



N° 3494

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 décembre 2006.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

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

ET PRÉSENTÉ
PAR M. LAURENT WAUQUIEZ,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
I.- AU-DELÀ DES APPARENCES DE BONNE SANTÉ, DES SIGNES DE DÉGRADATION INQUIÉTANTS	11
A. SOUS PRÉTEXTE QU'ELLE EST UN PRIVILÈGE DE LA JEUNESSE, LA SANTÉ EST TROP NÉGLIGÉE	12
1. Les étudiants se considèrent en bonne santé physique	12
2. L'hygiène alimentaire et les soins dentaires et d'optique sont sacrifiés.....	14
<i>a) Les étudiants se nourrissent mal</i>	15
<i>b) Les étudiants renoncent souvent aux soins dentaires et d'optique</i>	16
B. LA VIE ÉTUDIANTE N'EST PAS UNE PARENTHÈSE ENCHANTÉE	17
1. Un mal-être fréquent recouvrant des situations très diverses.....	18
2. Un mal-être aux causes multiples	20
<i>a) Une période délicate de transition</i>	20
<i>b) Des campus universitaires déprimants</i>	20
<i>c) Des conditions de vie souvent précaires</i>	21
<i>d) Les dysfonctionnements de l'enseignement supérieur</i>	23
C. DES COMPORTEMENTS À RISQUES	25
1. Tabac : des progrès majeurs	26
<i>a) Les étudiants fument moins que l'ensemble de la population</i>	26
<i>b) Des freins à la baisse du tabagisme subsistent</i>	27
2. Alerte sur l'alcool : une dégradation très forte des comportements	29
<i>a) Pas de consommation régulière mais des usages festifs à risque</i>	29
<i>b) Des pratiques inquiétantes</i>	30
3. Une banalisation préoccupante de l'usage de certaines drogues	32
<i>a) Des usages réguliers et dans les mêmes proportions que chez les jeunes du même âge</i>	32
<i>b) Des drogues considérées comme moins dangereuses que le tabac</i>	32

4. Le rapport à la sexualité : des conduites à risque.....	34
a) <i>Un nombre préoccupant d'interruptions de grossesse.....</i>	34
b) <i>Une recrudescence générale des infections sexuellement transmissibles</i>	34
D. DEUX OUBLIS MAJEURS : LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS ET LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP	36
1. Les étudiants étrangers	36
2. Les étudiants en situation de handicap.....	37
a) <i>Un défi : leur accès à l'enseignement supérieur.....</i>	37
b) <i>La loi du 11 février 2005 peine à se mettre en place</i>	37
c) <i>Trop d'élèves sont obligés de renoncer aux études supérieures</i>	38
II.- LES DÉFAILLANCES DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE DES ÉTUDIANTS	40
A. PROTECTION SOCIALE : COMPLEXITÉ DES RÉGIMES ET FAIBLE ACCÈS À LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE.....	40
1. Tous les étudiants ne relèvent pas du régime étudiant.....	40
a) <i>Le rôle pivot des mutuelles étudiantes dans la gestion du régime étudiant</i>	40
b) <i>Une couverture sociale morcelée.....</i>	43
2. Un grave déficit de couverture complémentaire : la santé sacrifiée.....	44
a) <i>L'accès à la couverture complémentaire est difficile pour des raisons financières</i>	45
b) <i>Les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une mutuelle laissent de côté les étudiants dont la famille appartient à la classe moyenne.....</i>	46
c) <i>Le défaut de couverture complémentaire entraîne des renoncements aux soins</i>	47
B. UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION INDIGENTE	48
1. Un éparpillement des compétences entre le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé	48
a) <i>Une absence de pilotage par le ministère de l'éducation nationale</i>	48
b) <i>Le ministère de la santé ne possède pas les leviers nécessaires à la mise en place d'une politique de prévention à l'égard des étudiants</i>	50
2. Les services de médecine préventive universitaire tentent de mener à bien leurs missions, malgré des moyens dramatiquement faibles.....	51
a) <i>Un cadre réglementaire inadapté dont on attend la refonte depuis quinze ans.....</i>	52
b) <i>Des moyens gravement insuffisants.....</i>	53
c) <i>Une mosaïque de fonctionnements, source d'inégalité entre les étudiants</i>	57
d) <i>Un mode de fonctionnement des services ne correspondant qu'imparfaitement aux besoins des étudiants</i>	60

III.- PROPOSITIONS DE LA MISSION POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS	63
A. SIMPLIFIER LA COUVERTURE SOCIALE ET FACILITER L'ACCÈS À LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE	63
1. Conforter le rôle essentiel des mutuelles dans la couverture sociale des étudiants	63
a) <i>Rattacher tous les étudiants à leur régime</i>	63
b) <i>Simplifier et améliorer les procédures</i>	64
2. Étaler les paiements de la cotisation de sécurité sociale	65
a) <i>Fractionner le paiement de la cotisation de sécurité sociale</i>	65
b) <i>Mettre fin à la double cotisation des étudiants affiliés au régime étudiant en cours d'année</i>	66
3. Un chèque santé pour améliorer l'accès à la couverture complémentaire ...	67
a) <i>Des expériences ont été mises en place localement</i>	67
b) <i>Le chèque santé : un dispositif simple et spécifique</i>	67
B. DOTER LA POLITIQUE DE SANTÉ DES ÉTUDIANTS D'OUTILS EFFICACES.....	69
1. Créer des « Maisons de la santé étudiante », centre nerveux de la mise en œuvre sur le terrain de la politique de santé	69
a) <i>Une relance vigoureuse des moyens de la médecine préventive universitaire</i>	69
b) <i>Des missions clarifiées pour la médecine préventive universitaire</i>	71
c) <i>Une « Maison de la santé étudiante » par pôle universitaire : un lieu unique pour une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants</i>	75
2. Mettre un pilote dans l'avion	79
a) <i>Créer des instruments de suivi budgétaire de la santé des étudiants</i>	79
b) <i>Mettre en place une enquête annuelle centrée sur la tranche d'âge des 18 - 25 ans</i>	81
c) <i>Étendre à l'enseignement supérieur les dispositifs applicables aux établissements scolaires</i>	81
d) <i>Instituer une instance nationale de coordination</i>	82
e) <i>Décliner au niveau régional la politique de santé des étudiants</i>	83
C. METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION POUR PRÉSERVER L'AVENIR DES ÉTUDIANTS.....	84
1. Instituer le droit à un « paquet santé » au cours des deux premières années dans l'enseignement supérieur	84
a) <i>Le maintien d'une visite obligatoire et systématique</i>	84
b) <i>Le contenu du paquet santé : visite médicale, vaccinations, bilan bucco-dentaire et d'optique et consultation d'addictologie</i>	85

2. Lutter contre les dérives liées à l'alcool	85
a) <i>S'appuyer sur les associations étudiantes pour des actions innovantes de prévention de « pair à pair »</i>	86
b) <i>Veiller au respect des dispositions réglementaires pour l'organisation des soirées</i>	86
c) <i>Élaborer un kit d'information pour les organisateurs de soirées</i>	87
d) <i>Adopter une charte de bonne conduite entre les directions des établissements et les organisateurs de soirées</i>	87
e) <i>Revoir la taxation sur les boissons « prémix »</i>	87
f) <i>Développer, en milieu étudiant, des programmes de prévention sur les risques liés à l'alcool</i>	88
3. Limiter les comportements sexuels à risques.....	88
a) <i>Aider les étudiantes à éviter les grossesses non désirées</i>	88
b) <i>Installer des distributeurs de préservatifs sur l'ensemble des campus</i>	89
c) <i>Proposer une consultation anonyme et gratuite de dépistage des infections sexuellement transmissibles</i>	89
4. Mieux prendre en compte le mal être des étudiants.....	89
a) <i>Faciliter la prise en charge psychologique par la médecine préventive universitaire</i>	89
b) <i>Développer les bureaux d'aide psychologique universitaire</i>	90
c) <i>Associer l'ensemble de la communauté universitaire à la détection du mal-être</i>	90
5. Promouvoir le bien être des étudiants.....	90
a) <i>Inscrire deux heures de sport hebdomadaires dans tous les cursus de l'enseignement supérieur</i>	90
b) <i>Promouvoir l'équilibre alimentaire : une journée « Bien manger » par semaine</i>	91
CONCLUSION	95
TRAVAUX DE LA COMMISSION	99
ANNEXES	105
ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION	105
ANNEXE 2 : RADIOSCOPIE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES ÉTUDIANTS	107
ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	109
ANNEXE 4 : DÉPLACEMENTS	113
ANNEXE 5 : FICHES SUR LES DIX MESURES PRIORITAIRES	121
ANNEXE 6 : GLOSSAIRE	131

« J'avais vingt ans. Je ne laisserai jamais personne dire que c'est le plus bel âge de la vie » Paul Nizan (Aden Arabie)

INTRODUCTION

La santé des étudiants est trop longtemps restée dans un silence assourdissant face aux autres préoccupations de l'enseignement supérieur que sont la délivrance des savoirs et l'orientation ou l'insertion professionnelle. Sujet oublié et négligé, il constitue pourtant un réel enjeu tant individuel que collectif pour 2 270 000 étudiants représentant près de la moitié d'une génération ⁽¹⁾.

Tout d'abord, cette donnée quotidienne a un fort impact sur la réussite de leurs études. Un étudiant en bonne santé a plus de chance de réussir son orientation, son parcours universitaire et donc son entrée dans le monde du travail. Ensuite, la politique de prévention à l'égard de cette population revêt un caractère particulier eu égard à certains comportements à risques. Enfin cet âge et cette période de la vie sont favorables à l'acquisition de bonnes pratiques qui perdureront dans la vie d'adulte.

Le travail de la mission d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants créée par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le 5 juillet 2006 s'est articulé autour de nombreuses auditions et de visites sur le terrain. La qualité des témoignages a permis de nourrir la réflexion de la mission à partir des expériences vécues et de conduire à un ensemble de propositions concrètes.

La santé dépend pour une large part des conditions de vie et donc des ressources engagées pour en assurer la qualité. Aussi cette mission poursuit-elle la démarche du récent rapport sur les aides aux étudiants ⁽²⁾ dont la proposition n° 10 « Mettre en œuvre un plan national – conditions de vie étudiante » formule la mise en garde suivante : « *Les questions de santé des étudiants ne doivent pas être sous-estimées et on ne peut considérer qu'elles vont de soi. Un certain nombre de signaux sur la dégradation de la santé des étudiants sont en effet inquiétants.* ».

La proposition de loi n° 3220 visant à la création d'un statut étudiant déposée par notre collègue M. Richard Mallié le 28 juin 2006 a déjà abordé certains thèmes relatifs à la santé étudiante qui sont repris dans le cadre de cette mission. Par ailleurs, la santé a été l'un des thèmes des auditions ⁽³⁾ de la commission du

(1) *Contribution de la 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 au débat national Université emploi.*

(2) « *Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social* ». Laurent Wauquiez, rapport au ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche – juin 2006.

(3) *Éducation nationale-débat national Université emploi – Audition de l'Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales (USEM) – juin 2006.*

débat national université et emploi dont le rapport « De l'université à l'emploi » a été remis au Premier ministre le 24 octobre 2006.

