

INJEP NOTES & RAPPORTS

■ **Juillet 2026**
■ INJEPR-2026/05

Comprendre la santé mentale des jeunes

Revue de littérature

SOUTIEN À LA RECHERCHE

■ Alex MAIGNAN, doctorant en sociologie à l'Université
Paris Nanterre (Cresppa-CSU) et à l'EHESS (IRIS)

*Ce rapport a bénéficié du soutien financier de l'Injep.
Il engage la seule responsabilité de ses auteurs et/ou autrices.*

Comprendre la santé mentale des jeunes

Revue de littérature

Alex Maignan

Pour citer ce document

MAIGNAN Alex, 2026, *Comprendre la santé mentale des jeunes*, Revue de littérature, Injep
Notes & rapports/Revue de littérature.

Sommaire

SYNTHÈSE.....	5
Mesurer la santé mentale des jeunes : déterminants sociaux et facteurs de vulnérabilité	5
La santé mentale des jeunes : un problème à résoudre ?.....	6
Prendre en charge la santé mentale, accompagner les jeunes	6
Les jeunes face à leur santé mentale : quelles ressources pour quels usages ?	8
INTRODUCTION.....	10
La santé mentale des jeunes : une actualité alarmante	10
« Santé mentale » des « jeunes » : de quoi parle-t-on ?	11
Qu'est-ce que la santé mentale ?.....	11
La sociologie sur le terrain de la santé mentale.....	12
Définir sociologiquement « les jeunes »	14
Objectifs et éléments de construction de cette revue de littérature.....	15
Principales questions traitées par cette revue de littérature	15
Méthodologie	16
Structure de la revue de littérature	16
CHAPITRE 1. MESURER LA SANTE MENTALE DES JEUNES	17
Les principales enquêtes quantitatives sur la santé mentale des jeunes.....	17
Quels indicateurs pour quels résultats ? Les déterminants sociaux de la santé mentale des jeunes.....	20
Sur les conduites suicidaires et les gestes auto-infligés.....	20
Sur la souffrance psychique (symptômes dépressifs, anxieux, problèmes de sommeil)	23
Précautions méthodologiques et limites du « paradigme épidémiologique »	25
Perspectives de recherche : enrichir l'analyse des déterminants sociaux	26
Les conduites suicidaires et l'importance des violences	26
Partir des rapports sociaux : l'exemple de la dépression et des troubles du comportement alimentaire	28
La théorie des niches écologiques.....	29
CHAPITRE 2. LA SANTE MENTALE DES JEUNES, UN PROBLEME A RESOUDRE ?	31
Une jeunesse vulnérable et à risque, donc en souffrance.....	31
L'affirmation de la souffrance psychique comme problème social.....	31
Les représentations sociales de la jeunesse : vulnérable et dangereuse.....	32
La prévention des risques juvéniles : une jeunesse en souffrance	33
Santé mentale et politiques de jeunesse	34

Deux problèmes, deux solutions : le cas des adolescents « difficiles » et le dispositif des maisons des adolescents	35
Le cas des maisons des adolescents : un dispositif ajusté au problème de la souffrance des jeunes ?	35
Le problème des « adolescents difficiles » des années 2000 : vulnérables ou dangereux ?	36
Perspectives de recherche : poursuivre l'analyse de la construction sociale et publique de la crise de la santé mentale des jeunes.....	37
Mal-être et bien-être des élèves et des étudiant-es : la santé mentale dans les politiques éducatives	37
Le danger du numérique et des réseaux sociaux pour les jeunes : un nouveau problème public ? 39	
CHAPITRE 3. PRENDRE EN CHARGE LA SANTE MENTALE, ACCOMPAGNER LES JEUNES.....	40
Les évolutions croisées de la psychiatrie et des critiques issues des sciences sociales	40
De l'asile comme lieu de production de l'aliénation à la désinstitutionnalisation	40
Limites et remise en cause de la désinstitutionnalisation : le paradigme de la santé mentale	41
Troubles dans les institutions de santé mentale	43
Quelle psychiatisation pour les adolescents « difficiles » ?	43
Accompagner les jeunes en souffrance psychique : pour quelle autonomie ?	44
Les familles : des actrices de la prise en charge	46
Les carrières de malade : prendre en compte l'effet des institutions et du pouvoir médical.....	48
Au-delà des institutions de santé mentale : quels accompagnements ?	51
Troubles psychiques et mal-être en milieu scolaire et étudiant.....	51
Troubles psychiques en prison : soigner et punir.....	54
Santé mentale, insertion professionnelle et souffrances au travail	56
CHAPITRE 4. LES JEUNES FACE A LEUR SANTE MENTALE : QUELLES RESSOURCES POUR QUELS USAGES ?	59
Consulter des professionnel·les de santé mentale	59
Les réseaux sociaux numériques : quels usages en lien avec la santé mentale ?	63
Culture psychologique et diffusion de pratiques d'autodiagnostic et d'automédication chez les jeunes	66
La médiatisation de la santé mentale des jeunes : une expansion de la culture psychologique ? ..	66
Sociologie des diagnostics et pratiques d'autodiagnostic	67
Pratiques d'automédication et usage détourné de médicaments.....	70
Pratiques de bien-être et de développement personnel	71
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	76

SYNTHÈSE

Ces dernières années, la santé mentale a fait l'objet d'une intense actualité médiatique et politique, au point d'être proclamée « grande cause nationale » en 2025 et prolongée en 2026. Cette préoccupation apparaît encore plus marquée lorsqu'il s'agit de la santé mentale des jeunes. Articles de presse, émissions, prises de position de professionnel·les et d'acteurs du champ alertent sur un état jugé particulièrement dégradé, notamment depuis la crise sanitaire du covid-19. S'est ainsi progressivement imposée une forme d'évidence sociale concernant l'ampleur d'une « crise » de la santé mentale des jeunes.

Ce cadrage repose sur des questions générales : les jeunes vont-ils de plus en plus mal ? Sont-ils plus fragiles ou plus conscients des crises contemporaines ? Les réseaux sociaux sont-ils responsables ?

La notion même de « santé mentale » n'est pas neutre. Elle renvoie à une définition élargie, institutionnalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme état de bien-être, et non plus seulement une absence de trouble. Ce passage de la psychiatrie à la santé mentale élargit considérablement le périmètre d'analyse. De même, la catégorie des « jeunes » est plurielle, traversée par des statuts sociaux et des conditions d'existence différenciées. L'enjeu de cette revue de littérature est double : objectiver les réalités empiriques de l'état de santé mentale des jeunes et analyser la construction sociale et politique contemporaine de la « crise » de la santé mentale des jeunes.

Mesurer la santé mentale des jeunes : déterminants sociaux et facteurs de vulnérabilité

Le premier chapitre porte sur la mesure de la santé mentale des jeunes. Il présente les principales enquêtes statistiques disponibles, leur contexte d'émergence et leurs résultats. La multiplication des dispositifs de mesure depuis les années 1990, et plus encore depuis les années 2010, s'inscrit dans le passage à la santé mentale comme référentiel dominant. Les enquêtes épidémiologiques et de santé publique mobilisent des indicateurs variés : conduites suicidaires, symptômes anxieux et dépressifs, détresse psychologique, troubles du sommeil, consommation de substances, etc.

Les résultats montrent des évolutions préoccupantes sur plusieurs indicateurs, en particulier ceux concernant les gestes auto-infligés et les symptômes anxieux et dépressifs déclarés chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les enquêtes montrent que bien-être subjectif et présence de symptômes ne se superposent pas mécaniquement. Une partie des jeunes peut déclarer un niveau de satisfaction de vie relativement élevé tout en rapportant des difficultés psychologiques. Toutefois, ces tendances doivent être interprétées avec prudence. Les outils de mesure, les seuils retenus, les transformations des normes déclaratives et la publicisation accrue de la santé mentale influencent les résultats observés.

Les inégalités de classe, de genre, de conditions d'emploi ou de scolarité structurent fortement les indicateurs de santé mentale. Les jeunes en situation de précarité ou d'instabilité apparaissent plus exposés. L'analyse des déterminants sociaux est désormais enrichie en intégrant davantage la question des violences (de genre et intrafamiliales).

Enfin, la sociologie peut contribuer à une analyse réflexive des pratiques de mesure elles-mêmes, en interrogeant leurs fondements, leurs catégories et leurs effets. Elle permet d'articuler ces données quantitatives à une analyse des contextes sociaux dans lesquels s'inscrivent les difficultés observées.

La santé mentale des jeunes : un problème à résoudre ?

Le deuxième chapitre propose de prendre du recul par rapport aux pratiques de mesure pour interroger la façon dont la santé mentale des jeunes est devenue, au cours des dernières décennies, un enjeu central de santé et de politique publique.

La montée en généralité de la santé mentale comme catégorie d'action publique s'inscrit dans une transformation plus large des manières de penser et de nommer les difficultés sociales. À partir des années 1980-1990, la souffrance psychique acquiert une visibilité croissante dans l'espace public. La santé mentale devient progressivement un langage légitime pour exprimer des difficultés sociales, professionnelles, familiales ou scolaires. Elle ne renvoie plus uniquement aux troubles psychiatriques sévères, mais s'élargit à des formes de mal-être, de détresse ou de vulnérabilité. Dans ce cadre, la jeunesse occupe une place spécifique. Elle est régulièrement présentée comme une période particulièrement sensible, marquée par des fragilités et des risques. Les politiques publiques développées à partir des années 1990 autour des conduites à risque participent de cette construction. Elles articulent prévention, responsabilisation individuelle et promotion de comportements dits favorables à la santé. La santé mentale s'insère progressivement dans cette logique, aux côtés d'autres enjeux comme les consommations de substances dangereuses ou les violences.

Ce processus s'accompagne d'un élargissement du périmètre d'intervention. Des difficultés scolaires, relationnelles ou comportementales peuvent être interprétées à travers le registre de la santé mentale. Les frontières entre problème éducatif, problème social et problème sanitaire deviennent plus poreuses. La création des maisons des adolescents au milieu des années 2000 illustre cette institutionnalisation d'un problème spécifique : celui de la souffrance des jeunes. Ces dispositifs visent à proposer des espaces accessibles, en amont de la psychiatrie hospitalière, et à décroiser les prises en charge. Cette construction n'est pas linéaire ni consensuelle : les controverses autour de certaines catégories, comme les « troubles des conduites », montrent que la qualification des difficultés juvéniles fait l'objet de débats scientifiques et politiques. Les discussions portent sur les risques de médicalisation, sur les frontières entre prévention et contrôle, et sur les modalités légitimes d'intervention.

La pandémie de covid-19 s'inscrit dans cette configuration en renforçant la visibilité médiatique et politique de la santé mentale des jeunes. Les effets des confinements et de l'isolement sont rapidement interprétés dans le registre de la souffrance psychique, contribuant à imposer l'idée d'une « crise ». La description d'un état dégradé fonctionne alors comme un appel à l'action publique.

Prendre en charge la santé mentale, accompagner les jeunes

Le troisième chapitre se concentre sur l'évolution des modes de prise en charge et d'accompagnement des jeunes confrontés à des difficultés relevant de la santé mentale. Il s'appuie principalement sur des

travaux qualitatifs et ethnographiques permettant de saisir concrètement le fonctionnement des institutions et les expériences des jeunes et de leurs proches.

Ces transformations s'inscrivent dans un mouvement plus large de désinstitutionnalisation de la psychiatrie. Le modèle centré sur l'asile et l'enfermement a progressivement été remis en cause au profit d'une diversification des dispositifs et d'une prise en charge plus ouverte sur l'extérieur. Toutefois, cette sortie partielle de l'institution ne signifie pas la disparition des institutions. Elle produit plutôt une reconfiguration des lieux, des acteurs et des responsabilités. Les jeunes circulent aujourd'hui dans un paysage institutionnel complexe : hôpitaux psychiatriques, structures médico-sociales, dispositifs scolaires, missions locales, établissements pénitentiaires, associations, consultations en libéral. La santé mentale ne relève plus d'un espace unique et spécialisé, mais traverse une pluralité d'institutions. Cette extension s'accompagne d'une intégration croissante des problématiques psychiques dans des espaces où elles étaient auparavant moins présentes, comme l'école ou les dispositifs d'insertion.

Les critères de prise en charge ne reposent pas uniquement sur la nature des troubles. Ils dépendent des capacités institutionnelles, des contraintes organisationnelles et des ressources disponibles. Certaines situations sont considérées comme « gérables », d'autres comme plus difficiles à accompagner. Un autre élément central est la place accordée à la norme d'autonomie. Les dispositifs contemporains valorisent le « travail sur soi », la participation active des jeunes et leur responsabilisation. Les approches centrées sur le rétablissement, la *pair-aidance* ou l'accompagnement individualisé s'inscrivent dans cette perspective. Cependant, tous les jeunes ne disposent pas des mêmes ressources sociales, familiales ou économiques pour répondre à ces attentes. Les inégalités de classe, de genre ou de conditions matérielles pèsent sur les trajectoires. Les familles sont des actrices importantes de l'accompagnement dans l'accès aux dispositifs, la continuité des soins et la coordination des intervenants. La désinstitutionnalisation et la fragmentation de l'offre peuvent ainsi renforcer les écarts entre celles et ceux qui disposent de ressources pour naviguer dans le système et les autres.

La santé mentale s'articule à d'autres statuts sociaux occupés par les jeunes : élève, étudiant-e, travailleur-euse, détenu-e. Les expériences de prise en charge varient selon ces positions. L'extension du périmètre de la santé mentale dépasse donc le champ spécialisé de la psychiatrie. À l'école, les politiques de bien-être et de compétences psychosociales renforcent le rôle des personnels dans le repérage des difficultés. À l'université, des dispositifs spécifiques émergent mais restent pour le moment peu étudiés. En prison, la forte prévalence de troubles pose la question de l'articulation entre soin et contrainte. Dans les dispositifs d'insertion, la santé mentale devient une dimension de l'accompagnement vers l'emploi. Enfin, ces évolutions s'inscrivent dans une configuration normative plus large. La santé mentale devient un langage privilégié pour exprimer des tensions sociales, et la prise en charge s'organise autour de valeurs comme l'autonomie, la responsabilité et l'indépendance. Ces normes ne s'appliquent pas de manière homogène, mais elles produisent des effets différenciés selon les conditions sociales des jeunes.

Les jeunes face à leur santé mentale : quelles ressources pour quels usages ?

Le quatrième chapitre se concentre sur les jeunes eux-mêmes et sur les ressources qu'ils et elles mobilisent face aux difficultés relevant de la santé mentale. Il s'agit d'examiner les pratiques, les usages et les appropriations, en tenant compte de leurs différenciations sociales.

Une première série de travaux, peu nombreux, porte sur le recours aux soins de santé mentale. Les recherches montrent que l'accès aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence d'un besoin, mais aussi de dispositions socialement situées. La propension à « parler de soi », à formuler ses difficultés dans un registre psychologique et à solliciter un professionnel varie selon les socialisations de genre et de classe. L'étude consacrée au dispositif des chèques psy étudiants, mis en place après la pandémie de covid-19, met ainsi en évidence un faible recours au dispositif. Cette situation s'explique en partie par une méconnaissance de son existence, mais aussi par des formes de non-recours volontaire, liées à un souci d'autonomie ou à une défiance vis-à-vis des institutions. Elle révèle donc le caractère socialement différencié de la demande de soins psychologiques.

Au-delà du recours aux professionnels, les jeunes mobilisent d'autres espaces et ressources. Les réseaux sociaux numériques occupent une place importante dans les travaux récents. Loin d'être uniquement envisagés sous l'angle des effets négatifs, ils peuvent constituer des ressources de soutien, d'entraide et d'expression. Certaines recherches montrent que des plateformes comme Twitch peuvent devenir des « *safe places* » où s'articulent registres psychologiques et politiques pour des jeunes en situation de précarité ou d'isolement. D'autres travaux soulignent le rôle du numérique dans des situations de retrait social ou d'isolement, où il permet de maintenir des formes de lien et de reconnaissance.

Le chapitre aborde aussi la diffusion d'une culture psychologique qui favorise l'appropriation de diagnostics et de catégories. Des notions comme le TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), l'autisme, le trouble borderline, l'éco-anxiété ou encore l'hypersensibilité circulent largement dans les espaces médiatiques et numériques. Ces diagnostics peuvent faire l'objet d'appropriations variées : complètes, critiques ou ambivalentes. Ils peuvent constituer des ressources pour se comprendre, se reconnaître dans une communauté ou mettre à distance d'autres étiquettes jugées plus stigmatisantes. Mais ils peuvent aussi être contestés ou refusés. Ces dynamiques s'inscrivent dans l'expansion plus large de la culture psychologique qui se conjugue en partie aux pratiques d'automédication. L'usage détourné de médicaments psychotropes chez les jeunes ne relève pas uniquement d'une pathologie, mais peut s'inscrire dans des stratégies pour faire face aux épreuves de la transition vers l'âge adulte. Les médicaments sont parfois utilisés pour gérer la fatigue, le stress ou la pression scolaire, dans un contexte où le recours aux produits est socialement toléré et informé par des échanges entre pairs.

Enfin, bien qu'elles ne soient pas toujours explicitement associées à des enjeux de santé mentale, les pratiques de bien-être et de développement personnel participent de la mise en forme contemporaine des difficultés et du travail sur soi. Ces pratiques s'inscrivent dans une logique valorisant l'autonomie et la responsabilisation individuelle. Elles sont socialement différenciées, tant dans leurs formes que dans leurs usages. Plus généralement, les jeunes ne sont pas uniquement destinataires de dispositifs

institutionnels. Ils et elles mobilisent une pluralité de ressources (professionnelles, numériques, communautaires ou marchandes) dont les usages varient selon les conditions sociales, les trajectoires et les dispositions.

INTRODUCTION

La santé mentale des jeunes : une actualité alarmante

Ces dernières années, la santé mentale a fait l'objet d'une intense actualité, à la fois médiatique et politique, au point d'avoir été proclamée pour l'année 2025 « grande cause nationale ». Cette préoccupation visiblement croissante pour les enjeux de santé mentale est renforcée pour les jeunes, de nombreux articles de presse, émissions de télévision ou radiophoniques décrivant l'état particulièrement dégradé de leur situation, notamment depuis la crise du covid-19¹. Des professionnels du champ de la santé mentale (médecins, psychologues, psychiatres mais aussi des chercheurs et chercheuses en sciences sociales) prennent position pour alerter sur l'état dégradé des conditions de prises en charge des jeunes en souffrance². Ils et elles s'adressent aux responsables politiques dans l'espoir de déclencher une action publique jugée à même de répondre à la crise identifiée chez les jeunes et au-delà.

Ce cadrage politique et médiatique s'articule autour de plusieurs questions et/ou assertions sur la santé mentale des jeunes. Ces questions ont la particularité de se situer souvent à un niveau élevé de généralité. Par exemple : les jeunes vont-ils de plus en plus mal ? La pandémie de covid-19 a-t-elle fonctionné comme une « bombe à retardement » pour le mal-être des jeunes ?³ Souffrent-ils d'un pessimisme lié à un avenir bouché et incertain (tant d'un point de vue personnel que collectif) ? Les jeunes sont-ils plus fragiles, plus individualistes, voire plus narcissiques qu'auparavant ?⁴ Ou, au contraire, sont-ils plus conscients des enjeux sociaux contemporains, comme la crise écologique par exemple ? Les réseaux sociaux et l'intelligence artificielle générative sont-ils dangereux pour la santé mentale des jeunes ?⁵ Au contraire, grâce aux réseaux sociaux, la parole concernant les troubles de santé mentale s'est-elle davantage libérée parmi la jeunesse ?⁶

Énoncées comme telles, ces questions ne sont pas des questions immédiatement sociologiques. Ce sont, en revanche, des questions sociales, dont il ne s'agit pas de nier l'existence, ni l'importance. La démarche sociologique consiste alors à prendre de la distance avec ce type de questionnements, et

¹ « Les souffrances invisibles de nos jeunes », *Les Échos*, 7 février 2025 ; « Le mal-être des mineurs, une urgence sanitaire majeure », *Libération*, 6 août 2025 ; « Dépression : un quart des 15-29 ans disent être atteints, selon un sondage », *Le Monde*, 2 septembre 2025 ; « Santé mentale : la Fédération hospitalière de France déplore des difficultés d'accès aux soins "massives" pour les jeunes », *Libération*, 15 avril 2026.

² On peut citer par exemple la tribune parue dans *L'Humanité* le 7 avril 2026 signée par les organisations professionnelles et syndicales de la psychiatrie : « Santé mentale des jeunes : une priorité sans moyens ! » (<https://www.humanite.fr/en-debat/pedopsychiatrie/sante-mentale-des-jeunes-une-priorite-sans-moyens>). Plus largement, on peut rappeler aussi l'installation de l'Observatoire national du suicide en 2013, dont l'objectif est d'améliorer la connaissance des mécanismes conduisant aux suicides, et qui produit aujourd'hui des données et des recommandations importantes dans le champ de la prévention.

³ « Les cicatrices d'une "génération covid" », *Le Monde*, 25 mars 2025.

⁴ « La crise psychologique de la génération Z est une crise culturelle et morale », *Le Figaro*, 19 mai 2026.

⁵ « Anxiété, troubles alimentaires, échec scolaire : l'usage compulsif des écrans, une menace pour la santé mentale des jeunes », *L'Humanité*, 9 octobre 2025 ; « "Les chatbots ne sont pas conçus pour répondre à des questions d'ordre thérapeutiques" : l'inquiétude grandit sur les dangers de l'IA auprès des plus jeunes », *Les Échos*, 20 février 2026.

⁶ « "Ils ont moins d'idées reçues, osent parler de suicide" : la parole des jeunes sur la santé mentale se libère », *Le Monde*, 25 mars 2024 ; « Les jeunes lèvent le tabou des antidépresseurs : "En prendre a changé ma vie" », *Aujourd'hui en France*, 11 février 2026.

cela dans deux directions complémentaires. La première consiste à reformuler ces questions sociales en questionnements sociologiques. Pour ce faire, il s'agit bien souvent d'adopter une position de rupture par rapport à elles et de repositionner le questionnement sociologique à partir de la construction d'un objet empirique circonscrit appelant des matériaux et des méthodes d'enquête éprouvées par la discipline (statistiques, observations ethnographiques, entretiens). La seconde direction consiste, à l'inverse, à prendre pour objet d'enquête la formulation et le cadrage lui-même de ces questions sociales, en examinant les conditions sociales, historiques, morales et politiques qui peuvent expliquer leur émergence.

« Santé mentale » des « jeunes » : de quoi parle-t-on ?

Dans cette introduction, il s'agit de revenir sur différents éléments de contextualisation et de définition concernant à la fois la notion de « santé mentale » et celle de « jeunesse ». Ces éléments préliminaires sont importants dans le cas de l'étude de la « santé mentale », un objet aux contours flous et considéré avant tout comme appartenant au domaine des disciplines médicales (psychiatrie, santé publique, épidémiologie).

Qu'est-ce que la santé mentale ?

De quel objet parle-t-on lorsque l'on évoque la santé mentale ? La réponse à cette question n'est évidemment pas univoque, elle fait l'objet de débats, de luttes et de controverses parmi les différents acteurs investis dans ce champ. D'autres notions pourraient d'ailleurs être mobilisées, chacune s'inscrivant dans des configurations historiques, sociales et institutionnelles particulières : aliénation, hygiène mentale, folie, trouble mental, trouble psychique, maladie mentale, handicap psychique, souffrance psychique, mal-être, bien-être, détresse psychologique, etc.

Concernant la santé mentale, la définition souvent mobilisée est la définition institutionnelle fournie par l'OMS en 1946, reprise en France par Santé publique France. Elle désigne un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Comme le note l'historien des sciences Claude-Olivier Doron (2015) dans un article revenant sur l'histoire de ce concept, cadrer l'analyse en termes de santé mentale n'est donc pas neutre. Il montre comment, à partir des années 1940-1960, la santé mentale devient le référentiel, là où auparavant elle « ne se donnait que comme un objet négatif marginal au sein d'un système dont l'aliénation ou la maladie constituaient le référentiel » (p. 4). En parlant de « santé mentale » comme d'un « état de bien-être », l'OMS insiste donc à la fois sur le fait que sa définition ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux et, de façon corollaire, sur le fait que tout individu dispose en tout instant d'un état de santé mentale (comme composante de son état de santé) qu'il est possible de prendre en charge personnellement et collectivement pour accéder à une forme de bien-être et d'autonomie.

Ce basculement, qui renvoie à une remise en cause croissante de la distinction entre le normal et le pathologique, est souvent qualifié de passage de la psychiatrie à la santé mentale (Ehrenberg, 2004). D'un point de vue théorique comme pratique, ce basculement, qui correspond en réalité à un

élargissement, introduit du flou et de nombreuses difficultés quant à la définition du périmètre d'études. Si, au cours du XIX^e siècle, s'est développée une discipline (l'aliénisme) articulée autour d'un objet (la maladie mentale) et d'un lieu (l'asile), la définition et la prise en charge contemporaine de la santé mentale oblige à l'inverse à intégrer à l'analyse un ensemble d'acteurs et d'actrices, d'institutions, de disciplines et de modes de raisonnement parfois très différents, et qui bien souvent entrent en conflit, ou du moins en concurrence. Comme le note le sociologue Alain Ehrenberg, « les murs de l'asile sont bien tombés, mais parallèlement, une plainte sans fin s'est progressivement mise à sourdre de partout, une plainte qui trouve sa réponse dans la quête de la santé mentale » (2004, p. 77). Ainsi, à la suite de la diffusion généralisée de catégories et de pratiques associées à la santé mentale (ne se réduisant donc plus à la seule psychiatrie), la sociologie de la santé mentale est devenue une sociologie de la majorité (la « population générale » en épidémiologie) et non plus seulement d'une minorité (de personnes enfermées parce qu'étiquetées comme malades mentales) (Brossard, Chandler, 2022).

Les problématiques associées à la santé mentale peuvent être très diverses : suicide, troubles psychotiques, troubles de la personnalité, dépression, anxiété, troubles du neurodéveloppement, troubles du comportement alimentaire, conduites addictives, stress post-traumatique, gestes auto-infligés, troubles du comportement, problèmes de sommeil, etc.

Pour cette revue de littérature, il ne s'agira néanmoins pas de fournir une définition sociologique fermée et définitive de la santé mentale, *a fortiori* de la santé mentale des jeunes. Au contraire, il s'agira d'abord de restituer la façon dont de nombreux travaux ont tenté d'appréhender cette réalité complexe, à travers différentes méthodologies, indicateurs, outils de mesure, etc. Mais il s'agira aussi de présenter les travaux permettant de comprendre et d'expliquer l'importance accordée depuis plusieurs années à la santé mentale des jeunes en tant que problème social et de santé publique. Par ailleurs, un des enjeux de cette revue de littérature sera de ne pas se laisser « enfermer » par une définition strictement médicale de la santé mentale (en considérant comme allant de soi les catégories nosologiques et cliniques circulant dans le champ médical). Au contraire, en s'intéressant à des travaux ne portant pas sur des objets strictement considérés comme appartenant au champ de la santé mentale, cette revue de littérature a pour objectif de questionner l'effet de ce cadrage sur la compréhension d'expériences de mal-être, de souffrances, de désajustements etc. chez les jeunes. C'est toute la difficulté de se saisir en sociologie d'une notion construite et débattue en dehors de la discipline, et plus encore par des disciplines parfois concurrentes à la démarche des sciences sociales.

La sociologie sur le terrain de la santé mentale

La sociologie de la santé mentale est un domaine de recherche assez récent, qui s'est développé surtout à partir de la fin des années 1990, en réponse aux préoccupations croissantes de la société pour ces questions. Néanmoins, des travaux fondateurs, comme ceux d'Émile Durkheim par exemple sur le suicide, ou plus tard ceux d'Erving Goffman sur les asiles aux États-Unis ou de Michel Foucault sur l'histoire de la folie, témoignent d'un intérêt ancien et profond des sciences sociales pour la question du mal-être et de sa prise en charge. Pour éclaircir les différentes manières d'approcher la santé mentale en sciences sociales, il s'agit dans cette section de fournir une définition cumulative et progressive de la santé mentale afin de souligner la diversité des objets et des travaux sociologiques qui seront convoqués dans cette revue de littérature.

La santé mentale comme concept...

La démarche première de la sociologie est la dénaturalisation de constats souvent perçus comme socialement évidents ou allant de soi. Définir la santé mentale comme concept vise précisément à intégrer à l'analyse les travaux qui soulignent la genèse et l'épaisseur sociale et historique de cette notion. Comme évoqué ci-dessus, la notion de santé mentale est relativement récente, et l'accent mis sur la santé mentale d'un groupe social spécifique, en l'occurrence « les jeunes », l'est davantage encore. Ce premier pallier de définition permet ainsi d'intégrer la dimension relative, c'est-à-dire la part socialement et historiquement située de notre définition contemporaine de ce qu'est la santé mentale.

... désignant un état (d'un individu ou d'une population) ...

Comme évoqué ci-dessus avec la définition fournie par l'OMS, la santé mentale est un concept qui désigne un état (plus ou moins durable). Ce deuxième pallier introduit donc l'idée qu'il est possible de mesurer la santé mentale d'un individu ou d'une population à l'aide de différentes méthodes (cliniques ou épidémiologiques). La sociologie, dans ce cadre, peut d'abord fournir des analyses réflexives par rapport aux fondements et à la portée de ces mesures (par une approche de sociologie des sciences par exemple), mais elle peut aussi et surtout contribuer à la discussion portant sur les déterminants sociaux de la santé mentale. Il y a, sur ce point, des contacts interdisciplinaires qui peuvent s'avérer fructueux, avec l'épidémiologie sociale, par exemple, qui cherche à évaluer le rôle de différents facteurs sociaux dans la survenue de troubles ou de difficultés de santé mentale (Vuillermoz *et al.*, 2024). À l'inverse, il y a des points de tensions potentiels avec d'autres approches disciplinaires, en l'occurrence les travaux s'inscrivant dans une perspective essentiellement neurobiologique (s'appuyant sur les neurosciences et la génétique) quant aux troubles de santé mentale.

... un état que l'on prend en charge...

La santé mentale n'est pas seulement un état qu'on mesure, elle est aussi considérée comme un état qui peut et doit faire l'objet d'une prise en charge. Cela implique d'inclure l'ensemble des travaux, y compris qualitatifs, qui portent sur les institutions de prise en charge des personnes (dont les jeunes) présentant un trouble ou des difficultés de l'ordre de la santé mentale. Cela nécessite d'identifier le réseau complexe d'institutions développant des modes de prise en charge de la santé mentale, des plus spécialisées (l'hôpital psychiatrique par exemple) aux moins spécialisées (comme l'école ou la prison). Les familles sont aussi des actrices à part entière de la prise en charge des jeunes en souffrance. Enfin il faut tenir compte des jeunes eux-mêmes, qui disposent de ressources (inégalement distribuées) pour faire face aux difficultés qu'ils et elles rencontrent.

... selon certaines normes, valeurs et objectifs...

L'évolution de ces modes de prises en charge s'inscrivent dans une configuration sociale et historique particulière valorisant certaines normes, valeurs et objectifs. La santé mentale est ainsi devenue progressivement à partir des années 1970-1980 à la fois une catégorie d'action publique de plus en plus mobilisée, mais aussi, et plus largement, un langage pour exprimer « de nombreux conflits et tensions de la vie en société » (Ehrenberg, 2010, p. 16). Ce langage s'appuie sur des représentations collectives et des normes qui orientent et conditionnent les modes de prises en charge contemporains de la santé mentale. Comme on le verra par la suite, la norme la plus centrale, qui ordonne les pratiques et les représentations, est celle de l'autonomie. Selon les perspectives à la fois méthodologiques, théoriques,

et empiriques mobilisées, nous verrons qu'il existe des débats sur la nature de cette norme d'autonomie. C'est en grande partie autour de cette notion et de son articulation avec d'autres notions associées (responsabilité, indépendance) que les modes de prises en charge et d'accompagnement des jeunes sont rendus compréhensibles (dans leur conception, dans leur mise en œuvre et dans leurs difficultés).

... et qui produit certains effets sociaux.

Le dernier palier de cette définition tient à rappeler que cette norme d'autonomie ne s'applique pas de façon mécanique et uniforme dans le monde social. En effet, dans la mesure où le monde social est fortement structuré et traversé par des rapports sociaux inégalitaires d'âge, de genre, de classe, d'origine, il est important d'analyser comment ces attentes d'autonomie peuvent contribuer à (re)produire les inégalités sociales de santé mentale. Ces dernières peuvent être saisies à la fois d'un point de vue intragénérationnel (entre les jeunes eux-mêmes) et intergénérationnel (les jeunes par rapport aux autres catégories d'âge).

Définir sociologiquement « les jeunes »

Pour cette revue de littérature, nous avons fait le choix de considérer les travaux portant sur les jeunes âgés de 11 à 30 ans. Comme l'a montré la sociologie de la jeunesse depuis ses premiers travaux, il est, en effet, difficile de fixer *a priori* des frontières stables et définitives susceptibles de définir la catégorie des « jeunes ». Cela s'explique à la fois par la nature fondamentalement plurielle et multiple des jeunesses (Bourdieu, 1984) mais aussi par la disparition d'une conception statutaire des âges de la vie, séparés les uns les autres par des frontières fixes et immuables (Galland, 2022 ; Van de Velde, 2008). Comme le notent Yaëlle Amsellem-Mainguy et Arthur Vuattoux, « le constat d'une variété croissante des parcours d'entrée dans la vie adulte a suivi de près celui d'un allongement général de la jeunesse et d'une désynchronisation des "seuils" du passage à l'âge adulte. On serait ainsi passé d'un modèle concentrant les étapes dans le temps et l'espace social à une diversité de modèles plus ou moins distendus, spécifiques, marqués par des allers-retours » (Amsellem-Mainguy, Vuattoux, 2018, p.22). Il s'agit donc ici d'intégrer les travaux portant sur les jeunes depuis leur entrée dans l'enseignement secondaire, afin de prendre en compte les enjeux liés à la santé mentale au sein de l'institution scolaire (au collège et au lycée). À l'autre bout du spectre, il a été choisi d'aller jusqu'à l'âge de 30 ans, à la fois parce que de nombreuses politiques publiques définissent les jeunes jusqu'à cet âge, et aussi parce que la littérature montre comment la jeunesse tend à s'allonger du fait de conditions économiques dégradées.

