



La santé mentale des doctorant·e·s

Quand doctorat rime
avec mal-être



Document réalisé par
l'association Raptor Neuropsych



Alison DEMANGEON
Docteure
en psychologie



Lucas RONAT
Docteur en sciences
biomédicales



- Octobre 2025 -

Sommaire

Introduction

La santé mentale des doctorant·es

1. Facteurs impactant la santé mentale
2. Répercussions
3. Risques au niveau psychique

Les problématiques de santé mentale fréquentes en doctorat

1. Le burn-out
2. La dépression
3. Les troubles liés à l'anxiété
4. Le risque suicidaire
5. Les conduites addictives

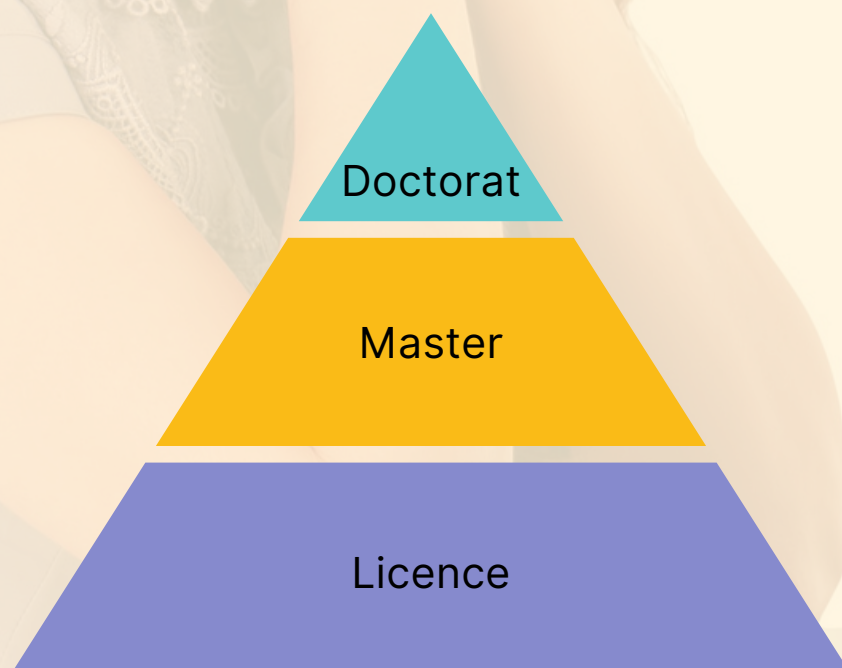
En conclusion

Introduction

Un doctorat c'est quoi ?

Le doctorat est un **diplôme de troisième cycle universitaire (Bac+8)**. Il constitue ainsi le plus haut diplôme universitaire qu'un·e étudiant·e de l'enseignement supérieur puisse obtenir à l'issue de son cursus.

Mais le doctorat n'est pas seulement un diplôme, c'est aussi une **longue expérience de recherche**, donnant lieu à la rédaction d'un écrit : la thèse de doctorat. Soutenue devant un jury, cette thèse constitue donc l'aboutissement d'un **travail scientifique rigoureux mené durant 3 ans au minimum**. Le doctorat constitue ainsi une première étape dans la vie d'un·e chercheur·euse.



Introduction

Pourquoi ce livret ?

Selon le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESRI), chaque année, en France, **14.000 personnes** sont diplômées d'un doctorat, toutes disciplines confondues. Pourtant, le doctorat présente un **taux d'abandon élevé**, particulièrement dans les disciplines touchant les sciences humaines et sociales.

Si différents facteurs viennent expliquer ce taux d'abandon élevé, il semblerait que la santé mentale soit en grande partie impliquée dans la réussite ou l'échec des doctorant·es.

Au-delà des compétences intellectuelles nécessaire à la préparation du diplôme, le doctorat implique des compétences **sociales, relationnelles** ou encore **professionnelles** auxquelles les étudiant·es fraîchement sortie·es du master ne sont pas toujours préparé·es.

Ainsi, ce livret se donne pour objectif de mieux **comprendre les difficultés que peuvent rencontrer les doctorant·es**, leurs causes et les moyens possibles pour y faire face.

