

# LA Santé

de l'homme



\*33

## La santé : un défi pour les étudiants

**Populations africaines**  
d'Ile-de-France face  
au VIH/sida

**École primaire :**  
prévenir la  
maltraitance

**Documentaire :**  
un autre regard  
sur les SDF

Institut National  
de Prévention  
et d'Éducation  
pour la Santé

**inpes**  
www.inpes.sante.fr

# La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

**LA Santé**  
de l'homme

est éditée par :  
**L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex  
Tél. : 01 49 33 22 22  
Fax : 01 49 33 23 90  
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :  
**Philippe Lamoureux**

**RÉDACTION**  
Rédacteur en chef :  
**Yves Géry**  
Secrétaire de rédaction :  
**Marie-Frédérique Cormand**  
Assistante de rédaction :  
**Danielle Belpaume**

**RESPONSABLES DES RUBRIQUES :**  
Qualité de vie : **Christine Ferron**  
<direc@inpes.sante.fr>  
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**  
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>  
Débats : **Éric Le Grand**  
<legrand.eric@cegetel.net>  
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>  
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>  
International : **Jennifer Davies**  
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>  
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**  
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>  
Cinésanté : **Michel Condé**  
<michelconde@grignoux.be>  
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>  
Lectures – Outils : **Centre de documentation**  
<doc@inpes.sante.fr>

**COMITÉ DE RÉDACTION :**  
**Jean-Christophe Azorin** (Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux 3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Élodie Aina-Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif/ Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

**FABRICATION**  
Création graphique : **Frédéric Vion**  
Impression : **Mame Imprimeurs – Tours**

**ADMINISTRATION**  
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)  
Commission paritaire :  
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.  
Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2008.  
Tirage : 9 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



## Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

## Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

## Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

**52 pages d'analyses et de témoignages**



## Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

**Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants** (en fonction des stocks disponibles) :

- La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
- Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
- Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.
- Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées, n° 381.
- Démarche participative et santé, n° 382.

### Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R<sup>o</sup>/V<sup>o</sup> de la carte d'étudiant

Soit un montant de \_\_\_\_\_ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par  chèque bancaire  chèque postal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

SH 393

**inpes**  
www.inpes.sante.fr

**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**  
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

# sommaire

numéro 393

Janvier-Février 2008

## ► Aide à l'action

**Relais santé : l'accueil des personnes en situation de précarité**

*Fabrice Bretel, Myriam Roche, Marie-Pierre Rouvet . . . 4*

**À Chalon-sur-Saône, des lycéens relais formés à la prévention du sida**

*Entretien avec Marie-Christine Agacinski . . . . . 6*

## ► Enquête

**Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida**

*Nathalie Lydié . . . . . 8*

**« Adapter la prise en charge à la situation socio-économique des migrants »**

*Entretien avec France Lert . . . . . 11*

## Dossier

## La santé : un défi pour les étudiants

### Introduction

*Annick Louvel, Annick Fayard, Sandrine*

*Broussouloux . . . . . 13*

### Comment se portent les étudiants

**Repères sur la santé des étudiants**

*Annick Louvel . . . . . 15*

**Mal-être des étudiants : ce que nous apprennent leurs mutuelles**

*Annick Louvel . . . . . 18*

**Baromètre santé de l'INPES : produits psychoactifs et santé mentale chez les étudiants**

*François Beck, Stéphane Legleye . . . . . 20*

**Étudiants et santé : état des lieux et évolutions récentes**

**Créer des centres de santé pour les étudiants**  
*Camille Galap . . . . . 21*

**À quand de véritables services de santé dans les universités ?**

*Laurent Gerbaud, Marie-Ange Grondin,*

*Anne Perrève . . . . . 23*

**Difficultés socio-économiques : des conséquences sur la santé et les études**

*Sandrine Broussouloux . . . . . 26*

**« Nous sommes confrontés à des étudiants en grande précarité »**

*Entretien avec Maryse Thibon . . . . . 28*

**Assurer un accès égal pour les étudiants handicapés**

**Accueil des étudiants handicapés : les universités inégales**

*Yves Géry . . . . . 30*

**Nancy se préoccupe de l'accueil des étudiants handicapés**

*Entretien avec Baptiste Vaury . . . . . 31*

**Mutuelle des étudiants : prendre en compte le handicap**

*Nicolas Souveton . . . . . 32*

**Promouvoir la santé des étudiants : analyses et pratiques de terrain**

**Éducation pour la santé des étudiants : quelques règles essentielles**

*Claude Terral . . . . . 34*

**« Ouvrir des maisons de santé pour les étudiants »**

*Entretien avec Delphine Bouenel . . . . . 37*

**« La médecine préventive doit être ouverte à tous les étudiants »**

*Entretien avec Claire Guichet . . . . . 39*

**Les Crous souhaitent réduire les inégalités sur les campus**

*Denis Lambert . . . . . 40*

**« La promotion de la santé des étudiants est prise en compte par la région Rhône-Alpes »**

*Entretien avec Thierry Philip . . . . . 41*

### Pour en savoir plus

*Olivier Delmer, Céline Deroche . . . . . 43*



Illustrations : Jiho

## ► La santé à l'école

**Un programme de prévention de la maltraitance en école primaire**

*Sophie Asselineau, Martine Aioutz . . . . . 45*

## ► La santé en chiffres

**Baromètre santé 2005 : enquête sur la santé des Français**

*François Beck . . . . . 48*

**Des substances psychoactives au mal-être des adolescentes : focus sur quelques résultats**

*François Beck . . . . . 49*

## ► Cinésanté

**Des nouvelles d'ici-bas : un autre regard sur les SDF**

*Marie Paulen . . . . . 51*

**« Quand on s'approche de très près d'une population, tous nos préjugés s'effondrent »**

*Entretien avec François Royer . . . . . 52*

## ► Lectures

*Olivier Delmer, Yves Géry . . . . . 53*

LA Santé  
de l'homme

# Relais santé : l'accueil des personnes en situation de précarité

À Thiers, dans le Puy-de-Dôme, l'équipe du Relais santé – infirmière, psychologue et assistant social – conseille, accompagne et oriente les personnes en situation de précarité, essentiellement âgées de 16 à 30 ans. L'objectif est de les réintégrer dans le système de soins par une approche de prise en charge globale de la personne. Un travail de coordination entre professionnels qui s'inscrit sur la durée, dans lequel on retrouve l'ensemble des acteurs du territoire local.

C'est une petite tour médiévale située dans le centre ville de Thiers, dans le Puy-de-Dôme<sup>1</sup>. Elle abrite le Relais santé, qui offre un accueil et un accès aux soins à toute personne en situation de précarité. Volontairement, le relais n'a pas été implanté dans le centre hospitalier, qui suscite appréhension et craintes. Le relais est financé par les principaux acteurs locaux<sup>2</sup>, sa création s'inscrit dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) d'Auvergne.

Créé en 2000 dans le cadre du contrat de ville<sup>3</sup>, le Relais santé remplit deux missions :

- accompagner chaque personne en situation de précarité dans une démarche de soins ;
- promouvoir la santé dans le cadre d'actions collectives d'éducation à la santé et de prévention.

Le relais est géré par le centre hospitalier de Thiers, il coordonne les professionnels de l'hôpital et du réseau de ville (santé et social). L'équipe est composée d'une infirmière, d'une psychologue et d'un assistant social référent du relais, qui intervient aussi au centre hospitalier dans le cadre de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass).

### 16-30 ans, chômeur, sans ressources

Le Relais santé est ouvert une demi-journée chaque jour. Les personnes qui s'y présentent nous sont adressées par les partenaires (assistants sociaux du conseil général, du centre communal d'action sociale – CCAS – et scolaires ; la mission locale ; les organismes de formation et ou d'insertion, les associations caritatives), mais aussi par le bouche à oreille et les familles. Écoute, soutien, conseil, information, orientation, accès aux droits représentent notre

travail quotidien, dans une optique de prise en charge globale de la personne. L'objectif : soutenir chaque personne en difficulté afin qu'elle puisse reconstruire un projet de santé tout en intégrant le système de soins de droit commun.

En 2006, 189 personnes ont été reçues (112 femmes et 77 hommes), dont 60 avaient déjà fréquenté le relais. Le public accueilli a entre 16 et 30 ans, est de nationalité française, habite Thiers, est célibataire, chômeur, locataire, sans ressources propres. Les principaux problèmes rencontrés sont la souffrance psychologique, l'absence de couverture sociale et de mutuelle, les soucis financiers dans le cadre de l'accès aux soins (prothèses dentaires, lunettes), diverses pathologies (dont des problèmes gynécologiques), ainsi que des demandes pour passer des bilans de santé et des demandes de préservatifs.

Depuis son ouverture, en novembre 2000 :

- 996 personnes ont été accompagnées ;
- 2 965 entretiens ont été réalisés (en hausse de 36 % entre 2001 et 2006) ;
- 414 dossiers « accès aux droits » ont été instruits (couverture maladie universelle de base – CMUB ; couverture maladie universelle complémentaire – CMUC ; aide médicale de l'État – AME, etc.) ;
- 419 orientations dans le cadre de l'accès aux soins réalisées (en hausse de 46 % entre 2001 et 2006) : psychothérapeutes, centre d'examen de santé, services de maternité, de psychiatrie, des urgences, de la pharmacie du centre hospitalier de Thiers, médecin traitant, faculté dentaire, laboratoires, etc.

Le relais a une approche collective de la promotion de la santé, il organise avec les différents partenaires des actions d'éducation à la santé et de prévention qui sont mises en œuvre par les travailleurs sociaux, les organismes d'insertion et de formation (dont les établissements et services d'aide par le travail – Esat), les professionnels de l'Éducation nationale (enseignants, conseillers d'éducation, assistants sociaux, infirmiers, etc.). Sur des thématiques comme l'alimentation ou la sexualité, l'équipe du Relais santé fait appel à des professionnels du centre hospitalier (diététicienne, sage-femme).

### « Je viens ici et tu m'expliques les papiers »

Bien sûr des difficultés subsistent, comme l'orientation des personnes reçues vers les professionnels ou les structures adéquates, l'absence de certains professionnels de santé sur la ville (psychiatre, psychologue, CDAG), alors que Clermont-Ferrand est à quarante kilomètres. Par ailleurs, chacun sait qu'il ne suffit pas d'avoir accès à la CMU pour prendre en charge sa santé. Mais le bilan global est largement positif : le relais santé a permis de réintégrer une partie de ces personnes dans le dispositif de soins. Une illustration du service rendu par le relais ? Paroles de bénéficiaires : « Je viens ici et si je comprends pas tu m'expliques les papiers » (un homme de 27 ans). « On est bien reçu, on écoute notre misère ». « On a une réponse rapide » (des femmes de 19 et 21 ans).

Depuis janvier 2007, le Relais santé s'inscrit dans le contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) pour une durée de

trois ans. L'équipe s'implique dans de nombreux partenariats<sup>3</sup>. Dans le cadre du plan périnatalité, une sage-femme du centre hospitalier de Thiers vient deux après-midi par mois au Relais santé. Ce partenariat a trois avantages : permettre des consultations de proximité, préparer les actions de prévention et renforcer le travail avec le centre hospitalier. Un travail de réflexion est en cours à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Auvergne. Il doit permettre la mise en place des financements, des objectifs opérationnels et des indicateurs d'évaluation du Relais santé dans le cadre d'un projet de convention pluriannuelle.

**Fabrice Bretel**

Assistant social, référent,

**Myriam Roche**

Infirmière,

**Marie-Pierre Rouvet**

Psychologue,

Relais santé, Thiers.

**Pour en savoir plus :** [f.bretel@ch-thiers.fr](mailto:f.bretel@ch-thiers.fr)

1. Thiers : 13 000 habitants, bassin industriel lié à la coutellerie.

2. Le Relais santé est financé par le groupement régional de santé publique (GRSP) d'Auvergne, la mairie de Thiers et la préfecture dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale, le conseil général (programme départemental d'insertion), le centre hospitalier de Thiers.

3. Groupes de travail : contrat urbain de cohésion sociale, programme régional d'accès à la prévention et aux soins, point information jeunesse de la ville de Thiers, comité local de sécurité et de prévention de la délinquance de la ville de Thiers, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté de plusieurs collèges, formation de travailleurs sociaux, etc.

### Face à des situations dramatiques, une prise en charge personnalisée

Qu'apporte concrètement le Relais santé ? Que viennent y chercher les personnes qui en franchissent la porte ? Les trois parcours ci-après parlent d'eux-mêmes.

M. X, 29 ans, se présente spontanément au Relais santé. Il est reçu par l'assistant social disponible à ce moment-là. Célibataire et habitant à Thiers, il a connu la structure par le bouche à oreille. Après avoir vécu plusieurs mois sans revenus, il perçoit une allocation Assedic. Il n'a pas de mutuelle et a entendu parler de la CMU complémentaire (CMUC). Après évaluation de la demande, l'assistant social propose un rendez-vous le lendemain avec les documents nécessaires à la constitution du dossier de CMUC et de faire le point sur sa santé en faisant un bilan de santé. L'infirmière l'accompagne dans ses démarches (dossier, prise de rendez-vous et tickets de bus pour se rendre au centre d'examen de santé de Clermont-Ferrand).

M. X revient ensuite au Relais santé avec ses résultats, il est orienté de manière adaptée vers les professionnels de santé de ville ou du centre hospitalier de Thiers. Au cours de l'accompagnement, M. X fait part de ses difficultés financières (il ne mange qu'un repas par jour), de son problème d'addiction à l'alcool et de son souhait de se reloger ; il sera également orienté vers l'assistant social du CCAS, le service logement de la mairie et l'unité d'alcoologie du centre hospitalier de Thiers.

Mlle Y, 21 ans, vient au Relais santé orientée par la mission locale. En rupture de lien avec sa famille, sans activité professionnelle, hébergée par un ami, elle a eu un rapport sexuel à risque et souhaite faire un dépistage. L'infirmière propose un rendez-vous au dispensaire Émile-Roux à Clermont-Ferrand, un ticket aller-retour en car ainsi qu'une information sur la contraception et la délivrance d'un « kit » composé de préservatifs et de documentation.

M. Z, 26 ans, célibataire, bénéficiaire du RMI, habite Thiers depuis quelques mois seulement. Il vient au Relais santé à la suite de maux de gorge et de la fièvre. Il n'a pas renouvelé ses droits à la CMUC et ne peut faire l'avance des frais chez un médecin. L'assistant social propose d'établir un dossier CMUC et une consultation « gratuite » aux urgences du centre hospitalier de Thiers, dans le cadre de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass), avec la délivrance de médicaments si nécessaire. Durant l'entretien, M. Z fait part de son mal-être, de plusieurs tentatives de suicide et d'un sentiment de solitude. Avec son accord, il est orienté vers la psychologue de l'équipe.

F. B., M. R., M.-P. R.

# À Chalon-sur-Saône, des lycéens relais formés à la prévention du sida

À Chalon-sur-Saône, le centre communal d'action sociale et la municipalité ont mis en place un collectif réunissant dix-huit associations pour développer les actions d'éducation pour la santé et la prévention du sida. Trente lycéens ont été formés à la prévention et officient comme « jeunes relais » dans les lycées, encadrés par les enseignants et le personnel de santé scolaire. Interview de Marie-Christine Agacinski, responsable du service Santé-Prévention de Chalon-sur-Saône, coordinatrice du collectif.

**La Santé de l'homme : Comment est né le collectif sida de Chalon-sur-Saône et quels sont ses objectifs ?**

**Marie-Christine Agacinski :** Le collectif sida est né, en 2002, de la volonté de dix-huit associations chalonnaises (*voir liste en encadré*), sensibles à cette thématique, de se regrouper pour mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation pour la santé au niveau local. Sous l'impulsion du centre communal d'action sociale de Chalon-sur-Saône, le service de Santé-Prévention de la ville a mis en place ce collectif. Dans un premier temps, son action s'est surtout concentrée sur la Journée mondiale de lutte contre le sida, qui a lieu tous les

1<sup>er</sup> décembre. Le collectif se réunit une fois tous les deux mois environ afin de mettre en place de nouvelles initiatives et de définir la politique à mener. Nous avons développé des actions spécifiques en matière de prévention, sur les infections sexuellement transmissibles (IST), dont le sida, ainsi que la mise en place de réseaux de relais, notamment au niveau des lycées avec des « jeunes relais ». Au collectif, nous mettons les jeunes en avant, notamment en étant présents pendant cinq jours à un salon étudiant et aussi avec un concours (qui varie selon les années : vidéo, affiches ou photos montages) sur la thématique IST, qui ensuite devient un support de prévention et de communication. Pour la

Journée mondiale de lutte contre le sida de décembre 2007, nous avons passé un nouveau cap dans la prévention. Des adultes ont accepté de témoigner sur leur séropositivité.

**S. H. :** *Vous parlez de « jeunes relais », qu'entendez-vous par là et comment cela fonctionne-t-il ?*

Cette idée de faire participer des jeunes lycéens à la prévention des IST et tout particulièrement le sida a eu un an en octobre 2007. En général, pour la journée mondiale de lutte contre le sida, nous organisons un rendez-vous à l'Espace des arts de Chalon pour les adultes, mais aussi pour les lycéens et les collégiens. Le collectif a proposé d'organiser un système de « jeunes relais » à tous les établissements de la commune, trois ont répondu présent. Trente lycéens se sont portés volontaires pour suivre une formation sur la thématique sida et IST pour informer ensuite les autres jeunes sur la prévention au sein même de leur établissement. Évidemment ces « jeunes relais » ne sont pas livrés à eux-mêmes : ils sont encadrés par des adultes référents (infirmières ou médecins scolaires, professeurs de SVT, etc.). Tous ont suivi la même formation (historique de la maladie, traitement, épidémiologie, dépistage, conduites à risque, etc.), dispensée par des partenaires du collectif : un médecin et une infirmière du service de promotion de la santé des élèves, un membre du centre local du Planning familial, un membre du service départemental d'intervenants en toxi-

comanie (SDIT), un intervenant du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ainsi qu'un membre de l'association Aides.

Ensuite, en fonction des établissements, les jeunes se sont organisés comme ils le souhaitaient : soit en passant dans les classes, soit en tenant un stand avec des documents informatifs, préservatifs en libre-service et vente de pin's, par exemple à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre. Une fois identifiés comme « jeunes relais », ils ont été plus facilement sollicités par les autres lycéens, et ils sont très étonnés de l'intérêt suscité par leur intervention.

### S. H. : *Quel bilan tirez-vous de cette action opérationnelle depuis un an ?*

Le travail des « jeunes relais » est indéniablement reconnu. Au collectif, nous avons surtout remarqué le réel investissement des jeunes mais aussi de leurs référents adultes. Nous faisons le constat que les informations passent bien et avons constaté à quel point les lycéens semblent plus facilement parler aux personnes de leur âge. Les « jeunes relais » ont noté le très bon accueil des autres jeunes mais aussi la bonne

image qu'a eue cette initiative. D'autres lycéens seraient partants pour s'investir. Et ceux déjà identifiés « jeunes relais » souhaiteraient aller plus loin dans l'action, prendre des initiatives et avoir davantage de moyens financiers. Un des groupes de jeunes a envie de créer un site Internet qui aurait pour principale mission d'être une boîte à questions permettant aux jeunes de rester anonymes mais d'avoir quand même des réponses à leurs interrogations ou à leurs doutes. Ce sont aussi eux qui ont présenté, dans leur établissement, le concours vidéo organisé pour le 1<sup>er</sup> décembre 2007 par le collectif sida.

À noter que, sur les sept lycées de Chalon-sur-Saône, quatre n'ont pas opté pour les « jeunes relais ». D'une part, parce qu'ils ont fait le choix d'aller au rendez-vous que nous organisons, et, d'autre part, parce qu'ils préfèrent inviter le collectif dans l'établissement. Le bilan est largement positif, même si, un an, c'est court. Nous avons été contactés par d'autres lycées du département afin de mettre en place un système de « jeunes relais ».

Propos recueillis par **Olivier Frégaville**, journaliste.

### Les dix-huit associations du collectif sida

- le service Santé-Prévention de la ville de Chalon-sur-Saône
- l'association Aides
- les centres médico-scolaires de l'Éducation nationale
- le centre de planification
- l'association Second Souffle
- la protection judiciaire de la jeunesse
- le Planning familial
- le service information et relations publiques de la ville de Chalon-sur-Saône
- le service départemental d'intervenants en toxicomanie
- le centre interculturel franco-maghrébin
- le centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit
- le relais santé de la caisse primaire d'Assurance Maladie
- la Mutualité française Saône-et-Loire
- la mission locale du Chalonnais
- le service jeunesse et équipements de quartier de la ville de Chalon-sur-Saône
- l'association Apar
- la Croix-Rouge française
- le centre hospitalier William-Morey

## Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet



Rendez-vous sur  
**www.inpes.sante.fr**

**Vous trouverez sur [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)** en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite

- Le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2008 ;
- Cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit.

### Quatre rubriques composent l'espace de *La Santé de l'homme*

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

# Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida

**L'INPES a réalisé une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements des populations africaines face au VIH/sida. Objectif : améliorer la prévention en direction de ces populations. L'enquête prend acte des avancées réalisées et conclut à la nécessité de renforcer les actions en direction des personnes à faible niveau d'études, des femmes et des personnes en situation de précarité.**

Malgré la mise en évidence de la proportion grandissante des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne dans l'épidémie de VIH<sup>1</sup> et leur désignation comme « populations prioritaires » dans le programme national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004, puis 2005-2008, ces dernières sont restées absentes des programmes de recherche sur le sida. Peu de données précises et actualisées dans des domaines importants pour la définition des stratégies de prévention sont donc disponibles. C'est pourquoi, en 2005, l'INPES a lancé une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida des populations originaires d'Afrique subsaharienne.

## La méthodologie de l'enquête

L'objectif de l'enquête est de caractériser les représentations sociales que les populations originaires d'Afrique subsaharienne ont du VIH/sida, leurs connaissances des modes de transmission, des moyens de s'en protéger et des traitements, les attitudes qu'elles ont à l'égard des personnes touchées par l'épidémie, leur perception du risque de contamination et leurs modes d'adaptation face à ce risque. L'enquête a été réalisée dans cinquante communes d'Ile-de-France, en entretien face-à-face, auprès de 1 874 personnes âgées de 18 à 49 ans. La méthodologie mise en œuvre a permis d'interroger un échantillon représentatif de la population originaire d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France, en termes de répartition par sexe et par pays de naissance. *A contrario*, les personnes qui ont participé à l'enquête sont significativement plus jeunes et plus éduquées que la population qu'elles représentent.

## Quels en sont les principaux enseignements ?

L'un des principaux enseignements de cette enquête est que le VIH/sida est une préoccupation majeure pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Plus de 70 % des personnes interrogées ont ainsi déclaré craindre beaucoup le VIH pour elles-mêmes, loin devant d'autres maladies, comme le diabète (47,9 %) ou la tuberculose (45,3 %).

## Des modes de transmission connus

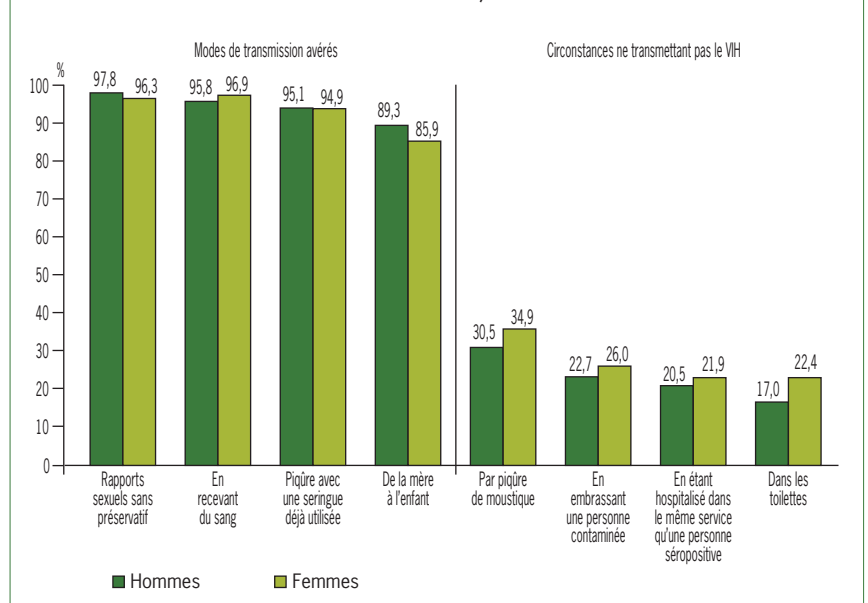
Il est également encourageant de constater que les modes de transmission du virus du sida sont globalement bien connus des personnes originaires d'Afrique subsaharienne : 97 % déclarent

que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels sans préservatif, 96,4 % en recevant du sang ou encore 95 % lors d'une piqûre intraveineuse de drogue avec une seringue déjà utilisée (figure 1). Les situations dans lesquelles le VIH ne peut être transmis sont, en revanche, moins bien maîtrisées. Ainsi, par exemple, 32,8 % des personnes interrogées déclarent à tort que la transmission est possible par une piqûre de moustique et 24,4 % en embrassant une personne contaminée.

## Des attitudes encore parfois discriminantes

La persistance de fausses croyances quant à la possibilité de transmission du VIH par simple contact explique en

**Figure 1. Pourcentage des personnes interrogées déclarant que le virus du sida peut se transmettre dans différentes circonstances, selon le sexe.**





grande partie l'existence d'attitudes discriminantes. Globalement, ces attitudes sont d'autant plus marquées que la situation implique un degré de proximité important avec la personne touchée. Ainsi, si 78,1 % des répondants accepteraient de travailler avec une personne séropositive, ils ne sont plus que 36,8 % à déclarer qu'ils laisseraient leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne atteinte.

## Des traitements méconnus

D'autres aspects qui concernent le VIH doivent faire l'objet d'une communication renforcée et, en particulier, ceux relatifs aux traitements. Au moment de l'enquête, seules 56,5 % des personnes interrogées avaient entendu « parler des traitements contre le virus du sida ». Pour ces dernières, les bénéfices offerts par les traitements n'étaient pas toujours très clairement identifiés.

## Le préservatif, perçu comme le plus efficace...

Connaissant dans leur quasi-totalité le risque de transmission du VIH lors de rapport sexuel, les personnes interrogées ont, pour 87,3 % d'entre elles, identifié le préservatif masculin comme le moyen de protection le plus efficace contre le virus du sida. De la même manière, elles connaissent globalement bien les moyens qui ne sont pas efficaces pour se protéger du VIH : se laver

après l'acte sexuel, se retirer avant la fin du rapport, boire des tisanes ou encore avoir recours à un féticheur.

## ...mais avec une image plutôt négative

Si les personnes interrogées ont clairement identifié le préservatif comme le moyen le plus efficace de se protéger contre le VIH/sida, le niveau d'appréciation générale du préservatif est particulièrement mauvais. Ainsi, par exemple, pour environ 40 % des personnes interrogées, il « incite à avoir plusieurs partenaires » et « crée des doutes sur le partenaire ». Par ailleurs, le préservatif est moins souvent considéré « comme quelque chose de banal » par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (environ 40 %) que par celles des Antilles-Guyane (environ 50 %) ou la population générale de métropole (environ 70 %).

## Une utilisation toutefois à la hausse

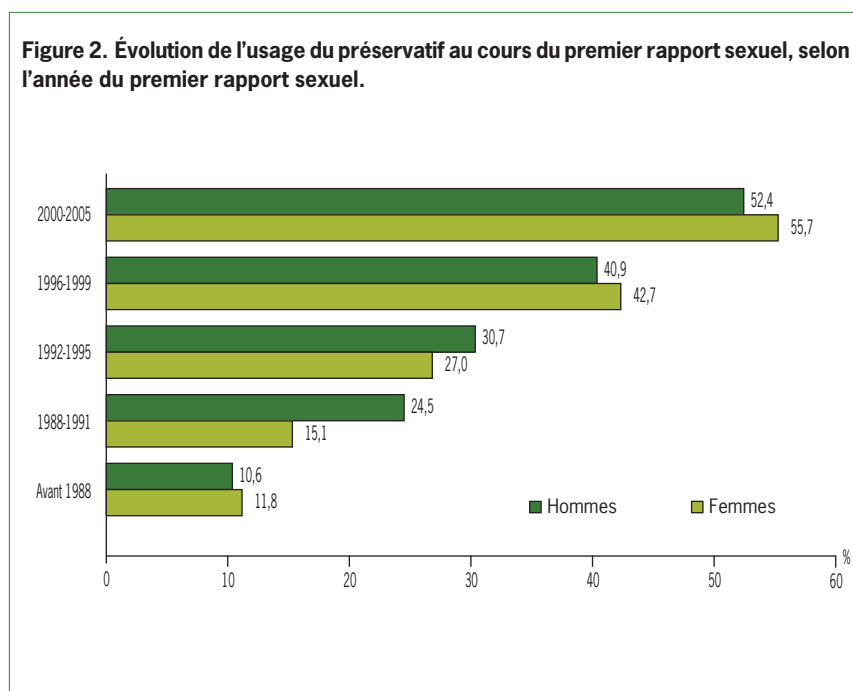
En termes de comportements sexuels, des résultats importants doivent également être soulignés dont, en premier lieu, la forte progression de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel. Les données de l'enquête attestent, en effet, d'une augmentation régulière et significative de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel au cours de ces dernières

années, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (figure 2). Le pourcentage global d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est ainsi passé de 11,1 % lorsque ce dernier a eu lieu avant 1988 à 53,5 % lorsqu'il a eu lieu entre 2000 et 2005. Une telle évolution sur une période aussi courte témoigne de l'efficacité des politiques de prévention menées en direction des populations originaires d'Afrique subsaharienne. Et, même si l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel reste à un niveau inférieur à ceux observés auprès de la population générale de métropole (85 %) et de celle des Antilles/Guyane (80 %), force est de constater que le préservatif s'impose progressivement comme la norme préventive en début de vie sexuelle. Ce résultat est d'autant plus important que les conditions d'entrée dans la sexualité influencent la construction des trajectoires de vie sexuelle et préventive des individus. Ainsi, l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel détermine fortement son utilisation future.