Entre 11 et 30 ans, les individus circulent dans différents espaces institutionnels et peuvent endosser en cela différents statuts sociaux, partiellement cumulables et simultanés : élève, étudiant·e, ami·e, conjoint·e, enfant (au sens de la filiation), parent, travailleur·euse (en emploi ou au chômage), patient·e, handicapé·e ou encore détenu·e. La diversité de ces statuts sociaux est importante à considérer dès lors que l'on s'intéresse aux expériences et aux modes de prises en charge des jeunes. Cette multiplicité de statuts s'articule à une diversité de conditions sociales et matérielles d'existence liées à la possession différenciée de capitaux culturels et économiques.

Ce rapport ne se limitera pas au cas des jeunes étiquetés ou diagnostiqués d'un trouble psychique du fait de l'extension et de l'expansion du périmètre de la santé mentale allant de pair avec la remise en

cause croissante de l'opposition stricte entre le normal et le pathologique. L'enjeu consistera à ouvrir la perspective en intégrant les travaux portant sur des formes de détresse et de difficultés psychologiques, ainsi que ceux interrogeant le succès contemporain de pratiques de développement personnel et de bien-être chez les jeunes. Ont donc été retenus pour construire cette revue de littérature les travaux publiés sur la période 2000-2025 portant sur des jeunes définis *en tant que* patients et patientes de la psychiatrie, et les travaux étudiant comment la santé mentale s'est progressivement intégrée dans les espaces et les institutions de la jeunesse.

Une difficulté perdure dans le fait de se concentrer spécifiquement sur la catégorie des jeunes. En effet, une partie des jeunes entrant dans la vie adulte ayant un trouble psychique sortent des dispositifs dédiés aux adolescent·es ou à la pédiatrie et fréquentent les mêmes institutions de prises en charge que les personnes ayant plus de 30 ans, et donc considérées comme « non-jeunes ». C'est une difficulté par ailleurs difficile à résoudre, liée au fait d'identifier les spécificités de la santé mentale des jeunes en tant que jeunes, laissant supposer qu'elle serait nécessairement différente de l'étude de la santé mentale en général. Cette difficulté s'est retrouvée de façon très concrète dans la sélection des travaux cités dans ce rapport : faut-il étendre la sélection à l'ensemble des travaux qui portent sur les institutions et dispositifs d'accompagnement de personnes ayant un trouble psychique (en supposant qu'il y aura nécessairement des jeunes dans ces institutions, même si les études ne sont pas problématisées autour de la jeunesse) ? Le choix a été fait de porter une attention particulière aux travaux mentionnant explicitement travailler sur les jeunes, tout en intégrant par moment des travaux dont les résultats montrent qu'ils concernent aussi les jeunes, sans que ne soit forcément problématisée la question de la jeunesse.

Objectifs et éléments de construction de cette revue de littérature

Principales questions traitées par cette revue de littérature

Le cadre général de questionnement de cette revue de littérature part du constat d'une « crise » de la santé mentale des jeunes. Il se décline en plusieurs interrogations :

- Comment la sociologie peut-elle contribuer à objectiver l'état de la santé mentale des jeunes ?
- Dans quelle mesure permet-elle de produire une analyse réflexive de la situation de « crise » de la santé mentale des jeunes ?
- En quoi les travaux sociologiques permettent-ils de nourrir et d'enrichir l'analyse des déterminants sociaux de la santé mentale des jeunes ?
- Comment ont évolué les modes de prises en charge de la santé mentale des jeunes, et quels résultats les sciences sociales en ont-elles tirés ?
- Comment les jeunes eux-mêmes se positionnent par rapport aux enjeux de santé mentale ? Quelles ressources mobilisent-ils et elles, et selon quelles logiques de différenciation sociale ?

Méthodologie

Cette revue de littérature s'appuie sur une activité de veille scientifique et statistique et sur une recherche bibliographique axée essentiellement sur des travaux en langue française, portant sur la période 2000-2025 et sur la France, des travaux étrangers pouvant être ponctuellement mobilisés pour souligner des comparaisons. Étant donnée la définition et le périmètre particulièrement large de la notion de « santé mentale », nous avons dû étendre la recherche de références au-delà des seuls travaux ayant comme mot-clé « santé mentale » en incluant des travaux mentionnant les termes de « souffrance psychique », « détresse psychologique », « trouble psychique », « handicap psychique », « solitude », « mal-être », etc. Nous avons consulté à la fois les revues généralistes de sociologie (*Revue française de sociologie*, *Sociétés contemporaines*, *Actes de la recherche en sciences sociales*, *Sociologie*, *Genèses*), mais aussi des revues thématiques en sociologie de la santé (*Sciences sociales et santé*, *Déviance et société*, *Rhizôme*), ainsi que des revues thématiques en sociologie de la jeunesse ou en sociologie du numérique (*Agora débats/jeunesses*, *Réseaux*). Dans le souci de donner à voir en quoi consiste une approche essentiellement sociologique de la santé mentale des jeunes, il a été choisi de ne pas intégrer de façon systématique les travaux d'autres disciplines, ou de manière marginale (épidémiologie, psychiatrie, psychologie, génétique).

Au-delà des articles publiés dans des revues académiques, ont été pris en compte les thèses soutenues ayant porté sur des enjeux liés à la santé mentale des jeunes, les ouvrages de synthèse ou issus d'enquêtes de terrain portant sur ce thème. À ce titre, il est intéressant de noter que les différents manuels de sociologie de la jeunesse n'abordent pas ou peu la question de la santé mentale. À l'inverse, les manuels de sociologie de la santé mentale ne se concentrent pas spécifiquement non plus sur le cas de la jeunesse. Enfin, des rapports institutionnels et/ou d'expertise ont été intégrés, notamment ceux portant sur les données et analyses statistiques. Il ne s'agit pas d'une revue de littérature prétendant à l'exhaustivité, le choix des travaux cités ont fait l'objet d'une sélection en lien avec les principales questions posées par cette revue de littérature.

Structure de la revue de littérature

Cette revue de littérature est structurée en quatre chapitres. Le premier aborde la question de la mesure de la santé mentale des jeunes, en présentant les principales enquêtes statistiques menées sur cette question, le contexte historique dans lequel s'inscrivent ces enquêtes ainsi que leurs principaux résultats et limites. Le deuxième chapitre propose de s'intéresser aux travaux qui montrent comment le thème de la santé mentale des jeunes est devenu un enjeu de santé et de politique publique ces dernières décennies. Il permet ainsi de fournir des éléments de réflexions sur les enjeux spécifiques liés au cadrage social et politique de la (crise de la) santé mentale des jeunes. Le troisième chapitre aborde les problématiques liées à l'évolution des modes de prise en charge et d'accompagnement des jeunes, selon leurs statuts et les institutions dans lesquelles ils et elles circulent. Il s'appuie sur des travaux qualitatifs et ethnographiques. Le quatrième et dernier chapitre se concentre sur les jeunes en évoquant les travaux portant sur les pratiques et ressources individuelles et collectives portées par et pour les jeunes, qui viennent mettre en forme les difficultés de l'ordre de la santé mentale.

Chapitre 1. Mesurer la santé mentale des jeunes

Dans ce premier chapitre, l'objectif est de faire le point sur les principales méthodes de mesure de la santé mentale des jeunes, décrire les différentes enquêtes menées sur cette question par la statistique publique, les principaux indicateurs utilisés et résultats concernant l'évolution de l'état de la santé mentale des jeunes. Dans un premier temps, il s'agira de faire un bref détour historique pour montrer comment ont été construits ces principaux outils de mesure de la santé mentale des jeunes, finalement assez récents en France. Puis nous synthétisons les principales enquêtes statistiques existant sur la santé mentale des jeunes. Ensuite, nous mentionnerons plusieurs résultats importants quant à la mesure de la santé mentale des jeunes, en présentant le rôle des déterminants sociaux dans la survenue de certains comportements et symptômes. Enfin, nous concluons en évoquant les limites de ces pratiques de mesure, à la fois nécessaires mais incomplètes et ne permettant pas de saisir l'ensemble des enjeux ayant trait à la problématique de la santé mentale des jeunes.

Les principales enquêtes quantitatives sur la santé mentale des jeunes

Cette section vise à présenter les principales institutions et enquêtes quantitatives pouvant être mobilisées pour obtenir des données sur ce qu'on qualifie ici de « santé mentale des jeunes ». Comme le rappelle la sociologue Lise Demailly (2011) dans son ouvrage de synthèse sur la sociologie des maladies mentales, plusieurs institutions sont impliquées dans la production de données épidémiologiques sur la santé mentale :

- Les organisations internationales comme l'OMS, ou à l'échelle européenne, Eurostat ;
- Les administrations, en particulier la statistique publique, qui produisent des enquêtes régulières ou ponctuelles : l'Insee, la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Santé publique France, ;
- Des organismes qui s'intéressent plus spécifiquement aux jeunes ou à des problématiques particulières : l'OFDT (l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives) ou encore l'OVE (l'Observatoire national de la vie étudiante) ;
- La recherche en épidémiologie psychiatrique, en lien avec l'Inserm ou les CHU.

Outre ces institutions, on peut mentionner l'existence d'études fournies par exemple par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), qui a publié en 2025 un rapport sur « L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale »⁷, par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), qui a publié en 2025 un rapport sur *La santé mentale dans les cités éducatives : une montée en puissance à accompagner*⁸, ou par le Conseil économique, social et environnemental (Cese), avec le

⁷ <https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/hcfea-laide-soin-aux-enfants-adolescents-pedopsychiatrie-sante-mentale>.

⁸ <https://www.vie-publique.fr/rapport/300918-igas-igcsr-rapport-la-sante-mentale-dans-les-cites-educatives>.

rapport *Santé mentale et bien-être des enfants et des jeunes : un enjeu de société* (Cese, 2025)⁹. On peut aussi citer les sources statistiques et épidémiologiques administratives disponibles en routine au niveau national, comme le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO), et le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), qui permettent de récolter des données concernant par exemple les tentatives de suicide et les décès par suicide.

Le tableau ci-dessous présente les différentes enquêtes identifiées pour récolter des données portant sur la santé mentale des jeunes. Il permet de souligner les spécificités et apports des différentes enquêtes. Par exemple, sur la comparaison internationale et historique, on pourra se référer à l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children HBSC copilotée par l'OMS et qui dresse depuis 1982 le panorama de la santé et du bien-être des adolescent·es scolarisé·es entre 11 et 15 ans en Europe et en Amérique du Nord. Dans un autre ordre, le baromètre santé de Santé publique France (qui a pour objectif de suivre les comportements de santé de la population française et leurs déterminants, avec une attention particulière accordée aux inégalités sociales et territoriales) a consacré des volets spécifiques aux jeunes en 1997 et en 2010 (« Baromètre santé jeunes »).

Ces outils de mesure se révèlent être finalement assez récents en France ; ils se sont développés à partir des années 1990. La pandémie de covid-19 en 2020 en France a marqué une accélération dans la mise en place d'enquêtes visant à mesurer l'état de santé mentale de la population, y compris des jeunes. Il existe par ailleurs des enquêtes spécifiques sur la santé mentale des jeunes en tant qu'élèves ou étudiants.

⁹ <https://www.vie-publique.fr/rapport/300482-cese-sante-mentale-et-bien-etre-enfants-et-jeunes-enjeu-de-societe>.

**TABLEAU 1. PRINCIPALES ENQUÊTES QUANTITATIVES
SUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES**

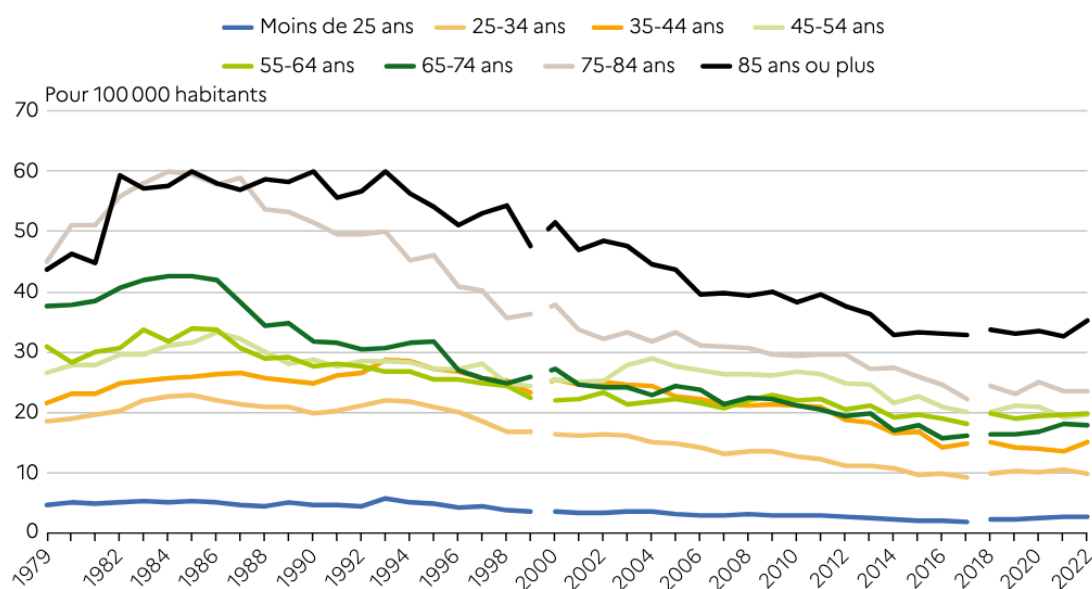
Années	Enquête	Thématique de l'enquête	Âge	Taille de l'échantillon	Institution productrice de données
2003	Santé mentale en population générale (SMPG)	Prévalence des principaux troubles mentaux et représentations de la santé mentale	18 ans et plus	36 000	CCOMS et Drees
1994-1998-2002-2006-2010-2014-2018-2022	Health Behaviour in School-aged Children (HSBC)	Panorama de la santé et du bien-être des adolescents en Europe et en Amérique du Nord	11 ans 13 ans 15 ans	200 000 (dont 10 000 en France)	OMS
1992, 1993, 1995, 1996, 2000, 2002, 2005, 2007, 2008, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2023, 2024	Baromètre santé (Volet spécial jeunes : 1997, exploitation sous population jeunes : 2010)	Enquête sur les attitudes, opinions et comportements de santé	18-85 ans	Environ 5 000 (variable selon les années)	Santé publique France
2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017, 2022	Enquête sur la santé et les consommations (ESCAPAD)	Enquête sur la santé des jeunes de 17 ans et sur leurs consommations de produits psychoactifs et leurs conduites addictives	17 ans	20 000	OFDT
1994, 1997, 2000, 2003, 2006, 2009, 2011, 2014, 2017, 2020, 2023	Enquête Conditions de vie	Enquête sur les conditions de vie des étudiants en France (volet santé mentale ajouté en 2023)	NA Etudiants	50 000	OVE
2020-2024	Coviprev	Enquête pour suivre l'évolution de la santé mentale des Français (plusieurs vagues de collecte très rapprochées)	18 ans et plus	2 000	Santé publique France
2020	Épidémiologie et Conditions de vie liées au covid-19 (EPICOV)	Enquête sur les répercussions du confinement et de l'épidémie sur les conditions de vie et la santé	15 ans et plus	135 000	Inserm, Drees,
2008, 2014, 2020	European Health Interview Survey (EHIS)	Enquête européenne sur des indicateurs de santé standardisés	15 ans et plus	20 000 (pour la France)	Eurostat, IRDES et Drees (pour la France)
2018, 2022	Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnClass)	Enquête sur la perception qu'ont les élèves de 11 à 18 ans de leur santé et leur vécu au sens large	11, 13, 15 ans	Environ 9 000	OFDT, Santé publique France, EHESP, Inserm

Quels indicateurs pour quels résultats ? Les déterminants sociaux de la santé mentale des jeunes

Cette section présente différentes tendances repérées à l'aide des enquêtes présentées ci-dessus. De façon synthétique, si l'on suit le rapport de la Drees et de l'Observatoire national du suicide cité ci-dessous (2025), le suicide reste la deuxième cause de décès des 15-24 ans en France, avec un taux de 2,7 pour 100 000 en 2024, même si cette catégorie d'âge reste celle qui a le plus faible taux de suicide (environ 10 pour 100 000 pour les 25-34 ans et environ 20 pour 100 000 pour les 45-74 ans). Ce taux est resté à peu près stable, contrairement aux pensées suicidaires, qui ont augmenté de 10,7% en 2011 à 18 % en 2022 chez les jeunes de 17 ans. Cette augmentation est portée ces cinq dernières années surtout par les filles, qui, sur différents indicateurs (hospitalisations pour gestes auto-infligés par exemple), sont déclarées en moins bonne santé mentale que les garçons. Outre la variable du genre, les variables de conditions sociales (un faible niveau de vie) et de configurations familiales (famille divorcée ou monoparentale) restent déterminantes pour l'expliquer les différences d'état de santé mentale des jeunes.

Sur les conduites suicidaires et les gestes auto-infligés

Une des manières les plus communes de récolter et de mesurer des données liées à la santé mentale a longtemps consisté à s'intéresser aux suicides et tentatives de suicide avec prise en charge, ceux-ci étant par définition plus facilement objectivables que des ressentis. Le périmètre s'est élargi depuis les années 2010 et comprend à la fois les tentatives de suicide (suivies d'un décès ou non), les pensées suicidaires ainsi que les pratiques qualifiées de « gestes auto-infligés » (GAI), qui intègrent l'automutilation (Brossard, 2014). Le rapport intitulé *Suicide. Mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie* de la Drees et de l'Observatoire national du suicide (février 2025) expose les principales données concernant les conduites suicidaires chez les jeunes, et notamment chez les jeunes femmes. Le suicide reste chez les jeunes de 15 à 24 ans la deuxième cause de décès après les accidents de la route avec un taux de 2,7 pour 100 000 en 2024. Le taux de suicide, qui était en baisse constante depuis les années 1980 en population générale, semble ces dernières années s'être stabilisé à environ 13 décès pour 100 000 habitants.

FIGURE 1. TAUX BRUTS DE SUICIDE, PAR TRANCHE D'ÂGE, ENTRE 1979 ET 2022

Note • Il y a deux ruptures de série : en 2000, en raison d'une modification du champ, et en 2018, à la suite de la réforme des certificats de décès (encadré 1).

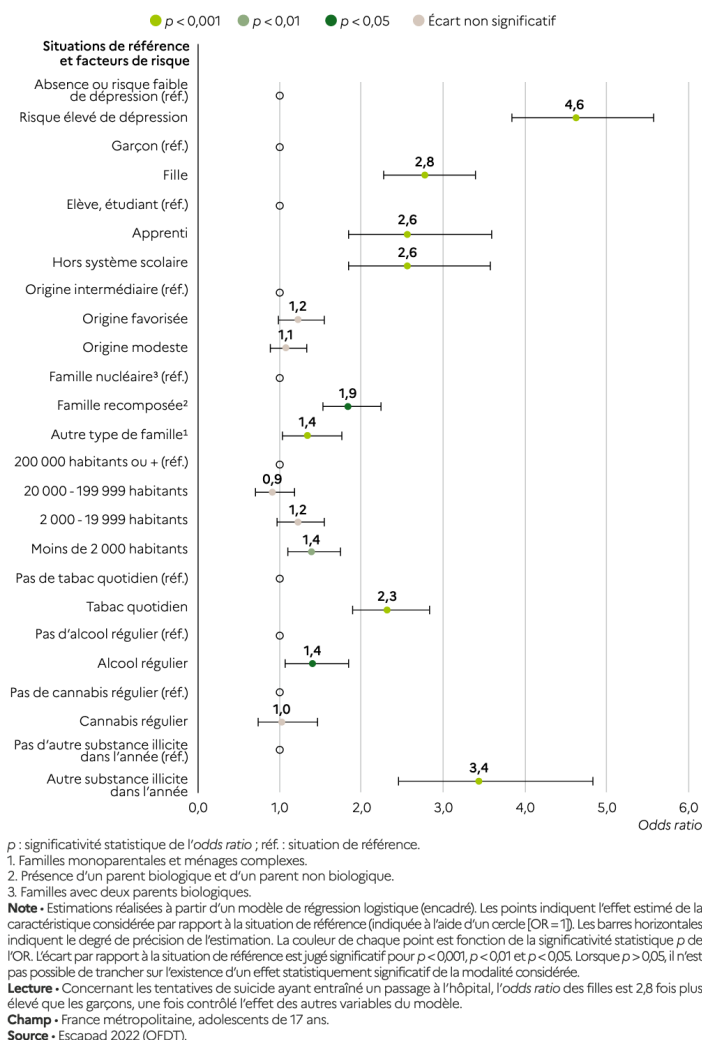
Lecture • En 2022, le taux brut de mortalité par suicide des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 35,2 pour 100 000 habitants, contre 2,8 chez les moins de 25 ans.

Champ • France. Décès de personnes d'au moins un an, dont la cause est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).

Sources • Inserm-CépiDc ; Insee, recensement de la population.

Concernant les jeunes, les données sur les jeunes femmes et les adolescentes font l'objet d'un intérêt particulier : le rapport note une augmentation des hospitalisations pour des gestes auto infligés (GAI) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) sur la période 2007-2023 (qui contraste avec la baisse importante de ces hospitalisations pour les personnes ayant plus de 30 ans). Cette augmentation questionne les liens entre l'expérience et l'expression du mal-être et les rapports sociaux, en l'occurrence ici de genre. Ces liens sont d'autant plus complexes qu'il existe un paradoxe du genre dans le cas des conduites suicidaires : les passages à l'acte sont beaucoup plus fréquents chez les femmes, mais ce sont les hommes qui décèdent le plus de suicide. Le rapport de l'Observatoire national du suicide 2025 pointe aussi l'importance des inégalités de niveau de vie et la configuration du ménage pour appréhender le suicide : « Le fait d'être une femme, d'être au chômage ou inactif, d'avoir un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat, de vivre seul ou d'élever seul un enfant, de percevoir sa situation financière comme difficile sont des facteurs de risque associés aux conduites suicidaires » (Léon *et al.*, 2025, p. 171).

FIGURE 2. FACTEURS ASSOCIÉS AUX TENTATIVES DE SUICIDE AYANT ENTRAÎNÉ UN PASSAGE À L'HOPITAL CHEZ LES ADOLESCENTS DE 17 ANS, EN 2022



Concernant les pensées suicidaires (PS), les données issues de l'enquête Escapad de l'OFDT 2022 soulignent une hausse générale depuis 2011 : 10,7 % des adolescent·es de 17 ans déclaraient avoir eu des PS au cours des douze mois précédant l'enquête, contre 18,0 % en 2022, l'augmentation étant surtout portée sur la période 2021-2022, ce qui suggère un rôle important de la pandémie de covid-19. La prévalence des PS est deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (24 % contre 12,3 % en 2022) et plus de deux fois supérieure pour les tentatives de suicide (TS) : 4,8 % contre 2,0 %. Le statut scolaire (les apprentis et jeunes non scolarisés présentant un risque plus élevé de TS que les élèves et étudiant·es) ; la structure familiale (les jeunes appartenant à une famille recomposée, monoparentale ou complexe sont plus vulnérables au risque suicidaire) ; la distinction rural/urbain (les jeunes vivant en zones rurales ou agglomérations de petite taille sont davantage concerné·es par les PS et TS) font partie des variables mises en évidence pour comprendre la survenue du risque suicidaire.

Du côté des populations étudiantes, le sociologue Hadrien Guichard a récemment mobilisé l'enquête conduite par l'Observatoire de la vie étudiante « Conditions de vie » pour comprendre le rôle des différentes formes de précarité et des déterminants sociaux dans les conduites suicidaires (2024). À partir des données sur les formes de précarités (monétaire, assistancielle, salariée, situationnelle, assurantielle, de santé), il montre comment celles-ci sont plus ou moins corrélées aux conduites suicidaires : « Parmi ces multiples conditions de vie étudiante, les difficultés financières ressenties, la situation de logement, l'aide non monétaire des parents, le renoncement aux soins et la mauvaise santé perçue structurent les conduites suicidaires des étudiant·e·s » (Guichard, 2024, p. 8).

Sur la souffrance psychique (symptômes dépressifs, anxieux, problèmes de sommeil)

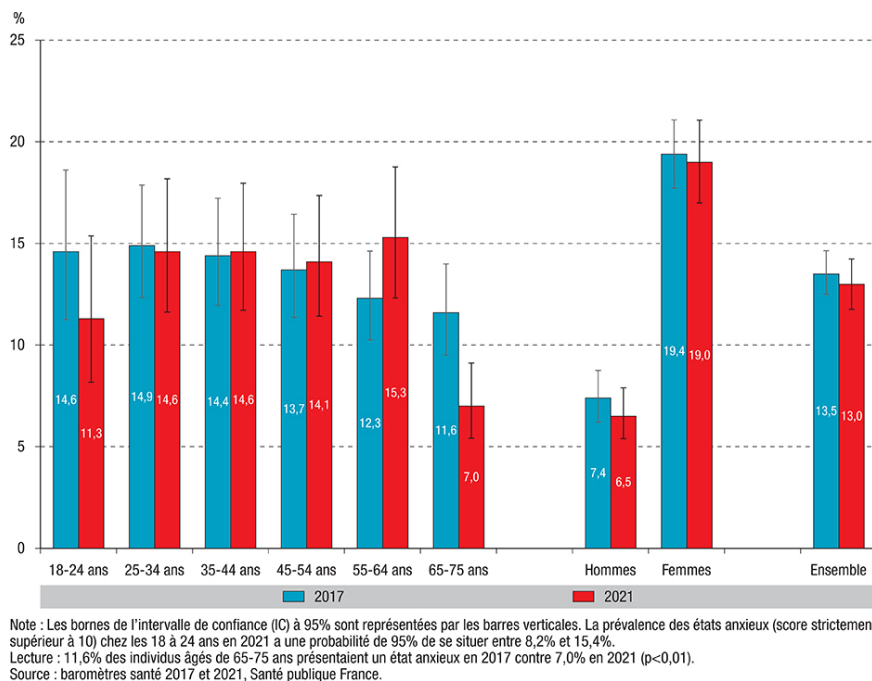
Plusieurs enquêtes disposent de données concernant la souffrance psychique, ou détresse psychologique, des jeunes. L'enquête HBSC de 2014 (Roscoät *et al.*, 2016) menée auprès de collégien·nes vivant en France montre que les adolescent·es qui expriment à la fois une satisfaction par rapport à leur vie actuelle et une confiance en l'avenir sont plus souvent des garçons issus de familles ayant une situation favorisée et vivant avec leurs deux parents. À l'inverse, les jeunes déclarant un mal-être sont plus souvent que les autres issus de familles ayant une situation défavorable sur le plan socio-économique. Le bien-être, défini ici comme une satisfaction par rapport à la vie actuelle et une confiance en l'avenir, peut coexister avec la déclaration et l'expérience de plaintes et de symptômes associés à des risques élevés de dépression. L'inverse est vrai également : par exemple, 11 % de garçons se déclarent insatisfaits de leur vie actuelle et n'ont pas confiance en l'avenir, mais ne déclarent pour autant aucun symptôme.

L'enquête EnClass, qui a une périodicité de deux ans, consiste en la réalisation nationale selon un cadre et un protocole unifié de deux enquêtes internationales quadriennales menées en milieu scolaire sous l'égide respectivement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA). Au niveau national, les principaux objectifs sont de suivre, selon le niveau scolaire des élèves âgés de 11 à 17 ans, les comportements de santé, les niveaux d'initiation et de consommation de drogues licites ou illicites ou encore certaines pratiques numériques et les déterminants et facteurs qui y sont associés. L'édition de 2022 éclaire les questions de santé mentale et de bien-être des collégien·nes et lycéen·nes en France hexagonale. Une large majorité des élèves du secondaire ont une perception positive de leur vie actuelle, bien qu'est notée une évolution négative de cette perception par rapport à 2018. Les plaintes d'ordre psychologique, comme la difficulté à s'endormir, la nervosité et l'irritabilité, ont fortement augmenté (+ 14 points chez les filles et + 6 points pour les garçons). On observe un risque important de dépression (15 %) en particulier chez les filles, en légère augmentation depuis 2018. Ces résultats sont proches des données observées dans le reste des pays européens participant à l'enquête HBSC.

On peut aussi mobiliser le Baromètre de Santé publique France de 2021 (Léon *et al.*, 2025), qui fournit des données sur l'anxiété en population générale et qui montre une stabilité par rapport à 2017 : 12,5 % des personnes entre 18 et 85 ans présentent un état anxieux, c'est le cas de 11,3 % des 18-24 ans. Dans les deux cas, la prévalence est trois fois plus élevée chez les femmes. Pour les jeunes adultes de 18-24

ans : 5,3 % chez les hommes et 17,4 % chez les femmes. Les facteurs associés, communs aux deux sexes, correspondent à des situations sociales défavorables (difficultés financières et faible niveau de diplôme).

FIGURE 3. ÉVOLUTION DE LA PREVALENCE DES ÉTATS ANXIEUX ENTRE 2017 ET 2021, SELON LE SEXE ET LA CLASSE D'ÂGE, CHEZ LES 18-75 ANS, ENTRE 2017 ET 2021, FRANCE HEXAGONALE



L'enquête Conditions de vie des étudiants en France menée par l'OVE est renouvelée depuis 1994. Dans un contexte d'attention croissante pour la santé mentale des étudiantes et des étudiants, accéléré par la pandémie de covid, la vague de 2023 a inclus un module spécifique sur ce thème. Il s'inscrit dans la complémentarité du module construit en 2016 pour mesurer la santé psychologique des étudiant-es dans l'enquête « Santé des étudiants ». Ces deux vagues d'enquête mobilisent le même indicateur, utilisé à l'échelle européenne pour l'Eurobaromètre : le MHI-5¹⁰. L'exploitation de l'enquête 2023 (Belghith, *et al.* 2025) met en évidence une augmentation de la détresse psychologique des étudiant-es, en mentionnant les facteurs associés tels que les difficultés financières, l'échec scolaire ou le fait d'appartenir à une minorité de genre. Des limites méthodologiques liées aux outils de mesure sont mentionnées et invitent à prendre avec précautions les mesures effectuées : par exemple, l'identification de symptômes de détresse psychologique ne peut pas être recoupée avec l'identification de troubles psychiatriques. L'enquête met en évidence l'effet de la solitude et des difficultés scolaires sur la détresse psychologique (Galland, 2025) : les filières généralistes à l'université seraient plus susceptibles de générer un sentiment de solitude associé à un faible sentiment d'intégration.

¹⁰ Le MHI5 est un indicateur standardisé utilisé en santé publique pour mesurer la détresse psychologique. Il synthétise sous la forme d'une note allant de 1 à 100 les réponses à cinq questions : « Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il des moments où vous vous êtes senti-e : nerveux/nerveuse ; triste et abattu-e ; calme et détendu-e ; si découragé-e que rien ne pouvait vous remonter le moral ; heureux/heureuse. » Les modalités de réponses sont : « en permanence », « souvent », « quelques fois », « rarement » et « jamais ». Une personne est considérée en détresse psychologique si sa note est inférieure à 55.

Précautions méthodologiques et limites du « paradigme épidémiologique »

La littérature sociologique et épidémiologique s'est penchée sur les limites concernant les pratiques de mesure de la santé mentale, qu'il s'agisse des outils de mesure, des données mesurées, ou encore des effets sociaux liés aux usages qui peuvent être faits de ces données.

Concernant les outils de mesure, des travaux inscrits dans une démarche de sociologie des sciences ont rappelé à quel point la construction et la diffusion de ces outils, tels que les échelles de mesure (de la dépression ou de l'anxiété par exemple), participaient à stabiliser et rendre *réels* et standardisés des phénomènes souvent complexes, polymorphes et hétérogènes. En s'appuyant sur la perspective ouverte par les travaux du sociologue et statisticien Alain Desrosières (2010), Olivier Martin et Xavier Briffault (2011) ont étudié le statut et le rôle de l'échelle d'Hamilton dans l'évaluation des effets thérapeutiques des antidépresseurs. Ils montrent comment cette échelle s'est progressivement imposée comme un outil central pour évaluer l'efficacité des antidépresseurs, alors même qu'elle a fait l'objet de plusieurs critiques. Les deux chercheurs montrent ainsi que c'est avant tout parce que son usage s'est ancré dans les institutions de santé et dans les pratiques thérapeutiques (pratiques des laboratoires, des équipes et des revues scientifiques, des recommandations, manuels et savoir-faire des thérapeutes) qu'elle est devenue un outil légitime de mesure de la dépression (et donc qu'elle contribue à orienter une certaine conception de celle-ci). Le sociologue Baptiste Brossard (2014) s'attache lui à analyser un autre outil de mesure, le Mini-Mental State Examination (MMSE). Il montre que ces tests, questionnaires et outils de mesure ont un intérêt avant tout pratique car ils permettent la mesure, la standardisation et donc la comparaison. Le coût lié à l'abandon de ces outils largement diffusés (au niveau international) est souvent trop important, ce qui explique que leur usage perdure, malgré les critiques ou les limites inhérentes à ce type de mesure.