Le tableau globalement favorable que l'on dresse habituellement sur la santé des étudiants ne doit pas constituer un alibi pour masquer l'apparition de vrais risques sanitaires liés au développement de comportements à risque, de pratiques addictives et de graves négligences. Ces comportements peuvent avoir des conséquences à plus ou moins long terme non seulement sur la santé des étudiants mais également peser financièrement sur l'ensemble de la collectivité.

Les propositions de la mission visent, en sécurisant leur parcours sanitaire et social, à faire des étudiants les acteurs de leur propre santé. Afin qu'ils puissent tourner toute leur énergie vers la réussite de leurs études, il importe que leur santé ne constitue pas un problème supplémentaire. Au-delà de ces mesures immédiates, il incombe à la puissance publique de mettre en œuvre une politique de prévention dotée de modes d'action et d'outils adaptés à cet âge où l'acquisition de bons comportements est fondamentale pour préserver l'avenir.

I.- AU-DELÀ DES APPARENCES DE BONNE SANTÉ, DES SIGNES DE DÉGRADATION INQUIÉTANTS

Compte tenu du caractère parcellaire des informations directement disponibles sur la problématique spécifique de la santé des étudiants, il s'est posé d'emblée à la mission un problème de méthodologie. Aucune enquête épidémiologique n'existe sur cette population. Il faut donc recourir à l'extraction et au recoupement de données établies par des organismes comme l'Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ou l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). L'INPES publie ainsi chaque année un « Baromètre santé » de la population générale et a établi en 2000 un baromètre spécifique pour la population des 12-25 ans⁽¹⁾. La population étudiante représentant une proportion importante de cette tranche d'âge, il est pertinent de faire des extrapolations à partir des résultats de ces enquêtes générales⁽²⁾.

La thématique spécifique « Santé étudiante » relève en fait principalement d'enquêtes d'opinion, comme celles de l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) qui publie des enquêtes triennales sur les conditions de vie des étudiants⁽³⁾ ou celles des mutuelles étudiantes.

Ainsi, l'Union des sociétés étudiantes mutualistes régionales (USEM)⁽⁴⁾ conduit depuis 1999 une enquête nationale sur la santé des étudiants, en liaison avec la Fédération des observatoires régionaux de la santé (FNORS). Ces enquêtes sont organisées tous les deux ans autour de trois thèmes constants d'une édition à l'autre : la perception de l'état de santé, les campagnes de prévention et le recours au système de soins, permettant ainsi de suivre l'évolution dans le temps de la perception qu'ont les étudiants de leur santé. Depuis 2003, un thème particulier est ajouté ponctuellement. Le premier portait sur la consommation des médicaments et en 2005, l'enquête a plus spécifiquement abordé le thème de la souffrance psychique⁽⁵⁾. La mutuelle des Étudiants (LMDE)⁽⁶⁾ a, quant à elle, publié en juin

(1) Baromètre santé 2000 – Les comportements des 12-25 ans – INPES – 2004.

(2) M. François Beck, responsable des enquêtes en population générale à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) indique cependant que « Les étudiants constituant une population difficile à joindre, même lorsque l'on dispose d'un réseau d'enquêteurs comme celui de l'INSEE lors du recensement de la population, il n'est pas à exclure qu'une partie d'entre eux échappe à l'interrogation téléphonique du Baromètre santé... La représentativité des étudiants n'est donc pas absolument assurée » – Les usages de produits psycho actifs des étudiants – Psychotropes, revue internationale des toxicomanies n° 3-4, 2005.

(3) Alimentation et santé. Résultats de l'enquête sur les conditions de vie des étudiants ». OVE infos n° 9, février 2004.

(4) L'USEM affilié 930 000 étudiants au régime étudiant de sécurité sociale.

(5) « La santé des étudiants en 2005 » – USEM et Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), 4^e enquête.

(6) La LMDE affilié 770 000 étudiants au régime étudiant de sécurité sociale.

2006 une enquête nationale et des synthèses régionales sur la santé des étudiants ⁽¹⁾, avec l'appui technique de l'OVE et du laboratoire Expertise et Prévention pour la santé des étudiants (EPSE).

Les données des enquêtes réalisées par les mutuelles étudiantes sont certainement à prendre en considération d'autant qu'y sont associés d'autres partenaires nationaux. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'il s'agit d'enquêtes déclaratives : leurs résultats n'ont donc pas un caractère exhaustif. L'USEM a ainsi envoyé 60 000 questionnaires à des étudiants tirés au sort et la LMDE a choisi 50 000 étudiants, de manière aléatoire, dans le fichier de la mutuelle en les stratifiant par sexes, académies et tranches d'âge. Le nombre des réponses s'est limité à 9 228 pour l'USEM et à 19 940 pour la LMDE, ce qui équivaut respectivement à un taux de retour de 20 % et de 30 %, sans doute de la part d'étudiants motivés par les questions de santé. Les informations sont donc très parcellaires.

Pour autant, ces données sont intéressantes : non seulement elles présentent des points de convergence mais elles rejoignent également le sentiment général de l'ensemble des personnalités auditionnées par la mission.

A. SOUS PRÉTEXTE QU'ELLE EST UN PRIVILÈGE DE LA JEUNESSE, LA SANTÉ EST TROP NÉGLIGÉE

1. Les étudiants se considèrent en bonne santé physique

À cette période de la vie, les problèmes de santé sont relativement peu nombreux et ne constituent pas une préoccupation majeure. En effet, l'évolution des modes de vie, la qualité des méthodes de prévention, ainsi que le dépistage précoce et le traitement de certaines maladies contribuent au bon état de santé physique des moins de 25 ans. Une très grande majorité des jeunes se considère d'ailleurs en bonne santé ⁽²⁾. Toutes les études convergent en ce sens, qu'il s'agisse du baromètre santé établi sur la population des jeunes de 12 à 25 ans par l'INPES ⁽³⁾ ou de l'enquête précitée de l'USEM selon laquelle 96 % des étudiants jugent que leur état de santé général est « bon » (55,5 %) ou « plutôt bon » (44,5 %), même si cette appréciation positive est légèrement moins bonne chez les filles (95,6 %) que chez les garçons (96,5 %).

La jeunesse n'explique pas à elle seule la bonne santé physique globale des étudiants. Étant très majoritairement issus des classes moyennes et supérieures de

(1) *La santé des étudiants 2005-2006. Enquête nationale et synthèses régionales*, LMDE et l'observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants.

(2) *Dans une étude du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) portant sur les adolescents de 11 à 20 ans, 8 jeunes sur 10 déclarent s'estimer en très bonne ou en excellente santé. « Adolescents : état de santé et recours aux soins », 2002.*

(3) *Baromètre santé 2000 – Les comportements des 12-25 ans – INPES – 2004.*

la société, ils disposent d'un niveau d'éducation et d'accès à l'information plus élevé que celui des autres membres de leur classe d'âge et bénéficient plus longtemps que la plupart des jeunes des attentions et du soutien du milieu parental.

Cette appréciation qualitative de leur état général par les étudiants est confirmée quantitativement par les chiffres des enquêtes recensant les motifs de recours aux médecins libéraux. Comme l'indique le tableau ci-dessous, aucune pathologie physique grave ne figure au « Top 25 » des principaux problèmes et diagnostics pris en charge pour les consultants âgés de 18 à 25 ans par les médecins généralistes (médecins qui tiennent une place prépondérante dans le dispositif de soins aux étudiants ⁽¹⁾).

Extraits du « Top 25 » des principaux problèmes et diagnostics pris en charge par les médecins généralistes

OMG-SFMG 2004 : consultantes de sexe féminin de 18 ans à 25 ans

1 ^{er}	contraception
2 ^e	examens systématiques et prévention
4 ^e	réaction à situation éprouvante
5 ^e	fatigue
6 ^e	rhinite
9 ^e	vaccination
10 ^e	vulvite - vaginite
11 ^e	asthme
12 ^e	troubles des règles
13 ^e	humeur dépressive (pas d'idée suicidaire)
14 ^e	Tabagisme
15 ^e	procédure administrative
16 ^e	dépression (comporte la notion d'idées suicidaires)
20 ^e	sinusite
21 ^e	eczéma
22 ^e	acné
25 ^e	anorexie / boulimie

(1) Selon les enquêtes de la LMDE et de l'USEM, 80 % des étudiants ont consulté un généraliste dans l'année.

Consultants de sexe masculin de 18 ans à 25 ans

1 ^{er}	examens systématiques et prévention
3 ^e	vaccination
4 ^e	rhinite
5 ^e	toxicomanie
6 ^e	contusion
7 ^e	procédure administrative
8 ^e	asthme
9 ^e	tabagisme
10 ^e	suites opératoires
11 ^e	asthénie
14 ^e	réaction à situation éprouvante
15 ^e	acné
17 ^e	brûlures
18 ^e	bronchite aiguë
21 ^e	dépression (avec notion d'idées suicidaires)
23 ^e	humeur dépressive (sans notion d'idées suicidaires)
25 ^e	épigastralgie

Source : *OMG-SFMG 2004*

Cette appréciation globalement bonne de la santé des étudiants ne doit pas faire oublier les pratiques addictives et les comportements à risque. Parmi tous les éléments d'inquiétude qui seront développés dans le présent chapitre, il faut particulièrement signaler le problème déroutant de cas de tuberculose qui ont été signalés à la mission notamment à Montpellier et à Nanterre. Faut-il rappeler que cette maladie n'a cessé de décroître en France jusqu'en 1997 mais que depuis, l'Institut de veille sanitaire dénombre dix nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. Le développement des multirésistances est un facteur d'inquiétude supplémentaire : la part des infections multirésistantes dans l'ensemble des cas de tuberculose a dépassé 1 % pour la première fois en 2002 ⁽¹⁾.

2. L'hygiène alimentaire et les soins dentaires et d'optique sont sacrifiés

L'hygiène alimentaire et les soins dentaires et d'optique sont néanmoins des facteurs d'inquiétude d'autant qu'ils peuvent se révéler lourds de conséquences à moyen et long terme.

(1) « Le point sur la tuberculose en France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* – 3 mai 2005.

a) Les étudiants se nourrissent mal

Tous les représentants des associations étudiantes auditionnées par la mission ont abordé le thème des comportements alimentaires et de leur déséquilibre, confirmant ainsi les résultats de la dernière enquête triennale de l'OVE sur la santé et de celle des mutuelles.

- D'un point de vue quantitatif, une proportion importante d'étudiants omet de prendre son petit-déjeuner (43 % en semaine et 32 % le week-end, selon l'OVE et 21 % selon la LMDE). S'agissant du rythme des autres repas, 51 % des étudiants ont déclaré à l'OVE prendre un repas réduit le midi (46 % le soir) et 3 % ne prennent pas tous leurs repas ⁽¹⁾.

- Sur le plan qualitatif, près d'un étudiant sur 3 estime ne pas manger équilibré. Les repas sont souvent pris rapidement dans les cafétérias et les « *fast-food* ». La consommation d'aliments sucrés ou gras se fait au détriment de celle de fruits et légumes recommandée notamment dans le cadre du « Programme national nutrition santé » qui conseille de consommer au moins cinq fruits et légumes par jour.