## Fréquence du multipartenariat et prévention

Parmi les autres caractéristiques de l'activité sexuelle, on notera la fréquence du multipartenariat dans la population masculine. Au moment de l'enquête, 30,2 % des hommes ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de l'année passée et, dans la majorité des cas, ce multipartenariat engageait des relations simultanées. Parce qu'elle est fortement liée à l'activité sexuelle des individus, l'utilisation du préservatif est plus importante parmi les multipartenaires. Ainsi, 85,8 % des hommes et 90,6 % des femmes multipartenaires ont utilisé un préservatif au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête contre respectivement 40,8 % et 26,5 % des monopartenaires. Le fait que les personnes les plus nombreuses à utiliser des préservatifs sont celles qui sont potentiellement les plus exposées au risque de contamination par le VIH montre qu'en dépit de son image plutôt négative le préservatif fait pleinement partie des stratégies de prévention mises en place par cette population. Cependant, la fréquence de l'utilisation des préservatifs montre que la protection n'est pas systématique, notamment dans le cadre de relations simultanées, ce qui représente un risque d'exposition au VIH.

**Figure 2. Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année du premier rapport sexuel.**



## Le dépistage gagne du terrain

Un autre résultat important concerne la question du dépistage. Au moment de l'enquête, 64,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà fait un test de dépistage du VIH au cours de leur vie. Ce pourcentage est supérieur à celui de la population interrogée en métropole (53,9 %) et aux Antilles/Guyane (61,5 %). Ce résultat suggère que les retards au dépistage encore parfois observés parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont davantage dus à l'ancienneté de l'infection au moment de l'immigration qu'à l'absence de dépistage en France. L'hôpital joue un rôle central dans l'accès au dépistage de cette population puisque 30,4 % des derniers tests avaient eu lieu en milieu hospitalier. En revanche, si les répondants ont une bonne connaissance des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ils ne les utilisent pas plus que la population générale (de 6 à 7 % des derniers tests). Enfin, dans environ 60 % des cas, le dernier test avait été réalisé soit à l'initiative du médecin à l'occasion d'un bilan de santé ou à cause de symptômes, soit dans le cadre d'un protocole de dépistage (examen prénatal, certificat prénuptial, don de sang), rappelant la place centrale des professionnels de santé sur cette question.

## Accompagner les plus vulnérables

Les actions institutionnelles et associatives engagées ces dernières années semblent avoir répondu, au moins en partie, aux besoins des populations originaires d'Afrique subsaharienne face au VIH/sida. Cette enquête montre des évolutions encourageantes à soutenir et à consolider tout en prenant soin d'accompagner les populations les plus vulnérables face au VIH/sida :

- les personnes pas ou peu scolarisées : dans l'ensemble des analyses, le niveau d'études apparaît comme l'une des variables les plus discriminantes. Quel que soit le thème abordé, les écarts obtenus entre, d'une part, les personnes qui ont fait des études supérieures et, d'autre part, celles qui ont un niveau d'études primaires ou qui n'ont jamais été scolarisées, sont très importants, davantage marqués que ceux observés dans les enquêtes réalisées auprès de la population générale en métropole et aux Antilles/Guyane ;
- les femmes : les femmes originaires

d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France se trouvent dans une situation globalement moins favorable que celle des hommes face au VIH/ sida. Leur plus forte vulnérabilité s'explique essentiellement par le fait qu'elles ont une moins grande maîtrise de la prévention même si, par ailleurs, elles ont une perception élevée du risque VIH ;

- les personnes en situation de précarité sociale et administrative : ces personnes se caractérisent à la fois par des niveaux de connaissance moindres, traduisant probablement un accès plus difficile à l'information, et par un accès moins important au dépistage. Ces résultats rappellent que la cohérence des actions de prévention repose également sur la politique d'accès aux droits et d'accès aux soins.

## Des recommandations concrètes pour renforcer la prévention

Les résultats de cette enquête vont permettre aux intervenants institutionnels et associatifs de mettre en place des actions répondant au plus près aux besoins des populations africaines vivant en France. Il s'agira notamment de :

- renforcer l'information sur les situations dans lesquelles le virus du sida ne se transmet pas, ce qui contribuera à faire reculer les attitudes de stigmatisation à l'égard des personnes atteintes ;
- consolider l'information sur les traitements ;

- renforcer l'information sur l'existence des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), notamment auprès des personnes en situation administrative et sociale précaire ;
- rappeler que le préservatif est le moyen le plus efficace pour se protéger du VIH/sida ;
- faire évoluer l'image du préservatif masculin : aider à dédramatiser l'acte d'achat, à banaliser son usage, à en faire un objet que chacun peut s'approprier ;
- participer à faire évoluer les représentations relatives à la sexualité des hommes et des femmes pour permettre à ces dernières d'acquiescer une meilleure maîtrise de la prévention.

**Nathalie Lydié**

Chargée d'études et de recherche, direction des Affaires scientifiques, INPES.

1. Entre 1996 et 2005, la proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne parmi les cas de sida est passée de 7 % à 24 %, et cette population a représenté près d'un tiers de l'ensemble des découvertes de séropositivité au cours de la période 2003-2005 (source : Institut national de veille sanitaire).

### Pour en savoir plus

Lydié N. (sous la dir.). *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2007 : 188 p.

## « Adapter la prise en charge à la situation socio-économique des migrants »

**Directrice de recherche à l'Inserm et spécialiste de santé publique, France Lert pilote le groupe de recherche sur les migrants au sein de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Elle souligne qu'il est capital de poursuivre les recherches sur les migrants atteints du sida, pour trouver le mode le plus pertinent de prévention et améliorer leur prise en charge, souvent tardive. France Lert signale aussi l'importance de lutter contre les discriminations et de garder un cadre éthique exigeant.**

**La Santé de l'homme : Vous dirigez au sein de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) un groupe de recherche consacré aux migrants. Quel est son rôle ?**

**France Lert :** Une précision d'emblée : par migrants nous entendons ici, dans le cadre de nos travaux, les personnes nées à l'étranger et non les générations suivantes. En effet, nous utilisons pour nos études les catégories de l'état civil (lieu de naissance et nationalité) et non des critères ethniques ou d'auto-identification qui jusqu'à présent ne s'utilisent pas en France. Ce qui nous amène à laisser de côté des questions sur les populations issues des migrations au-delà de la première génération.

Les migrants sont souvent dans des situations sociales et administratives extrêmement fragiles au moment où est posé le diagnostic d'une maladie grave. L'objectif du groupe « Migrant » de l'ANRS est d'identifier les recherches nécessaires à mener pour que tous les moyens disponibles en prévention, dépistage, traitement ou prise en charge bénéficient sans distinction à toutes les catégories de patients, dont celle des immigrés. Donc classiquement à partir d'un échange de connaissances et d'expériences, il s'agit de définir des priorités, d'essayer de lever les obstacles méthodologiques et de susciter les recherches nécessaires.

Le groupe de recherche est composé de différents acteurs : scientifiques, cliniciens, représentants de l'administration sanitaire, mais aussi membres

d'associations impliquées dans le VIH ou les hépatites, le but étant d'améliorer la vie des patients. Les conclusions du groupe viennent nourrir les programmes déjà existants de l'ANRS dans le domaine du VIH/sida et des hépatites, en sciences sociales ou en recherche clinique ou de santé publique. Le groupe continuera à veiller à la mise en œuvre de ses priorités et fera le point régulièrement sur les évolutions scientifiques, sociales ou politiques concernant son champ. Nous sommes particulièrement vigilants sur l'impact que peuvent avoir les politiques de l'immigration, car cela modifie de façon importante les flux migratoires, les conditions de l'arrivée et

de l'installation en France, le recours aux soins et donc *in fine* la qualité de vie.

**S. H. : La dernière réunion de ce comité s'est tenue courant décembre 2007, quel bilan peut-on tirer de cette année de réflexion ?**

Il y a un intérêt prioritaire à faire porter la recherche sur la population des immigrés, car les données dont nous disposons sont insuffisantes. Déjà, parce que nous n'avons pas d'informations solides sur les mouvements de population réels (qui sont les personnes qui arrivent et s'installent sur le territoire), ni sur les conditions dans lesquelles s'effectuent

ces migrations. Nous disposons uniquement des données du recensement et de la gestion des titres de séjour, mais ce n'est pas suffisant. Nous savons par les démographies que les nouveaux immigrés constituent un flux hétérogène, que les conditions et les raisons de cette migration dépendent du pays d'origine. Certains viennent seuls puis il y a ensuite dans certains cas regroupement familial, il y a aussi des couples mixtes, des personnes qui viennent pour leurs études, des réfugiés, etc. Dans le champ du VIH et des hépatites, nous nous intéressons particulièrement aux populations originaires d'Afrique Subsaharienne car ces populations sont particulièrement exposées, mais pour les hépatites, les Asiatiques sont aussi très concernés.

Il faut étudier la dynamique de ces populations en France vis-à-vis des problèmes qui nous intéressent car les choses évoluent dans les comportements et dans les attitudes en fonction de ce qui se passe ici et dans les pays d'origine. Cet intérêt nécessite de prendre en compte les éventuelles dimensions culturelles mais aussi d'identifier et de comprendre les modes de socialisation pour mobiliser ces communautés dans la construction d'un nouveau regard sur les questions relatives à ces maladies et à leur prévention.

Nous nous sommes rendu compte que nos politiques sociales, de santé et d'immigration ont, sur les migrants, un retentissement pouvant accentuer dans

certains cas leur vulnérabilité. Les migrants sont souvent des patients démunis et isolés. Une vraie interrogation se pose aux professionnels de santé : met-on en œuvre vraiment les traitements adaptés à ces populations, les bonnes réponses, etc ?

**S. H. : Avez-vous étudié de manière spécifique le degré de précarité qui touche ces populations migrantes ?**

Nous n'avons pas étudié uniquement la précarité, nous nous sommes penchés sur d'autres éléments comme le brassage sexuel (relations entre des personnes qui viennent de population ayant des caractéristiques et des niveaux de risques très différents), autant chez les hétérosexuels que chez les homosexuels. L'identification des souches de virus laisse penser qu'un brassage sexuel existe, il faut donc s'intéresser à la façon dont il affecte l'épidémiologie et éventuellement la prévention. Cela nous amène, par exemple, à nous intéresser aux milieux festifs, à la façon dont s'organisent les rencontres sexuelles, aux codes dans différents lieux, etc.

Nous aimerions aussi travailler sur l'attitude des professionnels de santé face à ces populations, pour identifier d'éventuelles discriminations aussi bien que l'impact des barrières linguistiques, des préjugés ou encore une insuffisante prise en compte de données de santé publique afin d'améliorer le dépistage du VIH et des hépatites. Il nous semble

également important que les questions éthiques prennent en compte les conditions particulières, notamment pour la participation aux recherches (une information adaptée pour un consentement réellement éclairé) et l'implication dans les décisions thérapeutiques, ce qui est clé pour l'adhésion au suivi médical et au traitement.

Au niveau du VIH, on observe une stabilisation du nombre de nouveaux diagnostics chez les étrangers et des éléments d'amélioration, par exemple, sur le retard au diagnostic qui est désormais semblable – mais encore trop élevé – chez les malades étrangers et chez les Français. C'est un sujet clé car la prise en charge tardive a des conséquences en terme de pronostic.

Il est donc nécessaire d'améliorer la prévention, ce à quoi d'ailleurs s'attachent depuis plusieurs années les politiques de prévention ; mais il faut innover pour améliorer les connaissances, changer les attitudes, augmenter le niveau de prévention et donc expérimenter de nouvelles stratégies. En d'autres termes, adapter la prise en charge à la situation socio-économique des migrants. Si notre intérêt est focalisé sur les populations originaires d'Afrique subsaharienne pour des raisons épidémiologiques évidentes, on observe en France une arrivée croissante de populations d'Europe de l'Est, d'Asie, avec des problématiques spécifiques. Tout ceci ouvre la voie à de nouveaux terrains d'études, mais aussi à l'amélioration de la prévention.

**S. H. : Quels types de recommandations formuleriez-vous, suite à ce bilan ?**

Il y a beaucoup d'éléments à faire évoluer. Les populations immigrées sont particulièrement représentées dans le champ du VIH et des hépatites. Ces problèmes concernent particulièrement les immigrés récents, donc les plus vulnérables. Il est donc important que les programmes de recherche de l'ANRS, notamment pour tout ce qui a trait aux aspects de santé publique, prennent en compte systématiquement cette dimension, soit au sein des projets généraux, soit dans des projets spécifiques.

Propos recueillis par **Olivier Frégaville**, journaliste.

# La santé : un défi pour les étudiants

Ils sont 2,27 millions, soit près de la moitié des jeunes de 18-25 ans<sup>1</sup> à poursuivre des études dans l'enseignement supérieur. Si la grande majorité se trouve à l'université (comprenant aussi les Instituts universitaires de formation des maîtres, de technologie, etc.), d'autres sont accueillis dans les grandes écoles, les écoles paramédicales, les sections de technicien supérieur de lycée, etc.

Cette part importante des jeunes présents dans les établissements d'enseignement supérieur fait de la préoccupation pour leur santé et de son corollaire, leurs conditions de vie, un enjeu de société. Le récent rapport Wauquiez<sup>2</sup> l'a rappelé : la santé a une influence sur la réussite des études, et la qualité de vie de la période étudiante aura un impact sur les trajectoires de santé des individus à plus long terme. Il attire aussi l'attention sur les apparences de bonne santé, « privilège de la jeunesse », qui masquent une dégradation des conditions de vie d'une partie des étudiants, sur l'existence de problèmes de santé inquiétants et des disparités dans cette population<sup>3</sup>.

Ce dossier de *La Santé de l'homme* dresse, d'une part, un état des lieux de la santé des étudiants et de son contexte, et s'intéresse, d'autre part, aux interventions qui visent à promouvoir la santé des étudiants en interrogeant les écarts

entre besoins, attentes et offres de santé, et les voies pour les réduire. Les experts ou acteurs impliqués dans les actions présentent des projets de prévention et les rôles ou initiatives de différents acteurs (services de santé universitaires, Crous, collectivité territoriale, etc.) ; ils mettent aussi en avant des propositions pour améliorer la situation. Selon une approche globale de la santé, le dossier fournit des repères socio-économiques sur les étudiants et sur l'enseignement supérieur dans lequel ils évoluent.

Le nombre des étudiants a ainsi beaucoup augmenté ces dernières décennies mais cette population a considérablement évolué, dans sa composition sociale aussi. L'enseignement supérieur ne renvoie plus aujourd'hui la seule image des « héritiers », loin s'en faut<sup>4</sup>. Une assistante sociale témoigne à cet égard de la montée de la précarité parmi eux au fil des années, notamment chez certains étudiants étrangers qui recourent aux organismes caritatifs et à l'aide alimentaire et dont la précarité a un impact fortement négatif sur la santé. Au-delà, ce numéro décrit un monde étudiant composite, où les étudiants issus des classes moyennes modestes sont largement représentés, l'enseignement supérieur accueillant maintenant des étudiants dont les situations et les profils sont variés car reflétant la majeure partie de notre société.

Dossier coordonné par **Annick Fayard**, directrice, **Sandrine Broussouloux**, chargée de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES, et **Annick Louvel**, psychopédagogue de la santé, ingénieur de recherche, université Paris-13.

Mais profils, conditions de vie et d'études varient aussi selon les établissements et les filières d'accueil, qui se sont diversifiés au fil du temps (filières sélectives ou « de masse », plus ou moins professionnalisées...). Tandis que les plus sélectives accueillent beaucoup d'étudiants des familles les plus privilégiées, les « nouveaux étudiants », issus des familles populaires, sont surtout accueillis dans des premiers cycles universitaires « de masse », où la sélection se fait au cours des études et où beaucoup échouent les deux premières années<sup>5</sup>.

S'agissant de l'état de santé, plusieurs experts, qui rendent compte des connaissances disponibles, évoquent cependant la faiblesse des données propres aux étudiants, qui limite la détermination des politiques en leur faveur et le développement de la qualité des interventions. Ils suggèrent des pistes pour faire progresser ces savoirs. Ils apportent des repères sur l'ampleur des souffrances psychiques, des tentatives de suicide, le niveau de certaines conduites à risque (consommation des substances psychoactives...) et ils mettent également en lumière l'influence qu'exercent des facteurs de risque ou de protection : l'impact des situations de vulnérabilité vécues par les étudiants, leurs modalités d'études, leur réussite ou non, l'inadéquation des réponses apportées aux besoins de santé...

Des responsables politiques ou institutionnels fournissent des informations sur les responsabilités et le rôle que jouent les Crous ou des Régions (Rhône-Alpes) en faveur de la qualité de vie (logement, transports, etc.) et de la santé des étudiants. Ils présentent des initiatives prises en la matière (contraception, accès aux soins, etc.) et en faveur de l'égalité d'accès à l'enseignement supérieur (étudiants handicapés, etc.), de la professionnalisation des étudiants ou de l'amélioration des campus. Ils font part des projets menés aux côtés des universités, des mutuelles ou d'associations étudiantes pour réduire les obstacles rencontrés (financement, multiplicité des acteurs, etc.).

Des représentants d'associations d'étudiants (Fage, Unef) formulent des propositions sur les réponses à apporter aux besoins et attentes des étudiants de sorte à améliorer leurs conditions de

vie, la protection sociale (statut social de l'étudiant, tiers payant, etc.) et l'accès aux soins et à la prévention (véritable service de santé et de soins pour tous les étudiants, implication des Crous, etc.). Ils soulignent les enjeux de l'accompagnement sanitaire et social des étudiants dans la réussite de leurs études (soins, bien-être) et en termes de santé publique (éducation pour la santé).

**« Le récent rapport Wauquiez l'a rappelé : la santé a une influence sur la réussite des études, et la qualité de vie de la période étudiante aura un impact sur les trajectoires de santé des individus à plus long terme. »**

Professionnels et experts tracent des voies de progrès et énoncent des propositions. La mise en place d'une régulation nationale de la politique de santé des étudiants, le développement de l'éducation pour la santé constituent des directions indiquées. Nombre de contributeurs mettent en avant la nécessité de lever des freins administratifs et budgétaires qui pèsent sur les services de santé dédiés à la santé des étudiants ; ils évoquent les progrès à accomplir en renforçant les compétences des professionnels (formation multiprofessionnelle, etc.) appelés « intermittents de la santé ». Ce dossier énonce des critères sur lesquels s'appuyer pour réorganiser les services sanitaires et sociaux dans l'intérêt des étudiants : maillage du territoire (Crous), proximité des étudiants dans tous leurs lieux de vie et quel que soit leur établissement d'inscription, capacité à repérer les étudiants en difficulté. L'accent est mis sur l'importance de la synergie des acteurs et notamment la coopération nécessaire entre professionnels sanitaires et sociaux.

Concernant l'éducation pour la santé, des experts énoncent les principes qui en fondent les méthodes (participation des étudiants aux actions, etc.) et préconisent des démarches (éducation par les pairs, etc.). Ils insis-

sent sur leur nécessaire appropriation aux différents publics étudiants et sur la cohérence avec l'action exercée envers l'environnement et les personnels.

Les interactions bien connues entre santé, qualité de vie et réussite des étudiants font du développement d'une politique de santé des étudiants un enjeu majeur reconnu et consensuel parmi tous les « acteurs institutionnels » de la santé des étudiants. Les mêmes raisons conduisent plusieurs auteurs ou personnes interviewées à souligner l'intérêt d'une approche globale de la santé et par là même d'un environnement favorable à la santé comme souhait d'évolution de l'enseignement supérieur (qualité des campus, culture de santé, etc.). Les préconisations les plus récentes pour un meilleur accueil et un accompagnement des étudiants handicapés sont présentées (rapport d'experts) alors même que les universités sont invitées à signer des chartes université/handicap.

L'ensemble renvoie bel et bien aux problématiques de santé publique vis-à-vis de la jeunesse, dont il s'agit de promouvoir et de protéger la santé, et à celles d'égalité des chances des étudiants dans l'enseignement supérieur.

**Annick Louvel**

Psychopédagogue de la santé, ingénieur de recherche, université Paris-13.

**Annick Fayard**

Directrice,

**Sandrine Broussouloux**

Chargée de mission,

direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

1. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance au ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

2. N° 3494. Rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants, présenté par M. Laurent Wauquiez, député.

3. Il attirait l'attention sur la situation des étudiants handicapés et d'étudiants étrangers.

4. En 1984, les enfants issus des classes favorisées étaient 48 % à accéder à l'enseignement supérieur ; ceux des classes moyennes, 21 % ; et ceux des ouvriers, 10 %. En 2002, les enfants des classes supérieures sont 75 % à accéder ; ceux des classes moyennes, 47 % ; les enfants d'ouvriers, 31 %. Source du ministère de l'Éducation nationale, à partir des données Insee (enquête emploi).

5. Voir notamment les chiffres que fournit le ministère de l'Éducation nationale en 2005 sur les professions exercées par les parents des élèves des classes préparatoires aux grandes écoles et des étudiants des universités : MEN-DEP. Repères et références statistiques 2005.

# Repères sur la santé des étudiants

**Comment se portent les étudiants ? Focus sur leur état de santé physique et mentale. Les étudiants sont jeunes et bénéficient d'un bon capital santé mais les études les plus récentes dressent un constat inquiétant sur certains aspects. Elles pointent la dégradation de l'état de santé d'une partie des étudiants, ceux en situation de précarité socio-économique.**

Les organismes qui enquêtent sur la santé des étudiants ont fait connaître leurs préoccupations à ce sujet à plusieurs reprises ces dernières années. En juin 2007, Valérie Pécresse, la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, a estimé que la santé des étudiants était une « *étape primordiale et négligée de notre politique nationale de prévention* » (1). Jugeant « *la situation clairement préoccupante* », elle a mis l'accent sur la solitude et la souffrance de jeunes au sein de leur université et appelé à la prévention des conduites à risque. Le chantier des « Conditions de vie étudiante » de la réforme universitaire en cours, qui inclut la composante de la santé, laisse espérer une amélioration de sa prise en compte.

La publication de deux rapports parlementaires, en 2006, a contribué à la venue du sujet sur la scène publique. En juillet, le député Laurent Wauquiez rend un premier rapport sur les aides sociales aux étudiants, dans lequel il considère que l'inquiétante évolution de leur santé requiert des travaux et propositions parlementaires complémentaires (2). Il invite à s'intéresser à la santé et aux conditions de vie devant permettre aux étudiants de réussir leurs études et nécessitant un plan national. La santé constituerait l'un des axes de ce plan, avec l'évaluation de tous les campus universitaires par des « commissions Vie étudiante » examinant les solutions à apporter sur cinq ans.

En décembre 2006, le député présente le rapport d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants, qui propose dix mesures prioritaires et énonce des conditions à réunir pour leur réalisation (3). Les réactions des mutuelles et associations étudiantes à ce rapport sont favorables dans l'ensemble ; les interrogations sur

la suite qui lui serait donnée correspondant de leur part à la réserve la plus fréquemment évoquée (4).

## La santé peu prise en compte

Ce rapport de fin 2006 établit un diagnostic de l'état de santé des étudiants mais également des services de santé et de la protection sociale, qui l'influencent.

Plusieurs priorités visent à lutter contre les dérives liées à l'alcool, répondre aux détresses des étudiants, promouvoir leur bien-être et limiter les comportements sexuels à risques. Mettant en garde contre « l'alibi » d'un tableau globalement favorable de la santé des étudiants, il souligne « *l'apparition de vrais risques sanitaires liés au développement de comportements à risque, de pratiques addictives et de graves négligences* », susceptibles de conséquences à plus ou moins long terme sur la santé des étudiants et l'ensemble de la collectivité, et réduisant leurs capacités à réussir leur formation.

En plus d'alerter sur « *des signes de dégradation inquiétants* » de l'état de santé des étudiants, le rapport met en évidence un accès aux soins et à la prévention compromis par l'absence de couverture sociale complémentaire et les faibles ressources financières de beaucoup d'entre eux, dont la santé paraît avoir été oubliée... Les conclusions générales sur les services de santé dédiés aux étudiants et leur pilotage sont sévères et sans équivoque. La faible attention portée à leur santé dans son ensemble constitue, en fait, le cœur du rapport, que certains ont qualifié « d'alarmiste ».

## Services de soins et de prévention offerts

L'intégration des personnes en situations de handicap, la protection sociale,

l'organisation des services et la politique de santé des étudiants sont les domaines prioritaires. Laurent Wauquiez préconise le droit à un « paquet santé » au cours des deux premières années d'études (consultations gratuites...), des maisons de la santé étudiante prévoyant une réorientation et un développement des services universitaires de santé (possibilité de prescription médicale, essor de l'éducation pour la santé...), des instances nationales de pilotage, un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la santé dans l'enseignement supérieur... Il s'agit, par ailleurs, d'assurer la continuité de la Sécurité sociale et d'élargir la protection par une mutuelle à davantage d'étudiants par un « chèque-santé ».

Les mutuelles étudiantes et l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) fournissent des données complémentaires sur les réponses apportées aux besoins de santé. L'OVE a rendu publiques, en 2007, ses premières conclusions sur les pratiques universitaires. Tout en émettant une réserve sur la réalité un peu embellie par les universités enquêtées, l'observatoire note une activité « assez dense » des services de santé malgré de faibles effectifs, une conscience aiguë des problèmes de santé des étudiants (addictions, nutrition, souffrance psychologique) et de timides initiatives pour repérer ceux les plus en difficulté et les prendre en charge, faute de fonctionnement en réseau avec l'ensemble des acteurs universitaires.

L'Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes (Usem) met, quant à elle, en évidence le fait que de nombreux étudiants ne connaissent pas l'existence des services dédiés à leur santé (5). En 2006, La Mutuelle des étudiants (LMDE) avait questionné l'efficacité de la prévention des souffrances

psychiques et leur prise en charge limitée et tardive (*voir article suivant*) et estimait l'information insuffisante en matière de sexualité et d'infections sexuellement transmissibles (6). Elle concluait à un système de santé « inadapté » aux « problèmes spécifiques » des étudiants, fondé sur un principe curatif contrastant avec les besoins des étudiants de « se ménager et prévenir les situations à risque ».

### **Impact des situations de vulnérabilité**

Différents repères concourent à décrire la vulnérabilité socio-économique des étudiants et ses effets sur la santé. Ce sont l'ampleur du renoncement aux soins et de l'absence de protection sociale complémentaire, les difficultés financières et l'impact sanitaire d'une précarité multidimensionnelle touchant une part des étudiants (7) : faibles moyens de subsistance, isolement familial et social, logement instable, travail concurrent des études, etc.

On rapproche le renoncement aux soins de plusieurs facteurs qui sont l'absence de mutuelle complémentaire mais aussi la difficulté à assumer les dépenses médicales et d'en avancer les frais, dans le cas d'étudiants aux faibles ressources. Le renoncement aux soins pour motif de coût concerne ainsi plus d'un étudiant sur dix en 2007, avec une sensible progression depuis 2005, selon l'Usem, tandis que 23 % renonçaient aux soins dentaires ou ophtalmologiques pour cette raison en 2006, selon la LMDE (6, 8). Concernant la couverture complémentaire santé, les appréciations de son étendue par l'OVE et les deux mutuelles varient de 91 % à 83,5 %, son évolution étant controversée. Les mutuelles soulignent un taux de couverture plus faible que celui de la population générale.

Concernant les effets des situations de précarité socio-économique sur la santé, on peut citer une enquête, conduite en 2003 dans des universités franciliennes, qui concluait à un impact important sur la santé nutritionnelle et mentale, qu'il s'agisse du sommeil, du bien-être psychique ou de la consommation de substances psychoactives (7). On observait en outre l'écart le plus marqué entre les deux sexes, au détriment des étudiantes, dans la consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs.

### **Souffrances psychiques et conduites à risque**

S'agissant des « problèmes » de santé, et non plus de leurs déterminants freinant l'accès aux soins ou à la prévention, ce sont, dans la population étudiante comme chez l'ensemble des jeunes, les conduites à risque et les souffrances psychiques qui sont le plus mises en avant par l'ensemble des acteurs (9).