La définition et l'identification des troubles mentaux sont complexes, peu stables et sujets à évolution (Chamak, Cohen, 2013). Lise Demailly (2011), spécialiste de la sociologie des maladies mentales, insiste dans ses travaux sur la difficulté à définir, établir et prouver un diagnostic en psychiatrie, notamment les troubles psychotiques. Elle met en évidence les nombreux biais qui peuvent être introduits dans les pratiques de mesure : surestimations de prévalence liées à certains outils ; faux constat de l'augmentation de certains troubles (l'exemple le plus frappant étant l'autisme au début des années 2000) lié en réalité à une évolution des pratiques et des critères diagnostics ; frontière difficile à établir entre ce qui relève du normal et du pathologique. L'autre difficulté est liée à la question des lieux et des temporalités de mesure : les données issues des lieux de soin psychiatriques sont intéressantes mais elles ne concernent qu'une partie des personnes concernées par les troubles mentaux (une part importante étant prise en charge hors des institutions psychiatriques, par la médecine de ville par exemple). Elle invite donc à bien distinguer prévalences « traitées » et « réelles » : les personnes « traitées » ont fait l'objet d'un processus social de désignation (comme on le verra dans le chapitre 3) et ont donc connu des expériences sociales potentiellement très différentes de personnes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique. Enfin, se pose la question de l'interprétation des corrélations en lien avec les inégalités de santé : « entre les idéologies divergentes – le misérabilisme (« la pauvreté crée le trouble mental »), le méritocratie (« la maladie fait échouer professionnellement ») et le foucaldisme rigide (« on psychiatrise les pauvres pour les contrôler ») –, le travail sociologique a des

difficultés à construire un discours objectif sur les corrélations et causalités en jeu » (Demailly, 2011, p. 19).

Ces pratiques de mesure de la santé mentale s'inscrivent donc dans une configuration historique et sociale qui accorde une place et une valeur très importante à la quantification et à la mise en nombre des phénomènes (Martin, 2020). L'objectivité et la description de la réalité passe aujourd'hui massivement par le fait de pouvoir donner à voir des chiffres, en l'occurrence ici sur la santé mentale des jeunes. Cela s'inscrit dans le succès contemporain du paradigme épidémiologique, comme le souligne Patrick Peretti-Wattel (2004) dans le cas de l'étude des conduites à risque (malgré les problèmes méthodologiques et discriminatoires que ce paradigme pose). Ce succès explique la diffusion médiatique très importante ces dernières années de nombreux sondages et enquêtes d'opinion qui alertent sur la santé mentale des jeunes, en s'appuyant par exemple sur des questionnaires auto-administrés qui amalgament parfois comportements, pratiques, attitudes, ressentis subjectifs, etc. À titre d'illustration, on peut citer le sondage mené par l'Institut Montaigne, la Mutualité française et l'Institut Terram dont les résultats sont repris dans un article du *Monde*, et qui affirme qu'« un quart des 15-29 ans disent être atteints de dépression » (*Le Monde*, 2025).

La sociologie occupe donc une position parfois délicate, car il ne s'agit pas de nier l'importance de récolter des données sur l'état de la santé mentale des jeunes. Mais le rôle de la sociologie est aussi de souligner que l'objectivité produite dans ce cadre épidémiologique a non seulement une histoire relativement récente, mais aussi des limites qu'il est nécessaire de prendre en compte dans les conclusions tirées de ces études (même lorsque ces conclusions intègrent l'analyse des déterminants sociaux). C'est pourquoi de nombreux travaux défendent l'intérêt de développer en plus des données quantitatives des recherches qualitatives en santé mentale, en développant une conception *forte* de la causalité sociologique, en enrichissant l'analyse des déterminants sociaux.

Perspectives de recherche : enrichir l'analyse des déterminants sociaux

De nombreux travaux en sciences sociales ont cherché à aller au-delà d'une analyse en termes de corrélations entre état de santé et déterminants sociaux traditionnels, en tentant de construire des modèles intégratifs qui fournissent une explication sociologique forte de l'apparition de troubles ou de difficultés de santé mentale. Il s'agit, ici, d'évoquer plusieurs lignes de recherche actuellement poursuivies, certaines faisant l'objet de développements plus substantiels dans les prochains chapitres. Au-delà des données statistiques déjà présentées, des recherches quantitatives et qualitatives permettent de saisir d'autres mécanismes sociaux susceptibles d'expliquer l'état de santé mentale des jeunes.

Les conduites suicidaires et l'importance des violences

Le dossier consacré aux approches contemporaines de la sociologie du suicide dans la revue *Déviance et société* (Drongiti, Brossard, 2024) souligne l'actualité et la pertinence des recherches qualitatives sur les conduites suicidaires (Deffontaines, 2024), utiles pour compléter et nourrir les recherches davantage

quantitatives, centrales dans la suicidologie contemporaine. Florian Pisu (2023) propose ainsi de dépasser l'opposition entre tentatives de suicide et suicide afin de faire valoir les dynamiques communes et les continuités entre ces deux comportements, souvent opposés. Il s'agit donc d'étudier plus largement la suicidalité (même non létale) en identifiant les zones de comparabilité entre tentatives de suicide et suicide. Cette thèse s'inscrit par ailleurs dans un constat partagé en suicidologie selon lequel le fait d'avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide est le facteur prédictif le plus déterminant du suicide accompli. En s'appuyant sur des recherches plus qualitatives et anglophones, le chercheur montre que cette conception processuelle et dynamique de la suicidalité permet d'interroger autrement la distribution genrée des suicides (le paradoxe du genre évoqué plus haut). Dans un autre article (2024), Florian Pisu étudie la prise en compte différenciée, dans la suicidologie contemporaine, des violences faites aux enfants et des violences faites aux femmes. Il montre que la préoccupation pour les violences intrafamiliales durant l'enfance dans les études sur le suicide est ancienne et réactualisée aujourd'hui à travers la question du traumatisme. L'approche neuroscientifique contemporaine, à travers le modèle dit de diathèse-stress, considère les violences subies durant l'enfance comme un facteur de vulnérabilité prédisposant au suicide.

Sur la question du lien entre risque de tentative de suicide et violence sexuelle, Claire Scodellaro (2022) a montré qu'il était possible d'établir une forte corrélation entre violence sexuelle subie (viol ou tentative de viol) et risque de tentative de suicide. Elle s'appuie pour cela sur des méthodes biographiques à partir de l'enquête Virage (Ined) de 2015. La chercheuse montre que le cumul de situations de violence joue un rôle non négligeable dans l'exposition des victimes de violence sexuelle au risque de tentative de suicide : « les femmes sont doublement désavantagées, car à la fois davantage victimes de violence sexuelle et d'autres situations de violence » (p. 266).

**TABEAU 2. TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE SELON LE SEXE
ET LA DÉCLARATION DE VIOL OU DE TENTATIVE DE VIOL**

	En %	
	Femmes	Hommes
Viol ou tentative de viol au cours de la vie	32,6	28,7
Pas de viol ou de tentative de viol	5,5	2,7
Ensemble	6,5	2,9

Source • Enquête Virage (Ined, 2015). **Champ** • Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine. **Lecture** • 32,6 % des femmes ayant déclaré au moins un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie ont également rapporté au moins une tentative de suicide.

D'autres travaux ont montré que les personnes appartenant aux minorités sexuelles sont davantage exposées aux violences sexuelles (Trachman, Lejbowicz, 2020), aux tentatives de suicide (Beck *et al.*, 2011) et à la détresse psychologique (Lejbowicz, Parizot, 2025). Sur ce dernier point, les autrices montrent que la détresse psychologique chez les jeunes est étroitement liée aux normes conjugales : le fait d'être célibataire augmente significativement le risque d'être en détresse psychologique chez les hommes,

tandis que chez les femmes, c'est surtout le fait de ne pas vivre avec un ou une partenaire. Par ailleurs, l'appartenance aux minorités sexuelles induit un état psychologique plus dégradé par rapport aux jeunes hétérosexuels : « La détresse est la plus fréquente parmi les personnes bi- et pansexuelles (44 % des femmes et 38 % des hommes), suivies des lesbiennes et gays (39 % et 26 %), qui vont sensiblement plus mal que les femmes et les hommes hétérosexuel·les (30 % et 16 %). »

Partir des rapports sociaux : l'exemple de la dépression et des troubles du comportement alimentaire

Une autre manière de discuter l'approche épidémiologique raisonnant en termes de déterminants sociaux est de repartir d'une analyse en termes de rapports sociaux. C'est ce que suggèrent Camille Lancelevée et Anne-Sophie Vozari (2023). Partant du constat que la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes, les chercheuses soulignent d'abord l'importance de prendre en compte l'étiologie sociale du mal-être. En effet, « l'état actuel des rapports sociaux de sexe ne saurait être sans conséquences délétères sur la santé mentale des femmes, et, à l'aune de ces constats, les femmes auraient de bonnes raisons de souffrir plus. » (p. 11) Pour autant, les autrices défendent l'idée que les rapports de genre pourraient fonctionner à un autre niveau, celui du caractère genré à la fois du diagnostic psychiatrique lui-même et des modalités d'expression du mal-être associées à ce diagnostic (Busfield, 1996). Autrement dit, l'expression du mal-être liée à une socialisation genrée féminine a d'autant plus de chances d'être repérée et qualifiée de dépression, contrairement à l'expression du mal-être liée à une socialisation masculine, qui emprunte davantage des voies comme la colère, l'agressivité et les conduites à risque (Cousteaux et Pan Ké Shon, 2008). Pour intégrer ces différentes dimensions, elles évoquent les travaux en sociologie interactionniste qui réfléchissent à ce qui « en pratiques, fait la dépression » (p. 12). L'enquête de Muriel Darmon (2003) sur le « devenir anorexique » offre, quant à elle, des outils conceptuels et méthodologiques pour saisir comment l'identification, le traitement et l'étiquetage contribuent à façonner les expériences de troubles de santé mentale à travers la notion de carrière. C'est sur cette conception articulant rapports sociaux et socialisation que le projet de recherche « Gendhi », mené par une équipe pluridisciplinaire s'est construit. Son objectif est de comprendre comment le genre contribue à la production de corps (mal)sains et de réponses différentielles en matière de soins de santé. Il informe sur les inégalités de santé entre les hommes et les femmes au cours de la vie, et porte entre autres sur les inégalités sociales de santé mentale – mais pas spécifiquement sur les jeunes. Il s'inscrit dans la suite des travaux de Muriel Darmon, de Nathalie Bajos, de Pierre-Yves Geoffard et de Michelle Kelly-Irving¹¹.

La problématique des troubles alimentaires a contribué à éclairer depuis le début des années 2000 les travaux en sociologie de la santé mentale. Dans la poursuite des travaux de Muriel Darmon sur l'anorexie, Claire Scodellaro, Jean-Louis Pan Ké Shon et Stéphane Legleye (2017) ont montré à partir des données de l'enquête Escapad de 2008, que contrairement à d'autres troubles (dépression, schizophrénie, suicide), plus souvent repérés parmi les classes populaires, l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse concernent d'abord et avant tout les jeunes femmes de classes supérieures, avant celles des classes moyennes et des classes populaires. Leur démonstration consiste alors à appréhender ces inégalités de

¹¹ Le site de ce projet européen, financé par l'ERC, est disponible ici : <https://gendhi.eu/>.

prévalence comme le résultat de rapports sociaux de classe, de sexe et d'âge. Les troubles du comportements alimentaires (TCA) sont alors conçus comme des « réponses pathologiques » empruntées plus fréquemment par les jeunes femmes de classes moyennes et supérieures pour faire face à des tensions biographiques et sociales elles-mêmes produites par certaines normes et valeurs (l'injonction à l'excellence et au contrôle de soi) : « Ainsi, il faut prendre les troubles du comportement alimentaire, à l'instar d'autres troubles mentaux, comme autant de réponses spécifiques à des stressors de différentes natures, d'intensités diverses. Ils se présentent sous la forme de choc (par exemple, viol, rupture amoureuse, décès d'un proche) ou/et sous une forme plus insidieuse et répétitive (par exemple, critiques parentales, moqueries des pairs, humiliations, conflits familiaux, etc.) et de perturbations liées au cycle de vie (ici celles de l'adolescence) qui, en se cumulant, préparent le terrain à l'installation des TCA. Les réponses pathologiques à ces stressors sont élaborées par des individus imbriqués dans des rapports sociaux définis principalement par le sexe, l'âge, la classe sociale. Ceux-ci influent sur l'exposition à certains stressors et déterminent les valeurs et les normes de leurs groupes et, conséquemment, leur "vocabulaire pathologique", c'est-à-dire leurs modalités de réponse au stress » (p. 30). Dans la poursuite de ces résultats il serait donc intéressant d'observer comment ce modèle s'articule à des démarches d'enquête plus qualitatives¹².

La théorie des niches écologiques

Dans leur ouvrage proposant une analyse critique de la sociologie contemporaine de la santé mentale, Baptiste Brossard et Amy Chandler (2022) évoquent plusieurs théories à même d'enrichir le modèle des déterminants sociaux en faisant référence à la théorie des niches écologiques d'Hacking (2002). Celle-ci est articulée autour de la prise en compte de différents vecteurs participant à l'émergence et à la diffusion de troubles de santé mentale :

- La taxinomie médicale : l'ensemble des comportements et émotions attribués au trouble doit pouvoir être intégré dans les conceptions médicales de l'époque, telles que les classifications psychiatriques ;
- L'observabilité : le trouble doit être visible et interprété comme un problème ;
- La polarité culturelle : le trouble doit pouvoir renvoyer à deux pôles culturels opposés, l'un valorisé et considéré comme vertueux, et l'autre dévalorisé et considéré comme dangereux ;
- La libération : le trouble, malgré les souffrances qu'il produit, doit aussi d'une certaine manière fournir une forme de libération ou de relâchement qui n'est pas disponible ailleurs dans la culture dans laquelle il s'inscrit.

Cette théorie, appliquée par exemple au cas des troubles alimentaires (Moreno Pestana, 2006) ou à l'addiction au sexe (Brossard *et al.*, 2023) a l'avantage d'intégrer plusieurs manières d'expliquer l'émergence d'un trouble, à la fois la position sociale des individus concernés, les pratiques de catégorisation de la part des institutions médicales, la façon dont le stress et les émotions opèrent, ainsi que l'inscription dans un contexte culturel donné. Elle complexifie donc l'analyse qui réduirait l'apparition d'un trouble à ses seuls déterminants biologiques ou sociaux.

¹² On peut, à ce titre, mentionner la thèse en cours d'Alina Oganessian (Cermes3), qui travaille sur les trajectoires des personnes boulimiques (<https://www.cermes3.cnrs.fr/fr/membres/doctorants/oganesyan-alina.html>).

Les pratiques de mesure et de quantification sont à la fois des outils de connaissances et de production de savoirs, mais elles sont aussi insérées, en tant qu'outils d'objectivation utiles pour construire un problème public et mobiliser des acteurs dans une logique de gouvernement et d'intervention. C'est pourquoi, dans le chapitre suivant, l'objectif sera de prendre du recul en se concentrant sur les travaux sociologiques ayant étudié la construction de la santé mentale des jeunes comme problème public à partir de la fin des années 1990.

Chapitre 2. La santé mentale des jeunes, un problème à résoudre ?

Les deux prochains chapitres étudient la façon dont la santé mentale des jeunes a été progressivement constituée en problème social et public, puis en retour comment la construction de ce problème social a conduit à des évolutions dans les modes de prise en charge et d'accompagnement des jeunes, évolutions qui s'inscrivent par ailleurs dans les reconfigurations institutionnelles du champ de la santé mentale.

Ce chapitre aborde plus spécifiquement la construction du problème public autour de la santé mentale des jeunes. L'objectif est de prendre du recul historique et sociologique sur la façon dont le problème de la santé mentale des jeunes est aujourd'hui cadré. Il s'agit de réinscrire la prise en charge et la mise à l'agenda de cette problématique dans une configuration sociale et historique particulière. Celle-ci s'est mise en place au cours des années 1990 et intègre différentes dynamiques. La première est liée à l'affirmation de la souffrance psychique comme problème social ; la seconde correspond à l'émergence de politiques de jeunesse centrées sur les questions de santé et de santé mentale, à travers les politiques de prévention des conduites à risque.

Ce chapitre propose ainsi de décentrer le constat de « crise » de la santé mentale des jeunes en analysant de façon réflexive les conditions sociales ayant conduit à formuler cette question sous le vocabulaire de la crise. Il ne s'agit pas par-là de nier la réalité qui sous-tend ce constat (que le premier chapitre de ce rapport est venu nourrir), il s'agit en revanche de rendre explicite les enjeux politiques et sociaux (et pas seulement médicaux) ayant contribué à l'émergence de ce problème public.

Une jeunesse vulnérable et à risque, donc en souffrance

L'affirmation de la souffrance psychique comme problème social

Cette première section revient sur le contexte général de ces dernières décennies, qui a vu depuis les années 1980-1990, s'affirmer une préoccupation croissante pour la question de la souffrance psychique et de la santé mentale.

La diffusion du thème de la souffrance psychique à partir des années 1980 est un constat largement partagé et repris par de nombreux travaux de sciences sociales (Fassin, Rechtman, 2007 ; Dodier, Rabeharisoa, 2006 ; Renault, 2008 ; Ehrenberg, 2010). Il ne s'agit pas ici de revenir dans le détail historique de la progressive ascension du thème de la souffrance mais soulignons tout de même que différents travaux mentionnent l'importance à la fois des mouvements sociaux autour du sida pour constituer la souffrance des malades en enjeu politique, mais aussi plus largement l'affirmation croissante de la figure politique de la « victime » et du concept de traumatisme psychique (Fassin, Rechtman, 2007). Dans leur introduction à un dossier portant sur les recompositions du « monde psy », les sociologues Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa expliquent que face à ces mouvements, « le monde psy se trouve ainsi mobilisé pour identifier les dommages, pour organiser l'expression des victimes, à travers notamment

les formes de témoignages propres à la « culture thérapeutique », et leur intégration à des formes de revendications collectives. Les malades mentaux font partie intégrante de cette nébuleuse des victimes. » (p. 15)

L'ascension observée de la problématique de la santé mentale s'explique aussi par l'association, réalisée au cours des années 1990, de cette notion de souffrance avec celles de précarité et d'exclusion. Comme le note Didier Fassin (2006), cette association est d'abord le fait de travaux de sciences sociales (telle que *La Misère du monde* dirigé par Bourdieu en 1993), qui vont démontrer comment un contexte économique dégradé produit des souffrances sociales diffuses et généralisées dans l'ensemble des catégories sociales. Puis, par l'intermédiaire de psychiatres et d'acteurs politiques, la souffrance qualifiée de « psychique » va devenir un langage efficace et évident pour qualifier des situations qui ne relèvent plus de la seule psychiatrie mais bien plutôt de la santé mentale : « Avec la souffrance, le normal entre dans le champ de la santé mentale : les chômeurs et les précaires ne sont pas des malades ; les troubles psychiques qui les affectent représentent la réponse adaptée à leur situation socio-économique. Dès lors, le nouvel horizon de l'action publique dans ce domaine n'est plus la psychiatrie en tant qu'elle soigne des pathologies mentales répertoriées dans une nosographie classique faite de dépressions, de névroses et de psychoses, mais la santé mentale en tant qu'elle prend en charge les blessés de la vie » (Fassin, 2006, p.145). L'interprétation de ces évolutions a fait l'objet de nombreux débats en sciences sociales, suivant des positions plus ou moins critiques par rapport aux causes et aux conséquences politiques de ces transformations⁴³. L'idée générale est cependant commune et partagée : l'extension du domaine de la souffrance s'est accompagnée de transformations des politiques publiques favorisant la norme d'autonomie et s'appuyant sur une logique croissante de responsabilisation et d'individualisation des parcours.

Les représentations sociales de la jeunesse : vulnérable et dangereuse

Cette deuxième section présente l'évolution parallèle et concomitante de la prise en charge par les pouvoirs publics de la jeunesse, et singulièrement de l'adolescence, en la concevant comme une période de la vie particulièrement vulnérable, où les jeunes sont perçus simultanément comme une population à risque, en danger, et menaçante, voire dangereuse. Des travaux ont montré comment s'est construite au cours des années 1990-2000 l'idée selon laquelle la jeunesse, et en particulier l'adolescence, était dans une situation de vulnérabilité et de mal-être croissant. Le sociologue Marc Lorient (2004) montre qu'il existe une forme de paradoxe dans l'analyse qui est faite de la santé des jeunes : elle est la catégorie d'âge qui, sur la plupart des indicateurs (mortalité, morbidité, dépression), est celle qui déclare être en meilleure santé, pourtant, les jeunes sont considérés comme particulièrement vulnérables et à risque. Selon lui, il faut prendre en compte les représentations sociales qui entourent la jeunesse dans nos sociétés occidentales contemporaines. Il mentionne quatre principaux arguments mobilisés par les professionnels permettant d'expliquer ce paradoxe :

⁴³ Pour avoir une idée de la teneur des débats, on pourra se référer au débat qui a eu lieu entre Robert Castel et Alain Ehrenberg sur le site de *La Vie des idées* en 2010 : <https://laviedesidees.fr/L-autonomie-aspiration-ou>.

- Les comportements néfastes pour la santé réalisés au cours de la jeunesse ont des conséquences tout au long de la vie.
- Une représentation de la jeunesse comme particulièrement vulnérable vis-à-vis de l'environnement social (influence des pairs ou des médias par exemple).
- Une conception de la jeunesse comme une période de vulnérabilité liée aux transformations biologiques et psychologiques associées à cette période de la vie.
- La crainte que les jeunes prennent leur distance avec les institutions médicales traditionnelles de prise en charge pouvant être jugées paternalistes et moralisatrices.

De façon plus générale, il souligne la dimension symbolique importante associée au mal-être de la jeunesse qui est une partie de la population qui représente l'avenir de nos sociétés, l'incarnation des valeurs de demain, et qui fait donc l'objet de fortes attentes.

La prévention des risques juvéniles : une jeunesse en souffrance

Ces représentations s'incarnent particulièrement dans le cas des politiques de prévention des conduites à risque (tabagisme, usage de drogues, conduites alimentaires, prises de risque au volant, etc.) étudiées par Patrick Peretti-Watel (2002, 2010). Le chercheur montre comment cette prévention correspond à ce qu'il nomme une « entreprise morale » à la suite d'Howard Becker (1963). Celle-ci s'articule autour d'un culte de la santé opposant les « bons » comportements de santé et les conduites « malsaines » qualifiées alors de conduites à risque. Elle s'inscrit dans une culture du risque au sein de laquelle le fait de rester en bonne santé constitue un moyen d'affirmer sa valeur, dans un contexte où l'individu est enjoint à s'autonomiser et se responsabiliser. Les travaux sur le lien entre usages de drogues et jeunesse depuis les années 1990 (Ehrenberg, 1998 ; Jauffret-Roustide, 2004 ; Lagrange, Legleye, 2007) ont permis d'opérer un changement de paradigme progressif autour de l'usage des drogues. Ils ont contribué à introduire un regard moins moralisateur sur les pratiques addictives et les comportements des adolescents. Mais Beck *et al.* (2011) notent toutefois la prégnance de cette figure de l'adolescent ou du jeune adulte en danger face aux drogues dans les politiques de prévention.

Dans sa thèse sur la prise en charge de la souffrance au sein des maisons des adolescents (2023), la sociologue Sylvie Malinowski explique que ce cadrage en termes de prévention des risques a conduit à associer ces conduites à risque pour la santé à l'expression d'une souffrance sous-jacente. En s'appuyant sur les travaux d'Isabelle Maillard (2011), elle montre qu'il « n'y a alors qu'un pas – que l'action publique de santé franchit – entre le repérage de multiples facteurs de risque pour la santé et la désignation de ces risques comme des éléments constitutifs de la souffrance. Non seulement l'expérience de la souffrance prédisposerait les jeunes à être confrontés à de multiples risques pour leur santé, mais aussi, réciproquement, les pratiques juvéniles considérées « à risque » seraient des manifestations de leur souffrance » (Malinowski, p. 38).

Cette prise en charge de la souffrance s'inscrit dans un contexte médiatique (celui des années 2000) où d'autres comportements et conduites à risques, comme le suicide et l'anorexie par exemple, sont présentés comme des dangers menaçant les jeunes. C'est ce que montrent les travaux qui étudient le rôle des médias dans la publicisation et la construction de la santé mentale des jeunes comme problème public (Déage, 2024).

Santé mentale et politiques de jeunesse

Les politiques publiques de santé mentale, au cours des années 1990 et 2000, vont donc développer des dispositifs de prise en charge à destination des adolescents et des jeunes adultes considérés en souffrance. Cela s'inscrit en outre dans l'émergence au cours des années 1990 de politiques publiques ciblant spécifiquement la jeunesse en tant que catégorie d'action publique. On peut se reporter à ce titre au travail de P. Loncle (2010) qui porte spécifiquement sur l'émergence de ces politiques de jeunesse à partir des années 1990 et actualisé récemment dans un ouvrage synthétique publié avec Tom Chevalier (Chevalier, Loncle, 2025). C'est ce que mentionne Isabelle Maillard lorsqu'elle note qu'aux « structures généralistes mises en place en psychiatrie infanto-juvénile dans les années 1980, succèdent des structures de soins de plus en plus spécialisées, en termes d'âge (petite enfance, adolescence) ou de troubles, alimentaires par exemple (...). Émerge ainsi une tendance à isoler l'adolescence pour lui réserver un traitement et des modalités de réponse spécifiques aux transformations physiques, psychologiques et sociales qui la caractérisent » (Maillard, 2008, p. 281).

Les travaux de Patricia Loncle visent à souligner les difficultés et limites auxquelles se retrouvent confrontées les politiques de jeunesse. Dans un article sur les décalages croissants entre jeunes et politiques publiques (2013), elle s'appuie sur la typologie d'Andreas Walther (2006) pour montrer que les politiques de jeunesse de prévention en santé sont des politiques intermédiaires entre « douces » et « dures », entre les politiques socio-éducatives et socioculturelles (« douces ») et les politiques d'activation du marché du travail et de répression (« dures »). Comme elle le note, « ces politiques pourraient a priori être considérées comme positives dans leur façon de considérer leur public cible : leur objectif premier est d'éduquer et donc de promouvoir l'existence d'individus autonomes, aptes à s'intégrer dans la société. Néanmoins, une analyse précise de leurs attendus et fonctionnements révèle leur caractère peu valorisant pour les jeunes » (p. 9). Elle rappelle concernant les politiques de prévention en matière de santé que deux courants idéologiques les traversent : celui favorable à la promotion de la santé et à la prévention par les pairs, et l'autre reposant sur la peur et la stigmatisation. Ce second courant, qu'elle considère alors comme majoritaire, est fondé sur une image négative de la jeunesse, stigmatisante, et qui rejoue des peurs sociales et des « paniques morales » (Cohen, 1972)¹⁴. La chercheuse montre dans cet article que les politiques de jeunesse présentent des caractéristiques illustrant leur manque d'envergure et donc leur faible efficacité : elles sont dispersées (au niveau des financements), éclatées entre différents niveaux de décision (de la commune à l'Europe), peu visibles, mal conçues et sans moyens.

Dans le cas des politiques de santé mentale, d'autres travaux ont étudié la difficile mise en œuvre au niveau local de ces politiques. Sandra Philippe (2004) revient sur les facteurs de résistance à l'application de la politique de santé mentale dans le dispositif psychiatrique local (en l'occurrence en Gironde). Elle montre comment l'inscription du problème de la santé mentale sur l'agenda politique est liée à l'action d'un acteur gouvernemental (la Direction Générale de la Santé - DGS). Celui-ci consacre le « passage d'une logique réparatrice à une logique de prévention, le texte réglementaire substitue une approche du soin centrée sur la pathologie à une conception "dynamique" et "positive" de la santé, empreinte d'un

¹⁴ On doit le concept de panique morale au sociologue Stanley Cohen en 1972. Il désigne « l'émergence de fortes vagues d'indignation face à des faits sociaux présentés comme mettant en danger des normes sociales érigées en principes moraux supérieurs » (Mavrot *et al.*, 2022). (<https://journals.openedition.org/emulations/824>).

souci de promotion de la santé mentale » (p. 317). Cette conception s'applique à un groupe social considéré à risque que sont les jeunes : « ainsi, la construction des adolescents en catégorie de "souffrants psychiques" élargit le champ de transversalité de la santé mentale aux frontières de politiques de jeunesse. » (p. 320). Elle souligne ensuite les difficultés liées à l'équivocité et à l'imbrication de déterminants composites (psychiques, sociaux, culturels, contextuels) dans la définition de la santé mentale, celle-ci restant donc un « objet d'action publique inconsistant ». Ces difficultés illustrent en creux la contradiction que recèlent les dispositifs d'action étatiques : « d'un côté, l'injonction d'une rationalité gestionnaire et technique et, de l'autre, l'incitation à une prise en charge plus humaine et sociale. » (p. 333)

Deux problèmes, deux solutions : le cas des adolescents « difficiles » et le dispositif des maisons des adolescents

Cette partie se concentre sur deux problèmes sociaux en lien avec la jeunesse qui se sont affirmés au cours des années 2000 et qui ont donné lieu à deux types de réponses. Le premier est le cas de la souffrance psychique adolescente qui a abouti à la création des maisons des adolescents, et le deuxième est la problématique des « adolescents difficiles » qui s'est renforcée progressivement depuis le début des années 2000. Ces deux exemples permettent d'illustrer la façon dont la formulation de problèmes publics et sociaux aboutit par diverses médiations à la mise en place de dispositifs. Les résultats tirés de l'observation empirique de ces dispositifs seront présentés au chapitre prochain, qui est consacré aux travaux portant sur la prise en charge effective des jeunes au sein de ces dispositifs.

Le cas des maisons des adolescents : un dispositif ajusté au problème de la souffrance des jeunes ?

Dans son article sur l'émergence du dispositif de maisons des adolescents (MDA), Sylvie Malinowski revient plus précisément sur deux dynamiques ayant conduit à ce que la souffrance des jeunes devienne un objet pris en charge par l'action publique. Elle souligne le rôle de personnalités influentes qui ont médiatisé les souffrances de leurs enfants (anorexiques et suicidaires). Ce processus de publicisation de la souffrance des jeunes s'est accompagné d'une action plus discrète (Gilbert, Henry, 2012) de la part de professionnel·les de la psychiatrie infanto-juvénile pour alerter sur leurs difficultés à prendre en charge la souffrance des jeunes. Le dispositif des maisons des adolescents, malgré les critiques portées par les médecins hospitaliers (du fait du flou entourant leur gouvernance ou de leur financement grevant les budgets d'autres dispositifs), est lancé dans le cadre d'un programme national lancé en 2005. Il s'est appuyé sur l'action de figures comme Marcel Rufo ou Marie-Rose Moro, chefs de services adolescents hospitaliers, responsables de MDA. Disposant du statut d'experts dans les médias comme dans les espaces politiques, les deux ont ainsi pu jouer un rôle d'« entrepreneurs-frontières » (Bergeron *et al.*, 2013) leur permettant de promouvoir leur dispositif.

L'enquête de Sylvie Malinowski (2021) réinscrit l'émergence des MDA dans l'offre de prise en charge des jeunes en souffrance, en soulignant que cette offre est en concurrence avec le dispositif des points

d'accueil et d'écoute jeune (PAEJ) mis en place au cours des années 1990 (Fassin, 2004). Elle montre comment les discours des MDA s'adaptent davantage au répertoire de l'action publique de santé (épidémiologique et administratif), là où le PAEJ mentionne plutôt le registre de la pratique clinique. En parallèle, les MDA se sont imposées en support de la psychiatrie infanto-juvénile, comme « soupape » (Coutant, 2012). Comme le note S. Malinowski (2022), les MDA « sont présentées comme un dispositif permettant de réduire les "délais" d'attente et de participer au recentrage de la psychiatrie infanto-juvénile sur ses missions prioritaires (la prise en charge des maladies mentales émergentes et des épisodes de crise, en particulier suicidaires). En intervenant en amont du sanitaire et en représentant un interlocuteur accessible pour les professionnels de première ligne quand ils repèrent des jeunes en souffrance (médecine de ville, établissements scolaires, etc.), trier les publics, limiter les demandes de soins et prendre en charge les souffrances qui relèvent davantage de la santé mentale que de la psychiatrie » (p. 35). En se distinguant clairement de la psychiatrie infanto-juvénile, les MDA peuvent répondre aux attentes des représentants de l'État, avec l'idée de proposer une offre dédiée aux jeunes, accessible à toutes et tous et non stigmatisante (car en dehors de l'hôpital), complémentaire des prises en charge existantes et orientée vers le repérage précoce de la souffrance et des conduites « à risque ».

Le problème des « adolescents difficiles » des années 2000 : vulnérables ou dangereux ?

Le cas des adolescents dits « difficiles » offre un autre exemple intéressant pour étudier la façon dont se sont construits les problèmes publics autour de la santé mentale des jeunes au cours des années 2000 (Coutant, 2012 ; Ravon, Laval, 2015 ; Gansel, 2019).

Dans leur ouvrage *L'Aide aux « adolescents difficiles ». Chroniques d'un problème public (2015)*, Bertrand Ravon et Christian Laval situent explicitement leur recherche dans le cadre d'une sociologie des problèmes publics, attentive aux « processus par lesquels le problème acquiert une visibilité publique tout en mobilisant les personnes concernées à différents titres par la situation ». Ces problèmes émergent « à travers le jeu des interactions entre ces personnes qui se constituent comme un collectif d'enquêteurs, d'explorateurs et d'expérimentateurs qui vont monter des dispositifs de mobilisation pour définir leur trouble, l'ériger en problème d'intérêt public et interpeller les pouvoirs publics en vue de le résoudre » (Cefaï, Pasquier, 2003, p. 11). Dans le cas des « adolescents difficiles », ces travaux reviennent sur le parcours historique de cette catégorie, qui émerge dans les années 1950 dans le champ de l'Aide sociale à l'enfance puis se développe au cours des années 1970 dans les institutions du travail social, en lien avec les réformes de l'enfermement asilaire. Mais c'est surtout à partir de la fin des années 1990 et au cours des années 2000 que les « adolescents difficiles » deviennent un problème public et social.