- Les explications à ce type de comportements ne sont pas liées à un défaut d'information. De nombreuses actions sont en effet engagées autour du thème de l'équilibre alimentaire dans la plupart des universités. Ce manque d'hygiène alimentaire est lié à la rupture avec les habitudes familiales, mais surtout au manque de temps dû à un rythme universitaire soutenu, particulièrement au moment des examens, ainsi qu'à des horaires de cours souvent incompatibles avec ceux de l'ouverture des restaurants universitaires. Les disponibilités financières limitées obligent également à faire des arbitrages entre différents postes de dépenses (notamment chez les étudiants fumeurs qui mettent en balance le coût d'un paquet de cigarette et celui d'un repas). Cette analyse est confirmée par l'enquête de la LMDE : environ 60 % des étudiants mettent le déséquilibre alimentaire sur le compte du manque de temps et 33 % sur le manque d'argent. En corollaire, 27 % des étudiantes et 16 % des étudiants se déclarent en surpoids ⁽²⁾.

- Ces comportements ne sont pas anodins et peuvent se révéler lourds de conséquences à court et long terme. À court terme, des troubles pathologiques graves peuvent se prolonger ou récidiver à distance de toute observation de la

(1) « L'omission des repas va de pair avec un emploi du temps relâché, mais nullement détendu ; sur ce point l'enquête de 2000 confirme les indications de l'enquête de 1997. Elle est plus fréquente chez les étudiants qui se disent insatisfaits de leur rythme de vie et de leurs possibilités de détente. Les enquêtés qui disent s'être fixé un emploi du temps strict pour leur travail personnel et le respecter très scrupuleusement sont nettement moins nombreux à sauter des repas que ceux qui disent ne pas le respecter du tout. Les étudiants à qui ils arrivent souvent de travailler après minuit se passent plus souvent de petit déjeuner, de déjeuner ou de dîner. » « Alimentation et santé – Deuxième partie : la santé – OVE Infos n° 9, février 2004.

(2) Selon le baromètre santé 2000 de l'INPES, 10,7 % des garçons et 6,2 % des filles seraient en surpoids : comme le précise l'enquête de la LMDE, le surpoids ressenti par les étudiants dans l'enquête LMDE est donc très probablement supérieur au poids avéré.

famille : 7 % des jeunes filles présentent des troubles graves du comportement comme l'anorexie ou la boulimie et les consultations liées à des troubles de l'alimentation représentent 10 % des consultations du bureau d'aide psychologique universitaire de Paris-Luxembourg. À long terme, il importe de rappeler que l'obésité est devenue un enjeu majeur de santé publique⁽¹⁾ dans tous les pays développés.

b) Les étudiants renoncent souvent aux soins dentaires et d'optique

Dans une étude du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) réalisée sur la population des adolescents de 11 à 20 ans⁽²⁾, les affections les plus fréquemment citées sont les caries et la myopie : elles concernent respectivement 46 % et 18 % de cette tranche d'âge. L'étude ne porte pas spécifiquement sur la population étudiante, mais il est certain que ces problèmes ne disparaissent pas avec l'acquisition du statut d'étudiant d'autant que, selon une étude⁽³⁾ de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)⁽⁴⁾, l'avancée dans l'âge et le tabagisme sont des facteurs de dégradation de la santé bucco-dentaire. Toujours selon cette étude, près de 10 % de la population déclarent renoncer aux soins pour des raisons financières liées en grande partie à la présence ou l'absence d'une couverture complémentaire : les personnes qui ne possèdent pas de couverture complémentaire renoncent deux fois plus fréquemment que celles qui en ont une.

Ce constat doit être croisé avec les résultats des enquêtes des mutuelles étudiantes indiquant que les soins dentaires et d'optique sont ceux auxquels les étudiants renoncent le plus souvent, par négligence mais surtout pour des motifs financiers. Ainsi, selon l'enquête de la LMDE, 23 % des étudiants ont déclaré ne pas recourir de manière générale à certains soins ou traitements parce qu'ils étaient trop chers. Les soins dentaires, puis les traitements ophtalmologiques (lunettes, lentilles) sont surtout cités : 13 % des étudiantes ont déclaré renoncer à des soins dentaires et 10 % des étudiants ont fait le même constat⁽⁵⁾. Il importe de noter que les étudiants ne bénéficiant pas de mutuelle complémentaire sont significativement plus nombreux à renoncer à ce type de soins (voir *infra*). Ces résultats corroborent ceux de l'enquête de l'OVE précitée : 35,5 % des étudiants inscrits à une mutuelle étaient allés chez le dentiste dans les six mois précédant l'enquête contre 27,1 % des non mutualistes.

(1) « Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge », INSERM, 2005.

(2) « Adolescents : état de santé et recours aux soins » – CREDES – 2002.

(3) « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaires » – Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000 » – IRDES – mai 2005.

(4) Le CREDES est devenu l'IRDES en 2003.

(5) Selon l'étude ci-dessus, 9,5 % des personnes enquêtées ont déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Les frais dentaires et d'optique sont en effet ceux qui entraînent les plus grosses dépenses et qui donnent lieu aux plus faibles remboursements par la sécurité sociale. Ainsi un changement de lunettes (consultation d'ophtalmologie et achat des lunettes) coûte en moyenne 215 euros et le remboursement de la sécurité sociale, sur la base d'un tarif de responsabilité, est de 43 euros. La somme restant à la charge de l'étudiant est donc de plus de 170 euros. S'agissant des soins dentaires, ils sont encore plus coûteux. Les tarifs des soins dits « conservateurs » sont fixes mais ne sont remboursés qu'à 70 % par le régime de base. En revanche, les prix des prothèses sont libres et les remboursements se font sur la base d'un tarif de responsabilité ; une couronne est remboursée à hauteur de 70 % sur la base de 107 euros, ce qui ne couvre qu'une faible partie des dépenses engagées. Une couverture complémentaire permet d'alléger sensiblement la charge de ces dépenses, selon la formule choisie.

Ces reports de soins sont très préoccupants car une mauvaise prise en charge de ces pathologies favorisera le développement de problèmes de santé qui ne pourront pas ou difficilement être résolus plus tard ⁽¹⁾.

B. LA VIE ÉTUDIANTE N'EST PAS UNE PARENTHÈSE ENCHANTÉE

En se référant à la définition de la santé posée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* », la mission a considéré dès le début de ses travaux que les problèmes des étudiants devaient être examinés de façon globale. Leur santé psychique, au sens défini également par l'OMS comme « *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de la société* », fait dès lors partie intégrante du champ de la mission.

Le sentiment de mal-être s'est notamment exprimé pendant la « crise du CPE ». Mis en avant par les enquêtes des mutuelles, ce sentiment est largement partagé par les organisations étudiantes qui ont témoigné devant la mission. Il est aussi indirectement révélé par l'enquête de l'OVE qui l'aborde sous l'angle de la consommation de soins et de médicaments psychotropes. Un étudiant sur cinq (20,2 %) a l'habitude de prendre un médicament stimulant avant les examens ; 17,4 % prennent souvent, ou parfois, des calmants, des antidépresseurs ou des somnifères. Ils sont nettement moins nombreux, proportionnellement, à avoir consulté un psychologue, un psychanalyste ou un psychiatre dans les six mois qui ont précédé l'enquête (5,1 %). La consultation psychologique est d'ailleurs associée à la consommation de médicaments : 46 % des étudiants ayant consulté un

(1) Les infections bucco-dentaires peuvent être liées aux endocardites ou aux infections rénales dues aux bactéries de la flore buccale. Il a par ailleurs été démontré que la prévalence des affections pulmonaires augmentait en cas de manque d'hygiène buccale.

psychologue ou un psychiatre déclarent prendre des calmants, des antidépresseurs ou des somnifères, contre 1,8 % de ceux qui n'en ont pas consulté.

Ce sentiment de mal-être n'est au demeurant pas nouveau. Dans son rapport sur la santé des enfants et des jeunes adressé à la conférence nationale de santé de 1997 et au Parlement, le Haut comité de santé publique formulait la mise en garde suivante : « *Il existe un problème d'intégration des jeunes dans la société qui peut conduire à une absence de perspectives d'avenir et à un sentiment d'inutilité générateur de mal-être, voire de véritable souffrance psychique à l'origine de comportements à risque.* ⁽¹⁾ »

Le rapport de la commission d'enquête sur le régime étudiant de sécurité sociale faisait en 1999 le constat suivant : « *La très forte progression, dans les années 80, du nombre des étudiants a fait que cette population jusque-là socialement homogène a accueilli, du fait de sa démocratisation un nombre croissant d'étudiants ayant à surmonter des difficultés financières, matérielles, psychologiques ou de santé.* » ⁽²⁾ et il était déjà fait état du « *mal être des étudiants* ».

Cette préoccupation est également largement partagée dans les pays développés. Ce mal-être n'est pas spécifique à la France et les étudiants européens connaissent les mêmes problèmes ⁽³⁾. Lors du déplacement effectué le 18 octobre 2006 en Norvège, la mission a rencontré Mme Cécilie Daae, directrice du SIO (*Studentsamskipnaden i Oslo – Foundation for student life in Oslo*, l'équivalent à la fois des Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires et des services de médecine universitaire), qui a été chargée d'une étude en 2003 sur le thème « Santé et épanouissement ». Le rapport qu'elle a rendu en 2005 permet de constater qu'une étudiante sur cinq a notifié des symptômes de troubles psychologiques et que selon un étudiant sur quatre, l'origine de ses problèmes est liée aux conditions de vie estudiantine.

1. Un mal-être fréquent recouvrant des situations très diverses

Le mal-être dont souffrent les étudiants est une notion aux contours mal définis recouvrant des situations aussi diverses que la fatigue, le stress ou des névroses passagères qui, plus qu'une prise en charge médicale, nécessite une écoute psychologique. Les pathologies plus graves exigeant un suivi plus lourd sont moins fréquentes. Cependant, M. Roland Havas ⁽⁴⁾, directeur du bureau d'aide

(1) « *Santé des enfants, santé des jeunes* ». Haut comité de la santé publique, 1998.

(2) « *Les mutuelles étudiantes : quel avenir ?* ». Rapport de M. Philippe Nauche, député au nom de la commission d'enquête sur le régime étudiant de sécurité sociale. juillet 1999.

(3) *L'état de santé mentale de la population générale est une préoccupation de l'Union européenne. Un groupe de travail a rendu un livre vert : « Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne »*. Livre vert de la Commission européenne – 2005.

(4) *Audition du mardi 24 octobre 2006.*

psychologique universitaire de Paris-Luxembourg a indiqué qu'il avait noté depuis cinq ans, une recrudescence des pathologies nécessitant une double prise en charge, psychologique et psychiatrique (1 % des consultations au bureau d'aide psychologique de Paris concerne des troubles schizophréniques et 3 % des troubles psychotiques aigus). En effet, la révélation de certaines pathologies est habituelle à cet âge.

Parmi les principaux problèmes pris en charge par les médecins généralistes (voir tableau supra), figurent pour les consultantes de sexe féminin de 18 à 25 ans, respectivement au quatrième et cinquième rang, la réaction à une situation éprouvante et la fatigue, au treizième rang, les humeurs dépressives et au seizième, la dépression laquelle inclut la notion d'idées suicidaires.

Les motifs des appels à la ligne téléphonique « Fil santé jeunes »⁽¹⁾ vont d'un sentiment de « dysphorie » à la tentation du suicide, ce que corroborent les enquêtes de la LMDE et de l'USEM.