La plupart des informations disponibles sur le mal-être des étudiants proviennent des enquêtes menées par l'Usem et la LMDE : l'article suivant restitue leurs apports sur le nombre important d'étudiants touchés, les facteurs de risque et l'association fréquente à la consommation des substances psychoactives.

À noter que l'enquête mettant en relief le rôle puissant joué par les situations de précarité sur la santé d'une population étudiante déjà évoquée, révélait également des taux élevés des problèmes de santé mentale parmi les étudiants ne connaissant pas ces situations (7). Ce constat tend à rejoindre les résultats des enquêtes réalisées par les mutuelles, relatifs à l'ampleur des souffrances psychiques, et il suggère de

questionner la place que tiendraient la période étudiante de transition et les incertitudes de l'entrée dans la vie professionnelle. Les facteurs en jeu dans les souffrances psychiques semblent correspondre à un autre point de convergence de l'ensemble de ces enquêtes.

Les études de la consommation des substances psychoactives par les étudiants et de ses modalités concernent le tabac, l'alcool, des psychotropes médicamenteux, le cannabis et d'autres produits illicites. Il s'agit des comportements à risque les plus étudiés chez les étudiants (10). Les travaux effectués par la LMDE sur les conditions de vie des étudiants en situation de handicap en constituent un exemple qui pourrait faciliter l'élaboration de la charte université/handicap proposée par la Conférence des présidents d'université qui a eu lieu en septembre 2007 (11, 12).

Pour ce qui est du tabac, l'OVE signale une consommation quotidienne qui diminue depuis plusieurs années (de 28,6 % en 1997 à 23 % en 2006) et sensiblement plus faible que chez les jeunes non étudiants, les mutuelles évaluant la proportion de fumeurs dans une fourchette de 22 à 29 %. Concer-



nant l'alcool, dont l'OVE estime la consommation quotidienne en 2006 à 3 % des étudiants (13), les appréciations paraissent différentes, en dépit de critères variés : 10,7 % des étudiants boivent beaucoup d'alcool pour l'Usem (2007), tandis que La LMDE note une banalisation de l'alcool et du cannabis.

L'OVE rend compte aussi de la consommation habituelle des psychotropes médicamenteux des étudiants en la rapprochant du recours aux professionnels de santé selon les produits, du milieu social ou du type d'études qui, avec le genre, pèse fortement sur cette consommation (14).

Ces analyses qui mettent en lien ces consommations de substances psycho-

actives des étudiants, leurs modes de vie et leurs études (types, réussite) et les normes d'hygiène, contribuent à distinguer des logiques de consommations différentes, y compris pour un même produit. En tenir compte est intéressant pour approfondir des savoirs sur la santé des étudiants, qui viseraient à fonder une politique de lutte contre les conduites à risque.

La vulnérabilité d'étudiants ne bénéficiant plus de l'assistance parentale, les consommations spécifiques de substances psychoactives en relation avec les tensions liées aux examens, l'absence de mutuelle complémentaire chez certains et le niveau élevé de pratique de conduites à risque (relatives à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychoactifs) sont,

pour l'OVE, sources de préoccupations et invitent à l'adoption de politiques spécifiques (15, 16).

### Faire progresser les savoirs

Les repères sur des problèmes de santé des étudiants que nous venons de mettre en évidence tendent, pour une bonne part, à converger : prévalence des souffrances psychiques, des tentatives de suicide, consommation de substances psychoactives, facteurs qui les favorisent ou en protègent, perception des étudiants, etc. Ils témoignent de disparités entre des publics étudiants confrontés à des difficultés de santé à des degrés variés, soulignent l'inadéquation des réponses apportées et identifient des attentes d'accompagnement des étudiants, notamment en santé. ●●●

## ► Références bibliographiques

(1) Intervention de Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Lancement du chantier « Conditions de vie étudiante ». 11 juin 2007.  
(2) Wauquiez L. *Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ?* Rapport de mission parlementaire au Premier ministre. Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Juillet 2006 : 159 p.  
(3) Wauquiez L. *La santé et la protection sociale des étudiants*. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Assemblée nationale. Rapport d'information n° 3494, décembre 2006 : 133 p.  
(4) Louvel A. *Contribution à l'analyse des propositions et de la réception du rapport Laurent Wauquiez sur la santé et la protection sociale des étudiants*. Sumpps. Université Paris-13. Villetaneuse. Février 2007.  
(5) Usem. *La santé des étudiants en 2007. 5<sup>e</sup> enquête*. Union nationale des mutuelles étudiantes régionales, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2007 : 109 p.  
(6) LMDE, EPSE. *La santé des étudiants 2005-2006 : enquête nationale et synthèses régionales*, La Mutuelle des étudiants, l'observatoire Expertise et Prévention pour la santé des étudiants, Ifop, 2006.  
(7) Louvel A., La Rosa E., Le Clésiau H., Lelu B. *L'état de santé et la situation socio-économique des étudiants des universités Paris-8 et Paris-13 :*

*compte-rendu d'enquête*. Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Seine-Saint-Denis. Centre d'examen de santé (Bobigny). Sumpps. Université Paris-13. Septembre 2006 : 32 p.  
(8) Usem. *La santé des étudiants en 2005. 4<sup>e</sup> enquête*. Union nationale des mutuelles étudiantes régionales. Fnors. MSJS. 2005.  
(9) Haut Comité de la santé publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Rapport. Rennes : ENSP, coll. Avis et rapports, février 2000 : 132 p.  
(10) Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P. *Les usages de produits psychoactifs des étudiants*. Psychotropes, revue internationale des toxicomanies 2005 ; 11 (3-4) : 31-52.  
(11) LMDE, EPSE. *Enquête sur l'accueil des étudiants handicapés à l'université*, 2006.  
(12) Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère du Travail, des Relations sociales et des Solidarités, Conférence des présidents d'université. *Charte Université/Handicap*. 5 septembre 2007.  
(13) Gruel L., Vourc'h R., Zilloniz S. *La vie étudiante : repères. Édition 2007*. Paris : Observatoire national de la vie étudiante (OVE). Septembre 2007 : 20 p.  
(14) Grignon C., Thiphaine B. *Alimentation et santé. Deuxième partie : la santé*. OVE, Infos n° 9, février 2004 : 6 p.  
(15) Institut national de la santé et de la recherche médicale, mutuelle générale de l'Éducation nationale. *Tabagisme : prise en charge chez les étudiants*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 194 p.  
(16) Bureau national des élèves ingénieurs,

Conférence des directeurs des écoles françaises d'ingénieurs. *Charte de bonnes pratiques : usages à risque et addictions en milieu étudiant*. 2007 : 11 p.  
(17) Louvel A., Lelu B. *Promouvoir la santé des étudiants : réflexions autour des Journées de Marne-la-Vallée 2005*. Sumpps. Université Paris-13. 2005 : 40 p.  
(18) Jauneau Y. *L'indépendance des jeunes adultes : chômeurs et inactifs cumulent les difficultés*. Insee Première n° 1156, septembre 2007 : 4 p.  
(19) Lelu B., Louvel A. *Repères pour la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique par les services universitaires de santé au bénéfice des étudiants*. Complément d'information à l'audition du docteur Bernard Lelu, le 13 septembre 2006, par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la santé et la protection sociale des étudiants, Sumpps de l'académie de Créteil, novembre 2006.  
(20) Comité national d'évaluation (CNE). *Nouveaux espaces pour l'université*. Rapport au président de la République 2000-2004. Bulletin n° 48 du CNE, janvier 2005 : 16 p.  
(21) Louvel A. *Améliorer la qualité des activités menées par les services universitaires de santé en faveur des étudiants : contribution à l'étude des références du Comité national d'évaluation de l'enseignement supérieur*, étude pour la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la santé et la protection sociale des étudiants. Sumpps. Université Paris-13, octobre 2006.

Quant aux problématiques sociales et de santé qui ressortent, elles croisent et interrogent les capacités des établissements à accompagner les étudiants jusqu'à l'acquisition des compétences visées par la formation et à prévenir les abandons. Et confirment, de façon générale, qu'il convient de considérer la santé des étudiants dans ses interactions avec les conditions de vie et de formation et de les associer aux actions de santé (17). Elles appellent des réponses rapides à des besoins de santé (soins...) et l'évolution de l'enseignement supérieur vers un environnement favorable à la santé. Mais la palette des connaissances qui permet d'orienter, élaborer et mettre en œuvre des actions de santé publique est nécessairement large et exigeante. La tranche d'âge 18-25 ans et la population étudiante restent, au total, peu étudiées au plan de leur santé et des interventions en leur faveur. Les rapprochements statistiques entre étudiants et autres jeunes sont limités et la prise en compte de la catégorie « étudiants » reste rare. Des avancées se font cependant jour pour l'inclure dans des études (Baromètre santé de l'INPES, Observatoires régionaux de la santé, Institut national de la statistique et des études économiques) (18).

Les éclairages offerts sur la santé des étudiants corroborent la nécessité d'un dispositif permettant son suivi régulier. Il s'agit également de progresser dans les connaissances, de sorte à disposer d'une vue élargie de leur santé (événement des thèmes de santé, diversité des publics, etc.), et de mieux comprendre les situations rencontrées (19). Surmonter le faible développement des études suppose aussi de prendre appui sur les expériences d'études les plus avancées et favorisant l'intervention (recherche-action...) afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de la promotion de la santé (évaluation...) appropriées aux étudiants dans leur diversité et dont les plus vulnérables seraient les premiers bénéficiaires (20, 21). Une étape utile à l'orientation de nouvelles recherches pourrait consister en un bilan partagé des savoirs et instruments déjà produits, mais dispersés, en santé étudiante.

**Annick Louvel**

Psychopédagogue de la santé,  
ingénieur de recherche, université Paris-13.

## Mal-être des étudiants : ce que nous apprennent leurs mutuelles

**L'Usem et la LMDE ont évalué, selon des modalités différentes, l'importance de la population étudiante confrontée au mal-être, à la dépression et aux idées suicidaires. Elles mettent en lumière d'un côté des facteurs favorisant ou protecteurs, de l'autre des conduites à risque qui y sont associées.**

De nombreux étudiants se trouvent confrontés aux souffrances psychiques et au risque de suicide. L'ampleur du phénomène est soulignée par les deux mutuelles, eu égard à une population jeune et plutôt en bonne santé. Pointant la prévalence des idées suicidaires, elles interrogent l'effectivité de la prévention du mal-être et une prise en charge psychologique limitée et semblant tardive. Au moment où nous bouclons ce dossier, la LMDE rend publiques les conclusions générales d'une récente enquête dont les résultats devraient être publiés début 2008.

En 2005, l'Usem avait apprécié à près d'un tiers la proportion des étudiants confrontés à un sentiment de mal-être, la part augmentant avec l'âge (1). L'édition 2007 de l'enquête de l'Usem confirme l'importance de la population concernée : 31,3 % déclarent avoir été tristes, déprimés ou sans espoir, avec perte d'intérêt pour les activités qu'ils aiment faire habituellement (sur une période de plus de deux semaines, au cours des douze mois précédant l'enquête). Une perte de confiance est déclarée par près de 35 % des étudiants tandis que 9 % ont eu des pensées suicidaires dans les douze derniers mois. Au total, 43,6 % des étudiants, en 2007, ont déclaré au moins l'une de ces trois manifestations de dépressivité, tandis que 18,4 % en ont cité une seule et 25 % au moins deux (2).

En 2006, la LMDE a fait part de ses préoccupations devant les signes de fatigue psychologique, des plus ano-

dins aux plus inquiétants, exprimés par 30 % des hommes et 47 % des femmes, depuis le début de l'année universitaire (3). Elle relevait que 54 % des étudiants s'étaient sentis tendus, 45 % angoissés et beaucoup avaient eu des difficultés de concentration ou souffert d'insomnies. 15 % des répondants ont eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois, 50 % n'en ont parlé à personne. 5 % ont déjà fait une tentative de suicide dont les proches n'ont pas eu connaissance pour près de la moitié d'entre eux. Seul un tiers des étudiants ayant vécu cette épreuve a eu recours à un professionnel.

### Mal-être : un quart des étudiants seraient concernés

Au terme de son étude sur la santé mentale menée en 2007, la LMDE estime que 25 % des étudiants sont atteints de problèmes psychologiques plus ou moins graves. Ces données complètent celles de 2006 en distinguant trois groupes d'étudiants, dont les deux derniers renvoient à des degrés de gravité de ces difficultés. Le groupe des bien-portants représente trois quarts de la population étudiante (75 %). Le deuxième est celui des personnes en situation de mal-être (17 %), présentant une souffrance psychologique diffuse ou réactionnelle à une situation difficile, qui se manifeste par l'anxiété, la dépression ou la phobie (sur une durée inférieure à trois mois). Les 8 % d'étudiants souffrant de problèmes plus graves et de plus longue durée, tels que des troubles sévères de l'anxiété et de l'humeur, correspondent au troisième groupe. La

gravité des problèmes psychologiques augmente le risque d'idées suicidaires des étudiants, qui sont 62 % à en avoir récemment eu parmi ceux ayant des troubles sévères et 19 % parmi les étudiants en état de mal-être, soit près d'un sur cinq d'entre eux.

L'explicitation des concepts retenus dans les enquêtes (celui de mal-être, par exemple) aiderait à interpréter les variations d'estimations qu'on observe selon les enquêtes et élargirait les enseignements qu'on peut en tirer. Au-delà, ces enquêtes soulèvent les problèmes de la prise en charge des manifestations urgentes ou graves. C'est le cas de l'accès des étudiants déprimés à des soins adaptés et du risque majoré de tentative de suicide. Parmi les signes d'alerte des souffrances psychiques, elles incitent à s'intéresser aux perturbations du sommeil et aux répercussions sur les capacités cognitives des étudiants.

### **Souffrance psychique et consommation de substances psychoactives**

L'Usem et la LMDE apportent un éclairage sur les liens entretenus par les souffrances psychiques avec d'autres dimensions de santé : consommation des substances psychoactives, problèmes de sommeil, d'appétit, etc.

S'agissant de la consommation des substances psychoactives, la LMDE, qui estime que la convivialité et l'expérimentation correspondent aux premières motivations des étudiants, considère qu'elle « *dissimule pour une part non négligeable d'entre eux des signes d'excès, un désir d'abandon et le souhait d'échapper à la réalité* » et constitue un moyen de faire face à des situations de tensions : 33 % des étudiantes et 38 % des étudiants en consomment, en effet, « *pour se déstresser* » et, dans une moindre proportion, pour être dans un état second ou pour s'endormir.

L'Usem évoque une plus grande sensibilité aux addictions des étudiants éprouvant des souffrances psychiques, significativement plus nombreux à consommer du tabac, de l'alcool de façon importante ou excessive et du cannabis et bien plus encore à recourir aux médicaments pour les nerfs et à connaître des problèmes de sommeil et d'appétit.

Ces conduites addictives ou à risque, sources ou bien conséquences de l'état psychologique et fréquemment interprétées comme des expressions d'une souffrance psychique, peuvent représenter des repères importants dans le dépistage et la prévention des idées suicidaires. Leur fréquente association rappelle également la nécessité d'une approche globale des interventions de santé.

### **Des facteurs protecteurs ou favorisants**

Les facteurs impliqués dans la genèse des souffrances psychiques que les mutuelles identifient relèvent notamment du contexte d'études et des conditions de vie des étudiants, de leurs relations interpersonnelles et de la perception de l'avenir. Selon l'Usem, le risque de mal-être serait particulièrement augmenté par un état de santé jugé mauvais, un stress mal géré, le fait de mal envisager l'avenir et de ne pas avoir d'entourage sur qui compter. L'absence de sentiment d'isolement, ne pas avoir été victime de discrimination ou de violence et être à l'abri de difficultés financières paraissent des facteurs de protection.

La LMDE fait état des facteurs de malaise liés au manque de confiance dans l'avenir (plus ou moins fréquent selon les études poursuivies), aux relations avec les parents et aux ressources financières faibles. Elle questionne en outre les rapports de genre et la domination masculine (information sur la sexualité, violences dont sont victimes les étudiantes, perception de la place inégalitaire des deux sexes) alors même que l'Usem relève, avec elle, que les étudiantes sont nettement plus nombreuses à exprimer les signes de souffrance psychique que les étudiants (50,4 % vs 35 %, en 2007, pour l'Usem). En 2007, la LMDE confirme notamment que les étudiants en état de mal-être sont plus nombreux à l'université et l'impact, sur la prévalence du mal-être, des difficultés à tisser des liens, du peu de ressources financières et de la précarité, plus largement.

Les facteurs des souffrances psychiques mis en relief invitent à envisager la prévention en prenant en compte les interactions du bien-être psychique avec ses facteurs environnementaux et relationnels. Susceptibles d'être impli-

qués dans des processus contribuant à l'échec dans les études, ces facteurs suggèrent aussi une approche de la promotion de la santé psychique inscrite à la fois dans le champ de la santé et dans celui de la formation des étudiants. Ces repères sur la santé psychique des étudiants esquissent des inégalités sociales de santé et incitent à porter attention tant au présent qu'à l'avenir des étudiants.

**Annick Louvel**

Psychopédagogue de la santé,  
ingénieur de recherche,  
université Paris-13.

### **► Références bibliographiques**

- (1) Usem. *La santé des étudiants en 2005*. 4<sup>e</sup> enquête. Union nationale des mutuelles étudiantes régionales. Fnors. MSJS. 2005.
- (2) Usem. *La santé des étudiants en 2007*. 5<sup>e</sup> enquête. Union nationale des mutuelles étudiantes régionales, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2007 : 109 p.
- (3) LMDE, EPSE. *La santé des étudiants 2005-2006 : enquête nationale et synthèses régionales*, La Mutuelle des étudiants, l'Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants, l'fop, 2006.

# Baromètre santé de l'INPES : produits psychoactifs et santé mentale

**Contrairement à certaines idées reçues, les étudiants ne sont pas gros consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives, comme en témoignent les analyses du Baromètre santé de l'INPES. Même constat pour la santé mentale puisque les étudiants n'ont pas sensiblement plus de dépression et d'idées suicidaires que les adultes qui travaillent. Mais ce bilan général masque d'importantes disparités.**

Le Baromètre santé de l'INPES (1) le rappelle : il existe peu de données statistiques nationales concernant la santé des étudiants du supérieur. Pour cette nouvelle enquête auprès de la population générale, sur les 30 000 personnes interrogées, 4 077 ont entre 18 et 25 ans et 1 290 d'entre elles « déclarent suivre des études supérieures ». En guise de rappel, l'enquête précédente – menée en 2000 – avait montré que les étudiants de 18-25 ans fumaient moins que la population active, s'enivraient plus et consommaient davantage de cannabis. Le nouveau Baromètre santé confirme ces spécificités, sauf pour le cannabis, dont la consommation chez les étudiants apparaît désormais proche de celle des autres catégories.

## Substances psychoactives

Il ressort en particulier de cette enquête :

- une consommation d'alcool plus faible et moins fréquente chez les étudiants que leurs aînés « actifs occupés » mais des ivresses légèrement plus fréquentes. Autre résultat notable, la réduction de la consommation d'alcool en cinq ans : la consommation régulière chez les étudiants est passée de 15 % à 7 % entre 2000 et 2005. En revanche, le niveau des ivresses répétées augmente légèrement, passant de 15 % à 18 %. Il faut néanmoins souligner que ces évolutions sont également observées pour les autres catégories de jeunes ;
- une consommation moindre de tabac qui se trouve confirmée ;
- pour le cannabis, si l'on compare les résultats des deux enquêtes réalisées à cinq ans d'intervalle, on constate que les étudiants ont des niveaux de consommation (pourcentage d'usagers au cours de l'année) de cannabis voisins de ceux d'autres populations (travailleurs et chômeurs), soit respectivement 25 %, 23 % et 20 %. Or, en 2000, les étudiants se distinguaient

par un niveau de consommation plus élevé (30 % contre 20 % et 23 %). Autre indicateur : la consommation régulière de cannabis (au moins dix fois au cours du dernier mois) a crû un peu moins vite parmi les étudiants entre 2000 et 2005 (de 6 % à 8,6 %) que parmi les actifs.

## Santé mentale

Pour ce qui est de la santé mentale, il convient de rappeler que le suicide reste la deuxième cause de décès chez les 18-24 ans (après les accidents de la circulation) et la première chez les 25-34 ans.

Par ailleurs, la prévalence de la dépression, sous forme d'épisodes dépressifs caractérisés, apparaît plutôt élevée à cet âge. D'où l'importance d'étudier les facteurs de santé mentale chez les jeunes adultes, dont les étudiants, et d'explorer les facteurs déterminants dans la survenue de la dépression et des pensées suicidaires au sein de cette population.

Une partie du questionnaire du Baromètre santé de l'INPES portait sur la santé mentale, utilisant notamment l'échelle de mesure de la dépression du *Composite International Diagnostic Interview Short-Form* (CIDI-SF). Malgré la fragilité de tels indicateurs qui reflètent, en partie, la propension à déclarer les différents symptômes en question dans cette échelle, la comparaison des différentes populations de jeunes adultes s'avère réellement porteuse de sens. Ainsi, si 6 % des actifs occupés et 7 % des étudiants du supérieur ont connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, c'est le cas de 12 % des chômeurs, cet écart étant très significatif. De même, 10 % des chômeurs déclarent des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, tandis que ce n'est le cas que de 4 % des actifs occupés et 6 % des étudiants.

Les épisodes dépressifs et les pensées suicidaires durant les douze derniers mois appa-

raissent nettement liés aux usages d'alcool et de tabac ou de produits illicites (cannabis et autres substances) durant cette période, ainsi qu'aux événements familiaux traumatiques durant l'enfance (décès ou maladie, divorce ou mésentente grave des parents avant 18 ans).

Toutefois, à la lumière de comparaisons menées par le biais de modélisations statistiques tenant compte de ces facteurs, les étudiants ne semblent pas plus concernés que les actifs occupés du même âge par la dépression ou les pensées suicidaires. En revanche, les chômeurs présentent plus souvent que les autres jeunes du même âge des idées suicidaires.

Au sein de la jeunesse, les étudiants apparaissent donc dans leur ensemble présenter des consommations de produits psychoactifs licites et illicites tout à fait dans la moyenne, voire inférieures dans le cas du tabagisme quotidien et de l'usage régulier d'alcool, et ne pas souffrir plus que le reste des jeunes de signes dépressifs. C'est donc en premier lieu vers la population fragilisée des jeunes chômeurs que les efforts de prévention doivent se concentrer.

**François Beck**

Statisticien,  
responsable du département Observation  
et analyse des comportements de santé, INPES.

**Stéphane Legleye**

Statisticien,  
responsable du département Enquête  
en population générale, OFDT.

(1) Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p. <http://www.inpes.sante.fr>

# Créer des centres de santé pour les étudiants

**Les services de médecine préventive et de promotion de la santé des universités ne disposent pas des moyens correspondant à leurs missions. La visite médicale obligatoire n'est qu'un souvenir et, dans le cadre de la réforme de l'université, la politique de santé va être revue et la création de véritables centres de santé est envisageable. Ces services continueront à s'occuper en priorité des étudiants qui en ont le plus besoin : étrangers, handicapés, sportifs pour ne citer qu'eux. L'heure est au développement de partenariats à vocation sanitaire étendus avec les mutuelles, les Crous, la Sécurité routière, etc.**

La réussite académique des étudiants dépend non seulement des mesures d'accompagnement pédagogique mises en place par les universités mais aussi des conditions de vie dont bénéficient les étudiants. Cette considération, couplée à celle de la définition de l'étudiant comme « jeune travailleur intellectuel », a conduit à la création, après la Seconde Guerre mondiale, d'un statut spécifique de Sécurité sociale, par le biais de caisses gérées par les étudiants eux-mêmes. Il est donc compréhensible que la santé des étudiants fasse partie intégrante des préoccupations des universités.

D'un point de vue juridique, l'article L. 831-1 du code de l'éducation stipule : « Des services de médecine préventive et de promotion de la santé sont mis à la disposition des usagers, selon des modalités fixées par décret. Ils concourent à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé que comporte le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies prévu à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique. » Longtemps, à l'université, le principe a été celui de la « visite médicale obligatoire » que devaient impérativement passer l'ensemble des primo-entrants, sous la menace souvent de se voir refuser la délivrance de leur diplôme s'ils ne passaient pas entre les mains du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).

L'explosion démographique continue qu'ont connue les universités au

cours des années 1990 a contribué à modifier considérablement cette situation. Notre pays est ainsi passé, entre 1990-1991 et 2004-2005, de 1 700 000 étudiants à 2 275 000, dont 1 421 700 à l'université. La population étudiante n'a pas seulement augmenté, elle s'est aussi diversifiée. L'élargissement des types d'études s'est accompagné d'une diversification des bassins de recrutement, des sites d'étude et des origines sociales ; on a ainsi vu se créer des antennes universitaires délocalisées dans des sites de taille modeste, attirant un public qui se serait autrement autocensuré et n'aurait pas eu accès à l'enseignement supérieur.

## Surveillance médicale insuffisante

Cette évolution a posé, en termes sanitaires, deux types de problèmes : d'une part, d'un point de vue financier, il devenait impossible pour les universités de maintenir une surveillance médicale satisfaisante à moyens quasi constants : la participation des étudiants aux frais de médecine préventive, liée à un décret en Conseil d'État, n'a été révisée qu'en 2001, permettant de passer à 4,57 euros par étudiant, quand il n'était que de 2,29 euros depuis 1985 ; dans le même temps, l'augmentation de la dotation de fonctionnement allouée par l'État aux services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé n'augmentait pas en conséquence.

Le second défi auquel se sont trouvés confrontés les services universitaires de médecine préventive et de pro-

motion de la santé a été celui de la diversification des origines des publics étudiants, entraînant des besoins et attentes nouveaux. Le décalage entre les missions des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, fixées dans le décret du 3 mai 1988, et les besoins nouveaux des étudiants a été signalé dès 1995, dans le rapport Gasol, de l'Inspection générale, et, depuis, repris régulièrement par la Conférence des présidents d'université : dans ses motions de 1996 et 2001, au cours des travaux du groupe de réflexion « Enseignement supérieur et Santé » mis en place en 2002, etc.

Supprimée par la loi du 9 août 2004, la visite médicale n'est plus obligatoire mais doit être simplement proposée. Lors du chantier sur les conditions de vie étudiante mis en place par le ministre avant l'été 2007, la question de la santé des étudiants a été abordée, et un consensus est apparu sur la nécessité de revoir la politique de santé à l'université, afin de permettre aux services de médecine de faire correspondre le cadre réglementaire à leurs missions effectives (en facilitant la transformation des services, là où cela est souhaitable, en centres de soins), de proposer à tous les étudiants une visite médicale au cours du cycle de licence, de cibler plus particulièrement les étudiants à besoins spécifiques ou à risque (étudiants étrangers, étudiants handicapés, étudiants en formation de santé, étudiants exposés à des risques spécifiques dans le cadre de leurs travaux à l'université, etc.).

## Priorité aux partenariats opérationnels

Aujourd'hui, à l'heure d'un enseignement supérieur de masse, une politique sanitaire de qualité passe nécessairement, pour les présidents d'université, par le développement de partenariats. Le service de médecine préventive joue un rôle de pilote des actions de prévention à l'université et doit impliquer un grand nombre d'acteurs : Crous (pour des actions de prévention de l'obésité et de promotion de la diététique par exemple) ; préfectures (sensibilisation à la sécurité routière, en partenariat avec les pompiers, les associations étudiantes de covoiturage, qui promeuvent également les « capitaines de soirée », etc.) ; Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (Mildt) ; bureaux d'aide psychologique universitaires (Bapu) ; « étudiants relais » chargés de missions d'éducation auprès de leurs pairs ; Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations – pour la visite médicale obligatoire des étudiants étrangers (Anaem) ; directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) en charge de mettre en place les plans régionaux de santé publique, Établissement français du sang, mutuelles d'étudiants, etc. Les partenariats établis doivent l'être en fonction des publics

spécifiques de l'université : un lien étroit avec les services de vie étudiante des universités et les observatoires de la vie étudiante est nécessaire.

## Refuser une vision catastrophiste

L'importance de ces partenariats infirme la vision catastrophiste qu'on a souvent – à tort – de l'état sanitaire des étudiants. Certes, les études menées par les mutuelles d'étudiants montrent une souffrance psychique chez un nombre non négligeable d'entre eux : un tiers des étudiants se sentiraient ainsi déprimés pendant plus de deux semaines au cours de l'année, quand un sur dix aurait eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Ce mal-être a des causes multiples : gestion du stress, solitude, incertitudes face à une orientation académique, face aux possibilités d'insertion professionnelle, etc. Les solutions avancées par les universités sont extrêmement variées et vont de l'intervention croissante de psychologues au sein du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé à des séances de sophrologie visant à mieux appréhender le stress.