Dans sa thèse d'anthropologie sur le « souci des adolescents difficiles », Yannis Gansel a également étudié la construction de ce problème au cours des années 2000. Il souligne l'importance du tournant répressif des réformes de la justice pénale des mineurs à la fin des années 1990 qui s'oriente vers un objectif de gestion des risques plutôt que de réhabilitation des jeunes (Sicot, 2007). Ces réformes politiques s'articulent à la thématique de la psychiatisation des déviances infanto-juvéniles, qui va être au cœur de multiples controverses dans les années 2000. Il étudie la controverse autour d'un rapport de l'Inserm de 2005 produit par un groupe d'expert-es et commandité par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (Canam) sur les troubles des conduites, qui défend l'introduction

de cette catégorie clinique, revendiquant ainsi la légitimité des savoirs biomédicaux (en particulier la génétique) dans l'approche des comportements violents des enfants et adolescents. En réponse à ce rapport, un mouvement critique fédéré autour d'un collectif se met en place en 2006 pour dénoncer cette biologisation et cette psychiatisation de l'agressivité infantile. Cette mobilisation, ancrée dans une tradition psychanalytique et intégrant l'apport critique des sciences humaines et sociales, a conduit à ce que le trouble des conduites ne soit pas construit comme un diagnostic. Le projet de dépistage précoce des risques de délinquance ne s'est pas mis en place. Comme le montre Yannis Gansel, si ce n'est pas la catégorie de troubles des conduites qui va s'imposer, différentes appellations pour caractériser les adolescents émergent. On parle d'adolescents « difficiles », « très souffrants », « en grande difficulté », autant d'expressions pour désigner des jeunes qui circulent dans les interstices ou aux marges des institutions. Il note que « derrière ces appellations variées, un contenu consistant se dessine : toutes ces expressions désignent une catégorie d'adolescents caractérisés par leurs comportements déviants (« les agirs »), leur absence de pathologie psychiatrique « reconnue » et les réactions qu'ils suscitent dans leur entourage, « un hyper investissement suivi de rejet » (Gansel, 2021, p. 206). C'est dans cette même période que se développe alors une forte activité institutionnelle dans différents domaines, de la protection de l'enfance à la justice des mineurs en passant par le « soin » psychiatrique : création de réseaux interprofessionnels, ouverture d'établissements éducatifs dédiés et développement de formations académiques visant à « transversaliser » les pratiques entre services de protection de l'enfance, justice des mineurs et psychiatrie.

Perspectives de recherche : poursuivre l'analyse de la construction sociale et publique de la crise de la santé mentale des jeunes

Cette section porte sur les évolutions de ces dernières années, à travers le problème de la santé mentale dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, et la question des réseaux sociaux (en lien avec la problématique du harcèlement). Elle interroge également le rôle de la pandémie de covid-19 dans la publicisation de ces problèmes, tout en les réinscrivant dans la continuité des évolutions observées depuis les années 1990.

Mal-être et bien-être des élèves et des étudiant·es : la santé mentale dans les politiques éducatives

Deux séries de travaux peuvent être mobilisées pour traiter de la construction de la santé mentale comme problème public et social au sein des institutions scolaires. La première porte sur la question de l'inclusion scolaire des personnes ayant des troubles psychiques, et la seconde concerne davantage la promotion de la santé mentale dite « positive » (référant davantage au bien-être) au sein des institutions.

Concernant le premier point, de nombreux travaux ont étudié ces dernières années les conséquences de la loi de 2005 qui a introduit la notion de handicap psychique (Milano, 2009). Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur les évolutions liées à cette notion dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Pour cette section, nous présenterons plutôt les travaux qui ont porté sur l'intégration des

politiques de santé mentale « positive » au sein des politiques publiques d'éducation. On peut citer à ce titre la thèse de sociologie de Sidonie Vacher, « La santé mentale, un enjeu incontestable ? Enquête sur les impensés d'un référentiel d'action publique en milieu scolaire » (2025), qui souligne que la santé mentale peut être considérée comme un référentiel global émergent de l'action publique, et montre comment ce référentiel a ensuite pénétré les politiques éducatives au cours des années 2010. Elle note ainsi qu'avant 2012, la question du bien-être est réservée à l'enjeu de santé physique des élèves, et qu'à partir de 2013, les difficultés psychologiques vont progressivement être associées à cette notion de bien-être. Elle s'appuie pour cela sur les circulaires de rentrée signées par les différents ministres en charge de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, qui depuis 2021 insistent sur l'importance de prendre en compte et en charge la santé mentale des jeunes. La sociologue met ainsi en lumière que « les nouvelles instructions des politiques éducatives françaises enjoignent les personnels scolaires à participer activement au bien-être des élèves, faisant d'eux les premiers maillons du repérage des difficultés psychologiques du public scolaire » (Vacher, 2024, p. 81). Ce processus d'extension du mandat professionnel du personnel scolaire au domaine du soin a fait l'objet d'autres travaux qui portent par exemple sur la médicalisation de l'échec scolaire (Morel, 2014). Elle précise que ces politiques éducatives s'inscrivent dans la continuité des recommandations européennes, qui établissent un lien entre promotion de la santé (mentale) et performance scolaire. L'autre fondement de ces politiques éducatives orientées vers le bien-être et la santé mentale est la question de l'autonomie. Il s'agit en effet, là encore dans le prolongement de la conception de la santé mentale de l'OMS, « de fournir aux jeunes individus le moyen d'avoir un plus grand auto-contrôle sur leur santé afin de l'améliorer et d'atteindre un état de bien-être. » (p. 86) Il faut pour cela permettre aux élèves de travailler sur leurs aptitudes personnelles et leurs compétences dites « psychosociales » (capacité à prendre des décisions, conscience de soi et empathie, capacité à faire face à ses émotions et à maîtriser le stress, etc.)¹⁵.

Peu de travaux se sont intéressés à comprendre la constitution récente de la santé mentale des étudiantes et des étudiants de l'enseignement supérieur comme objet de politique publique. On peut mentionner l'article d'Adrien Delespierre, Patrick Peretti-Watel et Pierre Verger (2024) qui ont travaillé sur le cas des « chèques psy étudiants » durant la crise sanitaire du covid-19. Ils soulignent l'inscription tardive de la santé mentale des étudiants à l'agenda politique. Les auteurs montrent que le « mal-être » étudiant a d'abord été constitué en problème par les mutuelles étudiantes au cours des années 2000, puis par des associations étudiantes. Mais c'est la crise sanitaire du covid-19 de 2020 qui a accéléré la « mise en visibilité médiatique de la dégradation de la santé mentale de toute une série de publics identifiés comme vulnérables, tels que les personnes âgées et/ou isolées, les migrants, les enfants, mais aussi les jeunes et les étudiantes et étudiants » (p. 136). Cette publicisation de la fragilisation accrue de la condition étudiante a ensuite fait l'objet de rapports parlementaires à l'Assemblée nationale en 2020¹⁶ et au Sénat en 2021¹⁷, qui ont permis l'importation de ce problème dans le champ politique. C'est la montée de ce problème public au cours de l'année 2020 qui a conduit à la mise en place du dispositif « Santé psy étudiant » en janvier 2021.

¹⁵ Des travaux ont porté sur la circulation internationale de ce concept de « compétence sociale » ou *social skills*, en l'occurrence dans le cas des institutions danoises (Prieur, *et al.*, 2016).

¹⁶ Le rapport d'enquête n° 3703 de la Commission d'enquête pour mesurer et prévenir les effets de la crise du covid-19 sur les enfants et la jeunesse est disponible sur le site de l'Assemblée nationale (www.assembleenationale.fr).

¹⁷ Le rapport d'information n° 742 intitulé « Accompagnement des étudiants : une priorité et un enjeu d'avenir pour l'État et les collectivités » est disponible sur le site du Sénat (www.senat.fr).

Le danger du numérique et des réseaux sociaux pour les jeunes : un nouveau problème public ?

La question de l'usage des réseaux sociaux et de ses conséquences sur la jeunesse dans une perspective de santé mentale est devenue un problème public et social ces dernières années. On peut mentionner à ce titre le rapport de l'Agence nationale de la sécurité sanitaire (ANSES) paru en 2026 consacré aux « effets de l'usage des réseaux sociaux numériques sur la santé des adolescents » ou l'existence de commissions d'enquête parlementaire par exemple sur les effets psychologiques de Tiktok sur les mineurs (2025) et le vote d'une loi sur l'interdiction des réseaux sociaux aux moins de 15 ans (en janvier 2026). Il ne s'agit pas dans cette section de présenter les travaux sociologiques ayant étudié les usages des réseaux sociaux numériques par les jeunes (ceux-ci seront présentés au chapitre 4), mais davantage de faire le point sur les travaux qui ont pris pour objet la formulation même de ce problème public.

Dans l'ouvrage *Les Enfants et les écrans* co-dirigé par Anne Cordier et Séverine Erhel (2023), les chercheuses reprennent à leur compte l'idée de « panique morale » qui entoure la question des jeunes et du numérique. Elles critiquent les discours alarmistes qui attribueraient aux écrans et au numérique tous les maux au profit d'analyses scientifiquement et empiriquement fondées. Elles proposent « d'entrer dans la controverse » armées des résultats des sciences sociales. Dans sa thèse, Rosa Bortolotti a mené une enquête consacrée aux éducateurs et éducatrices de prévention spécialisée et aux représentations des pratiques numériques des jeunes qu'ils accompagnent. Elle montre comment ces professionnel·les ont des représentations négatives qui prennent la forme de « panique numérique » (2024). Ils et elles envisagent ces pratiques numériques comme porteuses de risque pour les jeunes, les conduisant à adopter « une posture d'entrepreneurs de la morale, cherchant à contrôler et surveiller les usages des jeunes sur les réseaux sociaux ». Rosa Bortolotti montre des pratiques hétérogènes dans ce groupe professionnel et évoque des attitudes qu'elle qualifie « d'épreuve numérique » et qui conduit les professionnel·les à adapter le travail de rue et leurs missions à l'espace des réseaux sociaux (en y intervenant).

Le sociologue Valentin Rio s'est, quant à lui, intéressé dans sa thèse de sociologie à la construction sociale et publique de l'usage excessif des écrans (2025). À partir d'entretiens menés avec des professionnels et de l'étude de divers corpus, il identifie trois groupes distincts porteurs de définitions antagoniques des troubles associés aux écrans, engagés dans une « lutte définitionnelle » pour qualifier la nature du problème en jeu. Le premier groupe est composé essentiellement de professionnelles de l'enfance et de l'adolescence jouant le rôle de lanceuses d'alertes pour alerter sur la surexposition généralisée de la population aux écrans ; le second groupe est composé de psychologues cliniciennes et cliniciens qui refusent de reconnaître l'existence d'une surexposition généralisée ou l'existence d'une pathologie spécifique liée à des conduites addictives ; le troisième groupe est composé d'addictologues définissant la problématique addictive des écrans récréatifs comme une pathologie. L'objet de la thèse est de saisir les facteurs sociaux permettant d'expliquer cette structuration de la controverse en trois groupes, et plus largement d'interroger de façon renouvelée les dynamiques de publicisation et de privatisation des problèmes sociaux contemporains.

Chapitre 3. Prendre en charge la santé mentale, accompagner les jeunes

Le mal-être et la santé mentale des jeunes sont devenus un problème public et social : comment cela s'est-il articulé à des évolutions de prise en charge ? Et comment ces évolutions se sont-elles inscrites dans des évolutions plus générales du champ de la santé mentale ?

L'objectif de ce chapitre est donc de restituer les débats classiques ayant eu lieu au sein des sciences sociales sur la façon de concevoir ce que produit l'institution psychiatrique (en termes de soin et de contrôle), et les effets que ces débats ont eu sur les évolutions des prises en charge ces dernières décennies. Après être revenu sur cette évolution croisée des critiques de la psychiatrie issues des sciences sociales et des dispositifs de prise en charge, le chapitre se concentre plus spécifiquement sur les travaux portant sur la façon dont les institutions de santé mentale contemporaines prennent en charge différentes catégories de jeunes. Comment la sociologie a travaillé sur ces dispositifs, et quels résultats en a-t-elle tiré ? Le dernier temps de ce chapitre se concentre sur d'autres acteurs aujourd'hui plus ou moins actifs dans la prise en charge de la santé mentale, à savoir l'école, l'enseignement supérieur, la prison, et le monde du travail.

Les évolutions croisées de la psychiatrie et des critiques issues des sciences sociales

Cette section ne porte pas spécifiquement sur la santé mentale des jeunes mais revient de façon synthétique sur les évolutions croisées identifiées par la littérature entre la prise en charge des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale et les critiques portées par les sciences sociales face à ces évolutions. Ce cadre général permettra ensuite de mieux comprendre les enjeux et les tensions que l'on retrouve dans la prise en charge de la santé mentale des jeunes.

De l'asile comme lieu de production de l'aliénation à la désinstitutionnalisation

La question de la prise en charge des malades mentaux par les institutions psychiatriques a fait couler beaucoup d'encre en sciences sociales. Dans les années 1950-1960, des travaux importants comme ceux d'Erving Goffman (1961) et de Michel Foucault (1961) ont produit des réflexions sur le rôle des institutions dans la coercition, l'exclusion et la marginalisation des personnes jugées socialement déviantes. Ils ont constitué des ressources critiques pour d'importantes mobilisations dans les années 1970 autour du mouvement de l'anti-psychiatrie. L'institution psychiatrique est analysée selon cette perspective en tant qu'elle impose une discipline dépersonnalisante et violente sur la vie et l'expérience des personnes prises en charge, conduisant à entretenir voire à produire les troubles qu'elle est censée soigner.

Les travaux contemporains en sociologie et anthropologie de la psychiatrie insistent sur la façon dont ces critiques ont été progressivement intégrées, puis déplacées au fil des évolutions des modes de prise en charge de la santé mentale. On peut mentionner l'article de Yanis Gansel (2021) qui porte sur la question de la psychiatisation appliquée au cas des « adolescents difficiles ». Il montre ainsi comme les années 1970 ont constitué un « âge d'or anti-disciplinaire » (Sallée, 2016) appuyé sur la psychanalyse et sur les dynamiques de désinstitutionnalisation étudiées par Nicolas Henckes (2018) à travers les politiques de sectorisation. Comme le rappellent Magali Coldefy et Coralie Gandré, ces politiques se sont fondées sur la nécessité de mettre en place une « coordination globale du parcours de santé mentale pour la population d'un territoire donné, depuis la prévention et les soins jusqu'à la réinsertion, fondée sur les principes de continuité et de proximité, en s'appuyant sur les ressources du territoire » (Coldefy, Gandré, 2022, p.29). Ce processus, que certains préfèrent qualifier de « déshospitalisation » (Henckes, Majerus, 2022), s'est donc accompagné d'une réduction importante des services hospitaliers au profit du développement de nouveaux dispositifs en lien avec les autres acteurs du champ sanitaire, médico-social et social. Dans ce contexte, les courants critiques vont davantage insister sur l'extension des modalités de contrôle des populations à des formes inédites fondées sur l'auto-contrôle et la gestion des risques (Castel, 1981), dans un contexte qualifié de « sociétés post-disciplinaires » (Deleuze, 1990). Ces critiques s'articulent avec celles liées au constat de la diffusion croissante de grilles de lecture psychologisantes et individualisantes de problèmes sociaux (Castel, 1981).

Comme le mentionne le sociologue Nicolas Henckes (2024), une autre ligne critique correspondait à l'inverse à déplorer l'abandon des populations vulnérables du fait de ce déclin des établissements sanitaires et sociaux. Des travaux ont ainsi montré le rôle pris par les institutions carcérales dans la prise en charge de problèmes de santé mentale (Fassin, 2015), l'importance croissante du sans-abrisme et le constat prégnant d'un lien entre troubles psychiatriques et sans-abrisme (Dear, Wolch, 1987), et enfin l'émergence de la problématique des aidants familiaux et du « fardeau » lié à la prise en charge (Bungener, 1995).

Limites et remise en cause de la désinstitutionnalisation : le paradigme de la santé mentale

Les années 2000 ont fait l'objet de travaux visant précisément à caractériser la diversité de la nature et de la forme prise par les établissements et services médico-sociaux. Malgré cette diversité et la complexité croissante du paysage du médico-social, Nicolas Henckes (2024) a cherché à identifier les principales dynamiques organisationnelles et institutionnelles qui les traversent. La première est la relance de l'intégration organisationnelle et la reconstitution de grandes organisations, à rebours de la désinstitutionnalisation des années 1970. La deuxième est l'importance croissante du marché, à la fois dans les prestations sociales, et dans la gestion des organisations publiques elles-mêmes. La troisième est la croissance de projets et de dispositifs portés par des groupes professionnels ou militants à destination de populations spécifiques (et reposant souvent sur des financements précaires). La quatrième concerne la nature des établissements de prise en charge des personnes et leurs évolutions qui suivent plusieurs directions : « amélioration des conditions d'accueil des personnes dans des structures de petite taille, promotion d'un style de relations plus horizontal avec les équipes professionnelles, ouverture des structures sur leur environnement, insistance sur la convivialité, la prise en compte des désirs et la

satisfaction des droits des personnes, et plus généralement la participation de celles-ci à la définition des prestations dont elles bénéficient comme aux orientations mises en œuvre à l'échelle des établissements voire au niveau territorial » (Henckes, 2024, p. 163). Ces efforts s'appuient entre autres sur une série d'outils et de métiers nouveaux, en lien avec des discours sur le sens et la fonction des prestations de ces établissements, autour de l'idée d'accompagnement, de « faire avec », de rétablissement, de *care*. Face à ces évolutions, la sociologie a eu plusieurs attitudes, plus ou moins critiques : certains travaux montrent à quel point la notion d'institution totale développée par Michel Foucault reste pertinente malgré ces transformations, quand d'autres soulignent comment ces nouveaux jeux de langage autour de l'accompagnement et de l'*empowerment* se diffusent dans les pratiques et activités des acteurs.

Cette évolution s'appuie sur la rencontre entre le champ du handicap et le champ de la santé mentale, à travers la notion de handicap psychique. De nombreux travaux ont étudié ces dernières années les conséquences de l'introduction de cette catégorie médico-administrative dans le champ de la santé mentale. En parallèle, s'est affirmée une dynamique en faveur de la perspective dit du « rétablissement » en santé mentale. Cette perspective insiste sur les possibilités de vivre une vie épanouie et autonome avec un trouble psychique. La sociologue Audrey Linder (2022) souligne les ambivalences liées à l'importation de ce mouvement. En effet, initialement porté par des mouvements critiques de survivants de la psychiatrie, défendant l'idée d'un soin autonome et contestant l'expertise psychiatrique, elle montre comment ce paradigme s'est introduit ces dernières années au sein des institutions, à travers la figure de la *pair-aidance*, qui vise à professionnaliser les savoirs expérientiels que possèdent les personnes vivant avec un trouble psychique. Il illustre ainsi parfaitement les tensions constitutives du paradigme contemporain de la santé mentale, celui-ci visant à impliquer les usagers et usagères au sein des institutions en mobilisant des ressources parfois conçues explicitement *contre* ces institutions.

ENCADRÉ 1. MEDICALISATION, PSYCHOLOGISATION, BIOLOGISATION... QUELQUES DEFINITIONS POUR SE REPERER

Les travaux en sciences sociales de la santé mentale mobilisent souvent des concepts désignant des processus tels que médicalisation, psychologisation, biologisation. Dans un récent lexique, intitulé *Catégoriser*, consacré à l'étude de « la construction sociale des différences » (Bouvet *et al.*, 2024), plusieurs auteurs ont rédigé des notices pour définir ces concepts et revenir sur leur histoire.

Médicalisation (Castra, 2024) : « processus social qui consiste à donner un caractère médical à des conceptions et à des pratiques qui jusque-là n'étaient pas socialement appréhendées de cette manière. La médicalisation peut ainsi être considérée comme la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical (Conrad 1992) ».

Psychologisation (Morel, 2024) : « la notion désigne l'introduction, l'extension, voire la systématisation du recours à des schèmes théoriques ou pratiques issus de la psychologie pour appréhender, expliquer, catégoriser ou transformer une réalité (la société, le travail, un problème public, un groupe social, un individu, soi-même, etc.).

Biologisation (Lemerle, 2024) : « action consistant à importer dans un secteur du monde social qui n'en avait pas forcément l'habitude jusqu'alors des représentations ou des

pratiques inspirées des sciences du vivant, en particulier de la génétique, des neurosciences et de l'éthologie. Comme principe explicatif, la biologisation peut contribuer à influencer sur les modes d'interprétation du monde social et d'intervention sur celui-ci, à justifier de nouvelles pratiques de contrôle ou encore à reconfigurer les hiérarchies et les légitimités au sein de différents espaces sociaux. »



Troubles dans les institutions de santé mentale

Dans la littérature, la majorité des travaux portant sur les institutions de prise en charge n'ont pas nécessairement pris pour objet la prise en charge des jeunes en tant que catégorie sociale spécifique. De nombreux travaux portent sur la prise en charge soit des adultes, soit des enfants, recoupant ainsi une distinction institutionnelle entre pédopsychiatrie et psychiatrie. Cette section présente une diversité de travaux qui étudient la prise en charge des jeunes (adolescents et jeunes adultes).

Quelle psychiatrie pour les adolescents « difficiles » ?

Plusieurs travaux ont porté sur la question de la prise en charge des adolescents « difficiles ». On peut mentionner par exemple l'enquête ethnographique qu'Isabelle Coutant a consacré à une unité pour adolescents dans un secteur défavorisé, pour des jeunes avec des « troubles du comportement » (Coutant, 2012). Elle a ainsi pu observer le quotidien de cette unité pendant neuf mois afin d'interroger les recompositions contemporaines du pouvoir psychiatrique appliqué à la gestion des déviances juvéniles. Les deux premiers chapitres situent le terrain choisi dans la psychiatrie contemporaine, une unité « aux marges de la psychiatrie », du fait de sa situation géographique et de son positionnement théorique (proche de la psychiatrie institutionnelle et de la psychanalyse). Elle souligne ainsi l'importance d'intégrer à l'analyse le rôle de l'ensemble du personnel (aides-soignants, assistants de service hospitalier, personnel administratif, psychologues, infirmiers) dans la prise en charge, et les tensions que cette participation engendre (entre une appréhension médicale des troubles par les médecins et une appréhension profane et pratique des situations rencontrées). L'autre élément important concerne le fait que « plus que la pathologie en elle-même, c'est le caractère gérable ou ingérable qui détermine l'hospitalisation et la durée des prises en charge » (*ibid.*, p. 77). Les quatre autres chapitres restituent le cœur de l'enquête ethnographique. Elle montre comment ces prises en charge s'inscrivent dans une dynamique de transformations de l'institution psychiatrique au cours du xx^e siècle, en lien avec les vives critiques des années 1970 à son encontre. Tout en rappelant l'importance de l'enfermement et des médicaments dans la prise en charge, elle souligne comment le travail psychiatrique vise à assurer une transformation des personnes (en l'occurrence des jeunes, pour la majorité issue des classes populaires) en vue d'une réinsertion et d'une autonomisation. Pour cela, la question de « l'alliance » est primordiale. Elle décrit ainsi la réflexivité dont font preuve les praticiennes et les praticiens quant à leur fonction de contrôle social tout en prenant au sérieux le travail réalisé auprès des jeunes. Ce travail vise justement à ce que les jeunes travaillent sur eux-mêmes *via* ce qu'elle nomme une « pédagogie de la réflexivité » qui vise à « inculquer un plus haut degré d'autorégulation individuelle » (p. 138) à travers par exemple l'expression et la verbalisation des émotions. En ce sens, l'institution peut être vue comme un lieu de socialisation et de subjectivation pour les classes populaires. La question de la durée de l'hospitalisation

est un enjeu central de la prise en charge contemporaine de ces jeunes, avec la nécessité d'un arbitrage constant entre « internement abusif » et « externement abusif », en particulier pour les jeunes se situant aux frontières institutionnelles, entre le champ médico-social (pour les jeunes autistes) et le champ socio-éducatif (pour les jeunes suivis par l'Aide sociale à l'enfance).

Yannis Gansel (2019) a, quant à lui, mené une enquête entre 2009 et 2015 au sein d'un réseau interprofessionnel pour adolescents en difficulté. Il a ainsi pu observer les réunions organisées par ce réseau pour échanger sur les dossiers de 51 jeunes et réaliser des entretiens ethnographiques sur les parcours des professionnel·les. Il montre que la désignation des adolescents « difficiles » condense la qualification de jeunes « en danger » et de jeunes « dangereux ». Leur traitement implique ainsi deux modalités distinctes voire opposées d'actions professionnelles, symbolisées par la notion de « contenance » : à la fois une action de sollicitude et de bienveillance, mais aussi une action de contrainte et de contrôle. Ces qualifications et actions se révèlent conditionnées par le genre des adolescent·es. Il identifie ainsi une cartographie genrée des formes de dangerosité (pour soi ou pour autrui), de leurs traitements (*care* et contrainte) et de lieu de leur gestion (psychiatrie, justice pénale, travail social, pédagogie spécialisée). Contrairement à l'institution totale étudiée par Goffman dans les années 1950, qui opère par la dépersonnalisation des reclus, Yannis Gansel montre que le dispositif étudié fonctionne à l'inverse par une forte personnalisation de l'individu à partir de son parcours biographique et de sa circulation entre différents dispositifs. Paradoxalement, cela ne signifie pas pour autant une absence de contrôle : « par empilement de couches d'intervention successives, matérialisées par la contenance et coordonnées dans le temps, toutes les dimensions de la vie de l'individu se voient prises en charge » (p. 194). Il souligne enfin le rôle de l'évolution des politiques publiques dans les tensions liées à ce mode de prise en charge, lorsque le modèle de l'autonomie s'applique comme une injonction à des populations très dépendantes. En s'appuyant sur le travail d'Isabelle Astier (2009), il note que « le travail sur autrui se transforme en travail *avec* autrui, et, en matière d'adolescents, les interventions ne cherchent pas la soumission de l'usager à la société mais, par une action pédagogique, visent l'apprentissage de l'autonomie. Il faut que l'adolescent trouve de lui-même les moyens d'adhérer activement à la société. L'adolescence devient ainsi l'âge d'une autonomie sans indépendance » (p. 196).

Accompagner les jeunes en souffrance psychique : pour quelle autonomie ?

D'autres travaux portent sur la prise en charge des jeunes dans d'autres types de dispositifs, en particulier les maisons des adolescents. Isabelle Coutant et Jean-Sébastien Eideliman ont mené une enquête dans une maison des adolescents d'un secteur défavorisé de la banlieue parisienne à la fin des années 2000 (Coutant et Eideliman, 2013). Ils montrent dans cette enquête que ce dispositif fonctionne comme une « soupape » pour d'autres institutions d'encadrement de la jeunesse, l'éducation nationale ou d'autres institutions du médico-social. Ils soulignent là encore comment ces institutions peuvent jouer, pour les adolescents, un rôle de socialisation et d'acculturation aux normes des classes moyennes en termes d'auto-contrôle et de gestion émotionnelle.

L'enquête de Sylvie Malinowski (2021), sur le même dispositif des maisons des adolescents dans le sud de la France, aborde davantage la question de la souffrance juvénile qui s'exprime au sein de ces dispositifs. Elle montre que dans le dispositif sur lequel elle a enquêté, le public ne ressemble pas à celui

des autres organisations locales de la jeunesse. Il y a autant de filles que de garçons, majoritairement scolarisés dans le second degré avec au moins l'un des deux parents en emploi dans des groupes sociaux de niveaux moyens voire supérieurs de la hiérarchie sociale. Elle identifie quatre idéaux-types de la souffrance juvénile : les « décevants », les « discrets », les « désajustés » et les « rejetés ». De façon générale, elle souligne que « leurs discours, dans leurs interactions avec les professionnels de la MDA, montrent ainsi de façon massive et significative une réalité quotidienne empreinte de tristesse, de peur, de colère ou de pensées macabres, d'atteintes corporelles ou de somatisations, de solitude, de deuils ou d'absence de protection dans les liens de filiation, de perception négative de soi, d'apathie ou d'échec à répondre aux attentes de réussite scolaire, de conflictualité, d'expérience du mépris ou de l'invisibilité sociale » (p. 398).

Dans un article publié dans la revue *Alter*, la sociologue Audrey Parron (2014) analyse les trajectoires de jeunes adultes confrontés à des troubles psychiques à partir d'une enquête longitudinale menée sur trois ans auprès de 21 jeunes, de leurs familles et de professionnels du secteur psychiatrique et médico-social. L'autrice interroge la centralité de la notion d'autonomie dans les dispositifs contemporains de santé mentale et montre que la prise en charge ne se réduit plus à une logique strictement thérapeutique ou réparatrice, mais s'inscrit dans une dynamique d'accompagnement individualisé. Celui-ci vise moins la guérison que le soutien à la participation sociale et à la gestion du quotidien, dans une perspective de co-construction des parcours. Elle souligne que les représentations des professionnels sont prises dans une double tension, entre hétéronomie et autonomie de la personne, et dépendance et indépendance institutionnelle. Elle identifie quatre situations idéales-typiques : l'autonomisation accompagnée (la plus valorisée par les professionnels), où l'institution intervient comme support d'indépendance par rapport à la famille et ressource pour l'insertion professionnelle ; la normalisation, qui peut renvoyer à une indépendance par rapport à l'institution par l'investissement dans une forme de dépendance domestique (pour les jeunes femmes). Les deux autres situations sont à l'inverse porteuses d'un risque d'exclusion sociale : la première renvoie à l'idée d'une mauvaise autonomie, lorsque se terminent les relations d'accompagnement au profit d'un environnement jugé néfaste et peu soutenant ; la seconde renvoie à l'idée d'une dépendance des jeunes usagers peu impliqués dans le dispositif d'accompagnement. L'enquête montre aussi les modalités d'adhésion et de résistance des jeunes face à ces processus d'autonomisation. L'autonomisation devient ainsi une épreuve pour ces jeunes, et l'autonomie est conçue comme une valeur qui soutient des représentations et des pratiques, qui elles-mêmes font l'objet de discussions et de conflits entre les jeunes, les professionnels et les familles.

Des travaux, peu nombreux, portent sur l'analyse de dispositifs thérapeutiques à destination de jeunes hospitalisés. L'article de Marine Kneubühler, Émilie Bovet et Angelika Güsewell (2025) analyse un dispositif de *care game* musical à destination d'adolescents en souffrance psychique. Elles s'appuient sur une recherche participative menée au sein d'une unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents en Suisse. L'objectif est de questionner la façon dont ces dispositifs peuvent nourrir (et comment) la socialisation de jeunes en souffrance psychique. Elles montrent qu'« afin que des interactions émergent entre les jeunes (*play*), différentes médiations complémentaires s'avèrent nécessaires. (...) Pour donner lieu à une forme minimale de socialité, la structure mise en place par le jeu au sein des ateliers requiert à la fois un investissement du côté de l'équipe infirmière (...) et une inventivité de leur part dans leur appropriation du dispositif ludique » (p. 317).

Les familles : des actrices de la prise en charge

Parmi les recherches menées en sociologie, un certain nombre soulignent l'importance de prendre en considération le rôle des familles dans la prise en charge et l'accompagnement des jeunes. Martine Bungener (1995) a noté il y a plus de trente ans le lien entre la désinstitutionnalisation (produisant une réduction des budgets et des places en institutions) et l'importance croissante des familles, ces dernières pouvant faire face à ce qu'elle nomme un « désinternement abusif » Brigitte Chamak (2018). étudiée à partir du cas de l'autisme le rôle des associations de parents et leurs stratégies pour s'éloigner de la psychiatrie et du réseau de services de santé mentale. Aude Béliard et Jean-Sébastien Eidelman (2018) soulignent l'importance d'étudier le rôle des familles dans le domaine de la santé mentale. En effet, la place des familles en psychiatrie a aujourd'hui changé. Elles sont désormais moins systématiquement vues comme la principale source des troubles psychiques qu'il faudrait écarter de la prise en charge. Ces évolutions « alimentent les ambivalences des relations entre professionnels et familles, entre collaboration et délégation, entre transfert du pouvoir et contrôle accru. Ainsi, le partenariat entre familles et professionnels (...) peut prendre de multiples visages ; si la norme affichée est celle du travail *avec* les familles, on trouve en pratique une grande diversité de situations, d'un travail *contre* les familles à un travail *laissé* aux familles, en passant par un travail *malgré* ou *pour* elles » (p. 294). Les interventions professionnelles et institutionnelles produisent deux types d'effets sur les relations familiales, des effets de socialisation et des effets de reconfiguration. Ces effets sont identifiés par d'autres travaux, comme ceux d'Isabelle Coutant, où elle a pu observer le « travail des relations familiales » au sein des dispositifs enquêtés. Les auteur·ices mentionnent leurs travaux sur les « théories diagnostiques » (2014) dans lesquels sont étudiés les « efforts de définition de la situation, de caractérisation, d'interprétation voire d'explication qui sont produits par les personnes concernées par un problème de santé » (p. 302). Cette importance accordée aux qualifications plurielles de troubles s'articule à des réflexions méthodologiques concernant les enquêtes qui s'appuient sur la circulation au sein des configurations familiales (Eidelman, 2009). Comme le notent les auteur·ices, « une réflexion méthodologique sur le cheminement de l'enquêteur est alors primordiale pour comprendre la répartition de la parole et la construction de la légitimité des points de vue dans ces collectifs de proches. Le cheminement de l'enquêteur peut ainsi révéler des lignes de clivage dans la parenté, soit parce qu'il a incité les uns et les autres à exposer leurs points de vue et à mettre en scène des divergences, soit parce que sa circulation a été limitée et qu'il a eu accès qu'à la version dominante sur la scène de l'enquête. » (p. 305)¹⁸

D'autres travaux ont porté spécifiquement sur le rôle des mobilisations parentales dans le cas de la prise en charge des souffrances adolescentes. On peut mentionner l'article de Pascale Manuello et François Sicot (2024) qui s'appuie sur une enquête portant sur un dispositif dit réactif de pédopsychiatrie à destination d'adolescents en crise âgés de 12 à 17 ans, « Consultado ». L'objectif de ce dispositif est de se positionner comme un maillon supplémentaire par rapport aux dispositifs classiques de soin, afin d'éviter une hospitalisation aux urgences, jugée traumatisante¹⁹. Les auteur·ices s'appuient sur les constats émis par plusieurs rapports de l'Igas (2018) ou de la Cour des comptes (2023) concernant l'augmentation importante de la demande de soins « psy » chez les adolescents, par contraste avec la

¹⁸ On peut mentionner ici le travail de thèse en cours de Julia Bouhedja au Cermes3, intitulé *Troubles bipolaires en famille : (se) bricoler avec une catégorie psychiatrique carrefour* (<https://www.cermes3.cnrs.fr/fr/membres/doctorants/bouhedja-julia.html>).