Enquête de l'USEM

30 % des étudiants déclarent s'être sentis, sur une période de plus de quinze jours, tristes, déprimés, sans espoir, avec une perte d'intérêt pour les activités qu'ils aiment habituellement. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à avoir eu ce sentiment. Les étudiants qui ont eu une période de déprime de plus de quinze jours dans l'année sont plus nombreux à s'estimer en mauvaise santé que ceux qui n'ont pas eu ce sentiment (9,5 % contre 1,7 %). Globalement, ils sont relativement nombreux à avoir une réponse à une souffrance : 13,3 % ont signalé une demande d'aide pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportements et 10 % ont pris des médicaments psychotropes. Enfin, 9 % ont eu des pensées suicidaires.

Enquête de la LMDE

Au cours des douze derniers mois, 77 % des étudiants se sont sentis déprimés et 62 % déclarent avoir eu le sentiment de ne pas être en forme souvent ou de temps en temps. 54 % des étudiants se sont sentis tendus ou agressifs, 18 % angoissés. 45 % ont eu des difficultés de concentration souvent ou de temps en temps et plus d'un étudiant sur deux déclare avoir eu des insomnies. 15 % des étudiants ayant répondu à l'enquête ont eu des idées suicidaires au cours de douze derniers mois et 5 % ont déjà fait une tentative de suicide.

(1) Les appels à « Fil santé jeunes » proviennent à 15 % d'étudiants, ce chiffre étant en augmentation constante depuis la création de la ligne en 1995.

Ce mal-être a des conséquences pouvant aller de symptômes de simple fatigue ou de difficultés de concentration et de mémorisation à l'impossibilité de suivre les cours et en dernier lieu à l'abandon des études. Dans des cas extrêmes, il peut avoir des conséquences très graves, voire dramatiques. D'après le baromètre précité de l'INPES, les jeunes présentent les risques les plus élevés de troubles dépressifs : 9,3 % des filles et 4,4 % des garçons ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Le suicide est la deuxième cause de mortalité entre 15 et 24 ans (environ 1 000 décès par an).

2. Un mal-être aux causes multiples

Le mal-être est un élément caractéristique de la vie étudiante car c'est une période de perte des repères, notamment familiaux, de changement et de ruptures. C'est aussi une période de compétition et de doutes, ne serait-ce qu'en ce qui concerne la construction professionnelle. Cette situation induit beaucoup de stress, d'insomnie, de consommations de substances diverses comme les dopants, les médicaments, l'alcool...

a) Une période délicate de transition

L'entrée dans l'enseignement supérieur est un premier pas vers une autonomie, certes attendue avec impatience par un grand nombre, mais qui est aussi synonyme de rupture affective et souvent géographique avec le milieu protégé que représente la famille. Les étudiants vont être confrontés à une réactivation du conflit dépendance / indépendance et attachement / séparation avec la famille.

L'ensemble des organisations étudiantes auditionnées ont exprimé devant la mission la difficulté d'accéder à cette autonomie d'autant que la rupture familiale se double de ruptures personnelles et sentimentales au travers desquelles l'adulte se construit.

b) Des campus universitaires déprimants

Les difficultés liées aux ruptures sont aggravées par l'isolement rencontré sur les campus universitaires, pour certains disproportionnés au regard de ce qu'ils ont connu dans leur lycée. Le repérage des lieux d'études et de vie (restaurant universitaire, cité...) demande une adaptation de plusieurs semaines et l'instauration de liens avec les pairs n'est pas aisée, compte tenu notamment de la multiplicité des options. La phrase « *Plus il y a de monde, plus on est seul* » est revenue à plusieurs reprises lors des auditions.

Les campus français ne sont pas des lieux où peut s'installer une véritable vie de communauté étudiante. Lors de ses visites sur les campus, la mission n'a pu que confirmer le constat inquiétant établi par la mission d'information du Sénat sur

l'immobilier universitaire ⁽¹⁾. L'insuffisance des crédits de maintenance se traduit par une dégradation des locaux et les campus français ne supportent pas la comparaison avec les campus étrangers, comme la mission a pu le constater à l'occasion de la visite effectuée sur le campus de l'université d'Oslo où les étudiants vivent dans un cadre de vie clair, aéré et dans des bâtiments bien entretenus.

c) Des conditions de vie souvent précaires

D'une manière générale, les conditions de vie sont un des déterminants de l'état de santé d'un individu. S'agissant plus spécifiquement de la santé mentale et selon une étude de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, la souffrance psychique, les troubles du comportement, les états dépressifs et autres problèmes de santé mentale ressortent constamment des travaux sur la santé des plus démunis ⁽²⁾.

Une étude réalisée sur l'état de santé des étudiants des universités Paris 8 et Paris 13 ⁽³⁾ a mesuré l'importance et l'impact des situations de précarité des étudiants sur leur santé mentale (souffrances psychiques et troubles du sommeil). Il en ressort que :

– les étudiants en situation de précarité socio-économique sont plus nombreux à déclarer un état de santé ressenti comme moins favorable par rapport aux étudiants ne se trouvant pas dans cette situation : ils sont presque 30 % à déclarer que leur état de santé est plutôt ou beaucoup moins bon ;

– l'analyse comparative de la santé mentale des étudiants souligne l'importance de l'impact de la situation de précarité sur la santé mentale, qu'il s'agisse du sommeil, du bien être psychique ou de la consommation de substances psycho-actives comme le confirme la lecture du tableau ci-dessous.

Repères sur la santé mentale des étudiants des universités Paris 8 et Paris 13 : les étudiants en situation de précarité et ceux ne l'étant pas

Domaines	Indicateurs	Étudiants en situation de précarité	Étudiants hors situation de précarité
Souffrances psychiques	Étudiants évoquant l'impression de « pertes de mémoire » plus ou moins fréquentes	41,6 %	24,2 %
	Étudiants ayant des rêves angoissants	15,9 %	3 %
	Étudiants déclarant être angoissés	40,4 %	27,2 %

(1) « Voyage au bout de l'immobilier universitaire » – Jean-Léonce Dupont, sénateur – Rapport d'information n° 213 (18 mars 2003).

(2) « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé » – Emmanuelle Combois – Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale – 2004.

(3) « L'état de santé et la situation socio-économique des étudiants de Paris 8 et Paris 13 : compte rendu d'enquête ». A. Louvel, E. La Rosa, H. Le Clésiau et B. Lelu – septembre 2006.

	Étudiants déclarant être déprimés, tristes	39,2 %	22,3 %
	Étudiants mal dans leur peau	29,6 %	13,4 %
	Étudiants ayant déjà pensé en finir une fois pour toutes avec la vie	35,7 %	21,6 %
	Étudiants déclarant avoir fait des crises nerfs ou de larmes suite à une émotion ou contrariété	67,8 %	19,3 %
	Étudiants ayant déjà rencontré un psychiatre	11,2 %	6,5 %
Troubles du sommeil	Étudiants déclarant des troubles du sommeil	47,8 %	20,1 %
	Étudiants ayant des difficultés pour s'endormir	29,9 %	9,8 %
	Étudiants déclarant se réveiller trop précocement	40,9 %	19,4 %
	Étudiants déclarant tomber de sommeil dans la journée contre leur gré	23,2 %	10,6 %
Consommation de produits psychoactifs	Étudiants fumant du tabac	28,1 %	20,2 %
	Étudiants éprouvant de la culpabilité concernant la consommation d'alcool	12 %	4,1 %

Source : « L'état de santé et la situation socio-économique des étudiants de Paris 8 et Paris 13 : compte rendu d'enquête ». A. Louvel, E. La Rosa, H. Le Clésiau et B. Lelu, Septembre 2006.

Les ressources conditionnent largement les conditions de vie. Si, comme le souligne l'OVE « *les étudiants sont rarement très pauvres, c'est parce que les pauvres deviennent rarement étudiants* », il n'en demeure pas moins que beaucoup connaissent des difficultés financières. C'est ce que l'on peut déduire de l'étude de l'OVE sur les étudiants en difficulté ⁽¹⁾, qui a déterminé et mesuré les situations de pauvreté dans la population étudiante. D'après cette étude, les demandeurs d'aide exceptionnelle (c'est-à-dire les étudiants n'ayant aucune ressource) ne représentent que 1,4 % des étudiants, mais ce chiffre correspond quand même à un effectif non négligeable de l'ordre de 22 600 inscrits dans l'enseignement supérieur. Encore ce chiffre ne recouvre-t-il pas toutes les situations difficiles. Selon cet organisme, plus de 45 000 étudiants vivent aujourd'hui dans une situation de grande pauvreté et 225 000 étudiants peinent à financer leurs études.

Parmi ceux-ci figurent aussi les étudiants des classes moyennes qui constituent une sorte de trou noir sociologique. Comme cela a déjà été souligné, notre système se caractérise « *par une relative iniquité, en aidant les deux extrêmes : les plus démunis (par le biais des bourses sur critères sociaux) et les ménages aisés (par le biais des aides fiscales) ; mais en sacrifiant les intermédiaires, à savoir les classes moyennes modestes* » ⁽²⁾.

(1) « Les étudiants en difficulté, pauvreté et précarité » – Louis Grignon. OVE- Rapport à M. le ministre de l'éducation nationale – 2000 et édition actualisée : décembre 2003.

(2) « Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ». Laurent Wauquiez. Rapport au ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. juillet 2006.

Ces étudiants non boursiers compensent l'insuffisance de leurs ressources en prenant un travail qui vient en concurrence de leurs études et compromet ainsi leurs chances de réussite.

L'OVE a mené une enquête sur le travail des étudiants montrant que huit étudiants sur dix exercent une activité rémunérée pendant l'été ou l'année universitaire. Parmi les étudiants qui travaillent pendant l'année universitaire, 43 % ont un emploi qui les occupe au moins à mi-temps⁽¹⁾. Le taux d'activité des étudiants est plus élevé dans les années 2000 et cette progression est principalement liée au travail effectué en cours d'année universitaire. De 2000 à 2003, la progression de l'activité rémunérée en cours d'études est certes moins accentuée mais, comme le souligne l'OVE, cette activité « *ne doit plus rien aux activités intégrées aux études dont le poids relatif s'est tassé. La proportion des activités qui empiètent le plus sur le travail universitaire est par ailleurs non négligeable : les étudiants de moins de 29 ans, qui exercent au minimum à mi-temps, pendant une grande partie de l'année, un travail de type serveur, employé de commerce ou de bureau, maître d'internat etc. sont désormais environ 120 000. Or ce type d'activités compromet les chances de réussite. On peut considérer qu'il réduit d'un tiers les chances de passer avec succès les examens de premier et deuxième cycles* »⁽²⁾.

d) Les dysfonctionnements de l'enseignement supérieur

- *Le rythme de travail universitaire*

Lorsque les étudiants entament leur vie universitaire, ils ont une illusion de liberté, en partie à cause des stéréotypes véhiculés sur les campus mais aussi parce qu'ils ont le sentiment de disposer à nouveau de leur temps après la période du baccalauréat. Très vite pourtant, le rythme s'accélère avec l'arrivée des examens partiels et à cette occasion, ils sont souvent confrontés à des problèmes de méthode de travail, celle qui avait permis leur réussite au lycée se révélant inadaptée.

