, anticipations, investissements, capacité à se représenter son devenir. Plus ces connexions sont fortes, plus la privation ou la dégradation de ce futur constitue un tort grave.

Appliquée à la jeunesse contemporaine, cette théorie permet de penser autrement l'effet du changement climatique et des autres incertitudes systémiques. Ce qui est atteint, ce n'est pas simplement un futur abstrait ; c'est la relation psychologique au futur propre et au futur

commun. Dès lors, **le tort subi n'est pas réductible à un dommage médical classique : il touche la structure même de l'existence temporelle, la capacité à habiter le présent en étant orienté vers un avenir qui mérite d'être vécu.**

### **La volonté de sens et la critique d'une médicalisation excessive**

Cette analyse rejoint à nouveau **Frankl** à travers la notion de **volonté de sens**. Ce qui anime les êtres humains, rappelle l'intervenante, c'est une tension vers un futur signifiant. Dès lors, le problème n'est pas seulement l'anticipation de souffrances futures, mais le fait de percevoir un monde dégradé qui rend impossible tout investissement dans un avenir commun. L'anxiété qui en résulte est donc moins individuelle que collective et politique.

Cécilia Bognon-Küss en tire une conséquence importante : certaines souffrances étudiantes excèdent le champ de la médecine, ou du moins résistent à une lecture exclusivement médicale. Il ne s'agit pas de nier qu'elles relèvent de la santé mentale, mais de refuser de les localiser uniquement « dans la tête » des étudiants. Elles relèvent aussi d'une atteinte réelle à la capacité d'être relié à son futur. Une telle situation appelle une réponse autant politique que thérapeutique.

### **David Graeber, burn-out et disparition du sens**

Dans la dernière partie de son intervention, Cecilia Bonion-Küss élargit la réflexion en rapprochant la condition étudiante d'autres formes contemporaines de souffrance liées à la perte de sens. Elle mentionne le **burn-out au travail**, la souffrance exprimée par les personnels hospitaliers, ainsi que les **bullshit jobs** décrits par **David Graeber**. Dans tous ces cas, ce qui fait souffrir n'est pas seulement la fatigue ou la charge objective, mais la disparition du sens de l'activité. Ce parallèle permet de replacer la souffrance étudiante dans un cadre plus large : celui d'un monde social où les activités sont de plus en plus déconnectées de toute signification vécue.

### **Repenser les dispositifs d'accompagnement**

L'intervention se conclut sur une proposition : les dispositifs d'accompagnement ne devraient pas être conçus uniquement comme des lieux où l'on traite des symptômes. Ils devraient être aussi des lieux où la **question du sens** peut être posée, explorée et habitée librement. C'est à cet endroit que clinique et philosophie peuvent se rejoindre. Le soin ne consiste pas seulement à réduire une souffrance ; il peut aussi consister à ouvrir un espace de signification, de parole et de projection.

Cécilia Bognon- Küss a articulé donc plusieurs niveaux d'analyse, sans jamais les confondre : le niveau institutionnel, le niveau existentiel, le niveau politique, le niveau épistémologique et le niveau clinique. La santé mentale étudiante ne peut être comprise si l'on ignore la qualité des milieux universitaires, la portée cognitive du témoignage, la crise du futur et la question du sens. **La souffrance psychique des étudiants ne relève donc pas seulement d'une clinique des troubles ; elle oblige à repenser les institutions, les savoirs, les formes de reconnaissance et les conditions mêmes d'un avenir viable.**

<p>Ce compte rendu est rédigé sous la responsabilité des rédacteurs : Charlotte HEILMANN, Anne-Cécile LLAURO psychologues de l'Education nationale, Annick SOUBAI directrice du CIO enseignements supérieurs. Auriane DOREAU, étudiante, stagiaire.</p>
---