¹⁹ Sur la prise en charge des idées suicidaires dans les services d'urgence en Grande-Bretagne et en France, on pourra se référer à la thèse en cours de Christopher Redd (<https://iris.ehess.fr/index.php?6028>).

saturation elle-même croissante de l'offre de soins en pédopsychiatrie. Dans ce contexte structurel particulièrement défavorable, se pose la question du rôle des parents dans la possibilité pour les jeunes d'avoir accès à des formes d'accompagnement et de prises en charge. Ce rôle peut prendre plusieurs formes. S'appuyant sur les distinctions proposées par Geneviève Cresson (2001) concernant le travail domestique d'accompagnement aux soins, Pascale Manuello et François Sicot s'intéressent aux ressources relationnelles, cognitives et pratiques mises en place par les familles, soit pour trouver une aide extérieure, soit pour gérer la souffrance en famille. Du fait du mode de recrutement, le profil social des familles rencontrées est plutôt associé aux classes moyennes et supérieures dotées de capital culturel. Ces familles ont donc eu pour beaucoup accès à une offre de soins en libéral (psychologie ou psychiatrie), mais elles constatent pour beaucoup d'entre elles que cela ne suffit pas et qu'il n'existe finalement ni solution adaptée pour ces jeunes en mauvaise santé mentale, ni entrée lisible dans le système de la pédopsychiatrie. Quatre types de parcours sont identifiés : des parcours circonscrits à la crise ; des parcours où la crise a produit par la suite un désengagement des prises en charge précédentes, jugées peu utiles ; à l'inverse, des parcours où la crise précède un début de parcours de prise en charge ; enfin, des parcours dont le dispositif de crise n'est qu'une étape de plus dans un processus de prise en charge qui produit remobilisation ou au contraire démobilisation. L'article souligne comment ce dispositif, qui visait à lutter contre la saturation des urgences, a lui-même été saturé, ce qui a conduit à replacer les urgences comme le lieu principal de recours (les jeunes étant ensuite adressés, par les urgences, au dispositif Consultado). Du point de vue des familles, les données mettent en évidence l'importance des désajustements entre les parents et les professionnel·les, soit que les parents « n'avaient rien vu venir », soit au contraire qu'ils identifient depuis longtemps le mal-être de leur enfant sans qu'une prise en charge adéquate ne soit trouvée. Au quotidien, les familles se mobilisent donc, les ressources essentielles étant de « pouvoir se rendre disponible et avoir la capacité de coordonner le parcours de son adolescent » (p. 112). Ces mobilisations sont par ailleurs genrées, les mères (dans le cas de couples divorcés) occupant le rôle d'aidante principale.

L'enquête de Pascale Manuello et François Sicot fait écho à celle d'Audrey Parron sur l'autonomisation des jeunes souffrant de troubles psychiques en lien avec les relations d'interdépendance familiales (Parron, 2010). À partir de 21 monographies de jeunes entre 17 et 24 ans, elle montre comment s'opère ce processus d'autonomisation, en lien avec l'enjeu de décohabitation. Comme elle le note, « la décohabitation familiale n'est pas corrélée avec la fin de la solidarité interfamiliale, mais les relations se redéfinissent avec le maintien d'aides ponctuelles ou durables. (...) De plus, nous avons vu, avec la mise sous tutelle, que des dispositifs extérieurs à la cellule familiale peuvent aider le processus d'autonomisation entre le jeune et ses parents en offrant une solution alternative à l'accompagnement parental. En fait, les parents et les enfants sont soumis, au moment du passage à l'âge adulte, à une reconstruction régulière de leur relation dans une définition des différents espaces de dépendance et d'autonomie et ceci même lorsqu'une maladie psychique est venue perturber ce processus d'autonomisation » (p. 39).

Dans l'enquête de Sylvie Malinowski sur les jeunes pris en charge à la maison des adolescents, la famille est également centrale, mais de façon plutôt négative : « la famille apparaît à une autre place entre ces deux extrêmes – productrice de la souffrance ou facilitatrice du repérage et de la prise en charge. Les jeunes qui entrent dans le dispositif sont ainsi très majoritairement des jeunes qui ne peuvent pas (ou qui pensent ne pas pouvoir) compter sur la protection de leurs parents face à leur souffrance. Ni cause de

cette souffrance, ni appui pour l'affronter, les familles de ces jeunes sont bien souvent absentes, prises par d'autres préoccupations (professionnelles, de santé, etc.), engagées dans des conflits (le plus souvent entre les deux parents), ou encore les parents sont déstabilisés par les manifestations de la souffrance de leurs enfants et veulent en déléguer la prise en charge » (p. 306). Ce rôle ambivalent des familles fonde pour Isabelle Coutant et Jean-Sébastien Eidelman une des contradictions de l'économie morale contemporaine autour de l'adolescence populaire : « dédouanant la société de ses responsabilités, cette économie en appelle davantage aux familles alors que leurs conditions de vie ne leur permettent pas toujours d'exercer aisément ce qui est attendu d'elles. Le contexte social et politique conduit certains parents à se sentir rapidement suspectés d'être de "mauvais" parents » (Coutant, Eidelman, 2013, p. 355).

D'autres travaux récents s'intéressent à la question des aidants familiaux, et au rôle des frères et sœurs. Outre le rapport d'étude de Jung Lorient et Mahut (2022) consacré aux trajectoires et socialisations des jeunes aidants, on peut mentionner le travail de Diane Bédouchaud qui souligne que le problème des jeunes aidants et aidantes est un sujet émergent pour la recherche et l'action publique (2022), ainsi que le travail de Pauline Blum, qui a étudié les liens et trajectoires de frères et sœurs face au trouble psychique de l'un des leurs (2024). À partir d'une enquête doctorale menée entre 2011 et 2014 portant sur le quotidien de jeunes pris dans des troubles psychiques, elle a construit un dispositif d'enquête autour de monographies d'entourage. Elle montre ainsi comment les bouleversements du quotidien mettent à l'épreuve les frères et sœurs et s'inscrivent dans l'histoire longue des organisations familiales. Comme le souligne l'autrice, « la réorganisation des flux d'échanges au sein de la parenté ainsi que la reconfiguration des investissements parentaux observées dans tous les cas prennent des formes différentes. Elles réinterrogent le principe d'égalité de traitement et d'attention entre enfants. Elles confirment qu'il relève davantage d'une tentative d'égalité que d'une égalité stricte. Des tensions relatives à cette répartition de l'aide parentale se sont révélées récurrentes, par exemple celle concernant l'argent, rappelant la force de la logique de la lignée. Les aînés dont il a été question refusent d'en être exclus ou du moins d'être dépossédés des transmissions économiques. Les solidarités entre frères et sœurs sont d'autant plus investies qu'elles n'entraînent pas le déclassement de la fratrie » (p. 40).

Les carrières de malade : prendre en compte l'effet des institutions et du pouvoir médical

Des recherches en sociologie ont étudié le rôle des institutions de prise en charge dans ce que l'on peut qualifier après Goffman de « carrières de malade » (Goffman, 1961). En se situant dans cette perspective, ces travaux insistent sur les processus de socialisation liés à la fréquentation de lieux de soin et à la violence pouvant être vécues par les patientes et les patients au cours de cette prise en charge.

C'est le cas des travaux menés par exemple sur les troubles du comportement alimentaire. Muriel Darmon analyse ce qu'elle appelle la « carrière anorexique » (2003). Dans cet ouvrage, son objectif est de prendre de la distance avec le discours médical sur l'anorexie en s'intéressant non pas tant à l'étiologie sociale de l'anorexie qu'à ce que font, en pratique, les personnes anorexiques. Elle a mené des entretiens avec des jeunes femmes étiquetées anorexiques, pour la plupart hospitalisées au moment de l'enquête. Elle a réalisé des séquences d'observation au sein de deux services de la clinique étudiée, qui a la particularité d'être un lieu médical et pédagogique (un lycée). À partir de ses entretiens, elle montre

l'intérêt de mobiliser le concept interactionniste de « carrière » pour objectiver le point de vue de celles qui s'engagent dans l'anorexie. Elle distingue ainsi quatre phases de la carrière anorexique : l'engagement dans une « prise en main », le maintien de l'engagement, le maintien de l'engagement malgré les alertes et la surveillance (qui signalent l'anomalie du comportement et la progressive imposition de l'étiquette déviante), et la phase de « prise en charge » par l'institution médicale, par le biais d'une hospitalisation. La particularité de cette « carrière déviante », est qu'elle est faite principalement d'actes « normaux », socialement approuvés et conformes (faire un régime, de l'exercice, travailler à l'école). C'est lors de la dernière phase de la carrière que l'institution médicale joue un rôle important de socialisation. Dans cette phase, l'hôpital est conçu comme une institution totale qui va conduire les patientes à effectuer un « travail de soi » pour lutter contre leurs dispositions à jeûner. Elles doivent ainsi « lâcher prise » pour pouvoir ensuite « se reprendre en main » en poursuivant le processus de transformation de soi, mais cette fois-ci en allant à l'encontre des dispositions constituées lors des précédentes phases de la carrière. Dans la troisième partie de l'ouvrage, l'autrice réinscrit ces carrières anorexiques dans l'espace social en montrant que les pratiques alimentaires, scolaires, sportives et les goûts que l'on retrouve chez ces jeunes interviewées correspondent à un *ethos* orienté vers l'excellence et l'exceptionnalité sociale, que l'on retrouve plutôt dans les classes moyennes et supérieures. De la même manière, elle montre que les résistances observées lors de l'hospitalisation, les adaptations secondaires dont parle Goffman, prennent plusieurs formes : quitter l'hôpital, redéfinir la fonction de l'hôpital comme un service que l'on peut consommer, le silence (dans un contexte où la parole est une modalité de traitement) ou au contraire des injures ou des critiques quant à l'incompétence des professionnels. Ces modalités de résistance sont situées, liées à une expérience longue et répétée de l'institution médicale d'une part, et la possession de dispositions de classes (supérieures) mobilisées dans et contre le monde hospitalier.

Plus récemment, la sociologue Alice Feyeux s'est intéressée aux prises en charge au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescent·es présentant de l'anorexie, de la dépression ou des troubles « borderline » (2021). L'autrice s'appuie ici sur une ethnographie réalisée durant six mois entre novembre 2017 et mai 2018 au sein d'une unité parisienne d'orientation psychanalytique qui accueille un public de jeunes âgés de 11 à 18 ans, majoritairement féminin et issu des classes moyennes et supérieures (excepté les adolescentes diagnostiquées borderline, presque toutes issues de classes populaires). En partant du constat de l'inégale distribution des troubles mentaux selon le sexe, elle rappelle que deux principaux cadrages sociologiques sont mobilisés pour comprendre cette inégale distribution. Le premier, évoqué dans le chapitre 1 de cette revue de littérature, porte sur la fabrique sociale du trouble mental. L'autrice précise ainsi que « le sexe assigné et le milieu social d'origine détermineraient des réponses aux pressions exercées par l'environnement et des formes de "mal-être" différenciées (...) qui peuvent faire l'objet d'un étiquetage psychiatrique » (p. 112). Le second cadrage porte sur les « ressorts genrés du regard médical » : l'inégale distribution observée en épidémiologie serait liée aux normes et représentations de genre de la psychopathologie elle-même, avec l'idée que les diagnostics reposeraient sur l'identification de déviations de genre et de déviations sexuelles (Showalter, 1985). Prolongeant ces deux cadrages, la chercheuse montre comment, en pratique, les professionnel·les et jeunes hospitalisé·es concourent à négocier ce que les troubles mentaux manifestent sur le plan du genre. Pour l'équipe soignante, qui dispose « d'attentes de genre » (Vuattoux, 2016) semblables, la pathologie des jeunes hospitalisé·es s'exprimerait par une déviance vis-à-vis de normes de genre (l'anorexie représentant un « refus » du féminin ou du masculin ; la dépression

un « excès » de féminité ou un « échec » du masculin). La prise en charge consiste ainsi à opérer une socialisation au *care* et au travail émotionnel (Hochschild, 2017), qui diffère selon le genre des patient-es et leur pathologie. L'autrice identifie des formes de résistance et de contestations face à l'ordre du genre porté par ces prises en charge, contestations qui reposent elles-mêmes sur des socialisations de genre et de classes qui préexistent à la prise en charge.

D'autres travaux ont porté sur ce type de diagnostics. On peut mentionner la thèse d'Ivan Garrec (2024) intitulée *Trouble dans les émotions. Enquête sur l'existence sociale du « trouble de la personnalité borderline » en France*. Il étudie à partir de différents terrains ethnographiques (urgences psychiatriques et hôpital de jour spécialisé dans la prise en charge du trouble borderline) la dimension profondément genrée de la prise en charge de ce diagnostic (par ailleurs particulièrement stigmatisé et stigmatisant). Sans porter spécifiquement sur les jeunes, Julia Legrand a également travaillé sur ce qu'elle nomme « le genre de l'hystérie » (2023) à partir d'une ethnographie réalisée dans deux structures de la psychiatrie publique. Elle montre que « loin d'être neutre, cette nomination assigne non seulement une identité aux patientes, mais elle indique comment les traiter. (...) La catégorisation genrée d'hystérique assoit alors l'autorité médicale, là où le diagnostic et les médicaments ont échoué à le faire. Réciproquement, l'usage médical de l'hystérie continue d'accorder une légitimité scientifique à un terme pourtant décrié depuis longtemps pour son caractère genré » (p. 33).

Des enquêtes éclairent aussi sur l'expérience de jeunes hospitalisées sous contraintes en décrivant la violence de l'institution psychiatrique. C'est le cas, par exemple, de la thèse d'Olivia Vernay portant sur neuf femmes ayant vécu une expérience de contrainte en psychiatrie pendant l'adolescence. Dans l'article tiré de cette recherche (2024), l'autrice souligne que toutes les personnes rencontrées témoignent avoir fait l'objet de violences institutionnelles : « fortes mesures de contrainte (chambre fermée, injections forcées, contention physique), multiples formes d'humiliation (matelas par terre, port de la chemise d'hôpital sans sous-vêtements, mise à nu pour une fouille, douche en présence du personnel infirmier), rupture totale de scolarité/formation, etc. » (p. 91). La plupart considèrent ainsi que l'enfermement et ces violences institutionnelles ont été une source de traumatismes supplémentaires venant s'ajouter aux maltraitances et violences subies dans leur enfance. Elles décrivent à quel point leur parole était disqualifiée et n'était pas considéré comme légitime (lorsqu'elles s'opposaient à l'hospitalisation). L'autrice associe cette disqualification à la notion d'injustice épistémique (Fricker, 2007), avec l'idée que cette disqualification serait liée à la catégorisation de ces personnes comme jeunes affectées de troubles psychiques (ce statut leur déniait toute agentivité et crédibilité). L'autrice mentionne alors les stratégies de résistance mises en place par les jeunes rencontrées, stratégies pouvant constituer selon l'autrice des « savoirs expérientiels » susceptibles d'être entendus et intégrés aux institutions afin que celles-ci deviennent de réelles ressources pour les jeunes. Ce type de travaux proposent une critique politique de l'institution psychiatrique, et s'inscrivent en ce sens dans la même démarche que des ouvrages qui souhaitent alerter sur la violence toujours très actuelle qui existe en psychiatrie à l'encontre des personnes psychiatisées. On peut mentionner à titre d'exemple l'ouvrage de Treize Charge. *J'ouvre le huis clos psychiatrique* (2023). Ces travaux sont importants car ils permettent d'analyser les reconfigurations de l'exercice du pouvoir médical et psychiatrique contemporain.

Au-delà des institutions de santé mentale : quels accompagnements ?

Un certain nombre de travaux se sont intéressés aux institutions non spécialisées dans la prise en charge de la santé mentale. En l'occurrence nous nous concentrerons sur les cas de l'institution scolaire et d'enseignement supérieur, de la prison et du monde du travail.

Troubles psychiques et mal-être en milieu scolaire et étudiant

La question du lien entre troubles psychiques, mal-être et institution scolaire et d'enseignement supérieur a fait l'objet de plusieurs travaux ces dernières années. Il est important dans un premier temps de rappeler les contextes particuliers dans lesquels cette question a pu se poser au cours des dernières décennies. Depuis les années 2000, et en lien avec la loi « Handicap » de 2005²⁰, c'est la thématique de l'inclusion scolaire qui est au cœur des dispositifs. Cette norme de l'inclusion se pose d'une façon singulière dans le cas des troubles psychiques, en partie car la séparation entre maladie (qui aurait une cause médicale) et handicap (considéré du point de vue des conséquences sociales) ne fait pas consensus. Dans un ouvrage collectif dirigé par Pauline Blum, Jean-Marc Goudet et Florence Weber (2022) s'appuyant sur plusieurs enquêtes menées au cours des années 2010, les auteurs et autrices font une synthèse des liens entre école et handicap psychique en France. Ils et elles reviennent sur les réformes de l'école depuis 1989 et comment ces dernières ont conduit l'institution à changer de mission, passant de l'instruction obligatoire pour tous à l'obligation de réussite, puis comment les politiques du handicap et de la santé mentale en milieu scolaire depuis 2000 ont introduit des reconfigurations dans les institutions éducatives destinées aux élèves en difficultés (pour des raisons sociales ou sanitaires). Ils montrent la diversité des dispositifs de santé liée à l'école, que ce soit en milieu ordinaire (projet d'accueil individualisé, scolarité aménagée), à domicile (Cned, Sapad ou milieu associatif), ou à l'hôpital (centre scolaire au sein l'hôpital ou clinique soins-études). Ces dispositifs s'ouvrent ces dernières années aux troubles psychiques, du fait d'une demande croissante de prise en charge, même si un nombre important d'élèves continuent de se retrouver sans solution. Les travaux présentés mettent en lumière comment la problématique des troubles psychiques en milieu scolaire se situe à l'intersection de différentes administrations : l'Éducation nationale ; les politiques du handicap à l'âge scolaire ; les politiques de santé mentale à l'âge scolaire ; et les politiques sociales.

L'ouvrage est, par ailleurs, structuré en deux grandes parties : la première présente trois études de cas de jeunes en difficulté issus des classes moyennes et supérieures, et la seconde porte sur des cas de jeunes issus plutôt des classes populaires et appartenant au versant « relégué » des établissements médico-sociaux. On peut mentionner le chapitre de Pauline Blum qui porte sur le cas de Benjamin, 22 ans en 2014, ayant quitté le lycée pour cause d'angoisses et d'anxiété. Issu d'une famille d'immigrés d'origine portugaise (père ouvrier qualifié et mère couturière), Benjamin a fait l'objet d'un fort investissement parental lié à un ensemble de stratégies éducatives misant sur l'école. L'analyse sociologique détaillée de sa trajectoire suggère que l'expérience scolaire négative ne suffit pas à

²⁰ La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, dite « loi Handicap », est une refonte de la politique du handicap en France, notamment par l'introduction de la notion de handicap psychique. Cette loi a conduit également à la création des maisons départementales pour les personnes en situation de handicap (MDPH) dont l'objectif est d'accompagner la prise en charge des personnes en situation de handicap.

expliquer l'émergence du trouble : « ce processus d'élimination, l'anxiété qui marque Benjamin de part en part, l'autoresponsabilisation prennent corps à la croisée d'autres phénomènes : le désajustement entre les stratégies mises en place pour s'élever culturellement et les attentes de l'école, désajustement que l'on peut interpréter comme issu de l'anachronisme de ces stratégies, la prise en charge psychologique et psychiatrique mise en place et, enfin, le système des attentes individuelles et collectives » (p. 83). Ces travaux sont importants car ils permettent de renouveler les approches s'intéressant à la sociogenèse des troubles, en intégrant à la fois les modes de prise en charge, les aspirations et dispositions transmises au sein des configurations familiales, et la configuration sociale plus large d'attentes sociales et normatives liées à l'autonomie et à la responsabilité individuelle. En ce sens, « les troubles psychiques sont des révélateurs des transformations de la division du travail éducatif, et mettent en évidence la complémentarité, parfois difficile, entre l'école et les autres instances de socialisation (autres professionnels, familles, marché, groupes de pairs) » (p. 211).

Une autre série de travaux concerne la problématique dite du « retrait social », phénomène nommé *hikikomori* au Japon dans les années 1990 et décrit comme une forme de confinement souhaité et recherché par des jeunes en souffrance psychique, dont la conduite met à l'épreuve les familles et les institutions éducatives et de santé. Un ouvrage collectif a été publié en 2021 sur ce phénomène, avec l'objectif de restituer l'expérience de ces jeunes afin d'en fournir des clés de compréhension (Vellut, *et al.*, 2021). Pauline Blum y interroge les relations entre ces conduites de retrait à domicile et le diagnostic de phobie scolaire dans la France contemporaine (Blum, 2021). En s'appuyant sur deux récits de trajectoires de jeunes de 16 ans issus des classes moyenne et supérieure, elle montre comment ces jeunes en retrait constituent un public pour des dispositifs (para)scolaires hors des murs de l'institution scolaire (PAI, scolarité à domicile ou à l'hôpital). Ce milieu hors-les-murs « repose sur l'idée que la difficulté pour certains élèves relève du "cadre scolaire" qu'il s'agirait alors de "modifier" ou "d'adapter" plutôt que de mettre en place des modalités pédagogiques spécialisées » (p. 152). Ces adaptations passent par le fait d'éloigner tout « souci de performance » en prônant une organisation en petits groupes ou en individuel, assouplissant les consignes et les sanctions. Pour les jeunes et les familles, ces dispositifs peuvent être à l'origine de malentendus et d'attentes déçues dans un contexte de forte pression sur l'investissement scolaire. Les réorientations de prises en charge peuvent ainsi faire l'objet de conflits entre les différentes parties prenantes.

L'accompagnement scolaire des souffrances adolescentes est aussi au cœur du travail de Sidonie Vacher (2024). La chercheuse s'interroge sur la façon dont sont aujourd'hui repérés et accompagnés les vécus de mal-être adolescent dans les établissements scolaires. À partir d'un questionnaire administré auprès de collégien·nes de quatre collèges socialement divers, elle montre que les vécus de souffrance sont dans l'ensemble peu repérés et peu accompagnés par l'institution scolaire, surtout lorsque les élèves font preuve d'une bonne adaptation scolaire. À l'inverse, les problématiques de santé mentale adressées par l'institution concernent en majorité des élèves ayant des comportements scolairement déviants et/ou ayant des résultats scolaires faibles. Cela rejoint un constat fait par Baptiste Brossard dans son travail sur l'automutilation (2010). Après avoir montré que ces pratiques trouvent souvent leurs sources dans les difficultés liées à la pression scolaire (au sein des familles), il montre que ces blessures auto-infligées passent souvent « sous les mailles du filet » des professionnel·les lorsqu'elles sont le fait d'élèves en réussite scolaire. Il y a ainsi une association entre « structure mentale de bien-être et structure mentale de réussite scolaire : il y aurait les élèves qui "vont bien" parce qu'ils réussissent, qui réussissent parce qu'ils

"vont bien", et les élèves en difficulté parce qu'ils "souffrent", qui "souffrent" parce qu'ils sont en difficulté. La réussite scolaire se voit ainsi comme naturalisée » (p. 46). Sidonie Vacher intègre à son analyse la nature de l'accompagnement proposé aux adolescents, en l'occurrence un accompagnement s'appuyant sur ses propres ressources pour composer avec les contraintes de son environnement. Ces modes d'accompagnement, qui valorisent l'action à l'échelle individuelle (considérée comme la plus légitime et efficace pour l'agir professionnel), sont aussi à réinsérer dans les conditions d'exercice professionnel dans le secondaire et à l'usure liée à la gestion de la déviance scolaire. En ce sens, les catégories et pratiques psychologiques et de santé mentale sont articulées par les acteurs scolaires aux objectifs traditionnels de l'institution scolaire (en termes de gestion de l'ordre et de performance).

Il faut aussi mentionner le cas de l'enseignement supérieur, ne serait-ce que pour indiquer qu'il existe aujourd'hui très peu travaux portant sur la prise en charge de la santé mentale dans ce secteur. On peut mentionner un article portant sur les services en santé mentale à disposition des étudiant-es de l'université de Bordeaux (Egsdal, *et al.*, 2016). Cet article s'intéresse à l'offre de soins en santé mentale en excluant le cas des troubles psychiatriques sévères au profit « des troubles psychiques dits fréquents (troubles dépressifs ou anxieux, addictions, etc.) et incluant également la détresse psychologique de façon indifférenciée » (p. 113). Six services ont été identifiés : le service Espace santé étudiants ; le service pour public handicapé, artistes, sportifs, étudiants ; les bureaux de la vie étudiante ; l'organisation spécifique pour les étudiants en médecine ; la maison des adolescents de la Gironde ; le Crous Bordeaux-Aquitaine). L'article montre que les universités françaises tendent à se rapprocher du modèle des Etats-Unis et du Canada, qui ont des parcours de soin à destination des étudiant-es bien définis, en termes de consultation, de dépistage et de traitement. En France, en revanche, l'offre de soins en santé mentale est hétérogène et peu coordonnée. Il est à noter que la mise à l'agenda de cette problématique ces dernières années a conduit à la mise en place de divers dispositifs sur lesquels il serait intéressant d'enquêter. On peut penser au dispositif des premiers secours en santé mentale (PSSM)²¹, aux dispositifs de prévention et sensibilisation à la santé mentale mis en place dans les établissements d'enseignement supérieur ou à destination des étudiant-es (comme le service d'écoute Nightline²²).

²¹ Ce dispositif des Premiers secours en santé mentale (PSSM) est porté par l'association à but non lucratif fondée en 2018 PSSM France. Elle propose des modules de formation visant à fournir aux individus des ressources pour soutenir et accompagner des proches confrontés à un problème de santé mentale (<https://www.pssmfrance.fr/>).

²² L'association à but non lucratif Nightline a été fondée en 2016 dans le but de soutenir, d'orienter et de sensibiliser à la problématique de la santé mentale des jeunes et des étudiant-es. Elle propose un service d'écoute nocturne tenu par des étudiant-es. (<https://www.nightline.fr/>)

ENCADRÉ 2. LA SANTÉ MENTALE DANS LES UNIVERSITÉS EN ANGLETERRE : ORIENTER PLUTÔT QUE PRENDRE EN CHARGE

Dans un chapitre d'ouvrage consacré aux contradictions liées à la construction d'individus autonomes dans les domaines de l'éducation, de la parentalité et de la santé mentale (Marquis, 2024), les sociologues Ashley Frawley, Chloe Wakeman et Ken McLaughlin analysent les dispositifs de santé mentale mis en place dans les universités anglaises. Ils et elles montrent que l'adhésion croissante des universités à l'agenda de la santé mentale s'explique par leur forte sensibilité à différents types de risques (suicide étudiant, contentieux juridiques, atteinte à la réputation). Les acteur·ices militant·es et institutionnels ont su construire un récit de crise, mobilisant la peur et le risque pour légitimer une extension des dispositifs de régulation. La santé mentale devient ainsi un outil de gestion des risques, permettant de surveiller d'autres enjeux (assiduité, décrochage, étudiants internationaux) et de transformer des comportements perçus comme problématiques en objets d'intervention.

Cependant, les universités restent ambivalentes : conscientes du risque juridique et financier d'un engagement trop fort dans l'accompagnement de leurs étudiant·es, elles cherchent à diffuser et diluer la responsabilité, en multipliant les dispositifs légers d'orientation, non cliniques, et en impliquant étudiants et personnels non spécialisés. Cette stratégie permet de « montrer qu'on agit » tout en évitant de promettre une prise en charge complète. Si les institutions encouragent donc effectivement des formes de responsabilisation et découragent le recours à des soutiens coûteux, la figure de l'individu qui émerge n'est pas réellement autonome. Au contraire, les discours institutionnels et médiatiques tendent à dissuader l'auto-prise en charge ou la confiance dans les réseaux informels. Les étudiant·es sont incité·es à se percevoir comme potentiellement à risque, à douter de leur capacité à affronter leurs difficultés, et à rechercher en permanence des ressources institutionnelles, professionnelles et des dispositifs de surveillance et d'auto-surveillance.

Ainsi, loin de promouvoir un sujet néolibéral autonome, les politiques de santé mentale valorisent une subjectivité hétéronome, dépendante de cadres externes, de lignes directrices et d'interventions normalisées (applications, formations, mindfulness, peer support). L'autonomie est requalifiée comme un danger, à la fois pour l'individu et pour l'institution.

Troubles psychiques en prison : soigner et punir

La population carcérale est le résultat d'une sélection sociale ayant pour conséquence que ce sont en majorité des hommes, jeunes et racisés qui sont pris dans ces parcours de soin entre prison, précarité et psychiatrie. Des travaux s'intéressent à la question de la prise en charge des troubles psychiques en prison, en s'interrogeant sur le lien entre la perspective du soin et celle de la punition et en réinscrivant la prison à la croisée des transformations de l'État social et de l'État pénal (Protais, 2017 ; Gautron, 2023 ;

Simon, 2023 pour les mineurs détenus). Des études ont cherché à mesurer la prévalence des troubles psychiatriques à la sortie de prison (Fovet *et al.*, 2023) en caractérisant la gravité des troubles, la prévalence des traumatismes subis dans l'enfance et en décrivant le parcours de soin durant la détention. Ces statistiques sont importantes d'une part pour délimiter le mandat de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, contre la tendance à pathologiser le phénomène criminel, comme le note la sociologue Camille Lancelevée (2025). Ils participent d'autre part à visibiliser un problème de santé publique, à savoir l'état dégradé de santé mentale des personnes incarcérées ou sortant de prison. Ces travaux invitent aussi à s'interroger sur la place que la prison occupe dans les « carrières de malade » (Darmon, 2008), en étant attentif aux événements qui attisent ou apaisent la souffrance psychique lors d'une peine de prison, et le lien entre le temps de la peine et le temps du soin. On peut mentionner à ce titre la thèse d'Alexis Vanhaesebrouck (2024) en santé publique qui analyse les facteurs de risque associés au suicide en prison, dont le taux (17,3 pour 10 000) est dix fois plus élevé qu'en population générale chez les hommes, et quarante fois plus chez les femmes.

Dans sa thèse intitulée *Quand la prison prend soin. Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne* (2016) Camille Lancelevée vise à analyser ce que produit l'arrivée croissante de professionnel·les en santé mentale dans les établissements pénitentiaires. En France, ce processus s'appuie sur la création de deux dispositifs au cours des années 2000 : la rétention de sûreté, qui concerne les personnes en fin de peine qui présentent une forte dangerosité liée à un trouble grave de la personnalité ; et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), un service hospitalier destiné aux personnes détenues présentant des troubles mentaux. Ces dispositifs participent ainsi à un double mouvement : une pénalisation de la folie et une pathologisation du crime. Le travail de Camille Lancelevée interroge ainsi « ces formes d'hybridation au sein de l'univers carcéral entre des pratiques relevant de la santé, du soin, du *care* d'un côté, et de l'autre de la peine, du contrôle et de la surveillance » (p. 24). Elle montre les tensions professionnelles que ces tentatives d'hybridation peuvent produire, notamment autour du mandat des équipes de santé mentale. Cela soulève des enjeux politiques et économiques : « économiques, car les tensions autour du mandat des équipes psychiatriques en milieu carcéral, entre santé mentale, maintien de l'ordre et lutte contre la récidive, posent la question du financement des professionnels et services de santé par le ministère de la Santé. Politiques enfin, car ces transformations de la prison s'inscrivent dans un mouvement de défense sociale qui se pare, en l'instrumentalisant, des atours humanistes du soin » (Lancelevée, 2017, p. 254).

La sociologue Julie Rodrigues Leite a quant à elle réalisé une ethnographie des dispositifs de médiation animale en milieu carcéral (2024). En prison, elle montre que la médiation animale intervient comme un outil de prévention du suicide, en voulant agir sur le bien-être psychique des personnes incarcérées. Comme le note l'autrice, « la médiation animale s'inscrit dans une dynamique institutionnelle plus large de réformes pénitentiaires, où elle occupe une place stratégique : celle d'un outil au service de la pacification des établissements. (...) Cependant, son intérêt ne se limite pas à cette fonction régulatrice. L'analyse des pratiques et des interactions concrètes met en lumière une autre dimension, plus souterraine : celle d'une transformation des subjectivités incarcérées. En mobilisant des dimensions rarement mises au centre dans les dispositifs classiques de réinsertion – émotionnelle et sensorielle –, la médiation animale participe à une forme de "réinsertion sensible", qui engage les personnes incarcérées dans un travail sur elles-mêmes et sur leurs relations aux autres » (p. 67).

Santé mentale, insertion professionnelle et souffrances au travail

Le travail, le rapport au travail et à l'emploi, et plus largement les conditions de l'insertion professionnelle sont centrales lorsque l'on prend pour objet la santé mentale des jeunes. Sur ce thème, deux types de recherches se distinguent : celles portant sur l'insertion professionnelle de jeunes ayant un trouble psychique, et celles portant plus largement sur l'émergence des politiques de santé mentale et de bien-être au travail (et leur réception par les jeunes).