La santé mentale des doctorant·es

Les doctorant·es sont **deux fois plus** à risque de présenter un **problème de santé mentale** que leurs pairs de même niveau d'étude, exerçant hors du secteur académique. Ils et elles présentent un haut niveau de **stress** (27 à 57%), ainsi que des symptômes **anxieux** (42 %) et **dépressifs** (54 %).

Facteurs

Plusieurs facteurs seraient liés à une mauvaise santé mentale chez les doctorant·es. Ces facteurs ont un poids relatif à la discipline dans laquelle exercent les doctorant·es. Par exemple, il apparaît que **l'aspect financier** a un poids plus important chez les doctorant·es en arts, tandis que chez les doctorant·es en psychologie, **l'encadrement** sera un facteur de stress plus important.



Globalement, dans toutes les disciplines, différents facteurs sont retrouvés comme :

Le poids des relations avec l'encadrant·e mais également avec les autres membres de la communauté académique : manque de soutien social, isolement, etc.



Le travail de thèse : apprentissage autonome, gestion du temps, des projets, etc.



Les dimensions personnelles : les doutes, l'articulation avec la vie personnelle



Le manque de ressources financières et matérielles



La pression vers l'excellence et les pratiques institutionnelles qui y sont associées



Répercussions

Ces facteurs peuvent avoir des répercussions sur les plans relationnel, du bien-être, de la performance ou encore de l'engagement dans l'activité professionnelle.

De plus, certaines études ont montré qu'un haut niveau d'exigence couplé à des facteurs de stress peuvent conduire à un usage fréquent et potentiellement problématique de substances psychoactives.

Risques au niveau psychique

Au niveau psychique, ces répercussions peuvent avoir des conséquences importantes : anxiété, dépression, burn out, risque suicidaire, conduites addictives....

Nous détaillons quelques-unes de ces situations dans les pages qui suivent.



Les problématiques de santé mentale fréquentes en doctorat

Comme nous l'avons vu, de nombreuses problématiques de santé mentale peuvent survenir au cours du doctorat.

Nous abordons dans les pages qui suivent :

- le burn-out,
- la dépression,
- les troubles liés à l'anxiété,
- le risque suicidaire
- ainsi que les conduites addictives.

Des outils d'évaluations, de repérage des premiers signes ainsi que quelques pistes d'aides et de solutions pour tenter de surmonter ces difficultés pourront être proposées.

Le burn-out

Définition générale

Le burn-out correspond à un sentiment de **grande fatigue lié au travail**. Il implique un épuisement émotionnel, une attitude cynique et une diminution ou perte du sentiment d'efficacité personnelle.

Burn-out académique

Dans le milieu universitaire, chez les étudiant·es, on parle plus spécifiquement de burn-out académique. Il implique les mêmes variables que le burn-out au travail, associé à un sentiment de détachement vis-à-vis de ses études.

Prévalence

Quelques études se sont intéressées au burn-out en doctorat. Cependant, la prévalence du burn-out dans cette population demeure difficile à trouver. D'une manière générale, il apparaît que la santé mentale des doctorant·es est mauvaise (e.g. présence de troubles anxieux, dépressifs, problématiques addictives).

Évaluer le burn-out

La **MBI-SS-D** est une échelle adaptée à partir de la version française de la Maslach Burnout Inventory–Student Survey (MBI-SS). Elle permet d'évaluer le **burn-out chez les doctorant·es**.

Elle repose sur la structure tridimensionnelle du burn-out telle qu'évoquée en introduction, à savoir : l'épuisement émotionnel, le cynisme, l'auto-efficacité académique.

Exemples d'items



Cynisme

"J'ai des doutes sur le sens de mes études"

Auto-efficacité académique

"J'arrive à résoudre efficacement les problèmes que je rencontre dans le cadre de mes études"

Épuisement émotionnel

"Je me sens émotionnellement vidé(e) par mes études"

La dépression

Définition générale

La dépression se caractérise par une perte de plaisir et d'énergie, des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur (tristesse) pouvant générer des idées suicidaires, des troubles de la concentration, des troubles de l'appétit, ainsi qu'un sentiment d'inutilité.