Les organisations étudiantes ont exprimé devant la mission le sentiment qui est le leur d'être constamment en situation d'examens. Cette perception rejoint l'analyse de Mme Jacqueline Freyssinet-Dominjon dans son ouvrage sur « *L'alcool en fête* »⁽³⁾ : « *Les étudiants vivent désormais au rythme de l'année universitaire mais ce rythme est désormais plus contraignant que celui qu'analysaient Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron dans « Les héritiers ». L'université des années soixante pouvait être présentée comme un univers où, entre l'effervescence de la rentrée et les veilles d'examen du mois de mai, il n'y avait ni horaire ni date... Les*

(1) « *La vie étudiante-Repères* ». OVE Edition 2004.

(2) OVE Infos n° 19 – février 2005.

(3) « *L'alcool en fête-Manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante* » – Jacqueline Freyssinet-Dominjon et Anne-Catherine Wagner – Éditions L'Harmattan – 2004 – Etude menée dans le cadre d'une convention de recherche associant la MILT, l'INSERM et le CNRS.

étudiants du tournant du siècle apparaissent, par comparaison avec leurs prédécesseurs, extrêmement sensibles à cet ordonnancement. Ces changements proviennent sans doute en partie des transformations du cursus universitaire lui-même : en dehors des examens partiels en janvier et en mai, les étudiants sont soumis à un contrôle plus continu dans le cadre des travaux pratiques ou travaux dirigés obligatoires ».

Par ailleurs, certaines filières sélectives (classes préparatoires aux grandes écoles, médecine) génèrent un stress spécifique lié à la concurrence entre les élèves et les enjeux des concours.

La ligne « Fil santé jeunes » et le bureau d'aide psychologique universitaire de Paris-Luxembourg ont ainsi constaté des pointes d'appel dans leurs services au moment des périodes d'examen, les étudiants faisant état de leur inquiétude, voire de leur angoisse.

• *La mauvaise lisibilité des cursus universitaires et l'incertitude des débouchés*

Les difficultés rencontrées dans leur parcours universitaire (mauvaise orientation, échec universitaire) ont une répercussion directe sur la souffrance psychologique des étudiants.

Les étudiants considèrent que l'accès à l'enseignement supérieur est une voie qui va de soi, aussi ne sont-ils pas préparés au barrage de première année. La concurrence à laquelle ils se heurtent engendre des échecs, d'autant plus durement ressentis que la pression familiale est forte, notamment pour les étudiants d'origine modeste dont les familles consentent des sacrifices financiers importants. Ces échecs seront nombreux et il est très significatif que les appels à « Fil santé jeunes » en fin d'année universitaire soient principalement axés sur l'appréhension de l'avenir.

Selon une étude de l'OCDE, seuls 59 % des étudiants qui commencent leurs études universitaires générales en France parviennent à les terminer, soit 11 points de moins que la moyenne des autres pays de l'OCDE ⁽¹⁾. Les sorties sans diplôme sont trop nombreuses et très pénalisantes. Environ 11 % d'une classe d'âge a étudié dans l'enseignement supérieur sans y obtenir de diplôme. Ces jeunes qui n'ont pas réussi à obtenir un diplôme représentent environ 20 % des sortants de l'enseignement supérieur. L'échec dans l'enseignement supérieur se produit généralement dès la première année après le baccalauréat et, pour une large part, il résulte d'une mauvaise orientation.

De nombreuses filières universitaires visent essentiellement à assurer la transmission d'un savoir et la préoccupation de débouchés professionnels y est trop

(1) « Regards sur l'éducation » – 2005 – Note de présentation (France) – OCDE.

souvent secondaire. Or du fait de la diversification des milieux sociaux d'origine des étudiants, la perception des études a changé par rapport aux années quatre-vingt et même quatre-vingt-dix : les études sont désormais perçues comme une phase nécessaire avant l'insertion sur le marché du travail. Des réorientations, qui correspondent souvent au deuil d'un projet, s'imposeront alors aux étudiants soucieux de leur avenir professionnel.

Lors de la visite du service de médecine universitaire de l'Université de Versailles – Saint Quentin, la psychologue que la mission a rencontrée a indiqué que nombre de consultations étaient motivées par un problème de mauvaise orientation.

Conscients de cette faiblesse, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des mesures qui constituent autant d'avancées pour une meilleure orientation des étudiants : inscription dès février pour consolider l'orientation des lycéens et affectation des crédits aux universités en fonction de leurs politiques d'insertion. Un délégué interministériel à l'orientation et l'insertion professionnelle des jeunes a également été nommé récemment afin d'améliorer l'orientation des jeunes.

C. DES COMPORTEMENTS À RISQUES

Les auditions conduites par la mission ainsi que les enquêtes récentes mettent en évidence une aggravation des comportements addictifs. Les soirées festives, si elles favorisent le lien social sont le lieu de certaines dérives. La prise de risque, révélatrice du mal-être décrit précédemment, se caractérise aussi par l'absence d'anticipation qui peut avoir des conséquences graves pour le devenir des étudiants. Elle nécessite la mise en place d'une politique de prévention qui devra prendre en compte deux remarques :

– Ces comportements à risque renvoient pour une part, en amont de l'inscription dans l'enseignement supérieur, aux habitudes prises ou non pendant les études secondaires.

– L'usage très spécifique des produits psycho-actifs par les étudiants a justifié la réalisation d'une enquête conjointe de chercheurs de l'Observatoire des drogues et de la toxicomanie (OFDT), du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de l'INPES et de l'Observatoire régional de santé (ORS) de la région de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)⁽¹⁾. Il en ressort que l'usage régulier d'alcool et la consommation de tabac sont beaucoup moins développés que dans la population générale, alors que la consommation des autres drogues et médicaments psychotropes se situe dans la même proportion.

(1) « Les usages de produits psycho actifs des étudiants » – F. Beck (OFDT), S. Legleye (CNRS et INSERM), P. Guibert (INPES) et P. Peretti-Watel (ORS de la région PACA) – Revue « Psychotropes » n° 3-4-2005.

1. Tabac : des progrès majeurs

La consommation de tabac chez les étudiants doit être replacée dans le cadre plus général de la décroissance de la consommation dans l'ensemble de la population. La proportion de la population qui déclare fumer, ne serait-ce que de temps en temps, est passée de 33,1 % en 2000 à 29,9 % en 2005 ⁽¹⁾.

Avec plus de 60 000 décès annuels directement ou indirectement imputables à son usage, le tabac, principale cause de mortalité évitable en France, est un enjeu fondamental de santé publique pour l'ensemble de la population. Pour les étudiants, cet enjeu se traduit notamment dans la loi de finances : le nombre des universités ayant signé la charte « Université sans tabac » (35 en 2005) et « Université sans fumée » (14 en 2005) ⁽²⁾ est le seul indicateur de santé figurant dans la mission « Recherche et enseignement supérieur » de l'action 3 « Santé des étudiants et activités associatives, culturelles et sportives » du budget de l'État.

a) Les étudiants fument moins que l'ensemble de la population

- Les étudiants ayant répondu à l'enquête de l'USEM sont 31 % à fumer, dont 15 % de manière excessive et 22 % ont déclaré à la LMDE être fumeurs réguliers. Il faut cependant relativiser cette constatation en rappelant que selon l'enquête précitée de l'OVE et l'étude réalisée par l'INSERM en 2003 à partir des données fournies par l'enquête ESCAPAD (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) ⁽³⁾, les étudiants fument moins que les jeunes du même âge. Ainsi selon l'OVE, 71 % des étudiants sont non-fumeurs contre 55,9 % des jeunes de 18 à 25 ans et 8,4 % d'entre eux sont de gros fumeurs (au moins quinze cigarettes par jour). L'étude de l'INSERM indique que parmi les personnes de 17 à 30 ans, le pourcentage des fumeurs est significativement plus important chez les non étudiants (49 % *versus* 42,5 %). On remarque en outre une surreprésentation des hommes fumeurs chez les non étudiants où 45 % des femmes fument contre 52 % des hommes, cette différence de genre ne se retrouvant pas chez les étudiants.

- La consommation de tabac dépend fortement de l'origine sociale et du revenu

(1) Baromètre santé 2005 – Premiers résultat – INPES.

(2) Universités sans tabac : les universités signataires de la charte s'engagent à mettre en place des actions d'information et de sensibilisation aux conséquences du tabac, ainsi que des consultations d'aide à l'arrêt du tabac.

Universités sans fumée : outre le tabac, les universités sans fumée mettent en place des actions d'information et de sensibilisation aux conséquences de la consommation de cannabis.

(3) « Tabagisme chez les étudiants ; données de l'enquête ESCAPAD », INSERM – 2003.

Les « chances » de fumer sont plus fortes chez les étudiants dont les parents ont un revenu mensuel de plus de 4 500 euros et lorsque l'étudiant exerce une activité rémunérée régulière. L'effet du revenu est très net sur la consommation, ce qui est assez logique eu égard au coût des cigarettes. Moins attendue est l'influence de l'origine sociale. L'analyse de l'OVE est la suivante : les étudiants dont les parents sont issus des catégories supérieures ont « *un mode de vie plus exposé aux consommations, y compris quand elles sont pathogènes* »⁽¹⁾.

- La consommation de tabac est associée au mode de vie et aux filières d'études

Plus les étudiants sont indépendants par rapport à leur famille d'origine, plus ils fument. L'INSERM avance les éléments d'explication suivants : « *Cet effet protecteur de la vie au sein de la famille peut avoir plusieurs explications : assiste-t-on à une influence du cadre parental sur les comportements de santé des étudiants et en particulier à la pression du milieu socioculturel des parents ? Doit-on plutôt lire ce résultat comme la conséquence d'une moins grande autonomie financière des étudiants qui vivent encore dans leur famille ? Il est également possible d'imaginer que les jeunes qui restent chez leurs parents ont un moindre désir d'indépendance ou d'émancipation que les autres, particularité dont la consommation de cigarettes pourrait être un des signes.* »

En tout état de cause, cette constatation n'est pas neutre en termes de prévention et l'offre d'aide au sevrage tabagique pourrait être préférentiellement organisée dans les structures sociales liées à la recherche, par exemple, de logements (CROUS, cités universitaires).

L'OVE avance aussi un effet « filière », la consommation dépendant fortement du type d'étude. Ainsi, les étudiants des UFR (unités de formation et de recherche) de lettres fument plus que ceux de droit ou de sciences économiques. Le contenu des études exerce aussi un effet spécifique : les étudiants de médecine et des disciplines de santé où la nocivité du tabac est connue et les étudiants des disciplines sportives où l'on sait que fumer nuit aux performances sont moins enclins à fumer.

b) Des freins à la baisse du tabagisme subsistent

Le tabagisme se rencontre plus souvent chez les étudiants les moins studieux et les moins bien intégrés à leur famille d'origine. Il va aussi de pair avec un mode de vie plus irrégulier, avec un rapport au temps plus lâche et une discipline personnelle moins stricte. Les risques de fumer, et de fumer beaucoup, sont nettement plus élevés pour les étudiants qui jugent leur rythme de vie insatisfaisant. Les gros fumeurs sautent plus souvent des repas que les autres, parfois en raison du coût financier du tabac.

(1) Enquête OVE précitée.