Concernant le premier type de travaux, on peut citer l'article d'Audrey Parron et de François Sicot (2009) qui porte sur l'autonomisation de jeunes ayant un trouble psychique, et sur le lien entre le fait de devenir adulte et l'insertion professionnelle. La question de l'emploi y est centrale car c'est un objectif qui vise à accéder à une indépendance financière, mais aussi à accéder à la normalité et à une identité positive. Les parcours de ces jeunes décrivent une forme d'instabilité liée à la difficulté de se maintenir en emploi : ils et elles alternent emplois, inactivité et reprise des soins de manière intensive. Deux profils de jeunes se distinguent : les jeunes institutionnalisés très tôt (en ITEP ou en IME) et celles et ceux dont la pathologie est apparue ou a été reconnue tardivement. Pour le premier groupe, l'institutionnalisation précoce s'articule à un niveau scolaire faible et à l'orientation vers des institutions médico-sociales d'aide par le travail. Certains jeunes peuvent sortir des dispositifs du handicap et s'insérer dans le milieu ordinaire du travail, ce qui représente une bifurcation biographique importante. Le travail occupe alors une place centrale « dans le processus de reconstruction d'un soi non handicapé » (p. 197). Pour le deuxième groupe, plutôt des jeunes ayant des diagnostics d'états psychotiques, ils et elles ont suivi une scolarité ordinaire, pour beaucoup jusqu'aux études supérieures. La maladie a produit pour elles et eux une rupture importante dans la trajectoire sociale et professionnelle, et ces jeunes en parlent comme d'une interruption dans le cours ordinaire de leur vie. L'épreuve de ces troubles peut s'ancrer dans la durée et perturber la reprise de la formation ou de l'insertion : « les jeunes doivent alors redéfinir leur orientation professionnelle et l'ensemble de leur projet de vie. C'est à ce moment que les prestations compensatrices associées au statut de personne handicapée sont envisagées, en ultime recours. Ils opèrent alors un changement identitaire, ils construisent un "soi malade", mis en cohérence dans leur biographie. Après avoir octroyé une place à la maladie psychique dans leur parcours et leur identité, c'est le stigmate du handicap attaché au dispositif MDPH qu'ils doivent accepter » (p. 199).

Dans une recherche portant sur le retrait social volontaire, Alice Brochard, Claude Martin et Céline Rothé analysent le rôle d'une mission locale dans l'accompagnement à l'emploi (2021). Dispositif généraliste créé en 1982 qui adopte une approche globale et qui accueille tous les jeunes de 16 à 25 ans souhaitant être accompagnés dans leur parcours d'insertion, les missions locales ne sont pas *a priori* dédiées à un public souffrant de problèmes de santé mentale. Pour autant, dans leur enquête, les professionnel·les rencontrés ont souligné l'augmentation du nombre de jeunes souffrant de troubles psychiques dans le public accompagné. L'accompagnement par la mission locale peut être utile pour les jeunes en les aidant à « franchir ce seuil entre l'enfance et l'âge adulte ». Cela passe par le fait de leur révéler de nouvelles capacités et par là de leur offrir une nouvelle identité possible. Mais il est noté la fragilité de ce type d'accompagnements, car ils reposent sur un cadre sur-mesure ouvert, souple et bienveillant quant aux possibilités d'insertion sociale. La temporalité est également importante : l'intervention se fait à un moment où les jeunes ou leurs proches souhaitent impulser un changement. Mais l'accompagnement s'inscrit parfois sur le long terme, et l'objectif est davantage l'acquisition d'un mieux-être (jugé préalable à toute

intégration sociale) que l'insertion rapide en formation ou en emploi. Cette logique de prise en charge globale s'oppose à la logique d'activation des politiques sociales (dominante depuis les années 2000), qui incite les jeunes à s'insérer à court ou moyen terme, et de façon autonome. Cela peut créer des difficultés parmi les professionnel·les, d'autant que tous et toutes n'adoptent pas ce positionnement. Ils et elles peuvent d'ailleurs se sentir désemparés face à ces jeunes : « certains ont exprimé des doutes quant à leur légitimité et à leurs compétences pour accompagner des situations qui relèvent peut-être de la santé mentale. Ils craignent parfois d'accentuer les troubles plutôt que de les apaiser en proposant des voies qui peuvent exacerber les difficultés » (p. 166).

Dans ce contexte, les missions locales ont importé des pratiques de développement personnel, qui ont été au cœur du travail de Brégeon-Poirault (2024). La chercheuse compare ainsi deux dispositifs de développement personnel, le premier au sein d'une mission locale, et le second au sein d'une école d'ingénieurs. Bien que ne portant pas sur des jeunes souffrant de troubles psychiques, l'intérêt de cet article est qu'il étudie l'extension du champ de la santé mentale à l'enjeu du bien-être et du développement personnel dans les parcours d'insertion et de formation. Elle montre ainsi comment ces activités (la sophrologie, la médiation animale, l'art-thérapie ou la méditation par exemple) ont été intégrées à la mission locale observée, souvent en tant que « porte d'entrée » vers un suivi médical et une prise en compte de la santé mentale des jeunes. L'objectif est ainsi d'agir sur ce qui est perçu par les professionnels comme des obstacles d'insertion, en l'occurrence la vulnérabilité psychique (gestion du stress, manque de confiance de soi), en fournissant aux jeunes les outils de l'autonomie. Comme le note l'autrice, « l'injonction à l'autonomie qui touche ce public est entendue majoritairement à travers le prisme de l'insertion et de l'intégration : ici, le travail sur soi s'apparente à un apprentissage du jeu social en vue de le (ré)intégrer » (p. 78). Cela contraste avec le sens attribué à ces pratiques en école d'ingénieurs, où l'objectif est de fournir aux jeunes des clés valorisant le fait de critiquer et de dépasser les normes sociales. Malgré ces contrastes, « les terrains ont en commun la diffusion de discours, de normes et de codes sur la connaissance et la maîtrise de soi, présentés comme des conditions d'accès au mieux-être, posé lui-même comme condition pour une insertion sociale et professionnelle. Ces méthodes s'apparentent à des formes d'intervention sur autrui visant à changer en profondeur leur manière d'être, de se percevoir, et d'interagir » (p. 78). Il s'agit ainsi de développer une « hygiène psychique » (Salman, 2021) chez ces jeunes, en valorisant la rationalisation des comportements et une meilleure maîtrise des émotions. L'adhésion des jeunes à ces pratiques en mission locale peut renvoyer à une « bonne volonté sanitaire » (Arborio, Lechien, 2019) que l'on retrouve parmi les classes populaires, avec l'idée que ces pratiques permettraient d'améliorer leur bien-être.

Au-delà du lien entre santé mentale et politiques d'insertion de la jeunesse, de nombreux travaux ont questionné l'émergence croissante de la prise en compte des risques psycho-sociaux ou de la souffrance mentale dans le monde du travail. En s'appuyant sur les travaux menés par un collège d'expertise interdisciplinaire, Michel Gollac (2018) mentionne six catégories de facteurs de risque, définis comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (p. 380). Ces risques sont donc les suivants : charge de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, mauvaise qualité des rapports sociaux, conflits éthiques, insécurité de la situation de travail. Peu de travaux portent sur la jeunesse comme catégorie sociale spécifique, mais l'auteur identifie des transformations contemporaines liées à la reconfiguration des rapports de genre et à l'augmentation générale du capital

culturel. Ces transformations, qui s'inscrivent donc de fait dans des dynamiques générationnelles, font que les travailleurs et les travailleuses sont à la fois davantage exposés à la souffrance mentale, et plus conscients de celle-ci : « à situation de travail donnée (pour autant que cela ait un sens dans un monde mouvant), la conscience des souffrances mentales (et aussi physiques) a probablement progressé » (p. 392). Ces transformations questionnent la reconnaissance parfois difficile des « accidents psychiques » (type *burnout*) en maladies professionnelles, notamment du fait de leur dimension genrée (Serre, 2024).

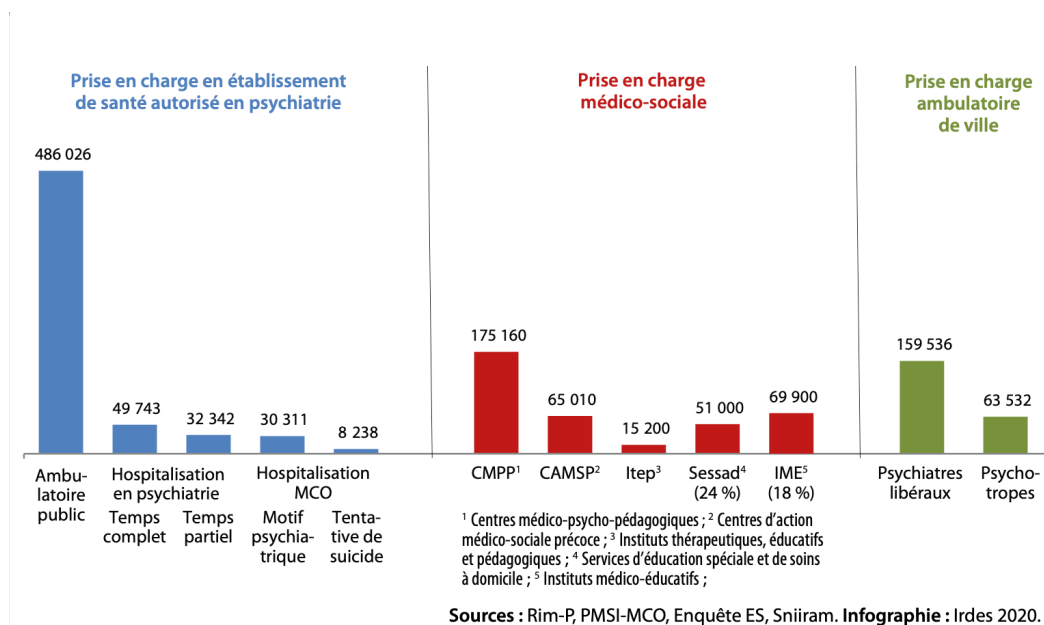
Chapitre 4. Les jeunes face à leur santé mentale : quelles ressources pour quels usages ?

Ce dernier chapitre opère un décalage vis-à-vis des précédents chapitres en se focalisant sur la façon dont les jeunes eux-mêmes mobilisent différents types de ressources en lien avec des problématiques de santé mentale et de détresse psychologique. Il s'agit donc ici de présenter les travaux qui portent sur les appropriations de ces ressources (professionnels de santé mentale, réseaux sociaux numériques, pratiques diagnostiques et de bien-être, etc.). Comme on l'a vu précédemment, le champ de la santé mentale connaît ces dernières décennies des transformations liées en partie à des dynamiques parfois contradictoires de médicalisation et de démedicalisation des troubles. Cette configuration s'accompagne d'une valorisation de l'*agency* (le pouvoir d'agir) des individus, en particulier des jeunes, dans une logique d'autonomisation. Il est donc important de ne pas se focaliser seulement sur les modes de prise en charge et les ressources institutionnelles offertes aux jeunes. Pour comprendre comment se posent les enjeux de santé mentale pour les jeunes, il faut également intégrer l'étude des ressources extra-institutionnelles et plus ou moins collectives que les jeunes déploient lorsque ce type de problématiques émergent.

Consulter des professionnel·les de santé mentale

Une première voie d'entrée pour saisir la façon dont les jeunes mobilisent des ressources pour faire face à des problématiques de santé mentale consiste à s'intéresser au recours aux soins pour motif psychologique des jeunes. *L'Atlas de la santé mentale en France* distingue plusieurs types d'offre de soins en santé mentale : l'offre libérale de ville, composée des médecins généralistes, des psychiatres et des psychologues libéraux ; et l'offre des établissements de santé, composée de ceux appartenant au secteur public (67 % des capacités d'accueil), des cliniques privées et des établissements privés d'intérêt collectif (Coldefy, Gandré, 2020). Concernant le recours aux soins de santé mentale des jeunes, les autrices précisent qu'il est difficile d'obtenir des données complètes et satisfaisantes, car le système d'information actuel ne permet pas de dénombrer les jeunes ayant consulté un psychologue libéral, un médecin généraliste ou un pédiatre pour des problèmes de santé mentale. On peut toutefois évaluer le nombre de mineurs ayant été pris en charge en établissement de santé autorisé en psychiatrie, dans le secteur médico-social ou en ambulatoire de ville, comme le montre le graphique ci-dessous :

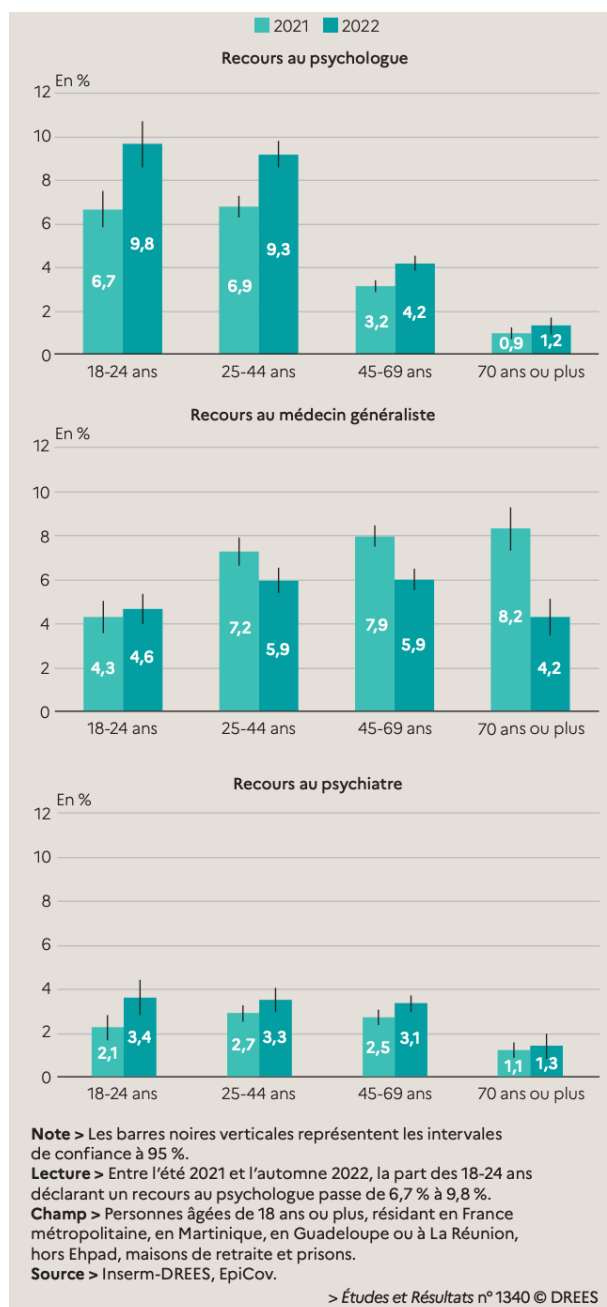
FIGURE 4. NOMBRE DE MINEURS AYANT EU RECOURS À DES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN 2015, SELON LE TYPE DE SOINS



On peut citer également une étude récente de la Drees (Hazo, 2025) qui à partir de l'enquête EpiCov²³, s'intéresse en partie aux soins de santé mentale. L'étude couvre la période 2021-2022 et montre une hausse du recours aux spécialistes de santé mentale que sont les psychiatres (3 % de la population adulte, +1 point par rapport à 2021) et les psychologues (6 %, + 2 points). Cette augmentation, comme le montre le graphique ci-dessous, est surtout portée par les jeunes de 18-24 ans (+ 3,1 points pour les psychologues et + 1,3 point pour les psychiatres).

²³ Enquête lancée dans le contexte de la pandémie de covid-19 par la Drees et l'Inserm en collaboration avec Santé publique France et l'Insee.

FIGURE 5. RECOURS AUX SOINS POUR MOTIF PSYCHOLOGIQUE EN 2021 ET 2022, PAR ÂGE ET TYPE DE RECOURS



Malgré ces données limitées et partielles, certains travaux ont tout de même cherché à étudier le recours aux soins psychologiques chez les jeunes en combinant méthodes quantitative et qualitative. C'est le cas de l'article d'Adrien Delespierre *et al.*, qui étudie le dispositif des « chèques psys » mis en place en 2021 à la suite de la pandémie de covid-19 (Delespierre *et al.*, 2024). L'équipe de recherche a mené 22 entretiens auprès d'étudiant·es (18-24 ans) issus de licences d'économie et de gestion, de langues et de sciences humaines, ainsi que d'instituts de formation en soins infirmiers. Dans le cadre de ce projet de recherche, les chercheurs ont également construit un questionnaire diffusé en mai et juin 2023 auprès de 3 269 jeunes âgés de 18 à 29 ans (dont 1 905 étaient étudiant·es au cours de l'année universitaire 2020-

2021) intégrant les besoins déclarés et l'accès effectif à des soins en santé mentale. Ils observent ainsi que le dispositif « chèque psy » n'a été que très peu utilisé (environ 11 000 bénéficiaires en 11 mois, de janvier à novembre 2021), alors même qu'il était à la disposition de l'ensemble des étudiant-es sans condition de revenus ni de nationalité. L'article cherche ainsi à élucider ce paradoxe en s'intéressant aux déterminants sociaux de la demande de soins psychologiques. Si cela s'explique pour une grande partie des étudiant-es (environ la moitié) par une méconnaissance du dispositif, d'autres ont pu faire preuve de ce que les auteurs nomment des « formes actives de non-concernement » à la suite de Benjamin Vial (2016). Cette notion renvoie au fait de ne pas accéder de façon volontaire aux droits sociaux auxquels on peut prétendre, par souci d'autonomie ou de défiance à l'égard des institutions. Cela s'articule au fait que la demande de soins psychologiques intègre des facteurs sociaux liés à la socialisation de genre, de classe et au rôle de l'entourage pour identifier et orienter l'étudiant-e. En effet, la propension à « parler de soi » (Poliak, 2002) et à formuler ses maux intimes à un-e professionnel-le dans le but d'aller mieux n'est pas distribuée uniformément dans l'espace social. Elle s'appuie sur une « culture somatique » (Boltanski, 1971) que l'on retrouve davantage dans les classes moyennes et supérieures, même si des travaux ont montré que le registre psychologique s'était diffusé bien au-delà ces dernières décennies (Schwartz, 2011). Enfin, des étudiant-es ont fait part de leurs hésitations à mobiliser le dispositif considérant que leurs problèmes seraient jugés « bénins » par leur médecin en charge de prescrire les consultations. Cela renvoie là encore selon les auteurs à l'expression d'un ethos que l'on retrouve parmi les classes populaires stabilisées, qui valorise un usage modéré et « raisonnable » des services de santé (Arborio et Lechien, 2019). Les auteurs mentionnent enfin la difficulté de l'accès au soin *via* ce dispositif, du fait de son caractère « curato-centré » et médicalisée (nécessité de passer par un médecin pour éviter un usage « abusif », nombre limité de séances).

Toujours dans l'objectif d'éclairer les modalités de l'accompagnement psy, des chercheur-es se sont intéressés à l'accompagnement psychothérapeutique privé, sans se concentrer exclusivement sur les jeunes. On peut citer la thèse récente de la sociologue Marlène Bouvet qui portait sur le travail mené en clinique privée spécialisée dans le traitement de la dépression (2023). Cette recherche permet de saisir la particularité de ces cliniques dont le fonctionnement se caractérise par une hospitalisation avec consentement, et donc par la mise en place de critères de sélection (la possession d'une complémentaire santé individuelle par exemple) au regard de l'importance du volume des demandes. Ces critères produisent une forme de sélection sociale à l'entrée, la patientèle étant plus privilégiée que celle de l'hôpital public. Marlène Bouvet décrit par ailleurs la double nature de ces cliniques, à la fois héritières directes de l'asile (par l'enfermement destiné à obtenir des soins psychiatriques) et espaces de bien-être (par la présence de multiples dispositifs et activités sportives, artistiques et thérapeutiques). La clinique constitue ainsi une forme « d'enfermement respectable » relativement à l'écart de l'enfermement psychiatrique stigmatisant, dans lequel les patient-es sont accompagnés au travail sur soi, par des formes de biologisation et de psychologisation bienveillante (Bouvet, 2023). L'autrice montre néanmoins une certaine diversité sociale de la patientèle, où les classes populaires stabilisées et les professions intermédiaires y occupent un poids non négligeable (selon ses observations, les jeunes âgés de 10 à 29 ans correspondent quant à eux à près du quart de la patientèle de la clinique).

S'inscrivant dans la continuité des travaux d'Abdelmalek Sayad (1999) qui ont montré comment la construction sociale du « problème » de l'immigration contribuait à la souffrance des immigré-es et de leurs enfants, la sociologue Simeng Wang, a quant à elle enquêté sur le lien entre immigration chinoise

et recours aux soins de santé mentale (Wang, 2017). Elle se distingue de la littérature existante articulant représentations culturelles et troubles mentaux, incarnée en France par l'ethnopsychiatrie (Nathan, 1986). Cette perspective a fait l'objet de critiques formulées par Didier Fassin (2000) quant au risque d'ethnisation de ces patient-es, appréhendé-es uniquement *via* la question culturelle et non par la dimension sociale et politique dans lesquelles s'inscrivent les trajectoires d'immigration. Son enquête a pris la forme d'une ethnographie menée entre 2010 et 2014 auprès de 180 personnes recourant à des soins de santé mentale, à la fois dans des institutions psychiatriques publiques mais aussi dans le cadre de psychothérapies privées. Elle distingue plusieurs catégories de jeunes descendants de migrants chinois et montre que pour celles et ceux ayant migré à l'adolescence, le projet de mobilité sociale ascendante de leurs familles est souvent associé à l'expérience de souffrances psychologiques. Ces souffrances et leur prise en charge sont par ailleurs différentes selon les milieux sociaux de ces jeunes. Pour les jeunes d'origine populaire, la prise en charge se fait davantage dans le secteur psychiatrique public, l'institution (et les ressources qu'elle propose) leur permettant de prendre de la distance avec leur famille et leurs conditions de vie contraintes. Les descendant-es des classes moyennes recourent davantage au secteur psychiatrique privé, et les souffrances psychiques s'expriment différemment. C'est avant tout le sentiment de vivre « entre deux mondes » très contrastés (les migrants chinois proches de l'origine populaire de leurs parents d'un côté, et les enfants des élites françaises côtoyés à l'école d'un autre côté) qui est la source des souffrances. Pour le cas des enfants des élites chinoises vivant en France, la situation est encore différente. Ces jeunes doivent faire face à la pression des attentes parentales de « réussite », dont les critères sont variables, voire contradictoires, entre les sociétés chinoise et française par exemple.

Ces travaux tant par les apports qu'ils ont pour la sociologie de la santé et pour la sociologie des âges de la vie invitent à poursuivre les recherches sur le lien entre immigration et santé mentale, en intégrant différents niveaux d'analyse : l'échelle biographique pour saisir les trajectoires migratoires, l'échelle méso-sociale pour analyser les soins interethniques et interculturels, et l'échelle macro-sociale, pour expliquer la production des souffrances en mobilisant les contextes sociaux et politiques.

Les réseaux sociaux numériques : quels usages en lien avec la santé mentale ?

Dans le deuxième chapitre de ce rapport, nous avons vu que les effets négatifs des réseaux sociaux numériques (RSN) sur la santé mentale des jeunes étaient de plus en plus considérés comme un problème public et social important. Des sociologues ont étudié les usages que des jeunes ont des RSN en lien avec des enjeux de santé mentale. Au-delà du débat politique et parfois polémique, ces travaux soulignent de manière plus originale que les RSN peuvent constituer des ressources utiles et importantes pour les jeunes. Un article de synthèse en sciences de l'information et de la communication fait état des travaux scientifiques de ces vingt dernières années concernant le lien entre usages des médias numériques, santé mentale et bien-être (Courbert et Fourquet-Courbet, 2024). À partir d'une définition du bien-être comme composante fondamentale de la santé mentale, l'article met en évidence des résultats de recherche qui pointent combien les médias numériques contribuent à améliorer les composantes hédoniques (mieux gérer les émotions, diminuer le stress et la fatigue) et psychologiques (adaptation à l'environnement, acceptation de soi, croissance personnelle). Les auteurs et autrices

développent ensuite une approche davantage sociale du bien-être, et mettent en évidence que les médias numériques et sociaux peuvent aussi améliorer l'intégration sociale, en permettant aux jeunes de développer à distance de nouvelles formes de collectif.

Plus précisément, les usages sociaux des RSN et leurs appropriations en lien avec des enjeux de santé mentale ont également fait l'objet de recherches. On peut mentionner ici l'article de Nathan Ferret et Pierre Gallinari Safar (2024) qui propose une sociologie de l'appropriation du *live streaming* sur Twitch²⁴ comme ressource de santé mentale chez les jeunes. Les deux chercheurs se distinguent des travaux de psychologie sociale qui pointent combien la plateforme Twitch peut constituer une aide face à de multiples troubles de santé mentale de la jeunesse. Ils soulignent que ces approches conduisent bien souvent à réifier le dispositif en le considérant d'emblée comme une ressource unifiée. À partir de leurs travaux, ils mettent en lumière la diversité sociale des logiques d'appropriation du *streaming* en montrant comment le recours à Twitch comme ressource de santé mentale s'appuie sur des dispositions socialement situées. Pour cela, ils s'appuient sur une enquête menée par questionnaire en ligne et entretiens biographiques ainsi que sur une ethnographie en ligne. Parmi leurs objectifs, ils cherchent à déterminer la classe d'usagers mobilisant la plateforme comme ressource de santé mentale, et à étudier comment s'expriment et se formalisent de façon collective et réflexive ces difficultés psychologiques. Sur les 3 455 réponses au questionnaire, 521 personnes forment la sous-population des « viewers psy », composée des personnes ayant déclaré avoir utilisé Twitch pour faire face à une détresse psychologique. Il s'agit avant tout de jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans, majoritairement des hommes, dans une position d'instabilité statutaire marquée par des formes d'isolement relationnel et par une série d'épreuves et de ruptures biographiques : départ du foyer parental, déménagements, entrée dans la vie étudiante, au chômage. Ces « viewers psy » investissent un ensemble de chaînes spécifiques qualifiées par les personnes rencontrées de « *safe places* », c'est-à-dire de lieux jugés accueillants et protecteurs vis-à-vis de minorités opprimées dans la plupart des autres espaces. Ces chaînes ont la particularité de se construire sur des échanges communautaires articulant un registre psychologique et politique. Les échanges qui s'y déroulent s'appuient sur le partage d'expériences intimes de la domination et de la marginalité. Le lien social sur ces chaînes Twitch se construit ainsi au croisement de l'exposition de soi des streameurs et streameuses et des expériences vécues par les viewers : « en parlant ainsi d'eux-mêmes et de leur vie marquée par la domination liée au genre et à la marginalité sexuelle – mais aussi par la précarité (passage par des petits boulots alimentaires, difficultés à vivre du streaming, etc.) et la fragilité psychologique qui accompagne ces situations (dépression, burn-out, etc.) – les *streameurs safe place* filtrent les viewers psy prédisposés à se reconnaître dans le contenu de ces témoignages et à adopter le même registre psychologique dans leurs échanges » (p. 65). Ce lien social repose en partie sur une forme d'homologie de classe et d'orientation politique : du côté des streameurs *safe* comme des viewers, ils et elles appartiennent aux fractions diplômées des classes moyennes et populaires, plutôt situés à gauche de l'échiquier politique. Dès lors, ces chaînes constituent « une ressource psychologique en ce qu'elles permettent l'entraide et l'expression collective de la réalité intime, psychique et politique de l'appartenance aux jeunes précaires, dominées et politisées » (p. 66).

²⁴ Twitch est une plateforme américaine qui permet à « des vidéastes (les streameurs et streameuses) de se filmer au sein d'un flux audiovisuel interactif en direct (le *stream*) en train d'effectuer diverses activités de loisir auprès de leur public (les viewers) » (Ferret, Gallinari Safar, 2024). Les vidéastes disposent ainsi de leur propre chaîne sur laquelle ils et elles diffusent leur contenu, que les viewers peuvent consulter gratuitement.

Concernant l'usage des RSN, d'autres travaux ont montré leur importance, à l'image des travaux sur le retrait social. Dans un article paru en 2025 dans *Ethnologie française*, Tanguy Virin s'intéresse aux usages de la notion d'*hikikomori*²⁵ au sein d'un collectif numérique en France. Il montre comment émergent de nouvelles manières de faire du commun s'articulant de façon paradoxale à un enfermement (physique). Le collectif se fonde sur la circulation de récits personnels et de témoignages. Ceux-ci sont structurés de telle sorte qu'ils justifient et légitiment leur rejet et leur retrait de la société (à l'image des descriptions de violences vécues durant l'enfance). Le partage d'expériences intervient alors comme un vecteur d'agentivité, au sein de l'espace numérique que constitue le collectif. Ainsi, « le contrôle offert par le numérique sur leur relation est entendu comme une solution pour créer une certaine communauté et des interactions sociales dans la solitude et malgré l'isolement » (p. 168). L'investissement d'espaces numériques apparaît comme « une fin et un moyen » pour des jeunes ayant fait face à des expériences de violence sociale et d'abandon de la part de leurs familles et/ou des pouvoirs publics. On retrouve cette dimension socialisatrice des usages numériques dans les recherches menées par Louisa Laidi et Godefroy Lansade (2025) consacrées à l'isolement et à la solitude de jeunes dits handicapés « mentaux » ou « psychiques » au collège et au lycée. À partir de deux ethnographies menées au sein de cinq dispositifs Ulis, il et elle montrent comment l'assignation à une identité stigmatisante et à un « dispositif stigmaté » (Lansade, 2015) conduit de nombreux élèves à l'isolement et à la solitude. Face à ce processus de désaffiliation (Castel, 1994), qui correspond à la perte progressive des liens sociaux, en l'occurrence ici amicaux, certains élèves parviennent toutefois à tisser de nouveaux liens grâce au numérique, en l'occurrence en investissant des jeux en ligne : « l'usage du numérique, présenté souvent comme un espace de repli propice à l'isolement, n'a pas renforcé son sentiment de solitude, mais au contraire, il lui a permis de le briser, au moins hors du collège » (p. 87).

D'autres chercheurs et chercheuses se sont penchés sur les collectifs et les sociabilités numériques à l'image des travaux sur les amateurs et amatrices de drogues. Ils montrent comment ces collectifs s'inscrivent dans la continuité des démarches d'auto-soutien qui se sont développées depuis les années 1990 dans une perspective de réduction des risques liés aux usages de drogues. Ce type de démarches, qui s'inscrit dans une critique des institutions de prise en charge au profit d'un soutien entre pairs, sont souvent regroupées en deux catégories : les groupes d'entraide qui vise l'abstinence par le soutien et la solidarité ; les groupes d'intérêt, qui luttent contre la répression et la stigmatisation des usagers. Une troisième forme d'auto-soutien a émergé avec le numérique : il s'agit de l'entraide sur internet qui s'appuie sur la libre circulation des informations, et qui permet aux internautes d'avoir accès à une évaluation produite collectivement des effets, risques et bénéfices attendus. Cette troisième forme, relativement récente est au cœur du travail de Salomé Gilles qui s'intéresse aux échanges sur le serveur Discord²⁶ (Gilles, 2024). La chercheuse montre ainsi que les collectifs qui émergent en ligne sont des lieux d'apprentissages sociaux des techniques et des narrations associées à chaque produit. Ces apprentissages se fondent sur une sous-culture internationale d'amateurs de drogues, ainsi que sur les

²⁵ La notion de *hikikomori*, souvent traduite par celle de « retrait social », fait référence selon le psychiatre Saitō Tamaki à la fin des années 1990 à « un état problématique touchant des jeunes de moins de 30 ans qui se cloîtent à domicile et qui ne participent plus à la société pendant une période de six mois ou plus sans qu'aucun autre problème psychologique ne puisse être diagnostiqué comme cause première » (Saitō, 2013). Cette catégorie est devenue un phénomène de société au Japon à partir des années 1990-2000 et a été importée ensuite en France au cours des années 2000-2010.

²⁶ La plateforme Discord est organisée comme un immense forum segmenté en milliers d'espaces de discussion thématiques, nommés « serveurs Discord ». La participation aux discussions sur un « serveur » spécifique est réservée aux membres qui l'ont rejoint grâce à une « invitation ». Chaque serveur peut ensuite lui-même être segmenté en de multiples fils de discussion appelés « salons ».

expériences personnelles des internautes. En s'inscrivant dans une perspective de réduction des risques, ces pratiques « répondent à une tension structurante entre l'appréciation des drogues et la conscience de leurs dangers. En effet, l'un des rôles du collectif est de maîtriser les contrôles sociaux qui montrent les usages de drogues comme immoraux ou imprudents. Pourtant, les internautes sont régulièrement confrontés à l'expression des dommages que subissent certains d'entre eux. Les statutaires endossent cette tension avec l'ethos de la réduction des risques (RDR), c'est-à-dire la manifestation d'une attitude prudente et informée. Leurs fonctions dans le collectif se doublent du devoir d'incarner cette attitude, souvent en décalage avec leurs pratiques réelles. Ainsi, ils incarnent la promesse qu'à condition de suivre les préceptes de la RDR, chacun pourra continuer de consommer. Érigée en modèle, la RDR devient un idéal qui guide l'expression des individus » (p. 428).

Culture psychologique et diffusion de pratiques d'autodiagnostic et d'automédication chez les jeunes

La médiatisation de la santé mentale des jeunes : une expansion de la culture psychologique ?