Les derniers chiffres de l'enquête triennale de l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) montrent néanmoins

que les étudiants constituent un groupe social plutôt en meilleure santé que les jeunes du même groupe d'âge. Lors des six derniers mois, près des trois quarts des étudiants (72 %) ont consulté un médecin généraliste, 43 % un médecin spécialiste, un tiers (33 %) un dentiste et seulement 5 % un psychologue, psychiatre ou psychanalyste ; toutes ces consultations étant plus fréquentes chez les filles que chez les garçons.

Les études sur la santé de ces étudiants, aux besoins et attentes hétérogènes, se multiplient depuis quelques années, de même que les tables rondes ministérielles sur le sujet. Le rapport Wauquiez a dégagé des conclusions consensuelles, reprises depuis par le rapport parlementaire de Valérie Rosso-Debord. À l'heure où la loi sur les libertés et responsabilités entre en application, il est à espérer que son corollaire, l'amélioration des conditions de vie étudiante, trouvera une réalisation concrète pour la santé des étudiants, dans leur diversité.

### Camille Galap

Président de la Commission de la vie de l'étudiant et des questions sociales de la Conférence des présidents d'université, président de l'université du Havre.

# À quand de véritables services de santé dans les universités ?

**Les services de santé universitaires, constitués de professionnels de la santé et du social, ont pour mission de faciliter l'accès aux soins et de développer la prévention auprès des étudiants. Dans la pratique, ces services sont très inégaux d'une université à l'autre, sous-dotés en moyens matériels et humains. Et pourtant, quand ils ont les moyens de fonctionner, ils démontrent leur efficacité. État des lieux critique et propositions constructives formulées par le service de santé de l'université de Clermont-Ferrand.**

Les premiers services de santé universitaires sont nés, en 1945, en France. Basés sur des objectifs simples (dépistage de la tuberculose et contrôle vaccinal), leurs missions et moyens n'ont quasiment pas évolué depuis (1), illustrant la préférence collective du système de santé français pour les soins (2-5). Les services de santé universitaires se sont développés en l'absence de visibilité nationale (6) jusqu'à la création de l'Association des directeurs de services de santé universitaires et du groupe de réflexion Enseignement et Santé (2001). Ce relatif isolement s'est traduit par une forte variation des pratiques traduisant l'existence de réelles politiques universitaires locales, de processus historiques ou contextuels extra-universitaires.

Sur quatre-vingt-quatre universités, seules cinquante-cinq sont dotées d'un service de santé universitaire ayant un directeur (7), dont un tiers n'a pas fait l'objet de la nomination ministérielle garantissant l'indépendance qu'exige la fonction (8). Les droits étudiants, déterminés en Conseil d'État, sont rarement réévalués, tout comme la dotation en personnel non médical et la dotation globale de financement. Seule l'apparition de financements sur objectifs dans le cadre des plans quadriennaux universitaires a permis à certains services de santé universitaires de développer des actions nouvelles.

## Entre prévention et prise en charge

La compétence des services de santé universitaires ne concerne que les étudiants inscrits à l'université, ce qui exclut, sauf convention spécifique, les

étudiants relevant d'écoles postbaccalauréat (écoles de commerce, d'infirmières, etc.) et des lycées (BTS).

L'action la plus fréquente est la visite systématique des étudiants primo-inscrits à l'université. Il s'agit d'une proposition systématique de visite depuis la suppression de l'obligation de visite pour toute réinscription à l'université, adressée à tous les étudiants ou ciblée sur des groupes d'étudiants jugés plus à risque. Elle peut être effectuée par des médecins ou des infirmières (à partir de grilles de conduite de visite avec recours au médecin en cas de problème identifié). Certains centres ne la pratiquent plus, la considérant comme peu efficace. Parfois, le service de santé universitaire adresse des étudiants identifiés comme à risque vers un centre d'examen de santé avec lequel il a passé convention.

D'autres visites systématiques concernent les étudiants de 3<sup>e</sup> cycle soumis à des risques physiques, chimiques ou biologiques ou les étudiants en santé entrant en deuxième année.

Dans le cadre de partenariats avec l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (Anaem) (9), les services de santé universitaires peuvent être amenés à effectuer les visites médicales préalables à l'obtention d'un titre de séjour, avant tout axées sur la recherche d'une tuberculose latente ou de problèmes de santé courants dans certains pays (10).

De nombreux services de santé universitaires sont des centres de vaccination, moins fréquemment des centres de dépistage gratuit pour le VIH et l'hépatite virale C (l'hépatite virale B ne bénéficiant pas du même statut de

## L'université, lieu d'initiation au cannabis

L'évolution des addictions et leur prévention illustre aussi le besoin de politiques adaptées. Nous aurions pu prendre comme exemple le déni global des problèmes d'alcoolisation et le fait que les alcooliers sont parmi les tout premiers financeurs de fêtes étudiantes, mais le cannabis est tout aussi intéressant. À partir de l'enquête Lara, menée auprès de sept cent dix-huit étudiants dans cinq services de santé universitaires, nous avons conduit une régression logistique visant à analyser cette consommation.

Il en ressort que la consommation de cannabis concerne avant tout les garçons français ayant une moins bonne perception de leur santé et de leur état physique. La consommation augmente avec le nombre d'années de présence à l'université, ce qui illustre qu'elle est un réel « apprentissage universitaire ». Bien sûr, les universités étant sans tabac (ou sans fumées), la réponse ne peut venir que d'une politique globale de promotion de la santé, étendue à la vie périuniversitaire.

Source : Enquête Lara (Lyon-Auvergne-Rhône-Alpes). L. Gerbaud, C. Noirfalise, A. Perrève, G. Riquoir, G. Spaccaveri.

## IVG chez les étudiantes : des chiffres discutés

L'absence de données fiables concernant les étudiantes peut être illustrée par une information contenue dans le rapport Wauquiez (par ailleurs très pertinent sur d'autres analyses et sur les propositions qu'il met en avant) (1). Selon ce rapport, 5 % des étudiantes ont eu recours à une IVG (25 % d'entre elles ayant eu des IVG répétées). Cette prévalence est plus du double de celle des Françaises entre 18 et 25 ans (2,29 %) et serait expliquée par un recours plus fort chez les étudiantes étrangères.

Ce chiffre a surpris plusieurs services de santé universitaires, d'autant plus qu'il n'est référencé par aucune étude. Si l'on considère les données de deux services de santé universitaires qui ont enquêté chez des étudiantes au cours des trois dernières années (de 2003 à 2006), à partir des centres d'orthogénie (Clermont-Ferrand (2) et Grenoble (3)), on arrive à des taux de l'ordre de 0,7 % (soit près de dix fois moins), le taux d'IVG répétées variant de 14 à 17 %.

Parmi les étudiantes étrangères, le recours est variable, un peu plus élevé chez celles d'origine chinoise, moindre pour celles originaires d'Europe, d'Amérique ou du Proche-Orient. Seules les étudiantes originaires d'Afrique (Afrique subsaharienne comme Afrique du Nord) se rapprochent des taux français (2,23 %) (2). Dans plus de 75 % des cas, ces IVG ont lieu chez des étudiantes ayant un usage (en échec) d'une contraception.

La perméabilité générale à une information basée sur des données incertaines rappelle les « informations » sur un recours croissant à la prostitution chez les étudiantes (évidemment d'Europe de l'Est) qui ont circulé il y a deux ou trois ans. Cela illustre l'absence de données valides et amène à s'interroger sur les représentations de la sexualité étudiante parmi les personnes qui ne fréquentent pas l'université...

L. G., M.-A. G., A. P.

(1) Wauquiez L. Pour un plan de santé étudiants : préserver leur avenir. Rapport d'information N° 3494. Commission des affaires culturelles. Paris : Assemblée nationale, 2006 : 133 p.

(2) Ballester C., Perrève A., Gerbaud L. Les IVG chez les étudiantes des universités clermontoises de 2003 à 2006. Services de santé universitaires de Clermont-Ferrand, 2007 (à paraître).

(3) Zorman M. La santé des étudiants à l'entrée à l'université. Bulletin de l'Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble 2007 ; n° 1 : 1-6.

remboursement – originalité française difficile à rationaliser). Les services de santé universitaires peuvent également participer à des campagnes de dépistage, comme celle des mélanomes.

### Formation des pairs à la prévention

Les actions collectives d'information en santé et en prévention sont nombreuses, en relais de campagnes nationales ou régionales, via un partenariat avec les mutuelles étudiantes et d'autres partenaires de prévention (Codes, centre de planification familiale, Crous, etc.). Ces actions peuvent être aussi impulsées par l'université, via les services de santé universitaires, le conseil des études et de la vie universitaire, les associations et bureaux de la vie étudiante et financées par des fonds universitaires ou par l'État via les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

La formation de pairs étudiants en prévention est fréquente, parfois sous forme d'enseignement doté de crédits d'enseignement, souvent en partenariat avec d'autres services universitaires (bibliothèque, culture ou sports) et des associations étudiantes telles qu'Avenir Santé. La dotation d'emplois d'assistants de vie universitaires dans les services de santé universitaires permet de mieux les associer aux projets et aux actions des associations universitaires et bureaux de la vie étudiante, tout en ayant un impact accru de leurs messages.

### Des services à géométrie variable

La plupart des services de santé universitaires proposent des consultations de gynécologie (dont la demande fortement croissante traduit la réduction de l'offre ambulatoire), médecine du sport (souvent en partenariat avec le service universitaire des activités physiques et sportives), nutrition et des consultations d'addictologie (surtout tabac et cannabis), de psychologues, psychiatres, psychanalystes, etc. Les services de santé universitaires peuvent avoir intégré un bureau d'aide psychologique universitaire ou avoir passé un accord avec un autre, situé à proximité.

Onze services de santé universitaires disposent de centres de santé polyvalents (médicaux et infirmiers) (7) permettant l'accès des étudiants à des soins de santé primaire (médecine générale ou spécialisée). Le statut de ces centres varie considérablement entre des centres payants (ayant des stratégies identiques à tout dispensaire de santé) et gratuits (financés par le budget standard d'un service de santé universitaire).

Les services de santé universitaires instruisent l'accès aux droits spécifiques des étudiants atteints de handicap permanent ou temporaire (tiers-temps aux examens, dispense d'assiduité, priorités médicales, etc.). Les liens sont forts avec les dispositifs universitaires du handicap, les Maisons départementales des per-



sonnes handicapées et des associations telles que Handi Sup. Ils contribuent aussi à l'insertion ou à la réinsertion d'étudiants en situation de désavantage en relayant *in situ* la prise en charge dont ils ont besoin.

Les services sociaux peuvent être rattachés aux services de santé universitaires, aux centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires, ou partagés entre les deux. Dans tous les cas, le lien entre services médicaux et sociaux reste fondamental pour une bonne prise en charge des étudiants en difficulté.

### Une crise structurelle chronique

La diversité des actions ne doit pas masquer une réalité globale calamiteuse (7). L'absence de postes de directeur et de médecins fait que les services de santé universitaires sont parmi les premières victimes de la pénurie de médecins, ne pouvant offrir ni statut, ni revenu décents.

Pourtant, l'utilité des services de santé universitaires est démontrable :

– l'accès à un centre de vaccination ou de dépistage via un service de santé universitaire se traduit par un pourcentage plus élevé d'environ 30 % de prise en charge et d'accès aux soins ;  
– de 5 à 10 % des étudiants (11, 12) ont des problèmes sévères de précarité et d'accès aux soins, et la nécessité de liens entre soins et études va bien au-delà des seuls étudiants reconnus comme handicapés. Les données de santé concernant les étudiants sont souvent trop globales, soit nationales (13, 14) ou considérant les 18-25 ans dans leur ensemble (15, 16), et ne permettent pas le pilotage de politiques de santé locales. Les étudiants sont des jeunes majeurs dont la présence à l'université est courte (environ trois ans), ce qui impose d'enquêter régulièrement sur leurs pratiques et état de santé. Le problème est aussi que les modes de vie étudiante font l'objet de projection de

la part de ceux qui ont été étudiants et qui assimilent leurs propres souvenirs à une réalité souvent bien différente, comme le montrent les deux exemples choisis pour illustrer cet article (*encadrés pages précédentes*).

**Laurent Gerbaud**

professeur des universités,  
praticien hospitalier<sup>1, 2</sup>, directeur du  
service de santé interuniversitaire  
de Clermont-Ferrand,

**Marie-Ange Grondin**

assistante hospitalo-universitaire<sup>1, 2</sup>

**Anne Perrève**

Médecin coordonnateur<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand.

<sup>2</sup> Service de santé publique, faculté de médecine, université d'Auvergne, Clermont-Ferrand.

<sup>3</sup> Service de santé interuniversitaire de Clermont-Ferrand.

## ► Références bibliographiques

(1) Décret n° 88-520 relatif aux services de médecine préventive et de promotion de la santé du 3 mai 1988.

(2) Haut Comité de la santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994 : 334 p.

(3) Haut Comité de santé publique. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation française, 2002 : 412 p.

En ligne : <http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/hcsp/hc001174.pdf>

(4) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de la Santé et des Solidarités. *L'état de santé de la population en France en 2006 : indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Paris : La Documentation française, 2007 : 254 p.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2006/santepop2006.htm>

(5) Toussaint J.-F. *Stratégies nouvelles de prévention. Rapport de la commission d'orientation de prévention*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 217 p.

En ligne : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint\\_151206/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint_151206/rapport.pdf)

(6) Gazol J., Morla M. Les services de santé universitaires : des missions innovantes et à développer. In : Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale. *Rapport*

1995. Paris : La Documentation française, 1995 : 183-210.

(7) Wauquiez L. *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants*. Documents d'information de l'Assemblée nationale n° 3494, décembre 2006 : 133 p.

En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3494.pdf>

(8) Association des directeurs de santé universitaires. *Enquête sur les services de santé universitaires*, 2007.

(9) Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (Anaem). *Rapport d'activité - Années 2005-2006*. Paris : Anaem, 2007 : 63 p.

En ligne : [http://www.anaem.fr/IMG/pdf/activite\\_2005\\_2006.pdf](http://www.anaem.fr/IMG/pdf/activite_2005_2006.pdf)

(10) Wluczka M., Debska É. *La santé des primo-migrants en 2006. Étude réalisée à partir des enquêtes « semaine données »*. Paris : Anaem, 2007 : 15 p.

En ligne : [http://www.anaem.fr/IMG/pdf/a\\_sante\\_des\\_primomigrants\\_en\\_2006\\_definitif.pdf](http://www.anaem.fr/IMG/pdf/a_sante_des_primomigrants_en_2006_definitif.pdf)

(11) Labbe E., Moulin J.-J., Sass C., et al. *État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle*. Pratiques et organisation des soins

2007 ; 38 (1) : 43-53.

(12) Labbe E., Moulin J.-J., Bourg A., et al. *Comment identifier des nouvelles formes de précarité ? « Ciblage des populations en situation de précarité » par les centres d'examen de santé*. Rapport d'étude. Saint-Étienne : Cetaf, 2007 : 110 p.

(13) Gruel L., Vourc'h R., Zilloniz S. *La vie étudiante - Repères*. Paris : Observatoire national de la vie étudiante. 2007 : 20 p.

En ligne : [http://www.ove-national.education.fr/doc\\_lib/94d6\\_brochureperes\\_hd.pdf](http://www.ove-national.education.fr/doc_lib/94d6_brochureperes_hd.pdf)

(14) Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (Usem). *La santé des étudiants en 2007*. Paris : Usem, 5<sup>e</sup> enquête nationale, 2007 : 109 p.

En ligne : [http://www.usem.fr/contenu\\_PDF/USEM\\_nat\\_150607.pdf](http://www.usem.fr/contenu_PDF/USEM_nat_150607.pdf)

(15) Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 176 p.

(16) Labbe E., Moulin J.-J., Sass C., et al. *Health inequalities in young people: relations between social vulnerability, health related behaviours and self perceived health*. In: European Public Health Association (EUPHA) eds. 14th conference on Public Health; 16-18 November 2006; European Journal of Public Health, vol. 16, Supplement 1, 2006: p. 113.

# Difficultés socio-économiques : des conséquences sur la santé et les études

**Selon plusieurs enquêtes récentes, la proportion des étudiants en difficulté financière a augmenté au cours de la dernière décennie. Cette précarisation a des conséquences sur leur santé : ils consultent et se soignent très peu, faute de moyens, en particulier ceux qui sont contraints de travailler pour financer leurs études. Ces inégalités socio-économiques renforcent donc les inégalités de santé.**

Une part non négligeable des étudiants, en France, rencontre des difficultés socio-économiques. Quelles en sont les conséquences sur le déroulement de leurs études, mais aussi sur leur santé ? Deux enquêtes récentes – le rapport Wauquiez (1) et l'enquête Usem (2) – apportent des informations précieuses en la matière dont voici quelques grandes tendances.

Tout d'abord, la situation socio-économique des étudiants peut être appréhendée à partir des postes de dépenses importants que représentent le logement et le transport et du recours pour certains étudiants à un travail extérieur pour financer leurs études.

Aborder la situation socio-économique des étudiants, c'est parler des familles et du coût des études. Depuis deux décennies, la France connaît une massification sans précédent de ses étudiants : ils sont plus de deux millions. La première conséquence est la diversification du profil social des étudiants : on a, à la fois, plus d'étudiants issus de familles défavorisées mais aussi plus de classes moyennes modestes, pour lesquelles le financement des études de leurs enfants est une vraie question.

Concernant le coût des études, plusieurs paramètres sont à prendre en compte. Selon les filières, les coûts directs des études peuvent être très variables, mais il ne faut pas oublier les coûts indirects que constituent le logement et les frais de transports. Ces deux postes pèsent un poids non négligeable, en particulier depuis l'évolution des cursus universitaires dans le cadre de l'harmonisation européenne : en effet,

l'année universitaire se décline désormais en semestre transposable d'une université à une autre, dans plusieurs pays pour certains. Cela incite les étudiants à plus de mobilité et à des études plus longues, deux critères qui deviennent des gages de réussite dans les études et de meilleure insertion professionnelle. Mobilité et allongement des études ont un coût, le temps est révolu où un étudiant partait étudier trois ou cinq ans dans le même pôle universitaire, proche du domicile de ses parents. De fait, le financement des études est un sujet majeur pour les familles. Or, les conditions de vie des étudiants peuvent être centrales pour une bonne réussite. La difficulté de financement des études peut constituer un véritable obstacle en termes d'égalité des chan-

ces et peut également venir interférer avec la santé des étudiants.

Pour évaluer la situation socio-économique des étudiants, on peut retenir les éléments suivants de l'étude conduite par l'Usem, en juin 2007, dans laquelle près de 30 % des étudiants se déclarent en difficulté financière, sont plus nombreux à travailler et à être boursiers. Près de la moitié des étudiants ont demandé une bourse et 65 % l'ont obtenue, ce qui fait que plus du quart des étudiants sont boursiers. Or, le système de bourse est très complexe et les paiements interviennent souvent avec beaucoup de retard, bien après le moment de la rentrée universitaire, qui est pourtant celui où l'étudiant a le plus de frais.

## Logement, transports : lourd budget

Le faible coût des droits d'inscription masque des coûts indirects importants : logement, transports, frais liés aux études (livres, voyages, matériels pédagogiques, changement d'université pour une spécialisation, etc.).

Pour le logement, on note que près de la moitié des étudiants sont logés par leur famille (49,4 %), mais ce taux diminue après la troisième année d'études. Les étudiants d'Ile-de-France sont beaucoup plus souvent logés par leur famille (61 %) ; ceux qui le sont moins se trouvent dans l'Ouest (37,6 %) (1). Les étudiants qui sont logés en résidence universitaire se déclarent plus en situation de difficulté financière que les étudiants logés chez leurs parents. La décohabitation (fait pour un étudiant de ne plus être logé chez ses parents) a un coût qui explique certainement qu'entre 2005 et 2007 la part des étudiants qui vivaient dans leur famille a progressé, passant de 46,3 % à 49,4 % (1).

Pour le transport, qu'il s'agisse du trajet quotidien domicile/université (plusieurs dizaines de kilomètres en province ou plusieurs zones de carte Orange en Ile-de-France) ou du trajet de l'étudiant qui rentre chez ses parents quelques week-ends par mois. Dans ce domaine, il existe des aides allouées, en particulier par les Régions, mais les différences de prise en charge sont réelles d'une région à l'autre et peuvent entraîner des inégalités.

## Le travail des étudiants : des réalités diverses

Le travail des étudiants est une réalité qu'il n'est pas toujours facile de cerner. Une étude réalisée pour l'Unef indiquait que, si 65 % des étudiants avaient travaillé pendant l'année, ce chiffre cachait d'importantes disparités : ainsi, pour 47 % des étudiants, ce travail a lieu pendant les vacances et ce ne sont plus que 18 % qui travaillent pendant leurs études. Ce dernier chiffre rassemble ceux qui font quelques heures de baby-sitting, ceux qui travaillent à temps partiel et ceux qui sont à temps plein. Au final, l'Insee estime que 11 % des étudiants travaillent pendant leurs études.

Sur ce point encore, on retrouve des disparités selon le sexe – les femmes sont 25,3 % à travailler contre 19,3 %

## Rapport Wauquiez : s'attaquer aux inégalités

C'est l'un des tout derniers documents publiés, qui dresse un état des lieux complet de la situation et formule des propositions : en juillet 2006, le député Laurent Wauquiez a remis au ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche un rapport intitulé « Les aides aux étudiants – Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ? » (1). Il dresse un état des lieux des aides accordées aux étudiants (montants, conditions d'attribution et modalités de versement) en regard des caractéristiques de la population étudiante et de ses conditions de vie.

Globalement, il ressort que le montant des aides accordées est significatif mais que le système est trop complexe, opaque, voire injuste. Ainsi, les aides arrivent rarement quand l'étudiant en a le plus besoin et les effets de seuil rigides écartent de ces dispositifs un grand nombre de familles. En outre, le rapport met clairement en évidence, d'une part, l'importance de la cellule familiale comme élément de soutien des étudiants et la fragilisation de cette cellule ; d'autre part, la détresse des classes moyennes modestes qui peinent à financer les études de leurs enfants. Aussi, le rapport conclut sur les dix recommandations suivantes pour rendre le système de bourses plus simple, plus lisible, plus efficace :

- soulager les coûts de la rentrée : une allocation de rentrée universitaire et un engagement sur les versements dans les temps des bourses ;
- simplifier les formalités administratives : un dossier unique pour l'étudiant, des règles plus simples, un système de bourse plus clair ;
- renforcer les bourses pour les classes moyennes modestes ;
- remédier aux inégalités de situation entre étudiants ;
- mettre un terme à la multiplication des inégalités locales ;
- créer un droit à une allocation d'études remboursable pour tous ;
- faciliter la mobilité étudiante : créer un complément mobilité, adopter un tarif transport étudiant et revoir le système de bourses mobilité ;
- encadrer les jobs et les stages : créer un chèque job étudiant et faciliter le financement des stages ;
- résoudre la question du logement ;
- mettre en œuvre un plan national « Conditions de vie étudiante » (conditions matérielles, santé, « passeport vers l'emploi », mais aussi accueil des étudiants étrangers).

S. B.

(1) Wauquiez L. *Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ?* Rapport de mission parlementaire au Premier ministre. Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2006 : 159 p. En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000549/0000.pdf>

des hommes (2) – et selon les régions – dans le Nord-Ouest et l'Est, les étudiants salariés sont autour de 15 %, alors qu'ils sont plus de 31 % en Ile-de-France.

Le travail salarié augmente avec le niveau d'études : en 1<sup>re</sup> année, ils sont 14,9 % *versus* 30,6 % en 5<sup>e</sup> année et plus. Enfin, le travail salarié est également lié au cursus, 25,5 % des salariés inscrits à l'université travaillent contre 2,8 % des étudiants des CPEG (classes préparatoires et grandes écoles) (2).

Les difficultés socio-économiques auxquelles sont confrontés certains étudiants ont des incidences sur les études. Ces incidences peuvent se traduire au niveau du choix de la filière et conduire à interrompre ses études supérieures ou à choisir une filière courte. Ainsi, les étudiants des classes moyennes modestes sont moins nombreux que les enfants de

cadres à être étudiants à 19 ans (62 % *vs* 91 %). Mais surtout, leur durée d'études est plus courte : à 24 ans, 15 % des étudiants de classes moyennes modestes sont étudiants contre 32 % d'enfants de cadres (1). Ces difficultés peuvent également induire des choix forcés pour des étudiants qui ne peuvent pas déménager et qui s'engagent dans un cursus non voulu ou avec de faibles débouchés professionnels.

## Des incidences sur la santé

Les conséquences des difficultés socio-économiques sur la santé des étudiants doivent être envisagées selon deux angles : les déterminants de la santé et l'accès aux soins. Concernant les déterminants de la santé, sont à prendre en compte les conditions de logement, de transport, l'existence d'un travail salarié régulier ou non, qui ont été évoqués précédemment.

En ce qui concerne l'accès aux soins, 14 % des étudiants qui n'ont pas consulté de médecin évoquent le motif du coût et seuls 83,5 % des étudiants déclarent avoir une complémentaire santé, ce qui est le plus bas niveau parmi les différentes tranches d'âge et catégories socio-professionnelles de la population française. Pour la moitié des étudiants qui n'a pas de complémentaire santé, la raison invoquée est le coût (2). Par ailleurs, pour 66 % des étudiants en situation financière difficile, le coût est la première raison invoquée pour ne pas avoir de complémentaire.

En conclusion, la part des étudiants qui connaissent des difficultés socio-économiques semble s'accroître car, entre 2005 et 2007, on constate à la fois que le nombre d'étudiants qui habitent chez leurs parents a augmenté, que la part d'étudiants salariés augmente et que les étudiants sont de plus en plus nombreux à évoquer l'obstacle du coût pour ne pas aller consulter un médecin (2).

**Sandrine Broussouloux**

Chargée de mission,  
direction du Développement de l'éducation  
pour la santé et de l'éducation thérapeutique,  
INPES.

## ► Références bibliographiques

(1) Wauquiez L. *Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ?* Rapport de mission parlementaire au Premier ministre. Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2006 : 159 p.

(2) Bernardin E., Tron I., Nossereau C., Michel L., Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (Usem). *La santé des étudiants en 2007*. Paris : Usem, 2007 : 109 p.

Entretien avec Maryse Thibon, assistante sociale, responsable du service social au Crous de Montpellier.

## « Nous sommes confrontés à des étudiants en grande précarité »

**Assistante sociale au centre régional des œuvres universitaires et scolaires de Montpellier, Maryse Thibon souligne que les étudiants ont heureusement un bon « capital santé » vu leur jeune âge, mais elle constate une montée incontestable de la précarité depuis dix ans. À tel point que certains étudiants étrangers sont dénutris, faute d'une alimentation suffisante. Avec les autres professionnels, elle fournit une aide au cas par cas : Ticket-Repas, accès aux droits, à une mutuelle, soutien financier ponctuel. Le premier poste sacrifié par les étudiants en difficulté est la santé.**

**La Santé de l'homme : Vous êtes responsable du service social du Crous de Montpellier. Avez-vous une action sur la santé des étudiants ?**

**Maryse Thibon :** La santé des étudiants n'est pas directement de notre compétence mais notre action a des incidences évidentes sur la santé des étudiants. En réalité, nous essayons de prévenir les conséquences de la précarité sur la santé en prenant en compte un certain nombre de dimensions sociales, comme l'accès aux droits, les aspects budgétaires, la prévention. Les étudiants, étrangers ou nationaux, fragiles socialement et en manque de repères sont plus susceptibles que d'autres d'être mal dans leur peau et de développer ainsi toutes sortes de problèmes. Des étudiants en grande précarité viennent nous voir.

Pour autant, nous ne prenons pas en charge un étudiant parce qu'il a un ennui d'ordre psychologique, par exemple. Nous le suivons en essayant, d'abord, de considérer ses difficultés conjoncturelles et d'y apporter des réponses administratives ou budgétaires et, ensuite, de lui conseiller – par la médecine préventive notamment – un suivi si ce n'est déjà le cas.

**S. H. : Il est dit, parlant de ces étudiants fragiles, qu'ils sont en situation de vulnérabilité ?**

Un étudiant vulnérable est quelqu'un qui, du fait de sa situation, ne va manifestement pas pouvoir tenir économiquement parlant son année universitaire. Il y a plusieurs cas de figure. Ce peut être un étudiant qui, pour une raison ou pour une autre, perd sa

bourse et dont la famille ne peut prendre en charge le manque économique. Ce peut être aussi un étudiant de classe moyenne qui, barème oblige, échappe à la bourse mais dont les ressources familiales ne lui permettent pas de couvrir les besoins à hauteur de ce qu'il faudrait. Il y a, enfin, et c'est de loin le cas le plus fréquent et le plus problématique, une certaine catégorie d'étudiants étrangers que nous appelons, dans notre jargon, les étudiants étrangers individuels. Ces étudiants viennent sur le territoire à titre individuel suivre un cursus universitaire, sans bourse de leur pays ni subsides du gouvernement français. Ils sont souvent très démunis et en grande difficulté.