En même temps et presque paradoxalement, le tabagisme des étudiants reflète un environnement qui banalise et valorise le fait de fumer. La contribution écrite de l'INSERM à la mission confirme les résultats de l'enquête de l'OVE : la consommation de tabac est une habitude collective qui s'impose aux individus par initiation et par contagion, sous la pression de groupes de pairs qu'ils sont amenés à fréquenter en dehors de la famille et en marge de leurs études. Ainsi les étudiants qui se disent satisfaits de leur vie sociale ont plus de chance de fumer que ceux qui la trouvent non satisfaisante. Ceux qui participent à des activités associatives dans le cadre de leur établissement d'enseignement supérieur ont des chances plus grandes de fumer au moins quinze cigarettes par jour ; ceux qui participent à des réunions politiques ou syndicales ont des probabilités plus élevées d'être fumeur et gros fumeur ⁽¹⁾.

Enfin, selon l'enquête de l'USEM, dans plus de 44,9 % des cas, les étudiants ont lié la consommation de tabac à une dépendance.

Toutes ces considérations doivent être prises en compte dans l'élaboration d'une politique de prévention du tabagisme auprès d'une population chez qui l'envie d'arrêter est tout de même forte. En effet, selon l'enquête de la LMDE, ils sont 60 % en moyenne à avoir déclaré vouloir cesser l'usage du tabac et ils ont majoritairement conscience des dangers du tabac. Ainsi, un peu plus de la moitié des étudiants fumeurs craignent « beaucoup ou pas mal » les maladies engendrées par le tabac, même si un cinquième d'entre eux ne les craint « pas du tout ».

La mission se félicite donc sur ce terrain de l'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'interdiction de fumer dans les lieux publics : le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 vise en effet expressément les établissements d'enseignement supérieur où l'usage du tabac est totalement interdit.

(1) C'est aussi l'analyse de Ivan Belin dans l'expertise collective de l'INSERM précitée « Tabac. Comprendre la dépendance pour agir » : « Chez les étudiants en France, le tabagisme est encore un comportement valorisant et l'arrêt des étudiants se heurte à deux obstacles environnementaux : la banalisation du fait de fumer et l'absence de soutien social pour l'arrêt. »

2. Alerte sur l'alcool : une dégradation très forte des comportements

a) *Pas de consommation régulière mais des usages festifs à risque*

- *Un état des lieux unanime*

Si selon l'enquête de l'OVE ⁽¹⁾, 3,3 % seulement des étudiants déclarent consommer quotidiennement des boissons alcoolisées, 35,6 % en consomment au moins une ou deux fois par semaine.

Ces chiffres rejoignent ceux de l'enquête conjointe de l'OFDT, du CNRS, de l'INSERM, de l'INPES et de l'ORS-PACA précitée, selon laquelle : « *Comparés au reste de la population des 18-25 ans, les usages des étudiants du supérieur présentent certaines particularités. Ils sont légèrement moins souvent consommateurs réguliers d'alcool (au moins trois fois par semaine, soit plus de dix fois par mois environ) : 15 % contre 21 %. Il en va de même pour la consommation quotidienne au cours des sept derniers jours. Les quantités déclarées par les étudiants sont également moindres en moyenne : la quantité moyenne s'élève à 2,5 verres contre 3. En revanche, ils sont légèrement plus nombreux à déclarer avoir été ivres au cours de l'année (39 % contre 35 %) et ils sont même légèrement plus nombreux à déclarer avoir été ivres de façon régulière (plus de dix ivresses au cours des douze derniers mois : 10 % contre 7 %). Les étudiants restent toutefois aussi peu nombreux que les autres jeunes du même âge à avoir une consommation potentiellement problématique d'alcool.* »

Les enquêtes réalisées par les mutuelles confirment également ces tendances. 71 % des étudiants ont déclaré à l'USEM consommer de l'alcool, 10 % estimant leur consommation importante ou excessive, ce type de consommation étant par ailleurs plus fréquente chez les garçons. Selon la LMDE, 83 % d'étudiants reconnaissent consommer de l'alcool au moins occasionnellement.

- *Un usage le plus souvent festif*

En fait, la consommation d'alcool dans la population étudiante s'inscrit dans des espaces temps bien définis et se caractérise par sa discontinuité. Elle s'inscrit dans le cadre d'une conception binaire du temps avec l'idée d'une rupture nécessaire entre le temps du travail et le temps des sorties entre amis.

L'étude précitée de Mme Jacqueline Freyssinet-Dominjon dresse une intéressante typologie des « buveurs étudiants » :

– Le premier type est « le non-buveur et le buveur occasionnel » : un tiers des étudiants peuvent être rangés dans ce type, soit 36 % ;

(1) « *Alimentation et santé. Résultats de l'enquête sur les conditions de vie des étudiants* ». OVE infos n°9 – février 2004.

– Le deuxième type « petit buveur régulier » ou « buveur adulte » est le plus atypique (4 %). La consommation d'alcool de cette catégorie revêt un caractère régulier, souvent quotidien et modéré et les conduites d'excès sont réprouvées. Contrairement aux autres étudiants, ce type de buveur apprécie le goût du vin et boit surtout pour accompagner les repas ;

– Le troisième type ou « buveur du week-end ou VSD » est le plus typique de la population étudiante : il réunit 46 % des étudiants interrogés qui boivent des boissons alcoolisées lors des soirées du week-end. Ces étudiants tentent, sans toujours y réussir, de maîtriser leur alcoolisation. Les ivresses ne sont pas absentes mais elles sont occasionnelles et le plus souvent présentées comme non voulues. Ces étudiants estiment que l'alcool est nécessaire à la réussite d'une soirée et sont souvent sévères à l'encontre de ceux qui confondent le moyen et le but et qui boivent pour boire ;

– Le quatrième type est précisément caractérisé par le « boire pour boire » du lycéen prolongé. Un nombre non négligeable d'étudiants (14 % de la population enquêtée) se reconnaît dans cette devise. Ces étudiants aiment et recherchent l'ivresse. Les boissons sont associées aux fêtes et sorties entre amis qui sont explicitement organisées autour de l'alcool. On trouve dans cette manière de boire un certain nombre de comportements similaires à ceux observés chez les adolescents. Ces pratiques de « *binge drinking*⁽¹⁾ » (alcoolisation ponctuelle massive), assez classiques dans les pays anglo-saxons (Grande-Bretagne, États-Unis) et les Pays nordiques, sont relativement nouvelles en France.

La consommation d'alcool a une fonction éminemment sociale et les jeunes mentionnent rarement les agréments des boissons indépendamment de l'ambiance de la fête. C'est vraisemblablement ce qui explique le succès des boissons « prémix » auprès d'une population peu habituée à boire et peu sensible au goût des boissons alcoolisées. L'alcool est presque exclusivement associé aux soirées entre amis. Les enquêtes de la LMDE et de l'USEM confirment cette analyse. Selon la LMDE, l'alcool est avant tout associé à la fête (citée par 75 % d'entre eux) et à la convivialité (58 %). Viennent ensuite la détente (34 %) et le plaisir (37 %). À noter que les étudiants les plus jeunes sont plus nombreux à associer alcool et fête, tandis que le plaisir est de plus en plus cité quand l'âge augmente. La grande majorité des étudiants ayant répondu à l'enquête de l'USEM (neuf sur dix) boivent pour faire la fête.

b) Des pratiques inquiétantes

On peut estimer à 20 000 le nombre de soirées ou fêtes étudiantes organisées annuellement sous des formes différentes (6 000 pour les seules écoles de commerce). Pour leurs organisateurs, elles sont souvent un argument pour se faire élire au Bureau des élèves (BDE), ce qui entraîne une surenchère dans les

(1) Boire au moins six verres en une même occasion.

promesses. Certaines soirées donnent lieu à des abus, notamment quand est organisé un « *open bar* », où, moyennant le versement d'un droit d'entrée, la consommation est libre⁽¹⁾. Ainsi, sur le campus de l'École des hautes études commerciales (HEC) à Jouy-en-Josas, une soirée est organisée tous les jeudis. Le 28 septembre 2006 la soirée de rentrée baptisée « le retour du Jeudi », par allusion au film « le retour du Jedi » a été, selon la presse, « *à la hauteur de sa réputation* » et deux étudiants seraient tombés dans le coma⁽²⁾. Les soirées d'une école supérieure de commerce de province sont d'une façon très évocatrice baptisées « Grand large »⁽³⁾.

Lors de ces soirées, les entreprises commercialisant des boissons alcoolisées sont très présentes. 500 soirées annuelles sont associées à des marques qui financent gobelets, doseurs, gadgets et échantillons et surtout, offrent des remises sur les boissons aux organisateurs de la soirée.

L'usage de l'alcool étant principalement festif, les étudiants n'ont pas de sentiment de culpabilité. Ils ne se cachent pas et certains arborent même un calicot rouge sur leur blouse d'étudiant pour célébrer chaque coma éthylique. Certaines soirées donnent lieu à des concours d'éthylotest...

Les connotations négatives liées à l'alcool arrivent, dans l'enquête de la LMDE, loin derrière l'idée de fête : l'excès, la dépendance et enfin la déprime ne sont exprimés que par respectivement 23 %, 18 % et 11 % des étudiants interrogés.

On relève chez les étudiants une véritable attitude de déni. En effet, ils ne se perçoivent pas comme alcooliques et affirment avoir une maîtrise suffisante de la situation pour pouvoir arrêter l'usage de l'alcool quand ils l'auront décidé. En tout état de cause, ils se considèrent à l'abri de la dépendance alcoolique à la sortie des études. D'ailleurs il faut noter que, selon l'étude précitée de Mme Jacqueline Freyssinet-Deminjon, les étudiants condamnent deux manières de boire : d'une part celle de l'alcoolique, figure stéréotypée de la personne seule, accoudée au comptoir et d'autre part celle du buveur modéré et quotidien, c'est-à-dire souvent celle de leurs parents.

M. François Beck explique en grande partie ce déni par les facteurs de protection culturels et financiers dont bénéficient ces étudiants. Ils s'estiment capables, grâce à leur capital socioculturel, d'arrêter vite et sans dommage.

Le premier risque immédiat lié à la consommation d'alcool est celui des accidents de la route. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 13 % de la population française, mais 28 % des tués sur la route. Les accidents de la circulation sont la

(1) « Si on achète un droit d'entrée et un billet aller-retour en navette depuis Paris, ça coûte au maximum 15 euros. Avec ça, vous pouvez boire jusqu'à plus soif car ces fêtes sont avant tout des « mégabeuveries » explique une étudiante d'une école de commerce parisienne ». *Le Figaro*, 7 octobre 2006.

(2) « Trop d'alcool dans les grandes écoles ». *Le Figaro* – 7 octobre 2006.

(3) *Le Figaro* – 7 octobre 2006.

première cause de mortalité pour cette tranche d'âge (on rappellera que pour l'ensemble de la population, un accident mortel sur trois survient à cause de l'alcool).

La population étudiante est consciente de ce risque et a favorablement accueilli les opérations du « conducteur désigné » mises en place par l'association « *La route des jeunes* » (ce système est la transposition de celui qui existe déjà depuis de nombreuses années en Belgique et dans les pays d'Europe du Nord).

Cependant les risques liés à la violence, aux comportements délictueux et à la dépendance à l'alcool sont peu perçus, alors que 15 % des étudiants disent boire par dépendance. L'ensemble de ces comportements et attitudes à l'égard de l'alcool doit être pris en compte dans l'élaboration d'une politique de prévention à l'égard d'une population qui a du répondant, a réfléchi à la question et sur laquelle il est donc plus difficile d'avoir prise.