Prévalence

Les données scientifiques indiquent que la présence de symptômes de dépression est très fréquente chez les doctorant·es.

Selon une méta-analyse de 2021, compilant les données de plus de 23000 étudiants, la prévalence estimée de symptômes dépressifs est de **24%** (de 10 à 47% selon les études et les pays).

Ces taux sont bien plus importants que dans la population générale, où les troubles dépressifs et anxieux sont estimés à **5-7% dans le monde**, et à environ **13-15% chez les jeunes adultes de moins de 30 ans**.

Repérer les signes

Plusieurs éléments doivent être considérés :

Tristesse de
l'humeur

Diminution
des intérêts
ou du plaisir

Leur durée :

La majorité
du temps

Au moins
deux
semaines

Ainsi que leurs conséquences :

Impacte la vie
quotidienne

Représente une
souffrance notable

Quelques questions peuvent aider à s'y retrouver :
Comment je me sens ? Depuis combien de temps ? Est-ce que je suis en souffrance ? Est-ce que je fonctionne moins bien par rapport à avant ?

Les réponses à ces questions peuvent indiquer un besoin d'une aide externe pour s'en sortir.

Évaluer la dépression

Plusieurs outils sont à disposition des clinicien·nes pour évaluer la dépression chez l'adulte et aider au diagnostic. On peut notamment citer le Patient Health Questionnaire-9 items et le Beck Depression Inventory II qui sont des auto-questionnaires permettant d'aider à identifier un épisode dépressif caractérisé.

PHQ-9

Voici quelques exemples d'items issus du PHQ-9 permettant d'identifier la dépression :

« Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? »

« 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses »

« 2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e) »

Les réponses sélectionnées par les patients pouvaient être « jamais », « plusieurs jours », « plus de la moitié du temps », ou « presque tous les jours ».

BDI-II

De manière différente, dans le BDI-II, les patients doivent juger ce qui décrit le mieux leur état des deux dernières semaines, par exemple :

« Je ne me sens pas triste.

Je me sens très souvent triste.

Je suis tout le temps triste.

Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable. »

Recommandations pour en sortir

La Haute Autorité de Santé fait état de plusieurs recommandations de prises en charge. Mais la prise en charge nécessite une mise en évidence des signes, ou leur reconnaissance, par la personne et/ou ses proches. Cela peut passer par la reconnaissance d'un changement dans le fonctionnement de la personne (social, familial, professionnel) souvent sans explication évidente (absence de deuil, de rupture ou de bouleversement majeur du quotidien).

Les étapes

- consultation du médecin de famille pour faire reconnaître cliniquement les signes de la dépression et leur sévérité
- se tenir informer de la nature des troubles dépressifs avec son médecin et des possibilités de traitements
- La sévérité des symptômes orientera les suivis potentiels

Par exemples :

- psychothérapie de soutien en cas de dépression légère
- psychothérapie structurée avec ou sans médication en cas de dépression modérée
- psychothérapie structurée avec médication et/ou hospitalisation en cas de dépression sévère

Outre les traitements médicamenteux ou non, il est important de :

- prêter attention à son mode de vie comme **respecter son rythme jour/nuit** (nycthéméral),
- pratiquer et maintenir une **activité physique régulière**,
- éviter la consommation d'alcool/substances toxiques,
- maintenir des **activités sociales régulières** et poursuivre les **activités plaisantes**.

En bref, l'amélioration de symptômes qu'il s'agisse de maladies organiques ou de troubles mentaux passe aussi par l'équilibre du mode de vie.

Par ailleurs, cet équilibre peut aussi constituer un facteur protecteur contre ces maladies/troubles.

Il en est de même concernant l'équilibre alimentaire par ailleurs (plus faible risque de développer la dépression avec une alimentation de type méditerranéenne par exemple).

Les troubles liés à l'anxiété

Définition générale

L'anxiété est un état psychologique et physiologique que nous ressentons tou.te.s. Il s'agit d'une réaction générale à des situations anticipées comme "menaçantes" (on peut être anxieux avant un examen, un rendez-vous, une rencontre, ou une situation nouvelle en général).