**S. H. : Des études évoquent une certaine précarisation de la condition étudiante. Quel est votre sentiment ?**

Cette précarisation de la condition étudiante, même si celle-ci est difficile à cerner, est pour nous un élément important et réel. J'en prends pour preuve le recours aux organismes caritatifs. À Montpellier, de plus en plus d'étudiants sont aidés sur le plan alimentaire alors qu'il y a une dizaine d'années nous n'intervenions jamais à ce sujet. Aujourd'hui, nous voyons de nombreux étudiants qui se nourrissent très mal, en particulier les étudiants qui ont des budgets extrêmement limités.

**S. H. : Pourriez-vous nous préciser quantitativement ce que représente, à Montpellier, cette précarisation ?**

C'est toujours très difficile de donner des chiffres surtout, je vous le rappelle, que le Crous a vocation à s'adresser à la totalité des étudiants inscrits à l'université, aux autres établissements publics ou privés. À Montpellier, le Crous loge sept mille étudiants environ sur soixante-deux mille. Je parle de la ville non de l'académie. Aussi, au service social, nous touchons entre 8 et 10 % de la population étudiante. Ce qui veut dire qu'il y a entre 8 et 10 % des étudiants qui se sont adressés au service social au moins une fois et pas forcément pour une situation de précarité. Ce peut être pour une question d'accès aux droits. Certes, nous pourrions croiser d'autres chiffres, comme celui donné par La Mutuelle des étudiants, de 9 % d'étudiants qui ne posséderaient pas de mutuelle. Même si l'accès à la Sécurité sociale va de pair avec l'inscription universitaire, le fait de ne pas posséder de mutuelle, nous le savons, entraîne un moins bon remboursement des soins et surtout un abandon de certains suivis médicaux, comme les soins ophtalmologiques ou dentaires, par exemple.

**S. H. : Vous parlez de recours aux organismes caritatifs et à l'aide alimentaire. Est-ce que cela veut dire que vous faites appel à eux ?**

Nous vivons une situation paradoxale. D'un côté, le système des bourses a évolué. Il y a eu le plan Allègre, qui a permis à un nombre plus important d'étudiants d'accéder à des fonds. Il y a des allocations d'études bénéficiant à tous les étudiants qui sont en rupture familiale. De l'autre côté, nous avons, c'est vrai, de plus en plus recours au caritatif et à l'aide alimentaire. Nous ne

convoquons jamais un étudiant. L'étudiant vient nous voir. Et le fait est là : les entretiens partagés et les évaluations sociales nous poussent de plus en plus à orienter la personne vers le caritatif, qu'il s'appelle Secours populaire, Secours catholique, Emmaüs ou Resto du cœur. J'ajoute que ces organismes nous alertent également sur le nombre de plus en plus important d'étudiants qui s'adressent à eux. Et nous pouvons, lorsque c'est nécessaire, distribuer des tickets de « Resto U » à 2,80 € l'unité.

**S. H. : N'est-ce pas inquiétant que certains étudiants soient contraints de recourir à l'aide alimentaire ?**

L'aide alimentaire est, selon moi, symptomatique d'une situation très difficile. Avec très peu de budget, ce sont des conditions de logement très limitées, voire insalubres, à plusieurs dans peu de mètres carrés, où il est compliqué de vivre et poursuivre correctement ses études. C'est l'impossibilité de payer les factures, comme l'électricité, qui va jusqu'à la coupure de courant. C'est l'obligation de trouver un petit boulot pour essayer de survivre : près de 90 % de ces étudiants sont obligés de travailler pour essayer de mener à bien leurs études. Chez nous, c'est la cueillette du melon, du mois de mai au mois de septembre, un travail pénible, et des travaux de maçonnerie.

**S. H. : En termes de santé, cette situation n'est pas sans conséquences. Que constatez-vous ?**

Dans notre service, nos constats sont assez marginaux. On a déjà rencontré des étudiants étrangers individuels connaissant des difficultés alimentaires telles qu'ils avaient des problèmes de santé liés à cette dénutrition. Nous savons, par les contacts avec nos collègues de la médecine préventive, que ces étudiants ont des problèmes particuliers liés aux difficultés d'adaptation, à la solitude, à l'éloignement social et parental. Et les discussions fréquentes que nous avons avec nos collègues assistantes sociales, infirmières et médecins, nous indiquent ces particularismes qui sont compliqués à déceler. Notre travail consiste à tisser du lien, à vérifier leurs droits et à les aider dans leurs démarches administratives, à prendre et financer une mutuelle... Au-delà de cela, que pouvons-nous faire ? Nous

avons à notre disposition une allocation unique d'aide d'urgence. Cette aide, que nous ne pourrions pas verser plus de trois fois dans une année universitaire, n'est pas faite pour se substituer à un financement régulier. C'est un coup de main ponctuel. Car nous voulons prendre en compte la situation de l'étudiant au moment où il vient nous voir. Nous sommes souples dans nos critères d'aide. Nous avons créé une petite rubrique dans nos critères d'aide qui s'appelle : « reste à vivre insuffisant ». Toute l'année, il y a des étudiants qui ne peuvent pas boucler leur budget. On essaye alors de colmater quelques brèches.

**S. H. : À votre avis, comment faire de l'éducation pour la santé vis-à-vis de ce public ?**

Je serai prudente dans ma réponse car ce n'est pas tout à fait ma fonction. Mon sentiment, en revanche, est sans ambiguïté : l'éducation à la santé est indispensable. Comment faire ? Comment d'abord parler de ces questions à un public qui, globalement, a plutôt un bon capital « santé » ? Il faut le dire : les étudiants sont en bonne santé, et c'est tant mieux. Alors, nous participons avec la Fédération de la mutuelle étudiante à des actions sur la contraception, la sexualité, les addictions. Il y a des actions de sensibilisation, d'animation dans tel « Resto U ». Avec les services de médecine préventive, nous avons créé une petite documentation à destination des travailleurs sociaux, intitulée « Alimentation et petit budget ». Nous travaillons avec nos réseaux, associations caritatives, milieu hospitalier pour échanger de l'information et la donner aux étudiants que nous recevons. Nous pouvons sans doute faire davantage. Mais, concernant les étudiants « vulnérables », les étudiants en grande précarité, la question de l'éducation pour la santé, même si elle est nécessaire, est encore plus compliquée à solutionner. Une fois encore, le premier poste sacrifié par un étudiant, ou par une autre personne d'ailleurs car le problème est général, qui est en grande difficulté budgétaire, c'est la santé. Et notamment tout ce qui est consultation. Je crois donc qu'en la matière nous devons rester modestes.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

# Accueil des étudiants handicapés : les universités inégales

**En 2006, deux experts ont dressé un état des lieux et formulé des recommandations pour améliorer l'accueil des étudiants handicapés dans les universités. Ils préconisent notamment la mise en place de services d'accueil spécifiques dans toutes les universités. Une charte signée en septembre 2007 prévoit également la création d'une structure d'accueil sur tous les campus.**

Le droit d'accès des handicapés à une formation supérieure a été affirmé par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; cette législation prévoit leur droit à la formation « *scolaire, professionnelle ou supérieure* ». À la demande des pouvoirs publics, deux experts du champ, Michel Georget et Michèle Mosnier<sup>1</sup>, ont rédigé un rapport dressant l'état des lieux de la mise en œuvre de ce droit<sup>2</sup>.

Le rapport, publié en 2006, examine, à partir d'un échantillon de vingt universités, les conditions dans lesquelles ces établissements accueillent des étudiants handicapés et les mesures pour généraliser cet accueil. Ce document décrit la situation actuelle à travers les cinq principaux aspects d'une politique d'accueil (effectifs, accueil, accessibilité, dispositifs d'accompagnement pédagogique, autres modes d'accompagnement). Il en ressort que « *la plupart des établissements mettent déjà en œuvre des actions spécifiques, certaines très innovantes voire exemplaires* ». Le problème est que

la loi n'est pas prise en compte dans l'ensemble des établissements, ce qui ne permet pas d'offrir à tout lycéen handicapé « *les mêmes possibilités de poursuite d'études sur l'ensemble du territoire national* ». Le rapport préconise donc que tous les établissements offrent « *une accessibilité pleine et entière* » mais aussi accueil, orientation et insertion professionnelle. Pour ce faire, il faut mobiliser les présidents d'université et les équipes de direction des universités. Surtout, « *des moyens financiers et en personnel sont nécessaires* », ces ressources doivent être pérennisées en s'appuyant sur toutes les sources de financement possibles.

Les auteurs formulent un ensemble de propositions pour améliorer la situation :

- donner une véritable lisibilité à la politique d'accueil des étudiants handicapés : nomination d'un délégué ministériel au handicap (ou à l'égalité des chances), publication d'un guide national de l'accueil des étudiants handicapés, amélioration de la liaison entre le lycée et l'université, etc. ;
- mobiliser les présidences et les équipes de direction des établissements d'enseignement supérieur. Imposer en particulier la création de services communs « handicap » dans tous les établissements qui en sont dépourvus ;
- dans les établissements, sensibiliser l'ensemble des professionnels et préparer les enseignants à l'accueil d'étudiants handicapés. Valoriser l'engagement des étudiants tuteurs, généraliser les unités d'enseignement optionnelles « handicap » ;
- améliorer l'accessibilité des locaux, mais aussi des services de communication publique en ligne, des services de documentation et des bibliothèques, former les personnels.

Ces propositions ont connu un début d'application puisque, en septembre 2007, les pouvoirs publics, représentés par trois ministres – Valérie Pécresse (Enseignement supérieur et Recherche), Xavier Bertrand (Travail, Relations sociales et Solidarité) et Valérie Létard (secrétariat d'État chargé de la Solidarité) – ont signé avec Jean-Pierre Finance, président de la Conférence des présidents d'université (CPU), une charte du handicap. Son objectif : favoriser l'intégration et la réussite des étudiants handicapés. La charte Université-Handicap s'inscrit dans la ligne de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle prévoit la création, dans chaque établissement, d'une « *structure dédiée à l'accueil et à l'accompagnement des étudiants handicapés* », comme l'indique le ministère chargé de l'Enseignement supérieur. Dotée d'une ligne budgétaire spécifique et d'un personnel formé, cette structure sera un lieu « *clairement identifié au sein de l'université, avec une permanence horaire affichée. Afin de garantir l'égalité des chances, le projet de formation de l'étudiant handicapé sera associé à la réalisation d'un bilan de ses acquis fonctionnels concernant, par exemple, la maîtrise de la prise de notes en braille ou de la déambulation* », précise le ministère.

**Yves Géry,**  
Rédacteur en chef.

1. *Inspecteurs généraux de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche.*

2. Georget M., Mosnier M. *La politique d'accueil des étudiants handicapés.* IGAENR, Rapport n°2006-050, juillet 2006 : 74 p. <http://media.education.gouv.fr/file/69/5/2695.pdf>

# Nancy se préoccupe de l'accueil des étudiants handicapés

À Nancy, l'université, avec la La Mutuelle des étudiants (LMDE) et d'autres partenaires, ouvre ses portes pour mettre en avant sa politique d'accueil des étudiants handicapés. Interview de Baptiste Vaury, chargé de prévention au sein de la délégation Est de la LMDE.

**La Santé de l'homme : Quelles sont les raisons qui ont incité la LMDE à s'engager auprès des étudiants handicapés ?**

**Baptiste Vaury :** Les différents plans visant, depuis plusieurs années, à augmenter de manière significative l'intégration des jeunes en situation de handicap dans le milieu scolaire ordinaire portent progressivement leurs fruits : les effectifs recensés dans l'enseignement supérieur sont en augmentation par rapport aux années précédentes. Cependant, l'enquête réalisée par l'observatoire Expertise et Prévention pour la santé des étudiants (EPSE), à l'initiative de la LMDE, a constaté que l'accompagnement des étudiants en situation de handicap devait être soutenu, notamment pour démontrer à ces étudiants qu'ils peuvent être ambitieux, s'intégrer dans l'enseignement supérieur et viser à terme une insertion professionnelle réussie. L'initiative menée en Lorraine par la LMDE et la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) s'est inscrite dans un contexte spécifique : la communauté universitaire de Nancy est très sensible à la problématique de l'intégration des étudiants en situation de handicap, et de nombreux dispositifs existent déjà.

**S. H. : Concrètement, quelle action avez-vous mise en œuvre à Nancy pour favoriser l'intégration des étudiants handicapés à l'université ?**

L'action intitulée « Être lycéen en situation de handicap et accéder à l'université et à l'enseignement supérieur, c'est possible » s'est déroulée, le 21 mars 2007, sur le campus de l'université Nancy-2, en présence du service d'intégration scolaire et universitaire (Sisu), du rectorat, de Nancy-Université,

du Crous, de la MGEN et de la LMDE. Les objectifs étaient de changer le regard des lycéens en situation de handicap et de leur famille sur les études, et de les informer sur les dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'adaptation de leur cursus.

Tous les lycéens en situation de handicap, leur famille et leurs accompagnants de la Région Lorraine ont été invités. Le rectorat a relayé l'information auprès de l'ensemble des acteurs de l'Éducation nationale. Une conférence a permis de les informer sur les filières d'études, sur la loi du 11 février 2005, qui fixe la réglementation en termes d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap et les dispositifs spécifiques d'accueil en Lorraine. Une table ronde a été organisée avec les témoignages d'étudiants et de professionnels en situation de handicap. La journée s'est conclue par des rencontres individuelles entre les lycéens et les représentants des différents services présents afin d'apporter

des réponses personnalisées aux questions posées.

**S. H. : Quel bilan dressez-vous de cette action ?**

Elle a permis de répondre aux besoins en information des lycéens et a été l'occasion pour les différentes structures de communiquer sur l'ensemble de leurs services. Plus d'une centaine de personnes se sont déplacées. À la suite de cette manifestation, de nombreux jeunes sont entrés en contact avec des structures présentes telles que le service d'intégration scolaire et universitaire, afin d'obtenir plus d'informations en matière d'accompagnement et de projet professionnel. Cette action devrait être renouvelée en janvier 2008, avant la préorientation des lycéens, permettant ainsi de mieux évaluer l'impact de ce type d'initiative dans les choix d'orientation vers l'enseignement supérieur.

Propos recueillis par **Sandrine Broussouloux**

# Mutuelle des étudiants : prendre en compte le handicap

**La Mutuelle des étudiants (LMDE) revendique une prise en compte particulière des étudiants en situation de handicap. Elle forme notamment ses salariés à l'accompagnement et adapte ses documents aux publics handicapés.**

Être en situation de handicap et étudiant à l'université, c'est possible ! L'amélioration des dispositifs d'intégration scolaire, notamment la mise en place, dès 1999, du programme « Handiscol », permet aux premières promotions de collégiens et de lycéens d'intégrer l'enseignement supérieur. Cependant, des adaptations importantes dans l'accompagnement à la vie universitaire sont encore nécessaires et plus particulière-

ment pour les étudiants présentant des déficiences plus lourdes, tout au long d'un parcours universitaire plus long.

La loi du 11 février 2005 sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » modifie profondément la façon dont est envisagé le handicap dans la sphère éducative et marque les obligations nouvelles au bénéfice des person-

nes handicapées. Cette loi dispose que les établissements d'enseignement supérieur mettent en œuvre les aménagements nécessaires aux besoins des étudiants en situation de handicap dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études.

Quelle est la réalité ? Si, en 2006, la direction générale de l'Enseignement supérieur recense huit mille sept cent quatre-vingt-trois étudiants en situation de handicap, ils sont estimés à douze mille du fait d'une sous-déclaration par les étudiants eux-mêmes afin d'éviter une stigmatisation.

Par ailleurs, sur deux cent quatre-vingt mille personnes recensées au chômage et reconnues personnes handicapées, 16 % seulement ont un niveau équivalant au baccalauréat et 6 % un niveau équivalant à « bac + 3 ». Autre constat : les entreprises contraintes par la loi du 10 juillet 1987 d'employer 6 % de personnes en situation de handicap recherchent prioritairement des diplômés bac + 2. Il est donc indispensable d'encourager les lycéens à tenter l'aventure de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle réussie par un accompagnement soutenu.

Au-delà de son rôle de gestion de la protection sociale des étudiants, La Mutuelle des étudiants (LMDE) se définit comme un lieu d'engagement et de promotion des valeurs mutualistes de solidarité au service des étudiants. Reprenant la tradition de la mutualité étudiante pour l'égalité des droits et l'accès au savoir pour tous, la LMDE développe une politique d'accompagnement des étudiants en situation de handicap. Cet engagement fait suite aux initiatives prises dans les années 1990 dans les établissements d'enseignement supérieur, avec notamment



l'organisation des Assises étudiantes pour favoriser l'intégration des étudiants handicapés.

Dans ce nouveau contexte, et face à ces nouvelles problématiques, une enquête pour mieux connaître les conditions de vie des étudiants en situation de handicap a été réalisée, à la demande de la LMDE, en janvier 2006, par l'observatoire Expertise et Prévention pour la santé des étudiants (EPSE). Ont été interrogés, les étudiants en situation de handicap et les personnels en charge des questions du handicap dans les universités. Les questions portaient notamment sur l'accessibilité des locaux, l'accessibilité pédagogique ou sur les dispositifs d'accueil différents. Il en ressort notamment que 80,7 % des responsables universitaires chargés de l'accueil des étudiants handicapés considèrent les amphithéâtres comme accessibles aux étudiants ayant un handicap moteur alors que ces derniers sont 86,2 % à juger ces lieux accessibles.

### Un autre regard sur le handicap

Les résultats de cette enquête ont nourri les débats d'un colloque organisé, à Nanterre, par la LMDE, en novembre 2006 visant à « *changer notre regard sur le handicap à l'université* » et à rassembler les acteurs de la vie universitaire pour réfléchir ensemble sur les nécessaires adaptations des dispositifs existants.

Ce colloque a également donné lieu à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et d'information dans six villes universitaires en partenariat avec la MGEN. Ces actions avaient pour objectif d'encourager l'accès aux études supérieures des lycéens handicapés en changeant leur perception, celle de leur famille, mais aussi celle des personnels des universités et des étudiants. Leurs témoignages ont permis de présenter et de faire connaître les dispositifs existants, notamment en matière d'accompagnement personnalisé.

Pour impulser et mener à bien ces différentes initiatives locales, une formation-action des élus et des salariés de la LMDE et de la MGEN sur les enjeux de la loi et les problématiques en matière de scolarisation, d'emploi et de vie sociale ont permis de renforcer les connaissances, les compétences et le savoir-faire des équipes.

Au sein même de ses services et à travers l'offre de prestations mutualistes, la LMDE garantit l'égalité de traitement entre l'ensemble de ses adhérents, qu'ils soient ou non en situation de handicap.

### Un fonds d'aide à la compensation du handicap

La LMDE intervient également dans le cadre de la compensation du handicap. Un complément d'aide peut être obtenu par l'étudiant handicapé dans le cadre de son plan personnalisé de compensation. La création au sein de la LMDE d'un fonds d'aide à la compensation du handicap permet de diminuer le plus possible le reste à charge des étudiants handicapés après la décision de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et des caisses primaires d'Assurance Maladie, en matière d'allocation de compensation.

Parallèlement, elle entreprend d'améliorer l'accessibilité de ses cent cinquante-trois accueils par un programme de travaux d'aménagement engagé depuis début 2007.

Les brochures d'information sur le régime étudiant de Sécurité sociale, sur la protection sociale obligatoire et complémentaire sont éditées en braille à destination des étudiants aveugles ou malvoyants. Cet effort en matière de communication sera étendu, à partir de 2008, aux outils de prévention.

### Le droit au savoir

Afin de peser sur les politiques publiques, la LMDE est présente avec la MGEN au sein de « l'Association nationale pour le droit au savoir et à l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap ».

Force de proposition pour la promotion de la scolarisation et de la formation professionnelle des jeunes en situation de handicap, ce collectif interassociatif veut faire reconnaître et respecter ce « droit au savoir », reconnu et affirmé avec force dans la loi du 11 février 2005, par une prise en compte globale des problèmes liés au handicap et par la synergie de compétences locales.

**Nicolas Souveton**  
Administrateur délégué LMDE  
en charge de la qualité de service,  
du handicap et de la formation, Nancy.

# Éducation pour la santé des étudiants : quelques règles essentielles

**Comment faire de l'éducation pour la santé en direction des étudiants ? En recueillant les besoins, en faisant participer les étudiants eux-mêmes, en formant les professionnels, souligne Claude Terral, directeur des services de santé étudiants à l'université de Montpellier-1. Médecins, infirmières, psychologues, accueillants et autres personnels des équipes de médecine préventive doivent travailler en « collectif ». Mais ils ne pourront le faire correctement que lorsqu'ils seront reconnus et disposeront de moyens adéquats. Ce qui n'est actuellement pas le cas.**

Comment faire de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé<sup>1</sup> appropriées aux étudiants ? Il n'y a pas de recettes face à un étudiant à facettes multiples, à un environnement varié, à des moyens hétérogènes. Car il n'existe pas un étudiant type mais une multiplicité de profils et de situations : âge, durée des études, filière, tissu social, moyens économiques, etc. Il en est de même des formes diverses de l'environnement proposé aux étudiants : conditions d'hébergement et de déplacement, campus isolé ou intégré en ville, organisation des horaires, etc., avec des conséquences sur l'accès à l'alimentation, aux loisirs, mais aussi à la prévention et aux soins.

## Pas de recettes, mais des principes

Si les étudiants ont un point commun, c'est le fait que la santé n'est que rarement leur objectif. En revanche, on peut les amener à considérer *la santé comme une ressource* pour leurs études.

Face à leur diversité et à leurs moyens pour s'occuper de leur santé, il ne peut y avoir de « recette » pour mettre en place des stratégies d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé. En revanche, il existe une série de grands principes qui permettront de mettre en œuvre des politiques sanitaires auprès des étudiants, à l'université et dans les lieux de vie qu'ils fréquentent (restaurants et cités universitaires, par exemple).

Un des principes majeurs, en éducation pour la santé consiste à impli-

quer, dès le début de la réflexion et de l'élaboration d'un programme, des représentants de la population à laquelle on prétend s'intéresser, afin de prendre en compte leurs propres représentations ou attentes et construire avec eux cette action. Impliquer les étudiants est un exercice complexe : en trouver qui acceptent cette participation et tiennent le rythme des réunions ; adapter les horaires des membres de l'équipe de médecine préventive pour se caler sur les contraintes de la vie étudiante ; trouver les bonnes dates où il n'y ait ni examens ni congés, etc. Dans tous les cas, passer par leurs représentants élus et leurs corporations (en veillant au respect des représentativités) est toujours une bonne démarche.

C'est lorsque la demande – que nous recevons au service de médecine préventive étudiant – est partie des étudiants eux-mêmes que ce travail en commun est le plus facile à mettre en place. Parfois cette demande s'inscrit dans le cadre d'un stage, avec demande d'un appui et un accompagnement méthodologique. Dans d'autres cas, c'est une demande spontanée pour laquelle ils viennent nous rencontrer : telle association d'étudiants en médecine veut organiser des séances d'information avec des étudiants pour y aborder des questions qu'il se posent (et qu'on leur pose) sur des thèmes touchant à la sexualité. Ils ont pensé utile de se rapprocher de nous à la fois pour nourrir et renforcer leurs connaissances dans un domaine peu abordé par ailleurs, dans un esprit d'action de prévention et d'information, mais aussi

pour bénéficier, à travers ce partenariat, d'un cadre permettant le bon déroulement de cette initiative.

Dans tous les cas, le service de médecine préventive doit savoir privilégier le temps consacré à l'écoute, rédiger, après chaque rencontre, un relevé minimum de décisions qui va permettre de suivre l'évolution du programme et savoir d'emblée fixer ses limites en termes de compétence, de champ de mission et de moyens. Peu le savent : pour une action bien construite et évaluable portant sur la santé au sens global du terme (bien-être physique, psychique et social), les étudiants peuvent demander un financement au fonds d'aide à la vie étudiante de chaque université.

## Impliquer les universitaires

Si les actions qui ont le plus de chance d'aboutir et de trouver leur public sont celles conduites avec les étudiants et pour répondre à leurs besoins, cela n'exclut pas les actions de prévention plus généralistes s'adressant au plus grand nombre. Mais comment s'adresser à tous, selon les filières et années d'études, selon l'organisation géographique (centrée ou éclatée) de l'université ? Certains privilégieront une stratégie d'affichage, par le biais d'un journal ou un site intranet ; d'autres, les actions itinérantes d'un site ou d'un amphithéâtre.

S'il est difficile pour quelques acteurs (de santé) d'aller à la rencontre du plus grand nombre (d'étudiants), il est parfois envisageable de rencontrer d'autres acteurs de la communauté universitaire

pour les sensibiliser à une action ou à un message de santé ou de prévention. Ainsi, par exemple, pour l'installation d'un stand dans le cadre d'une campagne contre le sida, il n'est pas inutile que les enseignants et les personnels administratifs soient eux-mêmes sensibilisés et puissent rappeler à un moment qui leur paraîtra opportun et pas forcément lors de la journée sida, quelques conseils ou recommandations.

Au fait, pourquoi seuls les étudiants auraient-ils besoin d'être informés ? Se rappelle-t-on que, à l'université, contrairement au secondaire, ce sont des adultes-enseignants ou adultes-administratifs qui s'adressent à des adultes-étudiants et réciproquement, et que les questions de santé sont bien souvent communes !

### **Impliquer ces « intermittents de la santé »**

Autre grand principe à respecter : l'engagement de l'équipe de médecine préventive universitaire dans ces stratégies éducatives suppose qu'elle soit formée à ces approches et partage des valeurs communes. Peut-on appeler « équipe » des structures dans lesquelles ne figurent que des « intermittents de la santé », embauchés sous forme de vacations précaires ou contractualisés sur dix mois, avec des salaires non réactualisés depuis des décennies, pour assurer des missions définies par un décret de 1988 devenu depuis longtemps obsolète. De multiples commissions parlementaires ou ministérielles ont dénoncé cela, sans effets, dans leurs rapports.

Pour un étudiant qui doit chaque fois re-raconter son histoire, parce que c'est une tête nouvelle qui le reçoit, comment avoir envie de se confier ? Pour un professionnel qui n'est là qu'en attente d'une proposition plus stable et mieux rémunérée, comment créer les conditions de cette confiance ? Surtout si sa mission est exclusivement de convoquer les primo-inscrits... parce que c'est réglementaire.

Cette situation n'est pas virtuelle, loin s'en faut ; et, si la situation des médecins commence à être mieux prise en compte, celle des psychologues-cliniciens est loin d'être réglée, sans parler des diététiciennes, là où elles existent. Aussi, développer des actions de prévention et d'éducation pour la santé

passer impérativement par la mise en place de statuts qui permettent à des professionnels d'exercer dans des conditions relativement stables et conformes aux règles en vigueur. Alors l'équipe peut se reconnaître comme telle et peut envisager la construction de programmes ou d'actions sur du long cours. Cela permet aux étudiants d'identifier leurs interlocuteurs habituels, cela contribue à la confiance et à la reconnaissance.

### **Former les professionnels**

Quelles sont alors les principales pistes pour renforcer les compétences de l'équipe en éducation pour la santé ?

L'une des possibilités repose sur l'organisation de réunions de service régulières associant l'ensemble des personnels de l'équipe : médecins, infirmières, psychologues, diététiciennes, mais aussi les personnels administratifs s'impliquant dans l'accueil et le secrétariat. Si chacun a des compétences techniques spécifiques, lorsqu'il est question

de la santé, tous peuvent apporter leur expérience, peuvent avoir été le réceptacle d'une question ou d'une interrogation d'un étudiant. Faire accepter cette rencontre pluriprofessionnelle est non seulement le gage d'échanges riches mais aussi la possibilité de voir émerger des propositions et des attitudes dont on ne se doutait même pas qu'elles existaient déjà. Le rôle du responsable sera d'animer la réunion de telle sorte que chacun s'exprime et apporte sa contribution. Nous le constatons dans nos réunions avec les étudiants : ils portent une demande dont ils possèdent déjà une bonne part de la réponse. À nous d'en favoriser l'émergence.

Cela correspond à un point fondamental en éducation pour la santé : les personnes auxquelles on s'adresse ne sont pas vierges de connaissances, elles ne sont pas une « table rase ». Ce temps d'échange participe à l'éducation en les conduisant à prendre conscience qu'elles détiennent déjà une partie de la réponse.

Une fois cette prise de conscience effectuée, on peut éclaircir certains points ou apporter des connaissances nouvelles, faire appel à des « experts » extérieurs : celui qui possède un savoir construit et formalisé autour de la thématique qui nous interpelle ; ou celui qui a une expérience de terrain, un savoir-faire. C'est une chose de faire venir le spécialiste de l'étude ou de l'épidémiologie des addictions ; c'est une autre chose d'appeler le responsable de l'accueil et de l'accompagnement au quotidien dans une structure associative de jeunes présentant une conduite addictive. Les deux sont complémentaires,

chacun aura son regard ; tout dépendra des besoins qu'aura définis l'équipe. La notoriété de l'intervenant n'est pas forcément le critère majeur ! La façon qu'il aura de répondre aux questions que se pose l'équipe pourra être un meilleur facteur discriminant !