3. Une banalisation préoccupante de l'usage de certaines drogues

a) Des usages réguliers et dans les mêmes proportions que chez les jeunes du même âge

Si l'usage de tabac et la consommation régulière d'alcool sont moins développés que dans l'ensemble de la population, les autres drogues, en particulier le cannabis, sont consommées dans les mêmes proportions. D'après l'étude conjointe de l'OFDT, CNRS, INSERM, INPES et ORS/PACA précitée, les étudiants s'avèrent un peu plus souvent consommateurs occasionnels (30 contre 20 %) que les autres jeunes mais l'usage régulier n'est toutefois pas plus répandu parmi eux.

Selon l'enquête de l'USEM, 15,7 % des étudiants déclarent consommer du cannabis, dont 4 % admettent une consommation importante ou excessive. La consommation régulière ou occasionnelle concernerait 43 % des étudiants interrogés par la LMDE.

b) Des drogues considérées comme moins dangereuses que le tabac

La moitié des consommateurs interrogés par la LMDE juge la consommation de cannabis aussi nocive que celle du tabac et 18 %, moins nocive. Par rapport à une enquête effectuée en 2004⁽¹⁾ sur le tabagisme par cette même mutuelle, on constate une inversion de tendance : 14,8 % des fumeurs estimaient que le tabac est moins nocif que le cannabis. La campagne de prévention menée par l'INPES en 2004 – qui avait notamment comme support une plaquette « *Cannabis, ce qu'il faut savoir* » – n'a donc eu qu'une faible répercussion sur la population étudiante. La consommation du cannabis a été un des thèmes du colloque

(1) « *Le tabagisme chez les étudiants* » – LMDE – 2004.

« Promouvoir la santé des jeunes » aux « journées de Marne la Vallée »⁽¹⁾ au cours desquelles un consensus s'est dégagé pour considérer que le cannabis relève d'un « *problème d'actualité* » dans les établissements d'enseignement supérieur.

Comme le constate l'enquête précitée de Mme Jacqueline Freyssinet-Dominjon, la banalisation du cannabis s'illustre aussi dans la distinction nette établie par la population étudiante entre cette consommation et celle des autres produits illicites : « *La plus grande partie des jeunes interrogés fume occasionnellement ou régulièrement du cannabis. En revanche, les consommations de drogues encore massivement désignées comme « dures » sont taboues. Elles sont rares et tout au moins rarement racontées* ». Cette constatation rejoint les résultats des enquêtes de la LMDE et de l'USEM. Seulement 1 % des étudiants déclarent consommer d'autres drogues que le cannabis selon l'USEM. Dans le même sens, l'enquête de la LMDE souligne que les expérimentations d'autres drogues restent marginales, la substance la plus utilisée étant le *poppers*⁽²⁾ pour 7 % des étudiants (3 % en ont consommé plusieurs fois).

Cette banalisation est d'autant plus inquiétante que les motivations de la consommation de cannabis ne sont pas forcément celles de l'alcool.

De la même façon que pour l'alcool, la dimension festive est majoritairement citée (deux tiers des étudiants dans l'enquête de l'USEM et 52 % dans celle de la LMDE) et 91 % des étudiants disent fumer avec des amis. Cependant, un quart des étudiants qui estiment fumer du cannabis de façon importante ou excessive, déclarent le faire par dépendance et un autre quart en réponse à un mal-être (enquête de l'USEM). Dans le même sens, selon la LMDE, 9 % des étudiants déclarent fumer seuls.

Il est donc permis de s'interroger sur l'hypothèse de l'utilisation anxiolytique du cannabis pour lutter contre le stress et l'angoisse. Une étude réalisée sur une population spécifique (des étudiants en médecine à la faculté de Nancy) a en effet permis d'observer que l'usage fréquent de cannabis est souvent motivé par la préparation des examens⁽³⁾.

La prévention de l'usage du cannabis doit donc associer le thème du mal-être, du stress et de la dépression ainsi que celui du tabagisme, eu égard à la forte corrélation entre l'usage des deux produits : 11,8 % des fumeurs réguliers de tabac fument aussi du cannabis.

(1) « *Promouvoir la santé des étudiants. Réflexions autour des journées de Marne-la-Vallée 2005* ». Rapport de synthèse de Mme Annick Louvel et M. Bernard Lelu.

(2) *Les poppers sont des vasodilatateurs initialement utilisés en médecine pour soigner certaines maladies cardiaques. L'effet des poppers est une brève bouffée vertigineuse et stimulante.*

(3) « *Consommation de produits aux fins de performance par les étudiants en médecine* », P. Laure – *Thérapie* n° 55, 2000.

4. Le rapport à la sexualité : des conduites à risque

Deux problématiques méritent une attention particulière, le nombre des interruptions de grossesses et celui des maladies sexuellement transmissibles.

a) Un nombre préoccupant d'interruptions de grossesse

5 % des étudiantes déclarent avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse, ce taux étant plus élevé que celui que l'on retrouve dans la population générale. En effet, selon une étude réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)⁽¹⁾ du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, 2,29 % des femmes de 18-19 ans et 2,72 % des 20-24 ans ont subi une IVG en 2004.

Ce chiffre est d'autant plus inquiétant que la proportion des IVG répétées deux fois est de 25 % chez les étudiantes, ce qui doit conduire à s'interroger sur l'efficacité et la pertinence de leur information.

Le problème particulier des jeunes filles issues de l'immigration doit être souligné. Leur arrivée à l'université est l'occasion de poursuivre une intégration en bonne voie de réussite. Toutefois, l'accueil de ces étudiantes doit tenir compte de la spécificité de leurs situations : plus encore que pour d'autres, l'accès aux études supérieures est une rupture par rapport à un contexte familial qui ne les a pas toujours préparées à toutes les sollicitations qui caractérisent la vie universitaire et la vie d'adulte tout court, surtout lorsque ces sollicitations sont d'ordre sexuel. Pour ne parler que des jeunes filles de religion ou d'origine musulmane, la qualité de la prise en charge est particulièrement importante et délicate car elles sont souvent fragilisées par une éducation où leur statut de femme a pu les mettre en situation de dépendance et parfois d'ignorance concernant la sexualité, et plus généralement le rapport adulte aux hommes.

Les services de médecine de l'université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines et de Nanterre ont indiqué à la mission qu'ils sont souvent le seul endroit où ces jeunes filles peuvent aborder certains aspects de leur vie privée comme la contraception, qui entrent en conflit avec les valeurs familiales et religieuses qui leur sont inculquées et qui sont largement taboues. Les services ont ainsi eu à traiter en urgence des grossesses non désirées et ignorées des familles. Protégées par le secret médical, ces jeunes filles viennent aussi demander des moyens de contraception pour éviter qu'ils ne figurent sur les décomptes de sécurité sociale.

b) Une recrudescence générale des infections sexuellement transmissibles

À la fin des années quatre-vingt, la peur du Sida avait favorisé la prévention et entraîné une baisse des infections sexuellement transmissibles. Avec l'arrivée

(1) « Les interruptions volontaires de grossesse en 2004 » in « Etudes et résultats » – n° 522, septembre 2006.

des trithérapies, cette peur ne marque plus autant les esprits. Un relâchement de la prévention est constaté dans l'ensemble de la population et particulièrement auprès des jeunes qui font partie de la génération ayant grandi avec les trithérapies. Or les réseaux de surveillance épidémiologique notent une recrudescence de ces infections. Une étude de l'Institut de veille sanitaire (InVS) révèle que les cas d'hépatite B ont doublé en dix ans⁽¹⁾. Ce même organisme avance des chiffres préoccupants pour la syphilis, maladie qui avait pratiquement disparu, et qui connaît une recrudescence : 37 cas en 2000 et 329 en 2005⁽²⁾. Les infections à chlamydiae sont nombreuses : au moins 5 % des femmes et 3 à 7 % des hommes hébergent ce virus responsable d'une grande partie des infertilités. En constante augmentation également, le virus de l'herpès touche près de 10 millions de Français sous ses différentes formes dont la plus grave, l'herpès oculaire provoquant des cécités concerne 60 000 cas. Sur toutes ces infections sexuellement transmissibles, on constate un manque de sensibilisation et d'information des étudiants.

S'agissant du Sida, les étudiants ont certes des réflexes de protection : ils sont 86 % à avoir répondu par l'affirmative à la question posée dans le cadre de l'enquête précitée de l'OVE⁽³⁾ : « *Vous protégez-vous contre le Sida ?* ». Cependant comme le mentionne le commentaire de cette enquête, il est difficile d'interpréter les réponses à cette question dans la mesure où les comportements sont très divers : « *Parmi les étudiants qui disent se protéger, on ne peut pas distinguer entre ceux qui estiment avoir des relations sexuelles risquées et qui prennent des précautions et ceux qui n'ont pas de relations sexuelles ou qui estiment que celles-ci sont sans risque* ». Par ailleurs, les probabilités de se protéger sont plus fortes chez certains étudiants : les étudiants d'origine non européenne, les étudiants sortant en soirée étudiante ou en discothèque et les étudiants de sexe masculin.

38 % des étudiants ont pratiqué un test de dépistage du Sida au moins une fois (Enquête LMDE). Cette proportion est supérieure à celle établie par l'INSEE⁽⁴⁾ selon lequel 29,6 % des 18-25 ans se sont fait dépister au moins une fois. Ces chiffres montrent que les étudiants sont un peu plus attentifs que les jeunes de leur âge à cette problématique mais il faut rester vigilant et maintenir l'information chez eux comme dans l'ensemble de la même classe d'âge car, parmi les personnes qui découvrent leur séropositivité, une sur dix a moins de vingt-cinq ans⁽⁵⁾.

(1) « *Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004* ». janvier 2005.

(2) « *Surveillance de la syphilis en France. 2000-2005* ».

(3) « *Alimentation et santé. Résultats de l'enquête sur les conditions de vie des étudiants* ». OVE infos n° 9, février 2004.

(4) « *La prévention : perception et comportements, premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003* » in « *Etudes et résultats n° 385, mars 2005* ».

(5) Institut de veille sanitaire. *Données sur les nouvelles contaminations au VIH, au 30 juin 2004*.

D. DEUX OUBLIS MAJEURS : LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS ET LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP

1. Les étudiants étrangers

Le nombre d'étudiants étrangers en France a fortement augmenté entre 1998 et 2003 passant de 9 % à 14 % des étudiants inscrits ⁽¹⁾. Cette augmentation significative pose une série de questions en rapport avec leur accueil et leur accompagnement au sein des établissements. En matière de santé, ces étudiants ont indéniablement des besoins particuliers. Une partie d'entre eux arrive de pays dans lesquels l'état sanitaire général n'est pas celui de l'Europe : la couverture vaccinale y est inégale et les maladies graves y sont endémiques. L'épidémie mondiale de tuberculose implique notamment une surveillance accrue des étudiants originaires de certaines zones. En outre, le stress lié à l'expatriation, les conditions de vie souvent difficiles et le changement d'habitudes alimentaires constituent des facteurs pathogènes aggravants.

La plupart des services de médecine universitaire ont pris conscience de cet enjeu, certains se donnant les moyens de mieux assurer cette mission (par exemple, à Strasbourg a été créé un service de médecine tropicale au sein du service de médecine préventive universitaire).