Considérations importantes

Si l'anxiété est un phénomène courant, qui se retrouve chez tout un chacun, son amplitude et son intensité peuvent être caractéristiques de troubles anxieux.

Pour faire un parallèle avec la dépression : tout le monde peut se sentir triste sans être en dépression, mais une tristesse trop fréquente, et suffisamment importante pour entraver le quotidien peut en être un signe.

Ainsi l'anxiété n'est pas un trouble en soi, mais lorsqu'elle est trop importante et perturbe les activités quotidiennes habituelles, elle peut le devenir.

Dans ce cadre, plusieurs troubles peuvent être distingués : la phobie sociale, le trouble anxieux généralisé...

Prévalence

Au même titre que les symptômes de dépression, les étudiant.e.s au doctorat présentent des **taux élevés** de symptômes d'anxiété. Au Royaume-Uni, c'est **75 %** des doctorant.e.s qui sont concernés, et près de **40%** en Australie qui présentent de l'anxiété **modérée à sévère**.

Parmi ces étudiant.e.s, seule une minorité cherche de l'aide pour améliorer leur condition.

Ces symptômes anxieux (mais aussi dépressifs et pensées suicidaires) peuvent être liés à d'autres facteurs, qui y sont associés ou constituent des risques :

Ne pas être un homme (les personnes d'autres genres étant plus à risque)

Avoir des antécédents de santé mentale

Avoir un handicap

Avoir une grande solitude

Avoir peu de communication avec son superviseur

Passer trop de temps à travailler ou à étudier

Être perfectionniste

Avoir des pensées d'imposture

Repérer les signes

L'anxiété, ce n'est pas uniquement un ressenti, c'est un ensemble de caractéristiques émotionnelles, cognitives et comportementales, associées à des pensées sur soi, sur le monde. On peut retrouver chez les personnes anxieuses / très anxieuses :

Un manque de confiance en soi

Des difficultés à prendre des décisions

Une nervosité / une agitation

Des inquiétudes

L'impression que les difficultés sont insurmontables

Des difficultés à chasser les pensées négatives de son esprit

Évaluer l'anxiété

Similairement à la dépression, il existe de nombreux outils, questionnaires pour évaluer l'anxiété, et notamment les anxiété trait (tendance générale à l'anxiété) et état (anxiété lors d'une situation donnée). Parmi les plus connus / utilisés, on peut mentionner l'inventaire d'anxiété état et trait de Spielberger (STAI) ou encore l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI).

Le risque suicidaire

Définition

Les **risques** suicidaires ? Il s'agit d'un ensemble de processus qui doivent inquiéter sur la possibilité qu'une personne passe à l'acte.

Cela peut être des **pensées liées au suicide** comme :

- songer à la mort,
- à ne plus faire partie du monde,
 - en raison de souffrance,
 - de perte de sens de la vie,
 - ou par croyance que l'on n'est utile à personne.

Ces pensées peuvent être accompagnées de **l'intention ou non de passer à l'acte**, et suivies ou non de ces passages à l'acte.

Notons que chaque facteur de risque est **à prendre au sérieux**, et la présence de passages à l'acte passés augmente davantage le risque de nouvelle tentative. l'acte suicidaires.

Prévalence

La prévalence des risques de suicide varie beaucoup entre les études et les pays (entre 2 et 12% selon une méta-analyse de 2021 concernant les seules pensées suicidaires). Elle a pu atteindre 36% en Australie.

Dans ce dernier cas, le taux était plus élevé chez les citoyen.ne.s australien.ne.s ainsi que chez les personnes ayant un sentiment plus faible d'appartenance à leur groupe social (les doctorant.e.s qui ne se sentent pas appartenir au groupe des doctorant.e.s).

Une recherche britannique montrait aussi que les plus jeunes, avec des pensées d'imposture, de perfectionnisme et ayant une faible communication avec le.a superviseur.e, avaient un risque plus élevé de comportements suicidaires.

Comme précédemment cité, avoir un handicap ou un historique de problème de santé mentale augmente aussi ces risques.