Cependant, il est un point sur lequel un grand nombre de nos équipes devra certainement se pencher : la plupart des professionnels qui les constituent n'ont pas été formés en éducation pour la santé au cours de leur formation initiale ; ils l'apprennent bien souvent sur le tas. Dans ce cas, l'une des possi-

bilités que certains ont choisie est de mettre en place un partenariat avec un comité départemental ou régional d'éducation pour la santé (Codes ou Cres), favorisant ainsi la formation des personnes ou bien le travail en commun au cours duquel en se frottant l'une à l'autre chacune des parties va s'enrichir. Cette démarche ou toute autre équivalente est à encourager. Ces formations gagneraient certainement à être effectuées en associant, y compris dans leur élaboration, plusieurs équipes de médecine préventive proches ou d'une même région ; d'abord en termes de coût mais aussi et surtout en termes

## Les étudiants, grands absents des politiques régionales de santé

**Le suivi médical s'arrête-t-il à la sortie du lycée ? Force est de constater la faiblesse des programmes de prévention destinés aux étudiants. Cette population est peu prise en compte dans les programmes régionaux et nationaux de santé. Comme si elle était peu visible.**

Sans l'action des élus étudiants, sans la publication des enquêtes conduites par différents organismes, notamment par les mutuelles d'étudiants, il n'est pas sûr que leur santé aurait eu beaucoup de retentissement au sein des universités, ainsi qu'en témoigne la quasi-absence de suite, à ce jour, des rapports parlementaires ou ministériels qui se sont succédé depuis une quinzaine d'années et dont la qualité d'analyse a été reconnue par tous. Et pourtant tous convergent. Cela va de pair avec l'absence assez générale de prise en compte de la santé des étudiants dans les politiques régionales. Tout se passe bien souvent comme si, à l'instar du suivi médical scolaire des jeunes, tout s'arrêtait à la sortie du lycée.

Par exemple, lorsque les schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps) ont été établis, il y a environ quatre ans, très peu ont fait état de la santé des étudiants. De la même façon, les conférences régionales de santé qui se sont tenues récemment dans chaque région n'ont pas impliqué, sauf à de rares exceptions, des représentants des services de médecine préventive universitaire ou d'acteurs pouvant parler de la santé des étudiants. L'explication la plus plausible dans ces deux cas est que les services de l'État invitent l'Éducation nationale à travers le rectorat et que l'invitation ne parvient que rarement aux universités (la faute à... l'indépendance !). Mais cela veut dire aussi que les

responsables des services universitaires de médecine préventive devront penser à s'impliquer plus dans les politiques de santé ; là aussi une information et une régulation nationale pourraient apporter un plus. En revanche, là où les services de médecine universitaires se sont introduits, ils ont été accueillis sans aucun problème, bien au contraire, par les services de l'État ; ce fut le cas en Languedoc-Roussillon. L'identification récente d'un ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche devrait permettre de lever cette confusion. La récente mise en place dans chaque région d'un groupement régional de santé publique (GRSP) conduira-t-elle à une meilleure considération de cette population étudiante et de sa santé ? Nous le verrons d'ici quelque temps !

### Peu de programmes de prévention

Cette situation d'ignorance relative se retrouve également, à un degré moindre, dans les politiques nationales ou régionales de prévention : les appels d'offre orientés sur cette population sont encore peu nombreux, surtout comparés aux programmes dédiés aux plus jeunes ; là aussi, tout se passe comme si la prévention et l'éducation pour la santé perdaient leur intérêt après 18 ans. Mais nous avons nous aussi une part de responsabilité si nous n'avons pas tenté de notre côté de proposer des projets à des structures susceptibles de les aider.

Par exemple, en Languedoc-Roussillon, le conseil régional a choisi de s'intéresser à la santé des jeunes de 18 à 25 ans. Une enquête est en cours actuellement, permettant de distinguer ces jeunes selon qu'ils sont étudiants, en apprentissage ou en situation d'insertion ; les résultats permettront d'impulser des

actions de prévention mieux ciblées. Mais d'ores et déjà des actions avaient été financées, dont certaines dans un partenariat associant également les services de l'État (Drass). L'action importante des mutuelles étudiantes dans ce domaine, si elle n'ignore pas, bien sûr, les problèmes de santé qu'elles ont contribué à mettre en évidence, se caractérise le plus souvent, apparemment du moins, entre autres par des campagnes nationales d'action ou d'information qui viennent souvent d'en haut se poser sur le terrain des universités ou des Crous sans qu'il y ait toujours eu concertation locale, ou alors trop tardivement. Mais indiscutablement les choses évoluent et l'on voit de plus en plus fréquemment des partenariats se constituer. En ce qui nous concerne, les représentants des mutuelles sont invités systématiquement au comité de pilotage général de nos actions de prévention.

### Impliquer les travailleurs sociaux

Les implications étroites des travailleurs sociaux du Crous ou des universités dans l'abord global des problèmes de santé des étudiants contribuent fondamentalement à la dimension éducative à travers le dialogue qu'ils instaurent avec eux. Promouvoir la santé passe indiscutablement par le travail de réel partenariat et d'échange au quotidien mis en place ici ou là entre professionnels du soin et du social autour de l'étudiant et en bonne intelligence entre les structures, ou, pour être plus exact et précis, entre des hommes ! L'objectif partagé étant de donner les meilleurs moyens à l'étudiant de trouver des réponses à ses interrogations, quel que soit le professionnel qu'il contacte.

C. T.

d'harmonisation des pratiques et de connaissance réciproque.

Une telle approche de la formation pourrait prendre, à mon sens, une véritable dimension nationale, l'élaboration commune d'un programme pouvant être un moyen fort de renforcer la compétence et la cohérence de nos actions, qui se sont mises en place au gré des histoires et des contraintes de chaque université. Il y a là l'occasion de créer et de renforcer des liens avec la structure de référence que constitue l'INPES.

### Se doter des moyens

En conclusion, au sein des universités, l'état des lieux est très contrasté, de même que les moyens dégagés pour assurer la prise en charge de la santé. Un travail de contacts et de rencontres régulières doit être patiemment tissé avec les responsables des filières de formation et les principaux services administratifs en lien direct avec la politique de vie étudiante. Une piste nous est donnée par la sortie des différents textes qui régissent maintenant la prise en charge et le suivi des étudiants en situation de handicap et qui, de fait, formalisent ce type de rencontre. Il ne s'agit pas de doubler ce système mais d'en profiter, dans le bon sens

du terme, pour renforcer nos chances de promouvoir la santé.

Bien sûr, tout cela nécessite du temps et parfois on peut estimer que c'est une denrée rare ! Ce n'est pas sûr, c'est un choix politique de gestion et d'organisation d'un service. Si l'on se plaint que nos activités ne sont pas, ou pas assez, reconnues, s'est-on donné les moyens de favoriser cette reconnaissance ? Ce temps se rattrape à moyen terme, par une meilleure connaissance et une reconnaissance des acteurs qui favorisent la confiance.

Enfin, développer l'éducation pour la santé et militer pour renforcer la promotion de la santé passe par d'autres pistes « externes » au monde universitaire. À chacun de voir là où l'ancrage d'une action sera le plus facile pour lui, en fonction des opportunités locales ou des charismes personnels. Mais il faut être clair : ce ne sont ni les missions définies en 1988, ni des structures éminemment fragiles et non soutenues, ni des professionnels de santé en situation d'instabilité permanente qui peuvent entreprendre sereinement des actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, qui, par définition, sont

non pas des « coups médiatiques » mais des processus qui se déroulent dans le temps et reposent sur la connaissance et la reconnaissance de tous les acteurs de la communauté universitaire. Et qui doivent se réaliser au cœur même de l'université.

**Claude Terral**

Maître de conférence des universités, praticien hospitalier, unité de coordination des actions de prévention et éducation du patient, directeur du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, université Montpellier-1, président du Cres Languedoc-Roussillon.

---

*1. L'éducation pour la santé peut être considérée comme l'ensemble des savoirs, savoir-faire, savoir-être, qui doivent permettre à chacun d'acquiescer, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la société. Elle participe à l'acquisition de l'autonomie. Le concept de promotion de la santé recouvre les processus qui permettent à un ensemble de décideurs ou à une communauté de comprendre que leur politique ou les décisions qu'ils prennent, y compris dans des secteurs apparemment éloignés, peuvent avoir une influence sur la santé des populations ; la charte d'Ottawa préconise ainsi la mise en place de politiques « saines », respectueuses de la santé. Pour les étudiants, par exemple, le mode d'organisation des études influe sur leur qualité de vie et peut avoir des conséquences sur leur santé. Conséquences variables selon les ressources et les capacités de chacun à gérer son environnement ou à le subir.*

---

Entretien avec Delphine Bouenel, membre du Bureau national de l'Union nationale des étudiants de France (Unef).

## « Ouvrir des maisons de santé pour les étudiants »

**L'Unef estime que la médecine préventive est insuffisante sur les campus et demande la création d'un service plus ambitieux avec, comme pilier, des « Maisons de santé » pour les étudiants sous l'égide des centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous). L'Unef préconise aussi un « chèque-santé » pour garantir à tous les étudiants la possibilité d'accéder à une mutuelle.**

### La Santé de l'homme : Quel bilan tirez-vous des actuels services de santé universitaires ?

**Delphine Bouenel :** Selon une étude réalisée par La Mutuelle des étudiants (LMDE), 42 % des étudiants n'ont jamais passé de visite médicale au sein du service de médecine préventive de leur établissement. Pourtant, cette visite est

proposée lors de la première année à l'université. Or, faute de moyens, les services de médecine préventive n'ont ni le temps, ni les personnels suffisants pour convoquer les étudiants de première année pour un bilan de santé.

La situation des bureaux d'aide psychologique universitaire est aussi alarmante. Alors que la souffrance psy-

chique est très présente chez les étudiants, du fait notamment de la précarité dans laquelle ils se trouvent et de leur rythme de vie, il est assez dramatique de constater le nombre très faible de bureaux d'aide psychologique universitaire en France (moins de vingt pour plus de deux millions d'étudiants). Cela induit un très grand stress chez les étudiants, qui ne trouvent pas de sou-

rien au sein de l'université. Il reste ainsi beaucoup de choses à améliorer au niveau des services de santé universitaires.

**S. H. : *Quelles sont vos initiatives dans le domaine de la promotion de la santé des étudiants ?***

Nous travaillons sur de nombreux thèmes de prévention touchant la population étudiante, et notamment la consommation tabagique, la contraception, le mal-être. Cela se concrétise entre autres, par des actions d'information sur les campus, en partenariat avec la LMDE. Nous participons également le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année à la Journée mondiale de lutte contre le sida, en partenariat avec les Crous, à travers l'opération « Café'in » : chaque étudiant qui prend un café se voit délivrer un préservatif accompagné d'éléments de prévention sur les IST.

Par ailleurs, afin de maîtriser les éléments d'expertise sur les questions spécifiques à la santé des étudiants, l'Unef a intégré l'observatoire Expertise et Prévention pour la santé des étudiants (EPSE), créé par la Mutuelle des étudiants.

**S. H. : *Quelles propositions concrètes formulez-vous ?***

En premier lieu, nous revendiquons la création d'un véritable statut social de

l'étudiant, pour que chaque jeune en formation puisse bénéficier de ressources adaptées à ses besoins, d'une protection sociale de haut niveau et des moyens de maîtriser sa santé de manière autonome. Nous plaçons pour un réinvestissement dans la santé étudiante. On ne peut améliorer l'enseignement supérieur, en France, sans moyens pour l'accueil et l'accompagnement social et sanitaire des étudiants. Les étudiants ont des problématiques de santé spécifiques auxquelles il faut d'abord répondre par une forte action préventive, qui peut être prise en charge par les mutuelles étudiantes, notamment par des actions de prévention portées par des étudiants en direction de leurs pairs, en lien bien sûr avec les services de santé des établissements d'enseignement. Cela nécessite un financement public aux actions de prévention étudiantes, qui peut se révéler rentable à terme car c'est entre 18 et 25 ans que se prennent les habitudes en matière de santé.

En plus d'insister sur le rôle primordial de la prévention dans les réponses sanitaires à apporter au milieu étudiant, l'Unef propose trois autres axes revendicatifs en matière d'accès aux soins pour les étudiants.

1. Faciliter l'accès aux soins en améliorant la couverture sociale des étudiants : un « chèque-santé », délivré par les Crous, permettrait aux 13 % d'étudiants dépourvus de complémentaire

pour raisons financières de bénéficier d'une protection sociale de qualité et d'éviter le renoncement ou le report de soins. Nous sommes en total désaccord avec le projet du gouvernement d'instaurer des franchises médicales, ce qui va amplifier sans nul doute les reports de soins... Enfin, il faut promouvoir une simplification du système à travers le rattachement des étudiants salariés apprentis et stagiaires au régime étudiant de Sécurité sociale, afin de rendre effective l'égalité d'accès à une protection spécifique adaptée.

2. Renforcer les services de santé universitaires en modifiant leur périmètre d'action. Il est nécessaire de rendre la visite médicale obligatoire effective en donnant des moyens suffisants aux services de médecine préventive universitaires. Il faudrait compléter leur rôle en matière de prévention en leur permettant de délivrer directement des soins. Pour renforcer les services de soins, il faudrait regrouper les services de médecine préventive universitaires dans des « Maisons de santé », gérées par les Crous, qui sont les opérateurs de la vie étudiante, pour que l'ensemble des étudiants de la ville y ait accès. Les établissements d'enseignement supérieur, qui ont aujourd'hui la charge de la santé étudiante, ne s'y investissent en effet que trop peu du fait du recentrage de leurs moyens sur leurs missions (enseignement, recherche). En outre, pour améliorer l'accueil des étudiants étrangers et faciliter leurs démarches, il faudrait également que les services de médecine préventive universitaires soient agréés pour faire passer les visites médicales préalables à la délivrance des titres de séjour étudiants.

3. Nous préconisons, enfin, la mise en place d'une offre de soins spécifiques. L'ouverture de centres de santé étudiants en ville, sur le modèle des centres mutualistes et à proximité des lieux de vie étudiants est une piste intéressante. Ces centres, en plus de permettre aux étudiants d'être soignés sans débours d'argent, devraient comprendre l'ensemble des spécialités médicales qui concernent le plus les étudiants. Les établissements de la Fondation santé des étudiants de France (FSEF) concourent à l'existence d'une telle offre de soins.

Propos recueillis par **Sandrine Broussouloux**

Deux questions à Claire Guichet, vice-présidente chargée des œuvres universitaires à la Fédération des associations générales étudiantes (Fage).

## « La médecine préventive doit être ouverte à tous les étudiants »

Pour la Fédération des associations générales étudiantes (Fage), l'actuelle médecine préventive étudiante ne donne pas satisfaction. La Fage préconise une visite médicale en première année pour tous et la mise en place d'un véritable service préventif associant les professionnels en réseau.

### La Santé de l'homme : *Quel bilan dressez-vous des actuels services de santé universitaires ?*

La Fage souhaite une réforme ambitieuse du système de santé universitaire. Le système actuel a montré ses limites pour plusieurs raisons, qui doivent conduire notre démarche de réforme du système :

- première raison, le manque criant de financement. Les universités investissent en général peu dans les services universitaires de médecine préventive. Les frais de médecine préventive des étudiants (4,57 euros par an inclus dans les frais d'inscription) restent la principale source de revenus des services, avec 4,57 euros versés par étudiant contre 1,68 euro seulement de l'État pour chaque bénéficiaire. Cette réforme ne pourra donc malheureusement pas s'effectuer à coût constant et nécessitera un engagement fort de l'État ;

- seconde raison : l'inégalité de traitement entre les étudiants. Le deuxième échec des services de santé universitaires est que les étudiants qui ne sont pas à l'université mais dans d'autres structures (grandes écoles, écoles et instituts privés, BTS, prépas, étudiants en soins infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) n'y ont pas accès. En effet, la santé des étudiants n'entre pas directement dans les missions de l'université (1) et, surtout, l'université ne regroupe pas l'ensemble des étudiants de l'enseignement supérieur français. Mais on arrive parfois à des situations aberrantes : un service de médecine préventive dans une faculté va passer convention avec une grande école extérieure (école de commerce ou d'ingénieurs par exem-

ple) pour assurer la visite obligatoire de ses étudiants... alors qu'elle n'a pas les moyens de le faire pour ses propres étudiants.

### S. H. : *Quelles propositions concrètes formulez-vous pour promouvoir la santé des étudiants ?*

Pour pallier ces dysfonctionnements et permettre aux services de médecine préventive universitaires de prendre en charge efficacement la médecine préventive à destination des étudiants, nous demandons la création d'un service de médecine préventive étudiante, sous responsabilité du réseau des œuvres universitaires, ouvert à l'ensemble des étudiants, en université ou dans d'autres établissements.

Ces services auront également une mission de formation des étudiants, notamment aux premiers secours. En

outre, ils pourront délivrer aux étudiants internationaux le certificat médical nécessaire à l'obtention de leur titre de séjour.

Nous avons aussi des propositions pour promouvoir la santé des étudiants en dehors du cadre des services de santé universitaires : nous demandons la création d'un chèque-santé permettant aux étudiants d'accéder à une mutuelle complémentaire, ainsi que le fractionnement des frais de Sécurité sociale étudiante et l'exclusion des étudiants du dispositif de franchise de soins ainsi que la généralisation du tiers payant et des tarifs conventionnés.

Propos recueillis par **Sandrine Broussouloux**

(1) Loi n° 2007-1199 relative aux libertés et responsabilités des universités, parue au Journal officiel n° 185 du 11 août 2007.

# Les Crous souhaitent réduire les inégalités sur les campus

**Vingt-huit centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous) officient en France. Aide financière, action sociale, logement, restauration, actions d'information et de prévention de proximité sont les principaux services qu'ils procurent. Avec une vigilance particulière par rapport aux étudiants en situation de handicap ou de précarité.**

La santé des étudiants constitue un des volets importants de la stratégie pluriannuelle d'amélioration des conditions de vie étudiante présentée par Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, dans le cadre du chantier « Conditions de vie étudiante ». Les liens établis entre santé, qualité de la vie étudiante et réussite des études démontrent les enjeux majeurs du développement d'une politique de promotion de la santé des étudiants. Ce constat est partagé chez tous les acteurs institutionnels en charge de la vie étudiante ; parmi ceux-ci, le réseau des œuvres universitaires, de par ses missions d'accompagnement social des étudiants, contribue à cet objectif national de la promotion de la santé des étudiants.

Le Centre national des œuvres universitaires et scolaires (Cnous) et les vingt-huit centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous) mettent en place des services qui améliorent au quotidien les conditions de vie et de travail des étudiants au travers d'actions concernant les aides financières, l'action sociale, le logement, la restauration universitaire, la gestion de la mobilité internationale, le soutien aux initiatives étudiantes (loi du 16 avril 1955 et décret du 5 mars 1987).

Toutes ces actions participent à une meilleure intégration de l'étudiant dans l'université et la cité et contribuent de manière significative à son bien-être. La santé des étudiants, en effet, rejoint le cœur des missions des œuvres universitaires. Les questions sanitaires et sociales sont étroitement liées et nécessitent une synergie de tous les acteurs en charge de l'accueil des étudiants, dans sa dimension la plus large : établisse-

ments d'enseignement supérieur, Crous, mutuelles étudiantes, collectivités locales, organisations étudiantes et associations étudiantes, etc.

## Accueil social et proximité

Au-delà de l'accueil social assumé par le réseau des assistants sociaux des Crous (*voir à ce sujet l'interview de Maryse Thibon, page 28*), les interventions des Crous dans le domaine de la santé sont importantes et s'appuient sur des partenariats et des initiatives communes des acteurs déjà mentionnés. Ces partenariats engagés à l'échelon national (par exemple entre le Cnous et les mutuelles étudiantes) mais surtout aux niveaux régional et local, déclinent principalement des actions de prévention et d'information des étudiants. Le maillage du territoire par les établissements gérés par les Crous (résidences et restaurants universitaires, services d'accueil pour les étudiants boursiers et étrangers, etc.)

permet un lien de proximité (structurel et personnel) évident avec les étudiants quel que soit leur lieu d'études et donc une efficacité dans l'impact de ces actions auprès de nos étudiants les plus fragiles. Les Crous à cet égard assurent aussi un rôle d'observatoire des conditions de vie des étudiants, outil indispensable pour la mise en place des politiques de promotion de la santé. Ainsi, un suivi personnalisé des étudiants est assuré par des relais en résidences universitaires (gestionnaires, médiateurs sociaux, étudiants tuteurs, conseils de résidence, etc.) permettant de repérer les situations appelant des aides sociales, sanitaires ou psychologiques.

À titre d'exemple, les actions menées par le Crous de Lyon-Saint-Étienne concernent des campagnes de prévention du sida, d'information sur les risques de la consommation de tabac (partenariat Crous/LMDE) ou encore des cam-



pagnes de sensibilisation à l'équilibre alimentaire (partenariat Crous/Usem). Pour ce dernier exemple, la mission de la restauration universitaire intègre une dimension de santé publique.

L'opération « Tous en forme », organisée, chaque année à Lyon, est emblématique d'un partenariat volontariste de tous les acteurs de la santé étudiante. Cette action est développée par l'université de Lyon (PRES), la LMDE, la MGEN, la Ville de Lyon et le Crous en lien avec le Programme national nutrition santé (PNNS). Des forums d'information sont ainsi organisés sur les principaux sites universitaires par tous les professionnels de la santé et s'inscrivent dans la promotion du sport et la préparation d'un événement sportif : une course à pied de cinq kilomètres rassemblant la communauté universitaire lyonnaise. Il s'agit par ces actions coordonnées de sensibiliser les étudiants et les personnels à l'importance d'une alimentation équilibrée et d'un exercice physique comme facteurs de bien-être physique et intellectuel.

### Soutien aux étudiants handicapés

Autre volet important de l'intervention du Crous de Lyon, l'accueil des étudiants handicapés. L'université de Lyon, dans le cadre de sa mission handicap, développe des actions d'accueil et de soutien aux étudiants en situation de handicap. Le Crous participe comme membre du Comité d'orientation aux objectifs et aux actions de la mission Handicap comme favoriser l'accès des étudiants handicapés à l'enseignement supérieur mais aussi une meilleure insertion professionnelle, développer l'accessibilité de tous les lieux universitaires (notamment pour les logements et les lieux de vie étudiante) ou mettre en place des actions d'information tel le guide des bonnes pratiques handicap dans l'enseignement supérieur. Ces objectifs rejoignent ceux de la charte Université/Handicap, signée en septembre 2007, entre le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le ministère du Travail, des Relations sociales et des Solidarités et la Conférence des présidents d'univer-

sité. Les Crous par leur action d'accompagnement matériel et social des étudiants handicapés participent également à la réussite de leur parcours universitaire et donc à l'égalité des chances avec les autres étudiants.

Toutes ces actions doivent s'inscrire dans une démarche partenariale forte avec la recherche d'une meilleure articulation des interventions des acteurs (notamment entre le Crous et les services de médecine préventive universitaire) et une mutualisation des moyens à l'image des services sociaux unifiés mis en place dans certains Crous au bénéfice de tous les étudiants inscrits dans des formations d'enseignement supérieur. Quelle que soit la nouvelle architecture des services de la vie étudiante, l'approche globale et partenariale des questions de santé sera demain un facteur décisif de la réussite d'une politique de la promotion de la santé chez les étudiants.

**Denis Lambert**

Directeur, Crous de Lyon – Saint-Étienne.

Entretien avec **Thierry Philip, pédiatre, directeur du centre Léon-Bernard de Lyon et vice-président de la Région Rhône-Alpes, délégué à la Santé et au Sport.**

## « La promotion de la santé des étudiants est prise en compte par la Région Rhône-Alpes »

**La Santé de l'homme : Interlocutrices privilégiées des universités, les Régions disposent d'un champ d'intervention qui permettrait une approche de la santé globale et ajustée au territoire. Quels sont les atouts mais aussi les obstacles qu'elles rencontrent pour promouvoir la qualité de vie des étudiants ?**

**Thierry Philip :** Il faut d'abord rappeler que si la Région a des compétences sur les lycées, la formation, l'apprentissage et, en santé, sur les formations sanitaires et sociales, si elle est aussi coordinatrice des politiques d'emploi, elle n'a toutefois pas de responsabilité directe sur les universités. Son action est pourtant au cœur d'une approche globale de la question étudiante par le biais des transports et du contrat de projet État/Région. Concernant les transports,

qui correspondent, on le sait, au troisième poste de dépenses courantes du budget des étudiants, la Région Rhône-Alpes par exemple dépense plus de deux cent cinquante millions d'euros, par an, en investissement. Quant au contrat de projet entre l'État et la Région, il comporte un chapitre « vie étudiante » (1) que nous avons trouvé peu satisfaisant mais qui représente tout de même plus de cent millions d'euros.

Du fait du désengagement de l'État, nous avons élaboré un schéma régional de l'enseignement supérieur et de la recherche avec les établissements, les organismes de recherche, les acteurs économiques et les autres collectivités de la Région. Ce schéma lie aujourd'hui la Région et la plupart des établissements par des contrats et il prévoit notamment d'agir sur l'orientation et la

professionnalisation des étudiants, leurs conditions de vie, l'aménagement de l'environnement universitaire, la lutte contre les inégalités d'accès à l'enseignement supérieur.

S'agissant de leurs conditions de vie, les associations étudiantes mettent en avant les difficultés rencontrées pour se loger. La Région, qui n'a pas de responsabilité directe sur le logement étudiant, a voté un plan pour celui-ci et coopère, en la matière, avec les communes et le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (Crous).

Enfin, la décentralisation des formations sanitaires et sociales (infirmière, diététicien, assistant de service social, etc.) de 2004 permet aujourd'hui aux Régions de soutenir le parcours professionnel de publics diversifiés, jeunes

mais aussi adultes, dans le secteur de la santé et les conduira à discuter de plus en plus souvent avec les universités, via le LMD (licence, master, doctorat).

**S. H. : Le Plan régional de santé publique rhônalpin 2006-2010 a retenu la prévention du mal-être et du suicide des jeunes et la réduction des inégalités de santé parmi ses priorités. Quelle place les étudiants tiennent-ils dans la politique de santé régionale ?**

La Région Rhône-Alpes a fait le choix particulier de participer pleinement au diagnostic de la situation de santé de la région, aux côtés de l'État. Il en résulte un Plan régional de santé publique (PRSP) donnant priorité aux publics en difficulté correspondant au diagnostic partagé entre la Région et l'État. Pour autant, nous regrettons le désengagement financier de l'État pour l'action, même si nous sommes membre du groupement régional de santé publique (GRSP). Cela nous conduit à financer des projets spécifiques dans le domaine de la réduction des inégalités, à hauteur de deux millions et demi d'euros par an.

Les étudiants ne sont pas un public visé, en tant que tel, par le PRSP rhônalpin mais une collaboration avec La Mutuelle des étudiants (LMDE) et avec l'université Lyon-1 nous permet de travailler sur l'accès aux soins, sur la promotion de la santé et, plus particulièrement, sur la prévention du tabagisme, de l'alcoolisme, de la souffrance psychique et mentale, de l'isolement et du stress. Ces actions donnent aussi la possibilité de revenir sur le diagnostic du PRSP en y incluant des publics étudiants en difficulté.

**S. H. : Quels sont les initiatives et les projets de la Région pour la santé des étudiants ?**

Nous venons de dire ce que nous faisons dans le cadre du plan régional de santé publique. Il faut y ajouter un appel d'offres annuel ouvert aux associations étudiantes et lycéennes, un programme santé/environnement spécifique, une aide aux réseaux d'acteurs et une contractualisation avec la Mutualité Rhône-Alpes et avec le Planning familial sur des sujets soit d'accès aux soins, soit de contraception ou d'accès à l'interruption volontaire de

grossesse qui intéressent directement les étudiants. Enfin, nous avons une politique spécifique aux internes en médecine générale pour les inciter à s'installer dans les zones aujourd'hui délaissées par leurs collègues.

Il est aussi nécessaire de signaler une Maison des adolescents que nous finançons et d'autres actions que nous menons avec Lyon-1, particulièrement. Leurs buts sont de faire évoluer les campus vers des environnements favorables à la santé, notamment par le développement des activités physiques et sportives, et la qualité et l'attractivité de la restauration collective. Il s'agit également de mettre en réseau les multiples acteurs (services sociaux et de santé de l'université, Crous, mutuelles, professionnels de santé) afin de parvenir à un guichet unique pour les étudiants en situation de handicap ou malades ou tout simplement pour les étudiants à la recherche d'une consultation de prévention et donc de santé.

Propos recueillis par **Annick Louvel**

(1) NDLR : « Vie étudiante » inclut toutes les actions hors enseignement, dont certaines dédiées à la santé.

# Pour en savoir plus

Au cours de notre recherche, nous avons identifié peu d'écrits concernant des actions de promotion de la santé en milieu étudiant. En revanche, l'état de santé des étudiants est assez bien documenté, notamment au travers d'enquêtes réalisées par les mutuelles étudiantes ou par les Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. La section bibliographique de cette rubrique signale d'abord quelques documents qui fournissent des points de repères sur les conditions de vie étudiantes ; l'état de santé des étudiants est traité principalement au travers de références de résultats d'enquêtes, puis quelques documents sur les comportements de santé sont indiqués. Les références qui suivent concernent des documents traitant de la façon dont l'université prend en charge la santé des étudiants. Enfin, les quelques documents identifiés relatant des expériences de promotion de la santé ou des préconisations en la matière sont référencés. Une liste d'organismes-ressources et de sites Internet complète la rubrique. Dernière visite des sites Internet mentionnés : 06/12/2007.