Plusieurs travaux analysent la façon dont le thème de la santé mentale s'est diffusé ces dernières années au sein de médias consommés par les jeunes. On peut par exemple citer l'article du chercheur en sciences de l'information et de la communication Nicolas Brard (2025) qui analyse le traitement de la santé mentale sur Instagram par trois médias vidéo (Brut, Konbini, FranceTVSlash). L'auteur montre que ces trois médias ont largement investi la question de la santé mentale, avec une accélération depuis 2020, à travers le lancement de différentes actions, dispositifs ou documentaires dédiés spécifiquement à la santé mentale (l'émission *Bien dans nos têtes* sur Brut en partenariat avec l'assureur Macif ; les émissions *Étiquettes* ou *Dans ma tête* sur FranceTVSlash). La plupart des contenus produits à destination des jeunes adolescents ou jeunes adultes sont tournés vers le récit personnel et le témoignage à la première personne : anonymes ou personnalités publiques, ils et elles livrent leur récit d'expérience en tant que personne atteinte d'un trouble de santé mentale, ou en tant que proche aidant ou aidante (comme le chanteur Gringe par exemple, qui a publié un livre sur sa relation avec son frère ayant un diagnostic de schizophrénie). Mais l'analyse des producteurs de contenus comme des contenus eux-mêmes permettent d'observer des liens entre la thématique de la santé mentale et des dynamiques d'autopromotion des médias (les contenus visent à promouvoir des contenus disponibles sur le site des chaînes) ou de collaborations avec des acteurs marchands de la santé mentale (la plateforme de téléconsultation médicale Qare ou Angel, le service de santé en ligne du groupe Axa par exemple). Les contenus sur la santé mentale sont aussi construits autour de célébrités et de figures médiatiques (par exemple des artistes comme Pomme et Louane ou des sportifs comme Camille Lacourt) qui « ne se limitent pas à partager leur expérience personnelle, mais [qui] adoptent une approche plus pédagogique, incitant à prendre soin de sa santé mentale et à consulter des professionnels si nécessaire. Ces médias sont sollicités dans le cadre de campagnes de sensibilisation plus larges, comme le partenariat entre Konbini et Santé publique France autour des risques liés à la consommation d'alcool, diffusé entre septembre et octobre 2023. » (Brard, 2025, p. 105) Au-delà, c'est tout le secteur culturel qui est traversé par les questions de santé mentale (musique à travers de artistes qui témoignent sur des épisodes

dépressifs ou des tentatives de suicide à l'image de Diams ou de Stromae par exemple) ou encore des fictions. En effet, films et séries mettent en scène des personnages (en particulier des jeunes) et/ou des situations relevant de la prise en charge ou de difficultés de l'ordre de la santé mentale (c'est le cas par exemple de la série *Euphoria* ou encore de *13 Reasons Why*). Face à cette profusion de contenus culturels, il reste un pan entier de la recherche à mener pour éclairer leur réception par les jeunes.

Cette dynamique de médiatisation de la santé mentale s'inscrit également en dehors des espaces numériques, avec la création d'associations, d'événements, de festivals sur la thématique de la santé mentale et ayant la particularité de se présenter comme portés par et pour des jeunes. On peut citer par exemple le festival Pop&Psy fondé par le psychiatre Jean-Victor Blanc en 2022 dans le but de contrer les idées reçues sur les troubles psychiques en s'appuyant sur la culture « pop », ou encore le Facettes festival, un événement spécifiquement consacré à la santé mentale des jeunes créé en 2021 pour là encore rendre visible les enjeux de santé mentale et sensibiliser la jeunesse à ces enjeux. Ces initiatives sont portées par des acteurs associatifs ayant émergé ces cinq dernières années, telles que l'association Innovation Citoyenne en Santé Mentale - Facettes ou la Maison Perchée. La première, fondée en 2021 en lien avec la première édition du festival, vise à donner « aux jeunes des outils pour mieux vivre leur santé mentale, sous toutes ses facettes, et [à] accompagne[r] les personnes concernées par des troubles de santé mentale vers le rétablissement grâce à une approche à la fois individuelle et collective. ». Les actions menées visent à la fois à « visibiliser », « sensibiliser » et « accompagner » dans une logique d'*empowerment* de personnes concernées par des troubles de santé mentale. La Maison Perchée, fondée en 2020 et basée à Paris, est une association de *pair-aidance*, non médicalisée et spécialisée pour les jeunes adultes vivant avec un trouble psychique. Là encore, il serait intéressant de disposer d'analyses sociologiques portant sur ce type de dispositifs revendiquant une complémentarité (plutôt qu'une alternative) vis-à-vis de la psychiatrie.

Cette perspective reprend et prolonge celle ouverte par le travail de Robert Castel et Jean-François Le Cerf (1980), qui identifient à partir des années 1970 la croissance de ce qu'ils nomment la « nouvelle culture psychologique ». Par-là, ils entendent la diffusion croissante de catégories, discours et pratiques issues de la psychologie et disciplines connexes (psychiatrie, neurosciences, sexologie, etc.) dans de multiples sphères de la vie sociale (travail, éducation, conjugalité, parentalité par exemple). Cette analyse est utile pour comprendre que les enjeux de santé mentale débordent aujourd'hui largement du seul cadre institutionnel de la prise en charge des troubles psychiques. Au contraire, l'ensemble des domaines de la vie sociale et des expériences individuelles peuvent faire l'objet d'interprétations psychologiques ou psychiatriques. Comme on va le voir ci-dessous, des débats existent au sein des sciences sociales contemporaines pour qualifier la nature de ce processus de psychologisation.

Sociologie des diagnostics et pratiques d'autodiagnostic

La diffusion de cette « culture psychologique » s'incarne ces dix dernières années par la mise en circulation au sein d'espaces médiatiques de nombreux diagnostics psychiatriques, concepts ou catégories psychologiques plus ou moins contestées. C'est le cas du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), du trouble du spectre autistique (TSA), du haut potentiel intellectuel, de l'éco-anxiété, des troubles du comportement alimentaires (TCA), de l'hypersensibilité, etc. De plus en plus de travaux, présentés ci-dessous, prennent pour objet les enjeux liés à l'appropriation de ces

diagnostics et catégories par les personnes elles-mêmes. Si l'on suit la perspective introduite par Goffman (1975), qui montre qu'il existe une forte stigmatisation attachée aux étiquettes psychiatriques (qui renvoient elles-mêmes au stigmate de la « folie »), cette dynamique peut paraître surprenante. Mais elle devient compréhensible dès lors qu'on la réinscrit dans les transformations contemporaines du champ de la santé mentale, en lien étroit avec l'expansion de la culture psychologique.

Un des exemples les plus emblématiques de cette dynamique est le diagnostic d'autisme. De nombreux travaux ont en effet étudié la façon dont ce diagnostic a été approprié de façon positive par les personnes elles-mêmes. On peut citer par exemple l'apport du travail de Bethan Chambers et ses collègues (2020) qui porte sur la façon dont des jeunes adultes ayant été diagnostiqués du syndrome d'Asperger ont réagi à la suite de sa disparition au sein du DSM-5²⁷. Les chercheurs montrent en creux comment les diagnostics peuvent être appropriés positivement, en tant qu'identité sociale partagée et susceptible de fonder des communautés. C'est ce que l'on peut observer également avec le mouvement autour de la neurodiversité (Ortega, 2009 ; Chamak, 2015 ; Forest, 2016). Dans un ouvrage de synthèse, le sociologue Adrien Primerano (2025) souligne que les travaux actuels sur la neurodiversité portent pour la plupart sur une part restreinte des personnes autistes, ne prenant pas en compte les personnes autistes ayant besoin le plus de support. Cela empêche de généraliser les analyses à l'ensemble des personnes autistes. Pour autant, ces travaux permettent de comprendre les apports du diagnostic d'autisme pour les personnes :

- Ce mouvement s'inscrit dans une dynamique de neurobiologisation du social liée au succès du langage porté par les neurosciences (Ehrenberg, 2017). Dans ce cadre, c'est de plus en plus le cerveau qui définit la personne. Pour la neurodiversité, il s'agit en effet de réinscrire l'autisme dans une perspective non-pathologique et non-déficitaire : il ne s'agit pas d'un trouble mais d'une forme d'identité alternative fondée sur des différences cérébrales.
- L'essentialisation biologique participe ainsi à la dépathologisation de l'autisme, dans une démarche visant à faire des différences neurologiques des catégories politiques. Aujourd'hui, le spectre de la neurodiversité tend à s'élargir, en incluant le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou les troubles « dys » (dyspraxie, dyslexie, etc.).
- Cette configuration introduit ainsi des ambivalences quant aux appropriations possibles et positives de ce type de catégories. Un travail portant sur l'expérience du diagnostic par des jeunes (Mogensen et Mason, 2015) montre comment le diagnostic peut être vécu à la fois comme oppressif et libérateur.
- Ce qui détermine ces expériences renvoie à l'autonomie permise ou non par le diagnostic : « si le diagnostic est vécu comme permettant de se comprendre et de prendre le contrôle de sa vie, l'étiquette est perçue comme un avantage ; si l'autisme est associé pour les jeunes à un manque de contrôle ou s'il a un impact négatif sur leur identité et leur vie sociale, alors l'étiquette est perçue comme un désavantage » (Primerano, 2025, p. 47).

Dans un article paru en 2022 issu de sa thèse, le sociologue Ivan Garrec étudie les modes d'appropriation du trouble de la personnalité borderline (Garrec, 2022), à partir de 31 entretiens biographiques réalisés avec des personnes ayant été diagnostiquées ou se reconnaissant dans le trouble de la personnalité borderline (quasi-exclusivement des femmes). En se situant dans le prolongement d'une sociologie du diagnostic (Jutel, 2009) et d'une sociologie des déviations émotionnelles (Thoits, 1985), Ivan Garrec

²⁷ Pour une étude des enjeux liés à ce manuel diagnostique des troubles mentaux, considéré souvent comme la « Bible » de la psychiatrie américaine, on pourra consulter l'ouvrage de S. Demazeux *Qu'est-ce que le DSM ?* (2013).

interroge les modalités d'appropriation d'un diagnostic contesté et fortement stigmatisé et stigmatisant dans le champ de la psychiatrie. Il distingue ainsi des appropriations complètes, des appropriations négatives, et des appropriations ambivalentes (majoritaires) :

- Le premier type d'appropriations se réfère à des personnes qui se reconnaissent pleinement dans le trouble borderline. Cela permet à certaines personnes de mettre à distance d'autres diagnostics considérés comme plus « graves » (comme la schizophrénie ou la bipolarité). En revenant sur l'analyse proposée par Svend Brinkmann (2016) selon laquelle un diagnostic peut être quelque chose que l'on *a* (having), que l'on *est* (being) ou que l'on *fait* (doing), il montre que ces appropriations complètes intègrent ces trois dimensions : « la stabilisation de ces trois dimensions (avoir, être et faire), qui se retrouve exclusivement dans ce mode d'appropriation, est la condition pour que trouble borderline devienne une triple ressource. Cela permet ainsi le renforcement d'une forme de pouvoir sur la trajectoire thérapeutique et sociale. » (Garrec, 2022, p. 8)
- À l'inverse, d'autres personnes refusent l'assignation à ce diagnostic en se l'appropriant de façon négative. Ces personnes développent un discours critique envers l'institution psychiatrique et proposent d'autres manières de rendre compte de leurs difficultés ou souffrances (par des analyses plus proches des sciences sociales, ou par le militantisme).
- La majorité des autres personnes ont des doutes quant à l'intérêt de s'approprier ce diagnostic et ne s'engagent ni dans la promotion, ni dans la critique de l'institution psychiatrique.

Partageant le constat de l'expansion de la culture psychologique d'autres travaux sociologiques viennent interroger la circulation de catégories psychologiques contestées qui ne sont pas des diagnostics médicaux stabilisés. On peut mentionner les enquêtes portant sur l'éco-anxiété (Fansten, Garnoussi, 2025), la perversion narcissique (Joly, 2024), ou encore l'hypersensibilité. Sur l'éco-anxiété, les autrices montrent que le « succès » de cette catégorie, souvent décrite comme particulièrement présente chez les jeunes, peut s'expliquer à partir d'un double mouvement : la reformulation des préoccupations écologiques d'un côté, et l'extension de la santé mentale de l'autre. Plusieurs critiques sont formulées quant à l'émergence de cette catégorie : la première est celle de la pathologisation (on pathologiserait des émotions « normales » et « rationnelles » face à une situation pathologique) ; la seconde est celle de l'individualisation du problème écologique implicite, qui induirait une invisibilisation des enjeux économiques et sociaux à la source de la crise climatique ; la troisième est liée à une critique de l'action publique (qui déplace la responsabilité de l'action politique aux citoyen·nes, enjoint·es de travailler sur leur mieux-être). Sur la perversion narcissique, Marc Joly (2024) montre à partir d'une enquête menée auprès d'une association d'aide aux victimes de violences conjugales, que l'appropriation de ce « diagnostic praxique » par des femmes, vise à qualifier des comportements de violence morale au sein du couple. Il réinscrit l'émergence et le succès de cette catégorie dans les années 2010 aux recompositions des rapports de genre au cours du xx^e siècle. Comme le résume Isabelle Coutant dans sa recension de l'ouvrage, « pour un certain nombre de femmes confrontées à un partenaire dont le mode de relation et de communication leur dénie toute autonomie, à rebours de la nouvelle norme de symétrie dans le couple, la catégorie de pervers narcissique pour le désigner a pu faire office de "catégorie d'alerte" via des ouvrages ou des sites de plus ou moins grande vulgarisation. Elle leur a permis de comprendre une situation confuse, de fuir et de tenter de se protéger » (Coutant, 2025, p. 330). Concernant l'hypersensibilité, cette catégorie a aussi la particularité de n'être pas reconnue comme un diagnostic médical, elle circule majoritairement aux marges du champ médical et scientifique, sur les réseaux sociaux, dans des ouvrages de psychologie et de développement personnel ou dans la presse

spécialisée (Maignan, 2025). On peut comprendre le succès (contesté) de cette catégorie en ce qu'elle permet de nommer et de qualifier positivement un sentiment souvent diffus de différence, qui peut être lié en partie à des expériences de violences et de stigmatisation (harcèlement scolaire par exemple), ou à des épreuves prenant la forme de rupture biographique (une séparation, une reconversion professionnelle, une dépression, un deuil). Elle offre ainsi, pour les jeunes rencontrés, une modalité de (re)formalisation de sa différence, c'est-à-dire une manière perçue comme socialement légitime de se définir et de se qualifier (« je suis une *personne* hypersensible »). Pour autant, la faible valeur sociale de cette catégorie, associée au fait que son appropriation se fait avant tout sur le mode de l'autodiagnostic, c'est-à-dire de façon autonome, introduit des difficultés et des tensions dès lors que les personnes souhaitent faire reconnaître leur différence auprès de leurs proches ou en contexte professionnel. Il est donc important de saisir comment la position sociale des individus structure et détermine les possibilités de convertir ce type de ressources symboliques en ressources concrètes et matérielles.

Ces travaux alimentent des réflexions théoriques plus générales sur la question de la nouveauté des troubles et de leurs expressions (Fansten et Garnoussi, 2014) dans un contexte de développement de l'autodiagnostic. Cette notion circule en effet sous une forme critique auprès des professionnel·les de la santé mentale, qui s'inquiètent du risque de voir des personnes (en particulier les jeunes) s'approprier des diagnostics sans identification médicale préalable. Ils et elles redoutent des conséquences négatives sur les prises en charge avec un retard de l'entrée dans la médicalisation. Mais ces débats dépassent le cadre des professionnel·les de la santé mentale : dans l'espace public et médiatique, les pratiques d'autodiagnostic font l'objet de débats, de conflits et de controverses. Elles condensent de façon singulière les tensions contemporaines de la santé mentale, autour des enjeux d'expertise, de stigmatisation, de légitimité et de rapport aux institutions médicales (Marquis *et al.*, 2024).

Pratiques d'automédication et usage détourné de médicaments

Si les pratiques d'autodiagnostic ne conduisent pas nécessairement à des pratiques d'automédication, des travaux se sont tout de même intéressés à l'usage « détourné » de médicaments psychotropes chez les jeunes (Milhet, Langlois, 2017). Pour ce faire, les chercheuses s'appuient sur une revue de littérature internationale et sur une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 29 jeunes (entre 17 et 25 ans) déclarant avoir fait un usage détourné de médicament psychotrope au moins une fois dans leur vie. Elles définissent « l'usage détourné » comme une consommation de médicament sans ordonnance et/ou avec une ordonnance mais sans respecter la prescription, la voie d'ingestion, et/ou avec un autre objectif que le soin. Dans leur enquête, les médicaments détournés de leur usage par les jeunes sont en majorité des anxiolytiques et des antidouleurs, puis dans une moindre mesure des somnifères et des stimulants. Pour comprendre les usages, elles étudient à la fois les représentations qu'ont ces jeunes de ces médicaments, qui alternent entre confiance et méfiance et les sources d'information sur les médicaments utilisés ou non. Elles pointent alors le rôle d'internet et de l'entourage des jeunes. Pour ces jeunes l'usage de médicaments mélangés ou surdosés est un « détournement contrôlé », qu'ils et elles distinguent des « vraies » drogues illégales. Leur enquête permet de mieux comprendre les motifs de l'automédication par les jeunes :

- La première est d'aider à surmonter des moments de fatigue ou de mal-être lié aux relations avec les pairs, la famille ou à la difficile projection dans l'avenir ;

- La seconde est plus festive et liée à l'intégration dans des espaces juvéniles intégrateurs ;
- La troisième est un moyen parmi d'autres de faire face à la pression compétitive dans le champ scolaire.

À partir des données de leur enquête, Milhet et Langlois soulignent que « l'usage détourné est moins une réponse à une fragilité psychologique ou à une dépressivité galopante qu'un moyen mobilisé – parmi d'autres – en vue de passer les coriaces épreuves attachées à la transition vers la vie adulte » (p. 534). Le contexte global décrit est favorable à la prise de médicaments et à son extension pour la résolution de problèmes *a priori* non pathologiques. De façon plus générale, les autrices notent donc que « le médicament devient un auxiliaire de socialisation et un dispositif pour aider à faire face aux épreuves d'individuation. Cette nouvelle donne doit nous inciter à comprendre le rôle des médicaments dans la définition des subjectivités contemporaines et plus globalement des formes de "biosocialisation" (Collin, 2016) qui en résultent » (p. 535).

Pratiques de bien-être et de développement personnel

La santé mentale est prise ces dernières années dans un double mouvement apparemment contradictoire de médicalisation et de démedicalisation. Dans cette configuration, les pratiques de bien-être et de développement personnel sont importantes à considérer, car elles se situent précisément au croisement de ce double mouvement. Bien que les travaux en sociologie sur ces pratiques ne portent pas nécessairement sur des enjeux explicitement qualifiés de « santé mentale », ils demeurent utiles pour comprendre comment et pourquoi les individus mobilisent ce type de ressources, inscrites pour la plupart dans une logique marchande et non médicale. Si les jeunes ne sont pas la seule fraction de la population à se pencher vers des pratiques et des discours valorisant la connaissance et le travail sur soi, ils et elles n'en sont pas pour autant épargnés.

Depuis environ une quinzaine d'années, le développement personnel est devenu un objet d'intérêt pour les sociologues. Nicolas Marquis (2014), par exemple, a proposé dans sa thèse une sociologie de la lecture d'ouvrages de développement personnel. À partir d'entretiens réalisés avec des lecteurs et des lectrices et de corpus d'ouvrages et de lettres destinées à plusieurs auteurs et autrices de ces ouvrages, il analyse les usages qu'en font les individus pour saisir la signification sociale de ce phénomène. Le chercheur prend ses distances avec deux lignes d'analyse critiques du développement personnel : la première, décliniste, consiste à associer le succès du développement personnel au narcissisme et à l'individualisme exacerbé de nos sociétés occidentales contemporaines ; la seconde, qualifiée de « modèle du pouvoir », insiste à l'inverse sur la façon dont ces pratiques renouvellent des formes de domination s'appuyant sur la subjectivation et sur la responsabilisation de l'individu face à ses problèmes et ses malheurs (ayant des causes sociales et structurelles). En revenant aux usages que font les individus de ces ouvrages, il montre en s'appuyant sur les travaux d'Alain Ehrenberg que ces expériences de lecture forment une « attitude face à la contingence » typique des sociétés individualistes libérales contemporaines fondées sur la norme d'autonomie. La lecture de ces ouvrages permet de fournir des significations aux malheurs et aux épreuves que les personnes rencontrent, et permet aussi, voire surtout, de leur fournir des ressources pour agir par eux-mêmes, et sur eux-mêmes, dans le but d'aller

mieux²⁸. En cela, le développement personnel s'inscrit dans des dynamiques que l'on retrouve aussi dans les mondes de la santé mentale, où sont valorisées l'action autonome de soi sur soi et la responsabilité individuelle.

D'autres chercheurs et chercheuses se sont intéressés aux médecines complémentaires et alternatives (magnétisme, acupuncture, etc.), ou des pratiques corporelles comme le yoga, la méditation, la sophrologie, etc. (Kurek, 2022), sans nécessairement adopter une analyse en termes d'âge de la vie. Ainsi, la sociologue Nadia Garnoussi (2011) s'est concentrée sur la *Mindfulness*, la méditation de pleine conscience, dans lequel elle montre que les psychothérapies alternatives adoptent souvent une démarche intégrative (combinant plusieurs techniques et pratiques issues de diverses traditions parfois opposées), qui se traduit du point de vue de celles et ceux qui les pratiquent par un « bricolage psychospirituel » entre psychologie et spiritualité. Dans un autre ordre d'idées, la pratique du yoga a été étudiée par des sociologues dans la perspective ouverte par Norbert Elias visant à étudier les modalités contemporaines de l'auto-contrôle corporel et émotionnel (Garcia *et al.*, 2023). En interrogeant les ressorts de cette pratique, les chercheurs et chercheuses ont cherché à comprendre le profil social des praticien·nes du yoga et montrent que cela concerne avant tout des femmes urbaines diplômées du supérieur long, âgées de 25 à 40 ans. Les sociologues soulignent que « les discours étudiés donnent à voir un déploiement progressif de l'autocontrainte, du contrôle des émotions chez les pratiquant·e·s de yoga qui s'engagent pleinement dans la pratique. Ces enquêt·e·s s'inscrivent volontairement dans un processus de changement individuel fondé sur le "soin de soi" (ou "développement personnel") par le contrôle et l'amélioration (selon les normes dominantes) émotionnels et corporels » (p. 50).

La sociologue Anna Berrard, elle, s'intéresse dans sa thèse aux liens entre féminisme, écologie et spiritualité dans la lecture d'ouvrages de développement personnel (2024). Son travail prend ses distances avec des analyses critiques du développement personnel en montrant comment ces lectures peuvent s'articuler à ce qu'elle nomme des « carrières de guérison » pour des femmes ayant vécu des violences de genre²⁹. Néanmoins à l'inverse, peu de travaux sociologiques ont porté sur la façon dont les mouvements masculinistes contemporains ont pu investir les pratiques de bien-être et de développement personnel. Des éléments émergent dans le travail de Mélanie Gourarier (2017). À partir d'une ethnographie d'une communauté masculiniste organisée autour du coaching de séduction, elle montre comment ces coachs mobilisent des techniques de développement personnel et de bien-être, dans une configuration historique qui serait celle d'une crise de la masculinité due à la perte prétendue de leur position hégémonique. Ces mouvements continuent de se développer aujourd'hui sur les réseaux sociaux numériques (Félix Sousbois, 2025) et deviennent un objet croissant de préoccupations sociales et politiques, comme en témoigne le succès de la série *Adolescence* en Angleterre en 2025.

Les séjours et retraites spirituels ou stages de développement personnel ont également fait l'objet de recherches en sociologie. L'anthropologue David Dupuis analyse par exemple le parcours de personnes (dont des jeunes) effectuant des séjours dans une clinique de traitement des addictions par l'ayahuasca

²⁸ Nicolas Marquis a par exemple analysé sous cet angle le succès, chez les jeunes, du documentaire *Kaizen* réalisé par le Youtubeur Inoxtag, qui retrace son ascension du mont Everest (Marquis, 2024).

²⁹ Ce point a été développé lors d'une journée d'études organisée au Campus Condorcet en novembre 2025. La communication peut être consultée en suivant ce lien : <https://soundcloud.com/user-897145586/des-carrieres-de-guerison-contre-des-violences-de-genre-prendre-en-compte-les-contextes-structurels-des-appropriations-de-la-culture-psychologique-de-masse-anna-berrard-12>

(une plante contenant des substances psychédéliques, ou hallucinogènes) en Amazonie péruvienne (Dupuis, 2020). Il montre ainsi comment ce qu'il nomme le « rite hallucinogène » (défini très précisément au sein de la clinique ethnographiée) permet une dynamique de reconfiguration identitaire qui « s'appuie sur la reconnaissance initiale d'un défaut de maîtrise de soi » (p. 49) susceptible d'expliquer les comportements addictifs. Cette dynamique s'appuie sur une théorie étiologique locale centrée sur le concept d'infestation par des entités démoniaques. L'effet dissociatif de la substance « conduit en effet à la diffraction de l'identité et de la biographie du sujet, désormais lue comme le résultat d'un jeu de différents acteurs : le moi et divers êtres non humains. Ce procédé conduit le participant à se dissocier des comportements addictifs pour les attribuer à une agentivité externe, les percevant comme le fait d'entités démoniaques auxquels il convient de s'opposer » (p. 55). Ce cadrage culturel se confronte à une théorie du Soi des Modernes qui interprète les états dissociatifs comme un état pathologique de la subjectivité³⁰. D'autres travaux soulignent néanmoins que le cadrage public et politique de ce type de ressources est bien souvent celui du risque de la dérive sectaire (Ollion, 2017) ou de la « manipulation mentale » (Esquerre, 2009). Ce cadrage peut s'expliquer par le fait que ces dispositifs se construisent souvent aux marges des institutions et sur des logiques d'intervention proches de formes d'autorités charismatiques, c'est-à-dire des logiques très personnalisées, qui valorisent l'expérience personnelle et émotionnelle (non seulement de la personne accompagnée, mais aussi de la personne accompagnante). Des travaux ont justement cherché à analyser comment se construisait en pratique, et concrètement, ce type de relations d'accompagnement (Vildard, 2026). C'est le cas de séjours (en l'occurrence de méditation) fondés sur une critique de l'autorité médicale asymétrique traditionnelle, et qui valorisent à l'inverse des formes d'identification, de symétrisation et de personnalisation des relations, en promouvant une forme active et autonome de travail sur soi (Maignan, 2025).

³⁰ Il est cependant à noter que l'usage de psychédéliques dans le traitement de troubles de santé mentale tels que la dépression fait aujourd'hui l'objet d'une vive actualité dans la recherche médicale. On peut se référer à l'article disponible ci-après pour avoir un aperçu des enjeux liés à ces nouveaux traitements : <https://www.inserm.fr/actualite/substances-psychedeliques-une-revolution-pour-traiter-la-depression/>.

Conclusion

Cette revue de littérature partait du constat d'une « crise » de la santé mentale des jeunes, largement relayée dans l'espace médiatique et politique. L'objectif n'était ni de confirmer mécaniquement ce diagnostic, ni de le disqualifier, mais de l'éclairer sociologiquement. En examinant successivement la mesure de la santé mentale, sa construction comme problème public, l'évolution des modes de prise en charge et les ressources mobilisées par les jeunes, le rapport met en évidence plusieurs lignes de force transversales qui invitent à poursuivre les recherches dans différentes directions.

D'abord, la « santé mentale des jeunes » apparaît comme une formulation relativement récente du problème. Le passage d'un référentiel centré sur la psychiatrie à celui de la santé mentale, entendue comme état de bien-être, a progressivement élargi le périmètre des situations concernées. Les difficultés scolaires, relationnelles ou professionnelles peuvent désormais être interprétées dans un registre psychologique. Cette évolution s'est construite sur plusieurs décennies, à partir des années 1980-1990, avec la diffusion d'un langage de la souffrance psychique et l'affirmation des politiques de prévention des risques. La pandémie de covid-19 constitue un moment de cristallisation et d'accélération. Elle renforce la visibilité des indicateurs et contribue à imposer le cadre interprétatif de la « crise ». Toutefois, les dynamiques observées ne peuvent être réduites à cet événement. Elles prolongent des tendances antérieures : diversification des dispositifs, extension du domaine de la santé mentale, transformation des attentes à l'égard des jeunes. Il importe ainsi de tenir ensemble continuités et ruptures, sans attribuer à la seule crise sanitaire des évolutions plus anciennes.

Ensuite, l'ensemble des travaux mobilisés souligne le caractère profondément différencié de la santé mentale des jeunes. Les rapports de genre apparaissent particulièrement structurants. Les indicateurs de détresse psychologique et de symptômes anxieux ou dépressifs concernent davantage les adolescentes et jeunes femmes, tandis que d'autres formes de difficultés restent plus fréquemment associées aux jeunes hommes. Ces écarts ne relèvent pas uniquement de différences individuelles ; ils renvoient à des socialisations différenciées, à des attentes normatives distinctes et à des positions inégales dans les rapports sociaux. Plus largement, les inégalités de classe, les conditions matérielles d'existence, les trajectoires migratoires ou les expériences de discrimination influencent les formes de souffrance et les possibilités de recours aux dispositifs. La santé mentale des jeunes ne peut donc pas être analysée indépendamment des rapports sociaux qui structurent leurs trajectoires. Ces constats invitent à poursuivre les enquêtes en approfondissant l'analyse des articulations entre santé mentale et genre, et plus largement avec les autres rapports sociaux. D'un point de vue méthodologique, le rapport souligne la complémentarité des approches quantitatives et qualitatives, et la nécessité de penser ensemble la production de données quantitatives et la réalisation d'enquêtes de terrain (par observations et entretiens).

Un troisième point transversal concerne la centralité de la norme d'autonomie. La définition institutionnelle de la santé mentale, comme les dispositifs contemporains d'accompagnement, valorisent la capacité à se réaliser, à prendre en charge ses difficultés et à agir sur soi. Les pratiques de développement personnel et de bien-être, les démarches d'autodiagnostic ou encore certaines formes d'accompagnement numérique s'inscrivent dans cette configuration. Toutefois, cette norme d'autonomie est source de tensions. Les jeunes ne disposent pas tous des mêmes ressources pour répondre à ces attentes. Les injonctions à être autonome, responsable et capable de « travailler sur soi » peuvent entrer en contradiction avec des conditions sociales contraignantes. Les souffrances observées doivent ainsi être comprises en lien avec cette configuration normative, qui valorise l'indépendance tout en exposant les individus à des incertitudes et à des épreuves prolongées.

Le rapport met en évidence un processus d'extension et d'expansion du domaine de la santé mentale. Celle-ci traverse désormais une pluralité d'institutions – école, université, dispositifs d'insertion, prison – et s'inscrit dans des espaces numériques et marchands. Cette extension contribue à un certain flou quant au périmètre de la notion. Les catégories mobilisées se multiplient et circulent largement auprès des jeunes eux-mêmes. Ce mouvement invite à intégrer davantage les analyses des processus de privatisation et de marchandisation de la santé mentale. Le développement des consultations en libéral, des plateformes numériques, des offres de *coaching* ou des pratiques de bien-être s'inscrit dans des logiques économiques spécifiques qu'il est important d'objectiver.

Enfin, cette revue de littérature ne prétend pas à l'exhaustivité. Certaines dimensions, comme la question du traumatisme ou les effets à long terme de certaines formes de violence et de discriminations (ethnoraciales par exemple), mériteraient des développements spécifiques. Les dispositifs les plus récents à destination des jeunes, mis en place au cours des cinq dernières années, appellent des enquêtes approfondies afin d'en évaluer les effets et les limites. La sociologie peut ainsi contribuer à éclairer les débats publics en maintenant un double regard : objectiver les réalités empiriques de la santé mentale des jeunes, et analyser les conditions sociales et politiques de leur mise en visibilité. Cette posture permet de prendre au sérieux les préoccupations contemporaines tout en les inscrivant dans des dynamiques historiques et sociales plus larges.

Bibliographie

Amsellem-Mainguy, Y., Vuattoux, A., 2018, *Enquêter sur la jeunesse. Outils, pratiques d'enquête, analyses*, Paris, Armand Colin.

Arborio, A.-M., Lechien, M.-H., 2019, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, n°1, vol. 10, p. 91-110 (<https://doi.org/10.3917/socio.101.0091>).

Astier, I., 2009, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, vol. 152, n° 2, p. 52-58 (<https://doi.org/10.3917/inso.152.0052>).

Beck, F., et al., 2011, « Regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie*, n° 4, vol. 1, p. 517-535 (<https://doi.org/10.3917/socio.004.0517>).

Becker, H. S., 1963, *Outsiders. Outsiders*, New York, The Free Press of Glence.

Béduchaud, D., 2023, « Les jeunes aidantes et aidants, un sujet émergent pour la recherche et l'action publique », *Informations sociales*, n° 208, vol. 4, p. 33-37 (<https://doi.org/10.3917/inso.208.0033>).

Belghith, F., et al. (dir.), 2025, *(Dé)chiffrer les conditions de vie étudiantes. Des parcours académiques aux contraintes du quotidien*, Paris, La Documentation française (<https://doi.org/10.3917/ldf.belgh.2025.01>).

Béliard, A., Eidelman, J.-S., 2018, « Familles et professionnels dans le domaine de la santé mentale », in I. Coutant et S. Wang (dir.) *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS Éditions, p. 289-306 (<https://doi.org/10.3917/cnrs.wang.2018.01.0289>).

Bergeron, H., Castel P., Nouguez É., 2013, « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, n° 2, vol. 54, p. 263-302. (<https://doi.org/10.3917/rfs.542.0263>).

Berrard, A., 2024, « La spiritualité, une affaire de famille ? Transmissions familiales et négociations des héritages spirituels en contexte d'ascension sociale », *Agora débats/jeunesses*, n° 98, vol. 3, p. 90-105 (<https://doi.org/10.3917/agora.098.0090>).

Blum, P., 2021, « À l'école, coûte que coûte ? Retrait à domicile et phobie scolaire dans la France contemporaine », in N. Vellut, et al., *Hikikomori : Une expérience de confinement*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 141-154 (<https://doi.org/10.3917/ehesp.vellu.2021.01.0141>).

Blum, P., 2024, « Frères et sœurs face aux troubles psychiques de l'un des leurs. Des liens et des trajectoires transformés mais pas nécessairement brisés », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 3, vol. 152, p. 23-40 (<https://doi.org/10.3917/rpsf.152.0023>).

Blum, P., Neuberg S., 2019, « Les temps retrouvés de l'insertion », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 226-227, vol. 1-2, p. 104-119 (<https://doi.org/10.3917/arss.226.0104>).

Blum, P., Goudet, J.-M., Weber, F. (dir.), 2022, *Troubles psychiques en milieu scolaire*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, coll. « Sciences sociales » (<https://doi.org/10.3917/ulm.blum.2022.01>).