En parallèle, il a aussi pu être montré une hausse de l'utilisation de médication psychotrope chaque année supplémentaire de thèse (jusqu'à 40% en 5e année). Le taux d'hospitalisation suivrait également cette tendance.

Les conduites addictives

Définition et prévalence

On entend par conduites addictives certains **comportements** :

- jeux d'argent,
- achats,
- comportements sexuels...)

ou **consommations** :

- alcool,
- cannabis,
- autres...

Ces comportements consommations sont en l'occurrence **problématiques**.

Problématiques car :

- les personnes ont un **besoin de plus en plus important** d'adopter le comportement ou la consommation pour en obtenir des effets, et l'effet diminue avec la même consommation ou la même fréquence du comportement (on parle d'effet de tolérance),
- l'augmentation du comportement ou de la consommation se fait **au détriment des finances, des relations, du travail et de la santé** (augmentation du temps passer à ces comportements/consommations même si ça entrave le travail ou la santé).

Les conduites addictives

Prévalence et risques

Là encore les prévalences de consommations notamment semblent bien plus élevées chez les étudiant.e.s que dans la population générale :

- Consommation d'alcool : **4 à 44%** (selon les études),
- Drogues illicites : **20-23%**,
- Consommation non médicale de médicament (stimulants, analgésiques, tranquillisants ou sédatifs pour les effets que ça procure et non pour des raisons médicales) : **7-10%**.

Les facteurs de risques sont variables selon les études :

- là où il semble reconnu que les femmes sont plus à risque de difficultés liées à la santé mentale, pour les conduites addictives les différences hommes/femmes sont moins claires.
- Les personnes **plus jeunes**, ainsi que celles appartenant à la **communauté LGBTQ+**, sont plus à risque de consommations de drogues illicites.
- En revanche, il semble que les **personnes mariées et/ou parents soient moins à risque**.

Conseils aux doctorant·e·s actuel·le·s et futur·e·s

Que faire ?

- En cas de difficultés de santé mentale et/ou physique :
 - Consulter son médecin généraliste,
 - prendre rdv avec la médecine du travail. Un arrêt de travail peut être nécessaire et salvateur.
- En cas de harcèlement :
 - alerter l'employeur (direction du laboratoire, RH),
 - contacter la médecine du travail,
 - renseigner le registre santé sécurité au travail (obligatoire dans tous les établissements),
 - prendre rendez-vous avec les représentants du personnel,
 - s'informer auprès des syndicats.
- Bonnes pratiques :
 - Relation avec le superviseur (bien choisir et en changer si nécessaire (e.g. si harcèlement),
 - Veiller à son emploi du temps, ne pas travailler hors des heures de bureau, ne pas sacrifier sa vie personnelle et ses activités extérieures,
 - Demander des retours et fixer des rdv réguliers pour faire le point sur son travail avec son/sa superviseur·e,
 - S'entourer : obtenir du soutien auprès des autres doctorant·e·s, des post-doc, des collègues mais aussi auprès des proches.

Psychothérapies

Sur le plan psychothérapeutique, **plusieurs approches démontrées efficaces** dans la dépression peuvent être recommandées selon :

La sévérité des symptômes

Les antécédents médicaux et de soins (nécessite de tenir compte des échecs et réussites thérapeutiques antérieurs)

Le type de symptômes manifestés

On distingue souvent :

La thérapie de soutien

Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies systémiques

Les thérapies psychodynamiques

Ainsi que d'autres approches et outils :

La thérapie par résolution de problème

L'activation comportementale

La thérapie interpersonnelle

Et des interventions auprès de l'entourage :

Transmission d'informations sur la dépression
(évolution, traitement)

Permettant d'impliquer les proches



Soutien émotionnel, aide à la résolution de problème, améliorer l'adhérence au traitement...

En conclusion

Pourquoi ces problèmes de santé mentale ?

De nombreux facteurs viennent impacter négativement la condition et le travail des doctorant·e·s.