## ► BIBLIOGRAPHIE

### Conditions de vie des étudiants

- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.
- Grignon C. *Les étudiants en difficulté : pauvreté et précarité. Rapport au ministre de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche*. Paris : Observatoire de la vie étudiante, 2003 : 17 p.  
En ligne : [http://www.ove-national.education.fr/doc\\_lib/c346\\_rapport\\_precaire\\_2003.pdf](http://www.ove-national.education.fr/doc_lib/c346_rapport_precaire_2003.pdf)
- Houzel G. (sous la dir.), Gruel L., Vourc'h R., Zilloniz S. *La vie étudiante : repères*. Paris : Observatoire national de la vie étudiante, 2007 : 20 p.  
En ligne : <http://www.ove-national.education.fr/reperes2007.php>
- Legros M., Mionzio J. *Les étudiants* [dossier]. Informations sociales 2002 ; (99) : 135 p.
- Observatoire de la vie étudiante (OVE). *20 questions sur la vie étudiante*. Paris : La Documentation française, coll. Panorama des savoirs, 2007 : 60 p.
- Wauquiez L. *Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ? Rapport de mission parlementaire au Premier ministre*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2006 : 159 p.  
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000549/0000.pdf>

### Santé des étudiants : généralités et enquêtes

- Bernardin E., Tron I., Nossereau C., Michel L. Union nationale des mutuelles étudiantes régionales. *La santé des étudiants en 2007 : 5<sup>e</sup> enquête*. Paris : Usem, 2007 : 109 p.

En ligne : [http://www.usem.fr/contenu\\_PDF/USEM\\_nat\\_150607.pdf](http://www.usem.fr/contenu_PDF/USEM_nat_150607.pdf)

- La Mutuelle des étudiants. *La santé des étudiants 2005-2006 : enquête nationale et synthèses régionales*. Paris : Éditions de la vie universitaire, 2006 : 299 p.
- La Mutuelle des étudiants. *Comment vivent et se soignent les étudiants ? Colloque du 29 mars 2002*, Paris.  
En ligne : <http://www.lmde.com/lmde/colloque.pdf>
- Louvel A. *Contribution à l'analyse des propositions et de la réception du rapport Laurent Wauquiez sur la santé et la protection sociale des étudiants*. Villetaneuse : SUMPPS-université Paris-13, 2007 : 20 p.  
En ligne : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Individuel/rapports/2007/ALouvel-Analy-Prop-&Recept-Rapp-Wauquiez-8-Fev-07.pdf?73933-34G1G-9Q38X-46W9G-3X411>
- Nataf J.-C. *La santé des étudiants en 200 questions*. Paris : De Vecchi, 2005 : 159 p.
- Vandentorren S., Verret C., Vignonde M., Maurice-Tison S. *Besoins d'information en santé des étudiants au service interuniversitaire de médecine préventive de Bordeaux*. Santé publique 2005 ; 17(1) : 47-56.  
En ligne : [http://fulltext.bdsp.tm.fr/Sfsp/SantePublique/2005/1/047\\_056.pdf?0MJG3-M476X-J0483-461JX-4M301](http://fulltext.bdsp.tm.fr/Sfsp/SantePublique/2005/1/047_056.pdf?0MJG3-M476X-J0483-461JX-4M301)
- Wauquiez L. *La santé et la protection sociale des étudiants*. Rapport d'information n° 3494. Paris : Assemblée nationale, 2006 : 133 p.  
En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3494.pdf>
- Zorman M., Guillot A.-M., Bezaz-Sabri O., et al. *La santé des étudiants à l'entrée à l'université*. Grenoble : Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble, 2007 : 16 p.  
En ligne : <http://www.grenoble-universites.fr/servlet/com.univ.util.LectureFichierJoint?CODE=1193408345698&LANGUE=0>

### Comportements de santé des étudiants

- Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P. *Les usages de produits psycho-actifs des étudiants*. Psychotropes 2005 ; 11 (3-4) : 31-51.
- Centre de recherche et d'informations nutritionnelles. *Étudiants : les nouveaux visages de la précarité alimentaire* [dossier]. Alimentation et précarité 2004 ; (25) : 2-7.  
En ligne : <http://www.cerin.org/upload/4DE605C3FD6F38954B844D14DCF2F4D4/n25.pdf>
- Freyssinet-Dominjon J., Wagner A.-C. *L'alcool en fête. Manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2004 : 274 p.
- Grall Bronnec M., Balkan T., Botbol M. *Étudiants, usage de cannabis et troubles psychiatriques*. Alcoologie et addictologie 2005 ; 27 (1) : 21-9.
- Grignon C. *Alimentation et santé. 1<sup>re</sup> partie : les repas*. OVE Infos 2003 ; (6) : 1-8.  
En ligne : [http://www.ove-national.education.fr/ove\\_infos/pdf/oi6\\_oi6.pdf](http://www.ove-national.education.fr/ove_infos/pdf/oi6_oi6.pdf)
- Grignon C., Tiphaine B. *Alimentation et santé. 2<sup>e</sup> partie : la santé*. OVE Infos 2004 ; (9) : 1-8.  
En ligne : [http://www.ove-national.education.fr/ove\\_infos/pdf/oi9\\_oi9.pdf](http://www.ove-national.education.fr/ove_infos/pdf/oi9_oi9.pdf)
- Migeot V., Ingrand I., Defossez G., et al. *Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'université de Poitiers*. Santé publique 2006 ; 18 (2) : 195-205.

### L'université et la santé des étudiants

- Bureau national des élèves ingénieurs, Conférence des directeurs des écoles françaises d'ingénieurs. *Charte de bonnes pratiques : usage à risque et addictions en milieu étudiant*. Paris : BNEI, CDEFI, 2007 : 11 p.  
En ligne : [http://www.cdefi.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichiergw?ID\\_FICHIER=4435](http://www.cdefi.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichiergw?ID_FICHIER=4435)
- Louvel A., Lelu B. *Promouvoir la santé des étu-*

dants. *Réflexions autour des Journées de Marne-la-Vallée 2005*. Villetaneuse : SUMPPS - université Paris-13, 2005 : 40 p.

En ligne : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Individuel/Congres/2005/Louvel.pdf?6Q9M3-7437D-86374-16M8J-304Q7>

• Louvel A. *Améliorer la qualité des activités menées par les services universitaires de santé en faveur des étudiants : contribution à l'étude des références du Comité national d'évaluation de l'enseignement supérieur*. Étude pour la Mission d'information de l'Assemblée nationale sur la santé et la protection sociale des étudiants. Villetaneuse : SUMPPS - université Paris-13.

En ligne : [http://fulltext.bdsp.tm.fr/Individuel/Rapports/2006/Louvel\\_Sumpps\\_qualite.pdf?6W8G3-0X66Q-8W314-X6Q87-374Q1](http://fulltext.bdsp.tm.fr/Individuel/Rapports/2006/Louvel_Sumpps_qualite.pdf?6W8G3-0X66Q-8W314-X6Q87-374Q1)

• Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère du Travail, des Relations sociales et des Solidarités, Conférence des présidents d'université. *Charte Université/Handicap*. Paris, 5 septembre 2007.

En ligne : <http://media.education.gouv.fr/file/66/8/20668.pdf>

## Promotion de la santé en milieu étudiant

• De Duve M. *Frisbee - Be free : L'UCL accompagne ses étudiants souhaitant arrêter de fumer*. *Éducation santé* 2005 ; n° 204 : 8-10.

En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=633>

• Gery Y. « Festif », un lobbying antitabac dans les universités. *La Santé de l'homme* 2005 ; n° 378 : 20-1.

• Hallet D., Vanderstichelen F. *Une dynamique santé en milieu étudiant*. *Éducation Santé* 2006 ; n° 217 : 2-6.

En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=826>

• Inserm. *Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants*. Rapport établi à la demande de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 202 p.

En ligne : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/tabac.html>

## SITES INTERNET ET ORGANISMES RESSOURCES

• **Alliance contre le tabac en Ile-de-France (Actif) : projet Festif**

Le projet « Facultés et écoles sans tabac en Ile-de-France » (Festif) est mis en œuvre depuis 2004 par l'Alliance contre le tabac en Ile-de-France (Actif) et a pour but d'aider les établissements d'enseignement supérieur à devenir des établissements sans tabac. Dans ce cadre, Actif a mis en place des groupes de travail, des

animations régulières, des consultations de tabacologie et a aidé les établissements ayant participé à la démarche à développer une signalétique antitabac. Une enquête sur la consommation de tabac et de cannabis portant sur dix mille étudiants a été conduite par Festif lors des inscriptions à la faculté 2006-2007. Ses résultats sont disponibles sur le site Internet de l'Alliance.

**Actif** : 13, rue des Archives – 75004 Paris  
Tél. : 01 48 04 55 31 – Fax : 01 42 74 19 71  
En ligne : <http://www.festif.org/>

• **La Mutuelle des étudiants (LMDE)**

Le site de la LMDE présente dans son espace « Prévention » des outils et des actions de prévention santé et de citoyenneté en milieu jeune sur les thématiques suivantes : sexualité, dépendances, alimentation, mémoire, tabac, alcool.

En ligne : <http://www.lmde.com>

• **Observatoire « Expertise et Prévention pour la santé des étudiants » (EPSE)**

Né, en 2003, de la volonté de La Mutuelle des étudiants de créer une structure de recherche sur la santé des étudiants, l'observatoire EPSE a pour mission de fournir une information complète et détaillée sur la santé des étudiants pour faciliter la prise de décision des pouvoirs publics nationaux et locaux, des associations, des établissements d'enseignement supérieur, des Crous, des médecines préventives universitaires, etc.

Il a pour ambition de réaliser, tous les trois ans, une grande enquête nationale sur la santé des étudiants, effectuée auprès d'un échantillon représentatif d'étudiants et dont les résultats sont accessibles sur le site Internet de l'Observatoire. Il se donne également pour mission de gérer un fonds documentaire sur la santé des étudiants.

En ligne : <http://www.observatoire-epse.org>

• **Observatoire national de la vie étudiante (OVE)**

L'OVE, observatoire du ministère de l'Éducation nationale, a pour mission d'informer sur les conditions de vie des étudiants et leur rapport avec le déroulement des études, de manière à éclairer la réflexion politique et sociale et aider à la prise de décisions. L'OVE réalise des enquêtes auprès des étudiants et notamment l'enquête triennale sur les conditions de vie dont le questionnaire est envoyé à cent dix mille étudiants avec un taux de réponses utilisables de l'ordre de 30 %.

Le service documentaire de l'Observatoire dispose d'un fonds d'ouvrages sur tous les aspects de la vie étudiante : origine sociale, conditions et modes de vie, parcours et insertion professionnelle, dimension internationale,

etc. Il réunit des travaux d'étudiants (mémoires et thèses), des recueils de données et la presse spécialisée sur l'éducation. Ce fonds est consultable sur le site Internet via une base de données bibliographique. Les modalités d'accès au centre de documentation sont précisées sur le site Internet, rubrique « Contactez-nous ».

**OVE** : 6-8, rue Jean-Calvin – BP 49 – 75222 Paris Cedex 05

Tél. : 01 55 43 57 92 – Fax : 01 55 43 57 19 – Mél : [ove@cno.us.fr](mailto:ove@cno.us.fr)

En ligne : <http://www.ove-national.education.fr>

• **Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS) – région parisienne.**

Les universités françaises disposent de services de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Ils ont pour mission d'améliorer la qualité de vie, le maintien ou l'amélioration de l'état de santé des étudiants.

En région parisienne, six universités ont constitué un service interuniversitaire (SIUMPPS), dont le siège se trouve à Paris-V. Il est composé d'équipes pluridisciplinaires : infirmières, médecins, psychologues et secrétaires, à la disposition des étudiants de l'enseignement supérieur. Outre la visite médicale obligatoire des primo-inscrits, il mène et organise des campagnes d'information, de prévention et de promotion de la santé en veillant à une participation active des étudiants, et possède un centre de documentation accessible sur rendez-vous. En outre, ce SIUMPPS propose, en ligne, des fiches prévention, une revue de presse mensuelle sur les questions de prévention préoccupant les étudiants, des dossiers thématiques, ainsi que les actes du colloque « SIUMPPS de Paris 1987-2007, 20 ans d'expérience pour demain ».

En ligne : <http://www.siumpps.univ-paris5.fr>

**Olivier Delmer**

**Céline Deroche**

Documentalistes,

centre de documentation de l'INPES.

# Un programme de **prévention de la maltraitance** en école primaire

**À Orly, dans le Val-de-Marne, un programme de prévention de la maltraitance et des agressions sexuelles est mis en œuvre par un réseau de professionnels de la santé, du social et de l'éducation. Ce programme a progressivement été élargi à l'éducation à la sexualité, la mixité et au respect des autres. Au cœur du dispositif, psychologues, médecins et infirmières scolaires interviennent dans huit écoles maternelles et primaires, en association avec les parents. La demande des enseignants mais aussi des parents est forte, mais les moyens financiers mis en œuvre ne sont pas à la hauteur des enjeux.**

Depuis 1997 à Orly, dans le Val-de-Marne, un travail de prévention de la maltraitance et des agressions sexuelles est mené dans huit écoles primaires et maternelles (cycle 2 – enfants de 5 à 8 ans – et cycle 3 – de 9 à 11 ans). Le secteur concerné comprend mille deux cent soixante élèves, toutes les écoles sont classées en zone d'éducation prioritaire (Zep) et situées dans un habitat de grandes cités. La genèse de ce travail de prévention s'inscrit dans un constat de départ qui comprend à la fois les faits d'actualité et, sur le terrain, les interpellations multiples et les inquiétudes des enseignants alertés et déstabilisés par un climat de violences (agies et subies), dont l'augmentation des violences à caractère sexiste dans les établissements scolaires (premier et second degrés) et donc la problématique de la mixité. À ces interrogations s'ajoutaient un questionnement permanent autour d'éventuels signalements et, omniprésent, un sentiment d'impuissance, voire de culpabilité, partagé par les différents professionnels, psychologues scolaires, infirmières, travailleurs sociaux, médecins scolaires, au regard des faits de maltraitance.

## Un « groupe-ressource » de professionnels

L'existence sur la ville d'un groupe-ressource a permis l'élaboration de ce travail de prévention de la maltraitance et des agressions sexuelles auprès des enfants des écoles et de leurs parents. Ce groupe comprend un ensemble de professionnels (médecins, assistantes

sociales, infirmières, conseillère Planning familial, éducateurs spécialisés, etc.) qui se réunit toutes les six semaines à la mairie. Ce groupe fonctionne comme lieu d'élaboration de stratégies, de recherche, de réflexion, de mise en commun et d'échanges. Un des axes prioritaires du groupe a été de répondre à la demande des enseignants et des parents en essayant de mettre en place des interventions de prévention de la maltraitance auprès des enfants des écoles, interventions qui se poursuivent depuis le début du programme. Les modes d'intervention et les outils utilisés (vidéos, livres, spectacles) font systématiquement l'objet d'une concertation/discussion entre les membres du groupe et les équipes enseignantes.

Très vite, cependant, il a semblé que ce travail devait s'inscrire dans un projet éducatif plus global de promotion de la santé physique, mentale et sociale, sous la forme d'un projet d'éducation à la citoyenneté qui comprend trois volets :

- éducation à la citoyenneté/lutte contre toutes les formes de violences (agies/subies) ;
- éducation à la mixité et à la responsabilité sexuelle (corps et identité sexuée) ;
- prévention de la maltraitance et des agressions sexuelles (1).

## Psychologue et médecin scolaire

La circulaire de l'Éducation nationale de février 2003 vise à développer l'éducation à la sexualité sur le lieu sco-

laire comme « ...composante essentielle de la personne et de l'éducation au citoyen ». Ce texte reconnaît à l'école le devoir, en complément des parents, non seulement de transmettre des connaissances biologiques mais d'apporter des éléments de « réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques de la sexualité ». La psychologue et le médecin scolaires occupent une place à l'école qui leur permet d'intervenir et de proposer un espace de parole et de dialogue sans être impliqués dans l'acte pédagogique. Il est d'ailleurs intéressant – révélateur – de noter le nombre de documents officiels qui ne citent que le médecin scolaire lorsqu'il s'agit de maltraitance, de corps ou de prévention. Il n'y a pas que le corps qui est victime de violence et la prévention existe aussi dans le domaine de la santé mentale. Les psychologues, de par leur formation et leur pratique, peuvent faire le lien à la fois entre les différents acteurs de l'école et travailler à réduire, au sein d'un travail de prévention, le clivage entre le corps et l'esprit. Psychologue et médecin scolaires sont au centre d'un dispositif de prise en compte du sujet dans toutes ses dimensions. Cette fonction de médiation était parfaitement décrite par S. Tomkiewicz : « Les professionnels issus des quatre formations (psychologues scolaires, conseillers d'orientation psychologues, médecins, infirmières, assistants sociaux devraient travailler ensemble, en collaboration avec les enseignants et les familles pour défendre

*l'enfant pas seulement contre le monde extérieur, mais aussi contre le mal provoqué par l'école elle-même. Il devient urgent d'offrir aux enfants un lieu de parole libre et non jugeant, de leur offrir une écoute bienveillante et de créer une fonction tampon entre un enfant qui se croit, à tort ou à raison, incompris et un enseignant qui croit que cet enfant est irrécupérable et qui se sent débordé par ses troubles. Une telle interface pourrait aussi se concevoir entre l'enfant et sa famille et cette dernière et l'école. Dans de telles fonctions, chacune des catégories professionnelles apporterait des nuances liées à sa formation, son facteur personnel. De telles cellules de défense pourraient permettre la mise en place de véritables actions de prévention en direction des enfants » (2). C'est dans cette optique que notre binôme est parti à « la pêche aux outils ». Deux départements – la Seine-Saint-Denis et l'Isère – avaient été pilotes pour la prévention de la maltraitance à partir de 1986. Nous sommes allées à la rencontre des professionnels de Seine-Saint-Denis et avons constaté qu'ailleurs, et depuis longtemps, il existait des outils et des pratiques dont nous nous sommes largement inspirés.*

## Un travail de prévention auprès des 5-11 ans

Actuellement, nous utilisons plusieurs vidéos différentes<sup>1</sup> pour effectuer ce travail de prévention. Nous proposons aux parents une projection-débat avant de projeter le film aux enfants, ainsi qu'une discussion avec des membres du groupe ; cela se passe le samedi matin ou le soir, vers 18 heures. Les séances avec les enfants se déroulent par classes sur le temps scolaire, en présence de l'enseignant ; le plus souvent possible nous intervenons en binôme, sur une ou deux séances. Nous organisons un débat avant la projection du film, puis après.

Nous tentons d'intervenir au moins deux ou trois fois dans le cours de la scolarité des élèves de la maternelle au CM2 – de 5 à 11 ans. Entre professionnels, la discussion sur les « mots » et la « manière » à utiliser avec les enfants pour nommer l'innommable a été longue, les mots minutieusement commentés, discutés. Face à l'insoutenable, tous professionnels confondus, nous avons l'impression persistante de man-

quer d'images, de mots, de représentations, presque de savoir-faire, de savoir-être.

Nous avons commencé nos interventions auprès des quelques classes (9-11 ans) d'une école. La rencontre avec les enfants et les parents, et leurs propres représentations, ont servi de révélateur : l'évidence s'est imposée qu'il existait bien un espace et une demande, qui confirmaient pleinement la validité d'un tel travail. Il a été convenu que tous les intervenants allaient travailler avec les mêmes règles : nous n'aborderions pas des questions de morale ou de religion, uniquement ce qui est autorisé ou interdit par la loi, qui réprime mais qui protège aussi. Nous tenterions d'éviter toute confusion entre les notions de « bien » et de « mal ». Les supports vidéo utilisés allaient permettre des échanges entre enfants, et entre adultes et enfants. Pour l'année 2006-2007, le travail de prévention a été effectué avec seize classes<sup>2</sup>.

## Les mots pour le dire

À cet égard, tous professionnels confondus, nous avons, à de nombreuses reprises, constaté que les enfants possédaient eux-mêmes « des mots pour dire » et que, si on leur donnait un espace et du temps, ils parvenaient à se transmettre les uns aux autres des éléments particulièrement signifiants. Ainsi, cette affirmation d'un enfant au sujet de

la maltraitance : « *Ce sont des secrets qui abîment l'intérieur des enfants* ». Ils ne sont ni choqués ni gênés, mais plutôt très demandeurs de paroles, comme leurs parents. Ils évoquent de nombreuses informations qu'ils ont entendues, vues. Ils sont constamment inondés d'images et de discours sur la sexualité et la violence et, paradoxalement, ils manquent de mots pour le corps, pour les sensations, les sentiments (la peur, le doute, la honte), d'où l'extrême nécessité d'un travail sur le sujet à l'école.

Ces échanges réguliers nous conduisent à un vaste travail d'explicitation, de vocabulaire. Il est spécifié à chaque séance qu'aucune situation individuelle ne peut être évoquée durant ce travail, mais que tout enfant qui en éprouverait le besoin pourrait demander un entretien. De nombreux enfants se saisissent de cette proposition et demandent des entretiens. Le plus souvent, ces entretiens permettent à des enfants d'évoquer essentiellement des problématiques de violences familiales auxquelles ils sont confrontés et qu'ils subissent, ainsi que des questions autour du corps et de leur développement, questions qu'ils ne parviennent pas à formuler à leur entourage familial. L'école peut et doit aider à trouver les mots pour le dire. Les familles semblent rassurées, voire nous remercient d'aborder « ces questions-là », elles disent manquer de mots (elles aussi...). Leurs

interrogations tournent autour de questions telles que : « *Les enfants ne vont-ils pas se méfier de nous ?* », « *Si l'on ne peut pas les taper, comment peut-on les faire obéir ?* », « *Les enfants ne vont-ils pas penser qu'ils ont tous les droits ?* » Enfant roi/enfant victime (3) ? « *...Si j'avais eu cette information...* ». Les enfants ne donnent pas d'informations confidentielles en public, comme nous le craignons mais des adultes se libèrent parfois... « *Avec tout ce qu'ils voient à la télé...* » ; « *On n'ose plus les laisser partir en classes transplantées ou en colonie de vacances...* »

Progressivement et toujours en partenariat entre professionnels, le travail s'est considérablement enrichi grâce aux interventions de l'infirmière scolaire, qui a proposé aux plus grands (10-11 ans) des séances d'éducation à la sexualité centrées sur la question de la mixité et de la puberté.

Nous avons également voulu diversifier les supports. Au sein du groupe-ressource, une bibliographie en littérature enfantine a été élaborée autour des questions concernant le corps, l'éducation à la sexualité, la citoyenneté, la maltraitance. Cette bibliographie a fait l'objet d'un contrat de ville et a été financée par le conseil général du Val-de-Marne et la municipalité d'Orly, ce qui a permis d'obtenir une soixantaine de livres, présents dans toutes les écoles élémentaires et maternelles de la ville ainsi que dans les bibliothèques des centres de loisirs et des centres de santé.

## Éducation à la responsabilité sexuelle

Le travail de prévention se poursuit, sans que les moyens attribués soient en rapport avec nos objectifs de départ. Seul soutien : la municipalité nous prête un local pour nous réunir et imprime nos documents. Les films pour les séances sont achetés par les intervenants eux-mêmes. Actuellement, par manque de moyens, nous ne parvenons pas à toucher toutes les écoles qui le demandent. Le bouche à oreille a considérablement fonctionné. De plus en plus d'enseignants sont demandeurs. Nous tentons de construire avec des enseignants des progressions autour de l'éducation à la responsabilité sexuelle et autour de la problématique de la mixité.

Nous restons convaincues qu'il n'y a pas d'experts en matière de prévention des agressions sexuelles et de la maltraitance à l'égard des enfants. Qu'il s'agisse d'informations, de prévention, de dépistage ou de signalement, le travail et la réflexion en commun des différents professionnels doit nous permettre d'apprendre à travailler ensemble afin de débusquer les attitudes défensives individuelles souvent mises sur le compte des dysfonctionnements institutionnels. Le partenariat entre professionnels au sein d'un travail de prévention permet d'acquérir une meilleure connaissance du fonctionnement et des rouages de chacune des institutions en jeu et d'installer une communication et des échanges réguliers hors des situations d'urgence, de crise (4).

## Un travail étendu à de nouveaux établissements

Les outils demeurent très centrés sur les agressions sexuelles alors que, sur le terrain, prédomine la question de la maltraitance « ordinaire ». Par ailleurs, il nous semble indispensable de ne pas nous limiter à communiquer sur des questions de reproduction et de génitalité mais d'intégrer les notions éthiques et sociales de l'éducation à la sexualité (parler de désir, d'écoute de l'autre, de respect mutuel, etc.) (1). À cet égard, nous sommes toujours à la recherche de nouveaux supports qui puissent permettre de diversifier nos interventions. Globalement, nous avons constaté que la pérennité et l'efficacité

des différents modes d'intervention reposaient sur l'existence d'un groupe pluridisciplinaire et pluri-institutionnel opérant un regroupement géographique (4, 5). « *Tout comme le système de la famille dysfonctionne au sein de la maltraitance, de même la famille désunie des intervenants est vouée à l'instabilité de ses concepts tout autant qu'à la dispersion de ses actions.* » (6) La pertinence de nos interventions repose sur ce travail en réseau que nous avons mis en place, avec toutes les difficultés évoquées. Et, malgré les difficultés matérielles évoquées plus haut, ce travail de prévention a été étendu, en 2007, à de nouveaux établissements scolaires.

**Sophie Asselineau**

Psychologue,

**Martine Aioutz**

Médecin de l'Éducation nationale, Orly.

1. • « Non, oui, c'est moi qui le dis », *maternelle (programme de prévention des abus sexuels à l'égard des jeunes enfants, CDDP du Doubs, CRDP de Franche-Comté, Solidarité femmes).*

• « Apprends à t'écouter », de 6 à 12 ans.

• [http://perso.orange.fr/apprends-a-t-ecouter/2\\_film/index.htm](http://perso.orange.fr/apprends-a-t-ecouter/2_film/index.htm)

• « Ça dérap' ou un espace de parole », de 6 à 12 ans, 1998, Association interprofessionnelle spécialisée dans la prévention des abus sexuels.

• « Juliette et l'inconnu, touche pas à mon corps », cycle 3, 1993, Association prévention enfance, École normale supérieure de Fontenay/Saint-Cloud.

• « Pour une éducation à la vie », programme d'éducation à la sexualité pour les enfants des écoles primaires et maternelles de la ville de Lyon.

2. Trois CP (6-7 ans) : 67 enfants ; quatre CE1 (7-8 ans) : 85 enfants ; trois CE2 (8-9 ans) : 70 enfants ; deux CM1 (9-10 ans) : 44 enfants ; quatre CM2 (10-11 ans) : 97 enfants.

## ► Références bibliographiques

- (1) Brochure « Repères pour la prévention et le traitement des violences sexuelles ». « *Comprendre l'impact psychologique des violences sexuelles – Quelques pistes pour l'intervention à l'école* » (chapitre III). Xavier Pommereau, psychiatre des hôpitaux, CHU de Bordeaux, unité médicopsychologique de l'adolescent et du jeune adulte, membre de l'observatoire de l'enfance et de l'adolescence au ministère de l'Éducation nationale.
- (2) Tomkiewicz S. *Des cellules de défense de l'enfant, pourquoi pas ?* Le Sumen et vous, n° 16, septembre 2000 : 2-3.
- (3) Eliacheff C. *Vies privées. De l'enfant roi à l'enfant victime*. Paris : Odile Jacob, 1997 : 160 p.

- (4) Direction de l'Action sociale. *Les abus sexuels à l'égard des enfants. Comment en parler. Bilan 1988-1991*. Dossier technique du ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Vanves : CFES, 1992.
- (5) Brochure « Violences sexuelles. Prise en charge et prévention en milieu scolaire ». Conseil général de la Seine-Saint-Denis, préfecture de la Seine-Saint-Denis, inspection académique de la Seine-Saint-Denis, délégation régionale aux droits des femmes d'Ile-de-France, document d'information à l'intention des personnels des établissements scolaires.
- (6) Bigeault J.-P., Agostini D. *Violence et savoir. L'intervention éducative et les « savoirs interditeurs »*. Paris : L'Harmattan, coll. Savoir et formation, 1996 : 371 p.