- Boltanski, L.**, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, n° 1, vol. 26, p. 205-233 (<https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>).
- Bordiec, S.**, 2019, « Rendre les solitudes supportables. Socialisations et (dés)intégration sociale des "isolés" », *Sociologie et sociétés*, n° 1, vol. 50, p. 129-155 (<https://doi.org/10.7202/1063694ar>).
- Bortolotti, R. M.**, 2024, « Entre panique et épreuve numérique : le cas de la prévention spécialisée », *Les Cahiers dynamiques*, n° 83, vol. 1, p. 33-41 (<https://doi.org/10.3917/lcd.083.0033>).
- Bourdieu, P.**, 1984, *Questions de sociologie*, Paris, Minuit.
- Bourdieu, P. (dir.)**, 1993, *La Misère du monde*, Paris, Le Seuil, coll. « Libre examen ».
- Bouvet, M.**, 2023, « La "biologisation bienveillante" des déprimé·es en clinique privée : La réception de trois répertoires de légitimation au prisme de la classe et des masculinités », in L. Thizy, *et al.* (dir.), *Biologisation(s). Les usages sociaux de l'argument biologique en santé*, Lyon, ENS Éditions, coll. « Sociétés, espaces, temps », p. 71-95 (<https://doi.org/10.4000/books.enseditons.45791>).
- Bouvet, M., et al. (dir.)**, 2024, *Catégoriser. Lexique de la construction sociale des différences*, Lyon, ENS Éditions, coll. « Sociétés, espaces, temps » (<https://doi.org/10.4000/128p3>).
- Brard, N.**, 2025, « De nouveaux acteurs de la médiation scientifique sur Instagram ? L'exemple du traitement de la santé mentale par Brut, Konbini et FranceTVSlash », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, n° 25, vol. 2, p. 98-109, (<https://doi.org/10.3917/enic.039.0098>).
- Brégeon-Poirault, A.**, 2024, « Découvrir son self pour façonner son mieux-être : Usages et appropriations du développement personnel par les jeunes », *Agora débats/jeunesses*, n° 97, vol. 2, p. 73-87 (<https://doi.org/10.3917/agora.097.0073>).
- Briffault, X., Martin, O.**, 2012, « Déprimer par les nombres. Le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines », *Sociologie et sociétés*, n° 2, vol. 43, p. 67-89 (<https://doi.org/10.7202/1008239ar>).
- Brinkmann, S.**, 2016, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, Londres et New York, Routledge (<https://doi.org/10.4324/9781315576930>).
- Brochard A., Martin, C., Rothé C.**, 2021, « Accompagner sur le chemin de l'emploi : le rôle d'une mission locale » dans Hikikomori, in N. Vellut, *et al.* (dir.), *Hikikomori : Une expérience de confinement*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 155-166 (<https://doi.org/10.3917/ehesp.vellu.2021.01.0155>).
- Brossard, B.**, 2010, « Quand la scolarité dépasse la scolarité. Étude des pratiques d'automutilation au prisme de l'expérience scolaire », *Agora débats/jeunesses*, n° 2, vol. 55, p. 35-47 (<https://doi.org/10.3917/agora.055.0035>).
- Brossard, B.**, 2014, *Se blesser soi-même : une jeunesse autocontrôlée. Une jeunesse autocontrôlée*, Paris, Alma éditeur, coll. « Essai sociologie ».
- Brossard, B.**, 2014, « Un test rudimentaire mais pratique. Enquête sur le succès du *Mini-Mental State Examination* », *Sciences sociales et santé*, n° 4, vol. 32, p. 43-70 (<https://doi.org/10.1684/ss.2014.0403>).

Brossard, B., Chandler, A., 2022, *Explaining Mental Illness. Sociological Perspectives*, Bristol, Bristol University Press.

Brossard, B., et al., 2023, « On the social existence of mental health categories. The case of sex addiction », *Social Problems*, n° 3, vol. 72, p. 1-16 (<https://doi.org/10.1093/socpro/spado24>).

Bungener, M., 1995, *Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile. Construction incessante d'un équilibre toujours précaire. Analyse des résultats d'une enquête menée auprès des adhérents de l'Unafam*, Paris, Éditions Inserm, coll. « Questions en santé publique ».

Busfield, J., 1996, *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*. Londres, Macmillan Press.

Castel R., 1981, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.

Castel R., 1994, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 22, p. 11-27 (<https://doi.org/10.7202/1002206ar>).

Castel, R., Le Cerf, J.-F., 1980, « Le phénomène "psy" et la société française. Vers une nouvelle culture psychologique », *Le débat*, n° 1, p. 32-45 (<https://doi.org/10.3917/deba.001.0032>).

Cefaï, D., Pasquier D. (dir.), 2003, *Les sens du public. Publics politiques, publics médiatiques*, Paris, PUF/Currap/Cems.

Chamak, B., 2015, « Le concept de neurodiversité ou l'éloge de la différence », in C. Déchamp-Le Roux et R. Rafael (dir.), *Santé mentale : guérison et rétablissement. Regards croisés*, Arcueil, John Libbey Eurotext, p. 41-49 (<https://doi.org/10.3917/jle.decha.2015.01>).

Chamak, B., 2018, « Introduction » (de la troisième partie), in I. Coutant et S. Wang (dir.) *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS Éditions, p. 271-288 (<https://doi.org/10.3917/cnrs.wang.2018.01.0271>).

Chamak, B., Cohen D., 2013, « Les classifications en pédopsychiatrie : controverses et conflits d'intérêts », *Hermès*, n° 66, vol. 2, p. 93-101 (<https://doi.org/10.4267/2042/51559>).

Chambers, B., et al., 2020, « 'Sometimes labels need to exist' : exploring how young adults with Asperger's syndrome perceive its removal from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition », *Disability & Society*, vol. 35, n° 4, p. 589-608 (<https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1649121>).

Chevalier, T., Loncle, P., 2025, *Les Politiques de jeunesse*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».

Cohen, S., 1972, *Folk Devils and Moral Panics. The Creation of the Mods and Rockers*, Londres, Granada Publishing.

Coldefy, M., Gandré, C. (dir.), 2020, *Atlas de la santé mentale en France*, Paris, Irdes (<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>).

Collin, J., 2016, « On social plasticity : the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity », *Sociology of Health and Illness*, n° 1, vol. 8, p. 73-89 ([10.1111/1467-9566.12342](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12342)).

Cordier, A., Erhel, S., 2023, « Introduction », in A. Cordier et S. Erhel (dir.), *Les enfants et les écrans*, Paris, Retz, p. 4-15.

Courbet, D., Fourquet-Courbet, M.-P., 2024, « Usages des médias numériques, santé mentale et bien-être : nouvelles perspectives pour un développement des dimensions sociales dans les recherches », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 28 (<https://doi.org/10.4000/11ubp>).

Cousteaux, A.-S., Pan Ké Shon, J.-L., 2008, « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de sociologie*, n° 1, vol. 49, p. 53-92 (<https://doi.org/10.3917/rfs.491.0053>).

Coutant, I., 2012, *Troubles en psychiatrie : Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, La Dispute, coll. « Corps santé société ». — 2025 « Marc Joly, La Perversion narcissique. Étude sociologique », *Sociologie*, n° 3, vol. 16, p. 329-332.

Coutant, I., Eideliman, J.-S., 2013, « À l'écoute des souffrances. Fragilité psychique et fragilité sociale dans une maison des adolescents », in D. Fassin et al., *Juger, réprimer, accompagner, Essai sur la morale de l'État*, Paris, Seuil, p. 271-308.

Darmon, M., 2003, *Devenir anorexique : une approche sociologique*, Paris, Découverte, coll. « Poche/Sciences humaines » (<https://doi.org/10.3917/dec.darmo.2008.01>).

Darmon, M., 2008, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, n° 82, vol. 2, p. 149-167 (<https://doi.org/10.3917/pox.082.0149>).

David, O., Le Grand, E., Loncle, P., 2012, « Systèmes locaux et action publique : l'exemple des jeunes vulnérables », *Agora débats/jeunesses*, n° 62, vol. 3, p. 81-95 (<https://doi.org/10.3917/agora.062.0081>).

Déage M., 2024, « Rester insensible au suicide de victimes de cybersexisme ? Analyse des répercussions du travail réputationnel posthume à travers deux cas marquants des années 2010 », *Déviance et Société*, n° 1, vol. 48, p. 147-177 (<https://doi.org/10.3917/ds.481.0147>).

Dear, M. J., Wolch, J. R., 1987, *Landscapes of Despair : from deinstitutionalization to homelessness*, Princeton, Princeton University Press, coll. « Princeton Legacy Library ».

Deffontaines, N., 2024, « Suicide et carrière de l'homme disqualifié : une appréhension dynamique du "déficit d'intégration" durkheimien à partir de cas d'agriculteurs », *Déviance et Société*, n° 1, vol. 48, p. 53-79 (<https://doi.org/10.3917/ds.481.0053>).

Delespierre, A., Peretti-Watel, P., Verger, P., 2024, « Limites et angles morts d'un dispositif de santé publique : le cas des "chèques psy" », *Agora débats/jeunesses*, n° 97, vol. 2, p. 132-148 (<https://doi.org/10.3917/agora.097.0132>).

Deleuze, G., 1990, *Pourparlers 1972-1990*, Paris, Minuit.

Demailly, L., 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».

Desrosières, A., 1993, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte.

- Dodier, N., Rabeharisoa, V.**, 2006, « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, n° 73, vol. 1, p. 9-22 (<https://doi.org/10.3917/pox.073.0009>).
- Doron, C.-O.**, 2015, « L'émergence du concept de "santé mentale" dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, vol. 61, p. 3-16 (<https://doi.org/10.3917/psm.151.0003>).
- Drongiti, A., Brossard, B.**, 2024, « Sociologie du suicide : approches contemporaines », *Déviance et Société*, n° 1, vol. 48, p. 7-20 (<https://doi.org/10.3917/ds.481.0007>).
- Dupuis, D.**, 2020, « Le rite hallucinogène comme technique du Soi : une approche anthropologique de l'efficacité des psychédéliques dans le traitement des addictions », *Psychotropes*, n° 1, vol. 26, p. 35-59 (<https://doi.org/10.3917/psyt.261.0035>).
- Durkheim, É.**, 2013 (1897), *Le suicide. Étude de sociologie. Introduction de Serge Paugam*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- Egsdal, M., et al.**, 2016, « Les services en santé mentale à disposition des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur : le cas de l'université de Bordeaux », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 105-122 (<https://doi.org/10.3917/rfas.162.0105>).
- Ehrenberg, A.**, 2004, « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 77-88 (<https://doi.org/10.3917/rfas.041.0077>).
- Ehrenberg, A.**, 2010, *La Société du malaise. Le mentale et le social*, Paris, Odile Jacob.
- Ehrenberg, A.**, 2018, *La Mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*, Paris, Odile Jacob (<https://doi.org/10.3917/oj.ehren.2018.01>).
- Ehrenberg, A. (dir.)**, 1998, *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Esprit.
- Eideliman, J.-S.**, 2009, « Familles à l'épreuve », *Ethnologie française*, n° 3, vol. 39, p. 435-442 (<https://doi.org/10.3917/ethn.093.0435>).
- Esquerre, A.**, 2009, *La manipulation mentale. Sociologie des sectes en France*, Paris, Fayard.
- Eyal, G.**, 2013, « For a sociology of expertise. The social origins of the autism epidemic », *American Journal of Sociology*, n° 4, vol. 118, p. 863-907 (<https://doi.org/10.1086/668448>).
- Fansten, M., Garnoussi, N.**, 2014, « Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 9 (<https://doi.org/10.4000/socio-logos.2820>).
- Fansten, M., Garnoussi, N.**, 2025, « Éco-anxiété », in A. Estève, et al. (dir.), *Dictionnaire d'écologie politique*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Références », p. 183-187 (<https://doi.org/10.3917/scpo.estev.2025.01.0183>).
- Fassin, D.**, 2000, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, n° 153, p. 231-250 (<https://doi.org/10.4000/lhomme.14>).

- Fassin, D.**, 2004, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, coll. « Alternatives sociales ».
- Fassin, D.**, 2006 « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, 2006, n° 73, vol. 1, p. 137-157 (<https://doi.org/10.3917/pox.073.0137>).
- Fassin, D.**, 2015, *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Le Seuil, coll. « La couleur des idées ».
- Fassin, D., Rechtman, R.**, 2007, *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, coll. « Champs essais ».
- Félix Sousbois, O.**, 2025, « Le petit carré solitaire : incels, isolement et photos-avatars comme toile politique numérique », *Ethnologie française*, n° 2, vol. 55, p. 141-158 (<https://doi.org/10.3917/ethn.252.0141>).
- Ferret, N., Gallinari Safar P.**, 2024 « "Ce soir, c'est le *stream* de la dépression". Sociologie de l'appropriation du *live streaming* comme ressource de santé mentale chez les jeunes », *Agora débats/jeunesses*, n° 97, vol. 2, p. 56-72 (<https://doi.org/10.3917/agora.097.0056>).
- Feyeux, A.**, 2021, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », *Sociétés contemporaines*, n° 121, vol. 1, p. 111-138 (<https://doi.org/10.3917/soco.121.0111>).
- Forest, D.**, 2016, « Les ambiguïtés de la neurodiversité. Un droit à la différence ? », *Médecine/Sciences*, n° 4, vol. 32, p. 412-416 (<https://doi.org/10.1051/medsci/20163204021>).
- Foucault, M.**, 1961, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, coll. « Civilisations d'hier et d'aujourd'hui ».
- Fovet, T., et al.**, 2023, *La santé mentale en population carcérale sortante. Une étude nationale*, Saint-André-Lez-Lille, Fédération de recherches en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (<https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30838.pdf>).
- Frawley, A., Wakeham C., McLaughlin, K.**, 2024, « Mental health, higher education, and regulatory capitalism : steering, not rowing », in N. Marquis (dir.), *Education, Parenting, and Mental Health Care in Europe*, Routledge, p. 220-236 (<https://doi.org/10.4324/9781003377207-18>).
- Fricker, A.**, 2007, *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, Oxford, Oxford University Press.
- Galland, O.**, 2022 (2011), *Sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Colin, coll. « U ».
- Gansel, Y.**, 2019, *Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles*. Lyon, ENS Éditions, coll. « Sociétés, espaces, temps ».
- Gansel, Y.**, 2021, « Au-delà de la psychiatisation ? Le cas des adolescents "difficiles" en France », *Déviance et société*, n° 2, vol. 45, p. 203-230 (<https://doi.org/10.3917/ds.452.0005>).
- Garcia, M.-C., et al.**, 2023, « En quête de contrôle de soi. Ressorts de l'engagement dans la pratique du yoga d'individus diplômés du "supérieur long" », *Regards sociologiques*, n° 61-62, p. 35-50.

Garnoussi, N., 2011, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale », *Sociologie*, n° 3, vol. 2, p. 259-275 (<https://doi.org/10.3917/socio.023.0259>).

Garrec, I., 2022, « Diagnostic misogyne ou émancipateur ? Les modes d'appropriation du "trouble de la personnalité borderline" », *Terrains/Théories*, n° 16 (<https://doi.org/10.4000/teth.4958>).

Garrec, I., 2024, *Trouble dans les émotions : enquête sur l'existence sociale du "trouble de la personnalité borderline"*, thèse de sociologie, Saint-Denis, Université Sorbonne Paris Nord.

Garrec, I., Vuattoux, A., 2024, « Introduction Interroger la crise de santé mentale des jeunes par le biais des ressources et de leur appropriation », *Agora débats/jeunesses*, n° 97, vol. 2, p. 46-55. (<https://doi.org/10.3917/agora.097.0046>).

Gautron, V. (dir.), 2023, *Réprimer et soigner. Pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, PUR, coll. « L'Univers des normes ».

Gilbert, C., Henry, E., 2012 « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, n° 1, vol. 53, p. 35-59 (<https://doi.org/10.3917/erfs.531.0035>).

Gilles, S., 2024, « L'élaboration d'une réduction des risques vernaculaire dans un collectif numérique d'amateurs de drogues », *Déviance et société*, no 3, vol. 48, p. 71-107 (<https://doi.org/10.3917/ds.483.0071>).

Goffman, E., 1975 (1963), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, coll. « Le sens commun ». — 2013 (1961), *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, « Le sens commun ».

Gollac, M., 2018, « Souffrance mentale et santé au travail », in I. Coutant et S. Wang, *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS Éditions, p. 377-400 (<https://doi.org/10.3917/cnrs.wang.2018.01.0377>).

Gourarier, M., 2017, *Alpha mâle. Séduire les femmes pour s'apprécier entre hommes*, Paris, Seuil coll. « Sciences humaines / La couleur des idées ».

Guichard, H., 2024, « Penser la santé mentale et les conduites suicidaires chez les étudiant·e·s au prisme de la précarité », *Populations vulnérables*, n° 10 (<https://doi.org/10.4000/128m0>).

Hacking, I., 2002, *Les Fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond.

Hazo, J.-B., 2025, « Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies », *Drees, Études et résultats*, n° 1340.

Henckes, N., 2018, « Les deux désinstitutionnalisations. Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la Seconde Guerre mondiale », in Wang S. et I. Coutant (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS Éditions, p. 143-160 (<https://doi.org/10.3917/cnrs.wang.2018.01.0143>).

Henckes, N., 2024, « Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites », in N. Henckes, et al., *Interroger le médico-social :*

Regards des sciences sociales, Paris, Dunod, p. 136-167
(<https://doi.org/10.3917/dunod.henck.2024.01.0136>).

Henckes, N., Majerus, B., 2022, *Maladies mentales et sociétés XIX^e-XXI^e siècles*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».

Hochschild, A. R., 2017 (1979), *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte, coll. « SH / Laboratoire des sciences sociales ».

Jauffret-Roustide, M. (dir.), 2004, « Les drogues. Approche sociologique, économique et politique », Paris, La Documentation française, coll. « Études de la Documentation française », n° 5189.

Jauffret-Roustide, M., Debrus, M., 2023, « Co-production des savoirs sur l'usage de drogues et réduction des injustices épistémiques », *Déviance et société*, n° 1, vol. 47, p. 3-34
(<https://doi.org/10.3917/ds.471.0005>).

Joly, M., 2024, *La perversion narcissique. Étude sociologique*, Paris, CNRS éditions, coll. « Interdépendances ».

Jung Lorient, C., Mahut, D., 2022, *Trajectoires et socialisations des jeunes aidantes*, Injep, Notes & rapports/rapport d'étude.

Jutel, A., 2009, « Sociology of diagnosis : a preliminary review », *Sociology of Health & Illness*, n° 2, vol. 31, p. 278-299 (<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>).

Kneubühler, M., Bovet, E., Güsewell, A., 2025, « La forme minimale du lien. *Care game* musical et monde commun chez des adolescents en souffrance psychique », *Revue du M.A.U.S.S.*, n° 2, vol. 66, p. 315-333 (<https://doi.org/10.3917/rdm1.066.0315>).

Kurek, A., 2022, « Patient·e·s régulier·e·s de médecines complémentaires et alternatives (MCA) Cartographie des alternatives de santé et analyse de carrières thérapeutiques », *Terrains & travaux*, n° 40, vol. 1, p. 197-223 (<https://doi.org/10.3917/tt.040.0197>).

Lagrange, H., Legleye, S., 2007, « Violence, alcool, cannabis et dépression chez les adolescents français », *Déviance et société*, n° 3, vol. 31, p. 331-360 (<https://doi.org/10.3917/ds.313.0331>).

Laidi, L., Lansade, G., 2025, « Isolement et Solitude(s) au collège et au lycée : l'expérience de jeunes dits handicapés "mentaux" ou "psychiques" », *Ethnologie française*, n° 2, vol. 55, p. 77-90
(<https://doi.org/10.3917/ethn.252.0077>).

Lancelevée, C., 2016. *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, thèse de sociologie, Paris, EHESS. — 2017, « Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S », *Regards*, n° 51, vol. 1, p. 245-255 (<https://doi.org/10.3917/regar.051.0245>).

Lancelevée, C., Vozari, A.-S., 2023, « Le genre de la dépression : perspectives de recherches sociologiques », *Rhizome*, n° 85, vol. 2, p. 11-12 (<https://doi.org/10.3917/rhiz.085.0011>).

- Lansade, G.**, 2015, « Entre classe d'inclusion et unité localisée pour l'inclusion scolaire en lycée professionnel : suivis ethnographiques d'une scolarisation adaptée », *Recherches en éducation*, n° 23, p. 95-104 (<https://doi.org/10.4000/ree.6800>).
- Legrand, J.**, 2024, « Le genre de l'hystérie : Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, n° 130, vol. 2, p. 5-38 (<https://doi.org/10.3917/soco.130.0005>).
- Lejbowicz, T., Parizot, I.**, 2025, « Santé mentale et vie intime : L'inégalité des jeunes face à la détresse psychologique », in M. Bergström (dir.), *La sexualité qui vient. Jeunesse et relations intimes après #MeToo*, Paris, La Découverte, p. 75-85., coll. « Sciences humaines ».
- Léon, C., et al.**, 2025, « Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France (2017-2021) », *Bull Epidemiol Hebd*, n° 14, p. 246-255.
- Linder, A.**, 2022, « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie*, n° 1, vol. 13, p. 43-61 (<https://doi.org/10.3917/socio.131.0043>).
- Loncle, P.**, 2010, *Politiques de jeunesse. Les défis majeurs de l'intégration*, Rennes, PUR, coll. « Res Pulica ». — 2013 « Jeunes et politiques publiques : des décalages croissants », *Agora débats/jeunesses*, n° 64, vol. 2, p. 7-18 (<https://doi.org/10.3917/agora.064.0007>).
- Loriol, M.**, 2004, « "Être jeune" est-il dangereux pour la santé ? », in V. Cicchelli et al. (dir.), *Ce que nous savons des jeunes*, Paris, PUF, coll. « Sciences sociales et sociétés », p. 98-112.
- Maignan, A.**, 2025, « Le travail sur soi à l'épreuve de l'autorité charismatique. Ethnographie d'un séjour de méditation pour personnes "hypersensibles" », *Tracés*, n° 47, p. 85-102 (<https://doi.org/10.4000/151w3>).
- Maillard, I.**, 2008, « Diversité des prises en charge psychologiques des adolescents dans un réseau de santé mentale », in F. Champion (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, p. 279-291.
- Maillard, I.**, 2011, « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé publique*, vol. 23, p. 127-139.
- Malinowski, S.**, 2021, *Souffrances des jeunes et maisons des adolescents. Construction d'un problème public, mise en œuvre d'une réponse locale et expériences juvéniles*, thèse de sociologie, Toulouse, Université Toulouse-2 - Jean-Jaurès.
- Malinowski, S.**, 2022, « Souffrance des jeunes et maisons des adolescents : Un programme public négocié, entre consensus et concurrence », *Agora débats/jeunesses*, n° 92, vol. 3, p. 25-40 (<https://doi.org/10.3917/agora.092.0025>).
- Manuello, P., Sicot, F.**, 2024, « Souffrances psychiques adolescentes et mobilisations parentales », *Agora débats/jeunesses*, n° 97, vol. 2, p. 104-118 (<https://doi.org/10.3917/agora.097.0104>).
- Marquis, N.**, 2014, *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*, Paris, PUF, coll. « Partage du savoir » (<https://doi.org/10.3917/puf.marq.2014.01>).

Marquis, N., 2024, « La claqué de l'Everest : Kaizen et le développement personnel », *Esprit*, n° 12, p. 67-72 (<https://doi.org/10.3917/espri.2412.0067>).

Marquis, N., Maignan, A., Daelman C., 2024, « Voice-hearers and highly sensitive people reversing the stigma of madness : dissolving, stating, or valuing the difference ? », in N. Marquis (dir.), *Education, Parenting, and Mental Health Care in Europe. The Contradictions of Building Autonomous Individuals*, Londres, Routledge, p. 237-252.

Martin, O., 2020, *L'empire des chiffres. Sociologie de la quantification*, Paris, Armand Colin.

Milhet, M., Langlois, E., 2017, « Faire face aux épreuves de la vie juvénile : l'usage détourné de médicaments psychotropes chez les jeunes », *Déviance et société*, n° 4, vol. 41, p. 511-540 (<https://doi.org/10.3917/ds.414.0511>).

Mogensen, L., Mason, J., 2015, « The meaning of a label for teenagers negotiating identity : experiences with autism spectrum disorder », *Sociology of Health & Illness*, n° 2, vol. 37, p. 255-269 (<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12208>).

Morel, S., 2014, *La médicalisation de l'échec scolaire*, Paris, La Dispute., coll. « L'enjeu scolaire ».

Moreno Pestaña, J. L., 2006, « Un cas de déviance dans les classes populaires : les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires », *Cahiers d'économie et de sociologie rurales*, n° 79, p. 67-95 (<https://doi.org/10.3406/rae.2006.1005>).

Nathan, T., 1986, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.

Ollion, É., 2017, *Raison d'État. Histoire de la lutte contre les sectes en France*, Paris, La Découverte, coll. « Sciences humaines » (<https://doi.org/10.3917/dec.ollio.2017.01>).

Ortega, F., 2009, « The cerebral subject and the challenge of neurodiversity », *BioSocieties*, n° 4, vol. 4, p. 425-445 (<https://doi.org/10.1017/S1745855209990287>).

Parron, A., 2010, « L'autonomisation des jeunes souffrant de troubles psychiques. Définir les relations d'interdépendance familiales », *Agora débats/jeunesses*, n° 54, vol. 1, p. 27-40 (<https://doi.org/10.3917/agora.054.0027>).

Parron, A., 2014, « Les enjeux de l'autonomisation de jeunes adultes confrontés à des troubles psychiques », *Alter*, n° 4, vol. 8, p. 1-12.

Parron, A., Sicot, F., 2009, « Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques, ou les incertitudes de l'autonomie », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, p. 187-203 (<https://doi.org/10.3917/rfas.091.0187>).

Peretti-Watel, P., 2004, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, n° 1, vol. 45, p. 103-132 (<https://doi.org/10.3917/rfs.451.0103>).

Peretti-Watel, P., 2010, « Morale, stigmatisme et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, vol. 3, p. 73-85 (<https://doi.org/10.3917/agora.056.0073>).

Philippe, S., 2004 « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale », *Revue française de science politique*, no 2, vol. 54, p. 315-334 (<https://doi.org/10.3917/rfsp.542.0315>).

Pisu, F., 2023, *Sociologie des conduites suicidaires. Perspectives contemporaines*, Rennes, PUR, coll. « Le sens social ». — 2024, « Les femmes ou les enfants d'abord ? Retour sur les enjeux du traitement des violences intrafamiliales en suicidologie », *Déviance et société*, n° 1, vol. 48, p. 81-111 (<https://doi.org/10.3917/ds.481.0081>).

Poliak, C., 2002, « Manières profanes de "parler de soi" », *Genèses*, n° 47, vol. 2, p. 4-20 (<https://doi.org/10.3917/gen.047.0004>).

Prieur, A., et al., 2016, « 'Social skills' : following a travelling concept from american academic discourse to contemporary danish welfare institutions », *Minerva*, vol. 54, n° 4, p. 423-443 (<https://doi.org/10.1007/s11024-016-9307-8>).

Primerano, A., 2025, *L'autisme*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».

Protais, C., 2017, *Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009)*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. « Cas de figure ».

Ravon, B., Laval, C., 2015, *L'aide aux "adolescents difficiles". Chroniques d'un problème public*, Toulouse, Érès.

Renault, E., 2008, *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte, coll. « Armillaire ».

Rio, V., 2025, *La socialisation des problèmes. L'usage excessif des écrans comme affaire publique, privée et spécialisée*, thèse de sociologie, Paris, EHESS.

Rodrigues Leite, J., 2025, « Ce que la médiation animale fait à la prison », *Délibérée*, n° 26, vol. 3, p. 62-67 (<https://doi.org/10.3917/delib.026.0062>).

Roscoät, E. (du), et al., 2016, « Appréhender la santé mentale des collégiens : un croisement d'indicateurs », *Agora débats/jeunesses*, vol. 4, hors-série, p. 57-78 (<https://doi.org/10.3917/agora.hs01.0057>).

Ross Arguedas, A. A., 2022, « Diagnosis as subculture : subversions of health and medical knowledges in the orthorexia recovery community on instagram », *Qualitative Sociology*, n° 3, vol. 45, p. 327-351 (<https://doi.org/10.1007/s11133-022-09518-2>).

Sallée, N., 2016, *Éduquer sous contrainte : Une sociologie de la justice des mineurs*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. « Cas de figure ».

Salman, S., 2021, *Aux bons soins du capitalisme. Le coaching en entreprise*, Paris, Les Presses de Sciences Po, coll. « Académique ».

Sayad, A., 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil, coll. « Liber ».

Schwartz, O., 2011, « La pénétration de la "culture psychologique de masse" dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, n° 4, vol. 2, p. 345-361 (<https://doi.org/10.3917/socio.024.0345>).

Scodellaro, C., Pan Ké Shon J.-L., Legleye S., 2017, « Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie », *Revue française de sociologie*, n° 1, vol. 58, p. 7-40 (<https://doi.org/10.3917/rfs.581.0007>).

Serre, D., 2024, *Ultime Recours. Accidents du travail et maladies professionnelles en procès*, Paris, Raisons d'agir.

Showalter, E., 1985, *The Female Malady : Women, Madness and English culture 1830-1980*, New York, Penguin books.

Sicot, F., 2007, « Déviations et déficiences juvéniles. Pour une sociologie des orientations », *Alter*, n° 1, vol. 1, p. 43-60 (<https://doi.org/10.1016/j.alter.2007.09.001>).

Simon, A., 2023, *Les effets de l'enfermement sur les mineurs détenus*, rapport de recherche, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-10/alice_simon_effets_enfermement_mineurs.pdf).

Thoits, P. A., 1985, « Self-labeling processes in mental illness : the role of emotional deviance », *American Journal of Sociology*, n° 2, vol. 91, p. 221-249.

Trachman, M., Lejbowicz, T., 2020, « Lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et trans (LGBT) : une catégorie hétérogène, des violences spécifiques », in E. Brown et al. (dir.), *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France*, Paris, Ined, « Grandes enquêtes », p. 335-390.

Treize, 2023, *Charge. J'ouvre le huis clos psychiatrique*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres ».

Vacher, S., 2024, « L'accompagnement scolaire des souffrances adolescentes. Une mobilisation professionnelle dépendante de la normativité scolaire », *Agora débats/jeunesses*, n° 97, vol. 2, p. 119-131 (<https://doi.org/10.3917/agora.097.0119>).

Vacher, S., 2025, *La santé mentale, un enjeu incontestable ? Enquête sur les impensés d'un référentiel d'action publique en milieu scolaire*, thèse de sciences de l'éducation et de la formation, Lyon, Université Lyon 2.

Van de Velde, C., 2008, *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF, « Le lien social social ».

Vanhaesebrouck, A., 2024, *Le suicide des personnes détenues en France : état des lieux, facteurs de risque et enjeux pour la prévention*, thèse de santé et santé publique, Villetaneuse, Université Paris-Nord - Paris XIII.

Vellut, N., et al., (dir.), 2021, *Hikikomori. Une expérience de confinement*, Rennes, Presses de l'EHESP, recherche « Recherche santé social ».

Vernay, O., 2024, « La résistance à la contrainte psychiatrique comme ressource. Analyse des stratégies de jeunes filles hospitalisées », *Agora débats/jeunesses*, n° 97, vol. 2, p. 88-103 (<https://doi.org/10.3917/agora.097.0088>).

Vial, B., 2016, « Ne pas se sentir concerné par ses droits. Une analyse du non-recours dans les parcours sociaux juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, n° 74, vol. 3, p. 77-88 (<https://doi.org/10.3917/agora.074.0077>).

Vildard, M., 2026, *L'Accompagnement. Les habits neufs de l'autorité*, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant.

Virin, T., 2025, « S'unir dans la solitude. Récits de violences et reconstruction de soi collective dans un groupe numérique pour personnes "Hikikomori" », *Ethnologie française*, n° 2, vol. 55, p. 159-173 (<https://doi.org/10.3917/ethn.252.0159>).

Vuattoux, A., 2016, *Genre et rapports de pouvoir au tribunal pour enfants. Enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice civile et pénale dans la France contemporaine*, thèse de sociologie, Villetaneuse, Université Paris-13.

Walther, A., 2006, « Regulating youth transitions : trends, dilemmas and variations across different "regimes" in Europe », in A. Walther et al. (dir.), *Participation in Transition, Motivation of Young Adults in Europe for Learning and Working*, Berlin, Peter Lang, p. 43-64.

Wang, S., 2017, *Illusions et souffrances. Les migrants chinois à Paris*, Paris, Éditions rue d'Ulm, coll. « Sciences sociales ».

COMPRENDRE LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES

REVUE DE LITTÉRATURE

Ces dernières années, la santé mentale a fait l'objet d'une intense actualité médiatique et politique, au point d'être proclamée « grande cause nationale » en 2025. Cette préoccupation apparaît encore plus marquée lorsqu'il s'agit de la santé mentale des jeunes. Articles de presse, émissions, prises de position de professionnel·les et d'acteurs du champ alertent sur un état jugé particulièrement dégradé, notamment depuis la crise sanitaire du covid-19. S'est ainsi progressivement imposée une forme d'évidence sociale concernant l'ampleur d'une « crise » de la santé mentale des jeunes. La notion même de « santé mentale » n'est pas neutre. Elle renvoie à une définition élargie, institutionnalisée par l'Organisation mondiale de la santé, comme état de bien-être, et non plus seulement absence de trouble. Ce passage de la psychiatrie à la santé mentale élargit considérablement le périmètre d'analyse. De même, la catégorie des « jeunes » est plurielle, traversée par des statuts sociaux et des conditions d'existence différenciées. L'enjeu de cette revue de littérature est double : objectiver les réalités empiriques de l'état de santé mentale des jeunes et analyser la construction sociale et politique contemporaine de la « crise » de la santé mentale des jeunes.



ISSN : 2727-6465