On y retrouve des **facteurs systémiques** comme la **culture académique parfois toxique et exigeante** (importante pression sur les étudiant·e·s de la fameuse loi du « Publish or Perish ») nécessitant de travailler fort, publier vite et beaucoup, parfois tout en prenant le temps de chercher des financements.

Cela conduit souvent à une **incertitude professionnelle, parfois personnelle**, résultat de la société de compétition actuelle.

Des facteurs démographiques viennent aussi impacter les conséquences des faits précédents (les **plus jeunes** et les **personnes non identifiées comme hommes cisgenres** plus à risque de subir des pressions et des problématiques de santé mentale).

Le **manque de soutien, de reconnaissance**, de communication avec les superviseur·e·s, sont aussi très délétères pour le travail et le bien-être des étudiant·e·s.

Ces ambiances conduisent souvent les étudiant·e·s à avoir des sentiments d'incompétence, d'imposture, de non-suffisance de leur travail acharné. L'investissement dans le travail et l'insatisfaction liées, le sentiment de faiblesse, peuvent conduire à **l'isolement**, à **se sentir illégitime** et ressentir une **non-appartenance au groupe social**.

Et après ? Le problème étant systémique, les solutions ne peuvent le résoudre en profondeur. Cela nécessiterait une révision, un changement total du système académique, de son organisation, de son financement, et des croyances qui y sont liées, notamment changer les fausses croyances (ex : "le doctorat a toujours été difficile, il est donc normal que ça reste ainsi").

En attendant, il est nécessaire de prendre conscience de ces problématiques, de leurs conséquences, que ce soit au niveau des étudiant·es, des superviseur·es ou de l'académie (administration, direction, services d'aide, associations). Des interventions de prévention à ces différents niveaux pourraient contribuer à faire reconnaître ces problématiques, les rendre légitimes, et encourager la demande d'aide, auprès de camarades, collègues ou des services universitaires.



Nos pensées vont à Scylla, jeune doctorante qui s'est suicidée avant de terminer son doctorat. Elle a subi du harcèlement durant plusieurs mois.

À toutes les victimes :
On vous croit, vous n'êtes pas seules.

Conseil lecture



Livre

Comment l'université broie
les jeunes chercheurs

-
Adèle B. Combes
(2022)

Pour se sentir moins seul·es :



@phddiarymemes

@lovephdmemes

@balancetathese



Le violentomètre du doctorat

créé par le Collectif ECUME

Bibliographie

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229-243.

Boisselier, J., Lemée, C., Flores, P. & Wagner, V. (2022). Vulnérabilité sociale et santé mentale : quand les doctorants sont mis à mal. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 33, 167-182. <https://doi.org/10.3917/nrp.033.0167>

Broc, G., Shankland, R., Martin-Krumm, C., Carter, S., & Bouteyre, E. (2020). Burnout académique en doctorat : Validation d'une échelle de burnout adaptée aux étudiants francophones en doctorat. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(5), 517-524. Elsevier Masson.

Casey, P., Dunn, G., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Dowrick, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2008). The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 299-304.

Faye-Dumanget, C., Belleil, J., Blanche, M., Marjolet, M., & Boudoukha, A. H. (2018). L'épuisement académique chez les étudiants : effet des variables sociodémographiques sur les niveaux de burn-out. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(9), 870-874. Elsevier Masson.

Haute Autorité de Santé. (2017). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Méthode recommandations pour la pratique clinique. Repéré sur le site de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>

Popa, T. A., & Ladea, M. (2012). Nutrition and depression at the forefront of progress. *Journal of medicine and life*, 5(4), 414.

Satinsky, E. N., Kimura, T., Kiang, M. V., Abebe, R., Cunningham, S., Lee, H., Lin, X., Liu, C. H., Rudan, I., Sen, S., Tomlinson, M., Yaver, M., & Tsai, A. C. (2021). Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among Ph.D. students. *Scientific reports*, 11(1), 14370. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93687-7>

Mes notes



Area for writing notes, consisting of multiple horizontal dotted lines.

Mes notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Document réalisé par
l'association Raptor Neuropsychy**



Alison DEMANGEON
Docteure
en psychologie



Lucas RONAT
Docteur en sciences
biomédicales



- Octobre 2025 -