# Baromètre santé 2005 : enquête sur la santé des Français

**Consommation d'alcool et de tabac en baisse, nombre de consommateurs réguliers de cannabis en hausse, maintien de fortes inégalités sociales de santé, sentiment de mal-être important constaté chez les adolescentes, mais aussi résultats prometteurs en matière d'utilisation de la pilule du lendemain, de dépistage de certains cancers, de lutte contre le tabagisme : les résultats détaillés de l'enquête Baromètre santé 2005 de l'INPES viennent de paraître. Synthèse de quelques résultats.**

Depuis quinze ans, les enquêtes périodiques Baromètre santé réalisées par l'INPES permettent de suivre l'évolution des comportements et attitudes des Français par rapport à leur santé. Les résultats de la dernière vague, menée auprès de trente mille personnes âgées de 12 à 75 ans interrogées, sont présentés dans un livre volumineux mis à la disposition des professionnels intéressés (1). Parmi les résultats marquants de cette enquête réalisée en 2005 et rendue publique en février 2008, les Français déclarent se sentir mieux informés sur les principales questions de santé qu'au début des années 2000, en particulier sur des thèmes comme l'alcool, le tabac ou le cannabis. Or, les usages de ces substances montrent précisément ces dernières années des évolutions favorables, avec une baisse très nette des consommations régulières de boissons alcoolisées et de cigarettes, ainsi qu'une certaine stagnation de l'usage de cannabis intervenant après une période de forte hausse au cours des années 1990.

D'autres signes positifs sont à retenir, comme la très forte progression depuis 2000 du recours au test de dépistage du cancer colorectal, la baisse de la fréquence des accidents de la vie courante et le maintien d'un niveau élevé d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel. Certaines idées reçues se trouvent battues en brèche, comme celle selon laquelle les étudiants seraient davantage « polyconsommateurs » que les autres jeunes du même âge, ou encore le fait que l'expérimentation de la cocaïne serait plus courante dans certains milieux

sociaux, alors que l'enquête montre que ce produit s'est diffusé dans l'ensemble des catégories socio-économiques.

### Bons et mauvais résultats

Même si les facteurs expliquant ces évolutions sont nombreux et souvent difficiles à démêler, l'efficacité des actions de prévention peut être en partie jugée à l'aune de certaines évolutions telles que la très forte augmentation de la fréquence du port du casque à vélo ou encore l'évolution positive de la pratique d'une activité physique favorable à la santé (l'objectif du Plan Natio-

nal Nutrition Santé (PNNS) de l'équivalent de 30 minutes d'exercice physique par jour apparaît ainsi atteint par une majorité de Français). D'autres domaines étudiés montrent que les comportements de santé sont plutôt en évolution favorable : prévalence tabagique, consommation quotidienne d'alcool, dépistage des cancers, accidents de la vie courante, utilisation de la pilule du lendemain... Au-delà de ces signes encourageants, le Baromètre santé 2005 souligne aussi des évolutions défavorables, telles que la hausse du niveau d'usage régulier de cannabis,

### Quelques éléments de méthode

Grâce à un remarquable effort méthodologique, matérialisé notamment par la constitution d'un échantillon d'environ 4 000 individus ne possédant qu'un téléphone portable en plus des 26 000 joignables sur leur ligne fixe (y compris les ménages inscrits sur liste rouge), le Baromètre santé s'inscrit également comme une référence en matière d'enquête téléphonique de qualité. Une telle précaution a permis de vérifier qu'au-delà de leurs caractéristiques sociodémographiques particulières, ces personnes présentent des comportements de santé qui les singularisent. L'objectif est d'être représentatif de l'ensemble de la population française dans sa diversité.

L'enquête repose sur la méthode aléatoire. Les interviews ont été réalisées par téléphone après un tirage au sort de la personne à interroger dans la base de sondage, c'est-à-dire la liste des numéros de téléphone d'où ont été issus les ménages contactés. Grâce à une procédure particulière concernant les numéros de téléphone, les ménages sur liste rouge étaient également inclus dans l'échantillon. Pour interroger environ 30 000 personnes, les interviews ont d'abord été réparties entre ménages équipés d'une ligne fixe (87,5 %) et ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (12,5 %). Une seule personne par foyer participait à l'enquête. L'entretien a duré quarante minutes en moyenne avec les personnes contactées sur ligne fixe et dix-sept minutes pour les personnes jointes sur téléphone portable.

L'enquête continue à être exploitée par les chargés d'étude de l'INPES mais aussi par de nombreuses équipes de recherche extérieures pour creuser des thèmes particuliers ou se focaliser sur des sous-populations. Ainsi la dimension régionale, déjà présente dans l'ouvrage grâce à la grande taille de l'échantillon, fait l'objet de plusieurs travaux d'analyse approfondie qui aboutiront au cours de l'année 2008 à la sortie de deux atlas, sur l'alcoolisation puis sur les usages de drogues.

F. B.



des opinions plutôt moins favorables et une pratique moins assidue de la vaccination, ainsi que la stagnation du pourcentage de consommateurs d'alcool à risque, de gros fumeurs, de personnes ayant pratiqué un dépistage du VIH, de recours à l'IVG, etc.

Mais les données les plus marquantes de cette nouvelle édition sont sans doute la persistance des observations faites tout au long de la décennie d'enquêtes réalisées : il devient crucial de s'intéresser de plus près à la santé des hommes et à l'absence d'amélioration des proportions de consommateurs de substances psychoactives à problèmes, alors que, dans le même temps, le nombre total d'usagers d'alcool et de tabac apparaît en régression. Dans d'autres domaines (violence, accidents) où les pratiques des hommes apparaissent nettement moins favorables à la santé que celles des femmes, il serait pertinent de réfléchir à une stratégie d'action qui prenne en compte la spécificité masculine, même si la situation économique et sociale reste souvent le principal facteur déterminant les

comportements de santé. Les différences de comportements entre hommes et femmes s'avèrent en effet moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux populaires, suggérant que la prévention, si elle a à gagner à prendre le genre en considération, ne peut faire l'économie d'accorder une place importante aux contextes sociaux des comportements de santé.

## Inégalités de santé

Enfin, les résultats du Baromètre santé mettent en évidence des disparités quelquefois importantes au sein de la population, pointant parfois les groupes en situation de vulnérabilité ou en rupture : les personnes en situation d'emploi précaire ou de chômage qui présentent des prévalences de dépression caractérisée et de pensées suicidaires particulièrement élevées, mais aussi par exemple des jeunes filles qui déclarent une qualité de vie particulièrement basse. L'exposition au risque de grossesse non désirée et de transmission d'une infection sexuellement transmissible (IST) apparaît également plus fréquente dans les milieux sociaux les

moins favorisés. Il est primordial de réfléchir à des stratégies d'action qui prennent en compte les difficultés de ces différentes populations, ce à quoi l'INPES travaille actuellement. Une meilleure compréhension de leur rapport à la santé est une piste intéressante à explorer mais elle n'est certainement pas la seule. La forte hausse du pourcentage de mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé par les femmes ayant les revenus les plus modestes est un signe encourageant, preuve que la question des inégalités de santé peut être prise en compte avec efficacité.

**François Beck**

Statisticien, responsable du département  
Observation et Analyse des comportements  
de santé à l'INPES.

(1) Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p. <http://www.inpes.sante.fr>

## Des substances psychoactives au mal-être des adolescentes : focus sur quelques résultats

**L'enquête Baromètre santé de l'INPES pointe plusieurs questions de santé qui requièrent une information et une prévention accrues. Petit abécédaire non exhaustif sur quelques thèmes.**

### Activité sexuelle

À travers le suivi des indicateurs de l'activité sexuelle et des pratiques préventives qui s'y trouvent engagées, le Baromètre santé illustre la complexité des évolutions récentes. Celles-ci sont marquées à la fois par la permanence de certains faits (âge au premier rapport sexuel et couverture contraceptive médicale très élevée) et par l'adoption rapide de nouveaux comportements de prévention (préservatif au début des années 1990 et contraception d'urgence plus récemment). Ces changements récents confirment l'efficacité des campagnes de prévention qui ont contribué à généraliser l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle.

La nouvelle disponibilité de la contraception d'urgence sans prescription et gratuite pour les mineures semble également avoir eu un impact significatif sur son recours : parmi les femmes âgées de 15 à 54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, on est ainsi passé de 8,0 % de recours à ce type de contraception dans la vie en 2000 à 13,7 % en 2005. Cette augmentation apparaît particulièrement marquée chez les 15-24 ans. Cela est particulièrement vrai chez les plus jeunes sans pour autant modifier les pratiques de contraception régulière : en effet, l'utilisation de la contraception d'urgence fait très majoritairement suite à une erreur d'utilisation dans la méthode régulière de contraception. Ces

résultats encourageants doivent toutefois être relativisés en regard des inégalités sociales des pratiques préventives observées, qu'il s'agisse de l'utilisation du préservatif au premier rapport ou de la médicalisation de la contraception, moins élevées parmi les femmes socialement les moins favorisées.

### Adolescentes

C'est un des résultats inquiétants de l'enquête : la perception qu'ont les adolescentes âgées de 15 à 19 ans de leur santé apparaît particulièrement inquiétante. Leurs « scores » de santé (NDLR : le jugement qu'elles portent sur leur santé et leur bien-être) sont en effet les plus bas observés, et cette situation

s'est très peu améliorée depuis quinze ans. Ces scores sont à mettre entre autres en lien avec une survenue de la puberté globalement moins bien vécue par les filles que par les garçons. Ils montrent l'importance d'être particulièrement attentif aux signes de mal-être des adolescentes de façon à y répondre de manière adaptée.

## Alcool

Malgré une consommation en baisse depuis plusieurs décennies, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France. Au cours des douze derniers mois, 13,7 % des 12-75 ans disent avoir bu tous les jours. Parmi les 12-75 ans, 14,4 % déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois et 13,8 % des hommes et 5,0 % des femmes présenteraient un risque d'usage problématique d'alcool, surtout entre 45 et 54 ans. Un tiers (53,5 % des hommes et 21,2 % des femmes) présente une consommation supérieure aux recommandations courantes (soit 21 verres par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes).

Toutefois, l'évolution des usages d'alcool est plutôt orientée de façon satisfaisante d'un point de vue de santé publique. La consommation quotidienne a, en effet, nettement chuté entre 2000 et 2005 (passant de 20,3 % à 14,4 % sur la tranche d'âge 15-75 ans), mais les ivresses et la consommation problématique sont restées stables. Le statut face à l'emploi et les inégalités économiques continuent donc de peser sur les comportements de santé et notamment les consommations d'alcool.

## Cannabis

En 2005, le cannabis reste de loin la drogue illicite la plus consommée en France. Entre 2000 et 2005, l'expérimentation<sup>1</sup> de cannabis a connu une hausse assez nette de 24,9 % à 30,6 % parmi les 15-64 ans, dans la continuité de celle observée depuis le début des années 1990. On observe, par ailleurs, une stabilisation du niveau des usages actuels de cannabis depuis le début des années 2000, l'usage régulier<sup>2</sup> restant néanmoins à la hausse.

Du point de vue de la pérennité de l'usage de cannabis, l'entrée dans le monde du travail semble être l'occasion d'un abandon pour une majorité d'individus, alors que le chômage et l'inactivité semblent constituer des circonstances de maintien dans cette pratique. L'expérimentation de cannabis s'avère plus fréquente parmi les individus possédant au moins le baccalauréat alors que l'élévation du diplôme serait plutôt de nature à décourager l'usage régulier de cannabis.

En termes d'évolution, la hausse du niveau d'usage régulier de cannabis au sein de la population est significative, même si elle reste à un niveau relativement bas (de 1,7 % en 2000 à 2,8 % en 2005 parmi les 15-64 ans). Les problèmes associés à la consommation de cannabis s'avèrent relativement rares au sein de l'ensemble des consommateurs de cette substance. Les plus fréquents sont les effets indésirables tels que les malaises, *bad trips* et crises de paranoïa qu'environ un tiers des consommateurs au cours de la période disent avoir éprouvé au moins une fois (32 %), devant le manque d'énergie (28 %), les problèmes de mémoire (19 %) et les reproches de l'entourage (12 %). Les signes évocateurs d'une certaine dépendance, comme la difficulté à passer une journée sans consommer ou l'impossibilité d'arrêter ou de diminuer

sa consommation, apparaissent relativement fréquents (respectivement 14 % et 19 %). Environ 16 % des usagers auraient une consommation avec des effets déclarés sur leur santé (ou présentant un problème), ce qui représente 4 % de la tranche d'âge 15-64 ans. Par ailleurs, parmi une dizaine de grands thèmes de santé, c'est sur le cannabis que la progression du niveau d'information des Français apparaît la plus forte : ils sont 56,3 % à s'estimer « bien » ou « très bien » informés en matière de prévention, contre 41,6 % en 2000.

## Cocaïne et ecstasy

Les niveaux d'usage de cocaïne ont progressé entre 2000 et 2005, en particulier parmi les moins de 40 ans. Cet intérêt pour le produit s'est diffusé au sein de toutes les professions et catégories sociales. Si les usages des produits illicites restent marginaux en France, la cocaïne – mais aussi l'ecstasy – a donc connu une diffusion croissante depuis 2000, passant respectivement de 0,9 % en 2000 à 2,0 % en 2005 et de 1,6 % à 2,6 % parmi les 15-64 ans.

## Sommeil

En 2005, 18 % des Français se déclarent insatisfaits de la qualité de leur sommeil et près de la moitié d'entre eux (46 %) disent avoir eu des problèmes de sommeil au cours de la semaine précédant l'enquête. Par ailleurs, 7 % déclarent avoir eu recours à des somnifères ou à des hypnotiques au cours des douze derniers mois pour faciliter leur sommeil. C'est en région Ile-de-France que les Français déclarent dormir le moins bien. Parmi les facteurs en cause dans les troubles du sommeil, la séparation et le veuvage mais aussi le fait d'être en situation de chômage apparaissent comme des événements de vie susceptibles de nuire à la qualité du sommeil. La catégorie socioprofessionnelle ne semble pas, en revanche, jouer de manière très importante sur les problèmes de sommeil déclarés.

François Beck

1. Expérimentation : déclarer avoir consommé un produit au moins une fois au cours de la vie.

2. Usage régulier : déclarer avoir consommé un produit au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

## Des nouvelles d'ici-bas : un autre regard sur les SDF

Film documentaire, *Des nouvelles d'ici-bas* montre l'extraordinaire bien-fondé d'une démarche d'accompagnement des SDF s'inscrivant dans la durée. *Des nouvelles d'ici-bas* peut être utilisé comme support pédagogique pour mieux comprendre la démarche du travail social ; il peut aussi servir de support pour la formation pour tout intervenant en santé publique. Essentiellement par sa capacité à restituer finement la réalité, à interroger, remettre en question toute certitude.

Ça commence par un morceau d'anthologie qui frôle le burlesque. Fin 2001, le passage à l'euro est imminent. Jeanine, infirmière de santé publique au centre communal d'action sociale de Pontarlier, dans le haut Doubs, tente d'inculquer les bases de conversion du franc à monsieur Maillefer. Pour ne pas « se faire avoir » lorsqu'il fera la manche ou achètera sa bouteille de rosé. « Deux euros, ça fait 13 francs et 12 centimes », répète inlassablement l'infirmière. « Faut arrêter de boire que de l'eau », rétorque, mi-guoguenard, mi-énervé, M. Maillefer, qui n'y comprend rien. Après la théorie, les travaux pratiques. Jeanine l'accompagne à la supérette du coin pour repérer les prix. Mine de rien, cette scène qui provoque l'hilarité, laisse sourdre un certain malaise. Voir M. Maillefer, impuissant et perplexe, devant les pièces étalées sur le bureau de Jeanine, c'est saisir instantanément ce que ce changement d'habitudes représente pour les personnes les plus fragiles (SDF, étrangers, personnes âgées, etc.) : une véritable perte de repères. Sans accompagnement, cela peut vite virer au cauchemar.

*Des nouvelles d'ici-bas*, film de François Royet, est à l'image de cette scène, sans pathos ni raccourcis faciles. Le spectateur se laisse parfois aller à sou-

rire et même à rire de bon cœur, l'âpreté du monde qu'il donne à voir n'en est pas moins crue. Le réalisateur, qui a suivi pendant cinq ans Jeanine et quelques-unes des personnes dont elle s'occupe, réussit cependant la prouesse, sur un sujet aussi sensible, de ne pas rebuter le spectateur.

C'est la force de ce documentaire d'une heure et demie que de rendre « regardables » et même aimables ce (ceux) que – dans la vraie vie – on préfère ne voir pas et encore moins côtoyer. D'ailleurs, ce commerçant du centre-ville exaspéré le hurle au visage de Jeanine : « Vous êtes payée avec notre argent pour vous occuper de ça ! » Au fil des images, « ça » prend formes humaines. Ils s'appellent Johnny, Stéphane, Raymond. Cependant, jamais l'infirmière n'use de cette familiarité, elle s'adresse à eux d'un « Monsieur » habillé de leur patronyme, toujours. Ce que cette infirmière de santé publique accomplit, bien au-delà de ce que son employeur attend d'elle, c'est nourrir, entretenir coûte que coûte, leur identité vacillante. Au-delà de l'alcool, de la déchéance sociale et familiale, de la rue, du froid, des coups de couteau et des coups de gueule..., il y a des hommes broyés qui se débattent. Avec Jeanine à leurs côtés.

On s'identifie à l'une tout autant qu'aux autres. Sans démonstration et avec une économie de mots, on perçoit bien qu'il est question de trajectoires, de « pas de chance » et non de personnalités ni de prédispositions. Au détour d'une conversation, M. Maillefer glisse qu'il a perdu ses parents à l'âge de 14 ans. « C'est



D.R.

la première fois que vous me parlez de vos parents », souligne l'infirmière. M. Maillefer n'en dira pas plus.

Un autre jour, alertée par l'employeur, elle débarque au foyer et trouve M. Maillefer dans son lit. Elle lui explique qu'il est en CDI et qu'il doit aller au boulot. Prise d'un doute, elle pose la bonne question : « Vous savez ce que c'est qu'un CDI ? » Non, il ne sait pas.

Séance de supervision au CCAS. Les collègues de Jeanine lui reprocheraient presque de jouer les Mère Teresa. « On ne t'en demande pas tant ! » Pour toute réponse, Jeanine livre à voix haute l'état de ses réflexions : « Quand tous les professionnels ne sont plus compétents, pour une raison ou pour une autre, y a de sacrés trous quand même... »

Des trous qui se transforment trop souvent en gouffres pour les gens de la rue.

Marie Paulen,  
journaliste.

*Des nouvelles d'ici-bas*, de François Royet.  
94 mn. Big Bang Production – 2, chemin de l'Aiguillette – 25000 Besançon.  
francois.royet@wanadoo.fr



D.R.

## François Royet, réalisateur : « Quand on s'approche de très près d'une population, tous nos préjugés s'effondrent »

**La Santé de l'homme : Pourquoi vouloir suivre le parcours de personnes en situation de précarité sur plusieurs mois ?**

**François Royet :** Plusieurs mois ? ! Plusieurs années, vous voulez dire... C'était pour moi la seule manière d'aller au-delà du simple constat. Ce que je voulais, c'était tenter de vraiment comprendre. Comprendre comment ça marche, comment on en arrive là, s'il existe de véritables moyens mis en œuvre pour aider ceux qui se retrouvent à cette place et, aussi, comment on vit, pense, lorsqu'on y est, et surtout pourquoi, pour beaucoup de ces gens, il reste difficile d'en sortir. Pour toutes ces raisons, il fallait une certaine durée. J'avais prévu de tourner sur trois ans. Au final, cela aura duré six ans. Tant que de nouveaux événements venaient éclairer la complexité des situations, je tournais. Je voulais aussi que l'on puisse se sentir très proche de mes protagonistes, s'identifier à eux comme on le fait avec les personnages d'une fiction.



**S. H. : Quels enseignements les plus marquants tirez-vous de cette expérience humaine et de cette démarche cinématographique ?**

Je crois avoir vérifié encore une fois ce que j'avais déjà constaté sur mon film précédent, *Intra-muros mouvements* (qui a été tourné avec les détenus d'une maison d'arrêt), que, lorsque

l'on s'approche très près d'une population, quelle qu'elle soit, tous nos préjugés s'effondrent littéralement, laissant place à une multitude de points de vue possibles, révélant elle-même la formidable diversité et la complexité de l'être humain. À ce stade, tout jugement hâtif, tout raccourci facile devient pratiquement impossible. Ce processus permet alors une véritable réévaluation de nos points de vue et une bien meilleure compréhension et prise en compte des problèmes de chacun. Cinématographiquement, je dirais que j'ai constaté qu'un film, lorsqu'il ne s'apparente en rien à de la propagande, lorsqu'il aide vraiment à faire comprendre les problèmes dans leur complexité, peut amener à une prise de conscience définitive et à des actes concrets dans « la vraie vie » ; je l'ai vérifié dernièrement et j'en ai été bouleversé.

**S. H. : Avez-vous déjà pu « tester » les effets de votre film auprès de publics ?**

L'avant-première a été une projection un peu particulière dans le sens où elle se déroulait dans la ville même où a été tourné le film. J'étais anxieux et Jeanine Dessay, l'infirmière de santé publique que j'ai suivie, l'était tout autant que moi. Première constatation : le public a beaucoup ri. Plus encore que je ne l'imaginais et j'en suis très heureux car j'ai tenu à ce que l'humour, qui ne manque jamais d'apparaître dans certaines situations, soit au rendez-vous. Cette possibilité de rire est primordiale car c'est elle qui nous permet de franchir la distance qui nous sépare de ce monde parfois très lointain. Monde dont on a trop tendance à oublier qu'il est aussi le nôtre... Au fil de la projection, l'écoute a toujours été formidable. Je sentais la salle réactive aux moindres détails, cela a duré jusqu'à la dernière image. Puis la lumière s'est allumée. Il y eut un long temps de silence, personne ne bougeait, puis un premier applaudissement a retenti, qui a déclen-

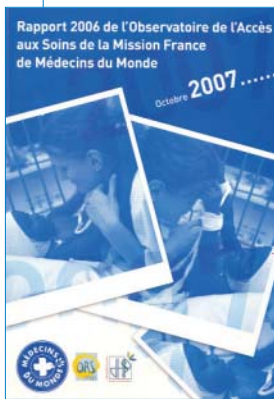


ché tous les autres jusqu'à ce que la salle se lève... C'était incroyable. Jeanine et moi n'en sommes pas encore revenus. Cette réaction est-elle due au fait que nous étions dans la ville même où le film a été tourné ?...

Le film doit sortir en DVD courant 2008. Il a été sélectionné officiellement et présenté aux Rencontres internationales du documentaire de Montréal (RIDM). Nous sommes actuellement en discussion avec d'éventuels distributeurs pour trouver une manière de le rendre accessible au plus grand nombre... Une première du film a eu lieu en novembre 2007 à Besançon. Le site Internet [www.des-nouvellesdici-bas.com](http://www.des-nouvellesdici-bas.com) donne toutes les informations nécessaires : genèse, descriptif, projections, filmographie, critiques, etc., ainsi que trois épisodes du film. Nous sommes à la disposition des associations et des cinémas qui désireraient organiser une projection.

Propos recueillis par **Alain Douiller**





## Rapport 2006 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde

Georges Fahet, Françoise Cayla, Nadège Drouot, et al.

Association de solidarité internationale qui a pour vocation de soigner les populations les plus vulnérables dans des situations de crises et d'exclusion, Médecins du monde accueille en France, dans ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), une population de près de vingt-cinq mille patients. C'est pourquoi le rapport annuel de son Observatoire de l'accès aux soins constitue une source de données incontournable sur la santé des populations en situation de précarité, en particulier migrantes, ces dernières représentant 90 % des personnes accueillies. Le rapport 2006 pointe l'écart persistant entre les droits théoriques et les droits effectifs à une couverture maladie, sept ans après la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU). Il dresse un état des problèmes de santé rencontrés par les patients reçus dans les Caso, analyse descriptive globale doublée de focus populationnels : femmes, mineurs, personnes concernées par une demande d'asile, ou encore étrangers originaires de l'Union européenne. Le rapport décrit les principales évolutions des caractéristiques des personnes reçues dans les Caso depuis 2000.

Olivier Delmer

Paris : Médecins du monde, octobre 2007, 280 pages. Téléchargeable sur :

[http://www.medecinsdumonde.org/fr/thematiques/l\\_observatoire\\_de\\_l\\_acces\\_aux\\_soins](http://www.medecinsdumonde.org/fr/thematiques/l_observatoire_de_l_acces_aux_soins) [dernière consultation le 13/12/2007]

## L'éducation des malades chroniques : une approche ethnosociologique

Maryvette Balcou-Debussche



Cet ouvrage se base sur une étude micro-sociologique menée au sein d'une population de quarante-deux patients atteints de diabète de type 2 sur l'île de la Réunion dans le cadre d'une recherche épidémiologique menée par l'Inserm.

L'approche ethnosociologique permet de mettre en relation les pratiques d'éducation en institution hospitalière, les discours tenus par les professionnels de santé sur ces pratiques et leurs effets, les discours tenus par les patients après l'acte éducatif et les pratiques

effectives des patients dès leur retour au domicile. L'impact des pratiques d'éducation du patient sur les pratiques et les représentations des patients est exploré afin d'accéder aux rapports de sens qui se tissent avec le monde médical. C'est aux modalités de « transmission » des savoirs par les professionnels de santé dans le cadre des actions d'éducation conduites au sein de l'hôpital, et à l'appropriation de ces savoirs par les patients dans le contexte culturel et social qui est le leur, que s'intéresse cet ouvrage.

Le premier chapitre fixe les cadres théoriques et contextuels de l'analyse et la méthodologie de recueil et d'analyse des données. Les six chapitres suivants sont tous introduits par trois portraits de patients. Rendant compte de l'hétérogénéité des manières de vivre avec un diabète, chaque portrait donne à voir une partie du contexte dans lequel évolue le patient au travers du thème traité : le rapport à l'institution hospitalière, à l'apprentissage et à l'éducation, les façons de manger, les activités physiques ou encore l'environnement familial et social.

O.D.

Paris : Éditions des archives contemporaines, 2006, 280 pages, 29 €.

## Le mystère de l'anorexie

Xavier Pommereau et Jean-Philippe de Tonnac



La faute à la société ? À la famille ? Non, l'anorexie est une maladie complexe. Une adolescente sur dix souffre de troubles alimentaires. Une sur cent en présente la forme la plus grave : l'anorexie mentale. Le psychiatre Xavier Pommereau fait part de son expérience en tant que responsable d'une unité hospitalière qui traite ces pathologies. Comme l'ouvrage ci-dessous, ce document est co-écrit avec un « non expert », journaliste-écrivain, qui a connu l'anorexie à partir de l'adolescence. Le livre est rédigé sous la forme d'un dialogue entre soigné et soignant. L'ouvrage expose en particulier les solutions thérapeutiques qui peuvent être mises en œuvre.

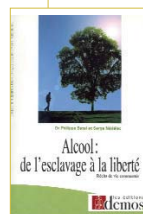
Yves Géry

Paris : Albin Michel, 2007, 272 pages, 18 €.

## Alcool : de l'esclavage à la liberté

Récits de vie commentés

Philippe Batel et Serge Nédélec



Ce livre a la particularité d'avoir été écrit conjointement par un médecin psychiatre-alcoologue et l'un de ses anciens patients, journaliste-auteur. L'ouvrage est constitué de onze témoignages, parcours de vie, avec ses parts d'échec et d'acceptation de l'abstinence d'alcool. Chaque récit de vie est ensuite décrypté et commenté.

Destiné au grand public, ce document peut aussi intéresser les professionnels du médical et médico-social car il décrit les pratiques d'accompagnement des personnes souffrant de troubles d'alcoolisation.

Y. G.

Paris : Les éditions Demos, coll. Santé/Bien-être/ Développement personnel, 2007, 270 pages, 20 €.



# 5<sup>e</sup> Université d'été francophone en santé publique



Besançon, France, du 29 juin au 4 juillet 2008

Une nouvelle édition de l'Université d'été francophone en santé publique est programmée pour 2008. Elle est organisée par la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté avec leurs partenaires. Elle se déroulera à Besançon du 29 juin au 4 juillet 2008.

L'Université d'été est construite autour de 16 modules de formation. Durant la semaine, chaque participant suivra le module qu'il aura choisi parmi plusieurs grands thèmes de santé publique, comme par exemple "Éducation pour la santé" ; "Santé publique bucco-dentaire" ; "Pratiques communautaires en santé" ; "Santé et communication" ; "Cancers et santé publique" ; "Promotion de la santé des jeunes" ; "Activité physique et promotion de la santé" ; "Nutrition et promotion de la santé" ; "Prévention de la violence et du suicide chez les jeunes : comprendre et agir"...

Basée sur la diversité des savoirs et des expériences de chacun, cette formation est ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique et prioritairement aux professionnels en activité, ainsi qu'aux élus ou usagers œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

## Demande de renseignements et inscription :

- Site internet : <http://www.urcam.org/univete/index.htm>
- Adresse courriel : [sboichat@univ-fcomte.fr](mailto:sboichat@univ-fcomte.fr)
- Adresse postale : Solène Boichat  
Université d'été francophone en santé publique  
Faculté de médecine et de pharmacie  
Place Saint Jacques  
25030 Besançon cedex



Une semaine de formation et d'échanges  
modules d'enseignement,  
forums, débats, conférences

Université d'été francophone  
en santé publique