Les étudiants étrangers sont soumis à une double obligation de visite médicale : la visite pour l'octroi de la carte de séjour et la visite médicale comme étudiant dans le cadre de la médecine préventive. S'agissant de la première, l'article 6 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France impose à tout étranger sollicitant la délivrance d'une première carte de séjour temporaire de fournir un certificat médical. Dans les faits, c'est l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM, ex Office national des migrations - OMI) qui est chargée de cette mission. Ce contrôle médical se révèle, de l'avis général, lacunaire. Le rapport d'activité du service de médecine préventive de l'université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines indique que cet organisme ne délivre aucun certificat médical précis et que le test tuberculique n'est jamais fait. Seule une radiographie pulmonaire est demandée mais les services de médecine préventive n'en ont jamais connaissance ; de plus, même si cette radiographie est normale, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas de tuberculose.

Le certificat établi par l'ANAEM ne comporte qu'une unique phrase : « *X remplit les conditions requises au point de vue sanitaire pour être autorisé à résider en France* ». Cette visite est par ailleurs coûteuse (55 euros à la charge de l'étudiant) et elle n'est réalisée au mieux que quinze jours après le dépôt de son dossier par l'étudiant. Or la possession d'un titre de séjour conditionne le logement

(1) « *Les étudiants étrangers en France* » – Ministère de l'éducation nationale - Note d'information n° 04-23 – septembre 2004.

et le travail de ces étudiants, deux points qui sont particulièrement problématiques. Selon une étude de l'OVE ⁽¹⁾, 60 % des étudiants étrangers ont des difficultés à trouver un logement ; ils se retrouvent plus souvent que d'autres en situation de difficultés financières et pour y faire face, doivent plus fréquemment se restreindre.

2. Les étudiants en situation de handicap

a) Un défi : leur accès à l'enseignement supérieur

Quand la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées est entrée en vigueur, le nombre des étudiants en situation de handicap scolarisés dans l'enseignement supérieur était symbolique. Ils sont aujourd'hui 7 500 et la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a consacré, dans son article 20, le principe de leur égal accès à l'enseignement supérieur. La portée de ce texte constitue désormais un enjeu considérable car il donne un caractère obligatoire à l'accueil des personnes handicapées dans l'enseignement supérieur. La loi fixe une obligation de résultat, prévoyant que les établissements doivent prendre les mesures nécessaires pour organiser et financer les études. L'entrée de ces étudiants dans l'enseignement supérieur est essentiellement une question d'accessibilité des locaux et d'aides pédagogiques au suivi des cours.

Les enjeux en termes d'effectifs sont les suivants : on compte plus de 6 000 lycéens handicapés en situation d'intégration scolaire individuelle, dont plus de 2 000 en classe terminale. Même dans une hypothèse basse de réussite au baccalauréat, le nombre de ces nouveaux étudiants à la prochaine rentrée scolaire pourrait se situer autour de 1 000 et leur intégration doit se préparer afin qu'aucun de ces élèves ne soit contraint de renoncer aux études supérieures.

b) La loi du 11 février 2005 peine à se mettre en place

La création des maisons départementales des personnes handicapées dont l'objet est d'offrir un accès unique aux droits et prestations des handicapés ne correspond pas aux spécificités de l'accès des étudiants à l'enseignement supérieur. Les compétences de ces établissements, plus tournées vers l'insertion professionnelle, s'articulent mal avec les actions menées par les établissements d'enseignement supérieur pour le suivi et les aides des étudiants.

Des problèmes de financement des aides se sont posés de façon particulièrement aiguë à la rentrée 2006. Ce financement relevant en principe, depuis la loi du 11 février 2005, des maisons départementales du handicap, l'association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) qui finançait jusqu'alors des actions en faveur des étudiants en

(1) « Profils et conditions de vie des étudiants étrangers » – OVE infos n° 12, juin 2005.

situation de handicap (rétribution d'associations pour leurs interventions techniques, interprétariat, achat de matériels spécialisés) a décidé de cesser ces financements qui représentaient un volume d'environ 5 millions d'euros, au profit principalement d'étudiants lourdement handicapés (500 environ). Cette situation préoccupante a été résolue, pour cette rentrée universitaire, par un relais financier assuré conjointement par le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui verseront aux universités des aides d'un montant moyen de 7 000 euros par étudiant handicapé.

Mais cette question devra être clarifiée pour l'avenir.

c) Trop d'élèves sont obligés de renoncer aux études supérieures

Si des progrès ont été faits pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans l'enseignement secondaire, beaucoup reste à faire dans l'enseignement supérieur, comme a pu le constater la mission au cours de ses visites. Des étudiants en situation de handicap ont fait part de leurs difficultés pour suivre un cursus universitaire dans de bonnes conditions. Mais pour ces étudiants entrés dans l'enseignement supérieur, combien ont dû renoncer, faute de moyens ? À l'université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, pourtant l'une des universités les plus équipées de France en moyens d'accès (elle accueille 113 étudiants handicapés), un étudiant n'a pu être admis en raison d'un handicap qui ne pouvait pas être pris en charge par l'université. À Reims, un étudiant lourdement handicapé a également dû renoncer à poursuivre ses études.

D'une manière générale, la liaison entre l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur se fait mal. Plusieurs cas ont été cités d'étudiants inscrits cette année à l'université dont le handicap, parfois lourd, n'a été connu que le jour de leur arrivée. Des situations très compliquées ont dû être résolues dans l'urgence grâce à des solutions provisoires, parfois coûteuses (cas de l'université de Valenciennes qui a recruté pour l'ensemble de l'année, un auxiliaire de vie à temps plein pour un étudiant myopathe).

L'obligation de restitution des matériels pédagogiques est un autre aspect de cette absence de coordination. En effet, le plan de scolarisation des enfants et adolescents handicapés (« plan handiscol ») a permis d'équiper en matériels pédagogiques adaptés les élèves déficients moteurs ou sensoriels scolarisés dans le premier et le second degré. Mais une fois dans l'enseignement supérieur, ces élèves ont dû restituer leurs équipements et se sont trouvés dans l'obligation de trouver les financements nécessaires pour en acquérir de nouveaux.

Enfin, le problème majeur est celui de l'accessibilité des établissements d'enseignement supérieur. La loi du 11 février 2005 a posé le principe de l'accessibilité des locaux et installations aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap. Selon une étude d'impact réalisée par l'Inspection générale des

affaires sociales, sur 28 académies et pour 17 millions de mètres carrés, l'extrapolation des besoins financiers globaux pour la mise en accessibilité se monte à 150 millions d'euros. Si tous les établissements ont d'ores et déjà effectué des travaux pour se conformer à cette obligation (la réalisation de travaux d'accessibilité par les universités en 2003 et 2004 est estimée à 8,4 millions d'euros), l'effort devra être appuyé. Le décret n° 2006-555 du 17 mai 2005 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public précise en effet que les dispositions qui y sont énoncées sont applicables aux établissements d'enseignement supérieur, au plus tard le 31 décembre 2010.

De plus, cette accessibilité ne peut se limiter aux locaux car selon l'article 20 de la loi du 11 février 2005, « *Les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés et assurent leur formation en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études* ». L'obligation d'accessibilité aux savoirs est également définie comme une obligation de résultat. Ainsi, un étudiant qui peut accéder à la bibliothèque mais qui ne peut obtenir un article traduit en braille ou des moyens informatiques pour consulter les ouvrages, ne bénéficie pas de conditions égales à celles des autres étudiants pour suivre son cursus universitaire, au sens où l'entend la loi. Ce n'est qu'en prenant en compte cette nouvelle définition de l'accessibilité que les établissements d'enseignement supérieur répondront à leur obligation d'intégration des étudiants en situation de handicap.

*

II.- LES DÉFAILLANCES DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE DES ÉTUDIANTS

A. PROTECTION SOCIALE : COMPLEXITÉ DES RÉGIMES ET FAIBLE ACCÈS À LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

1. Tous les étudiants ne relèvent pas du régime étudiant

a) Le rôle pivot des mutuelles étudiantes dans la gestion du régime étudiant

Les bases actuelles du fonctionnement du régime de sécurité sociale étudiante sont issues de la loi n°48-1473 du 23 septembre 1948 qui étend aux étudiants le régime applicable aux travailleurs salariés. Cette loi leur reconnaissait ainsi la qualité de « travailleur intellectuel » inscrit dans la Charte de Grenoble de 1946 ⁽¹⁾. La gestion de ce régime de base a été confiée aux mutuelles étudiantes qui assurent aussi la couverture complémentaire.

La France est le seul pays de l'Union européenne à avoir organisé un tel régime autonome de protection sociale à destination exclusive des étudiants. Dans les autres pays, on rencontre deux types de systèmes : soit les étudiants sont ayants droit de leurs parents jusqu'à la fin de leurs études (Allemagne, Belgique), soit leur couverture médicale est assurée par le budget de l'État et s'apparente au système de couverture universelle (Danemark, Finlande, Suède...).

Le système français dans lequel les mutuelles jouent un rôle irremplaçable doit absolument être maintenu.

• *Un régime qui favorise l'autonomie des étudiants*

Au plan juridique, il n'existe pas *lato sensu* de régime étudiant. Bien qu'il en donne toutes les apparences, ce régime n'est pas un régime de sécurité sociale autonome et est en réalité rattaché au régime général. Il fait toutefois l'objet d'une organisation particulière assurée au bénéfice des étudiants dont le dispositif figure aux articles L. 381-3 à L. 381-11 du code de la sécurité sociale.

Dès lors qu'un étudiant poursuit des études dans l'enseignement supérieur (université, institut universitaire de technologie ou classes préparatoires...), il dépend administrativement d'une mutuelle qu'il choisit lors de son inscription auprès de son établissement d'enseignement supérieur. Les étudiants peuvent se trouver dans deux situations : soit ils sont « rattachés » quand ils dépendent encore du régime de sécurité sociale de leurs parents comme ayants droit autonomes (avant vingt ans), soit ils sont « affiliés » et relèvent intégralement pour leurs

(1) La charte de Grenoble, charte fondatrice du syndicalisme étudiant, prévoit dans son article 2 qu'« en tant que jeune [intellectuel] l'étudiant a droit à une prévoyance sociale particulière ».

droits de la mutuelle qu'ils ont désignée. En tout état de cause, qu'ils soient rattachés ou affiliés, ils dépendent administrativement du régime étudiant et y sont obligatoirement affiliés dès l'âge de vingt ans et jusqu'à vingt-huit ans.

De surcroît, la cotisation est fixée à un niveau relativement modeste (189 euros pour l'année universitaire 2006-2007) et les étudiants boursiers en sont exonérés. Toutefois, les organisations étudiantes ont fait valoir devant la mission que le paiement de ces droits en une seule fois peut poser des problèmes de trésorerie en période de rentrée universitaire, les étudiants ayant à faire face à des dépenses multiples (inscription universitaire administrative, livres et matériels pédagogiques, caution locative...).

- *Un système simple et proche des étudiants*

Les établissements collectent les cotisations des étudiants à l'occasion de l'inscription administrative et transmettent ensuite les cotisations à l'URSSAF. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) du ressort de l'établissement procèdent ensuite à l'immatriculation des étudiants et elles confient par la suite la gestion du régime obligatoire, par délégation, aux sections locales mutualistes. Ce mode de gestion a été retenu pour plusieurs raisons :

- la simplicité des démarches de l'étudiant : une seule inscription administrative auprès de son établissement permet de régler nombre de formalités;

- le lien entre la couverture de base et la couverture complémentaire *via* l'intervention des mutuelles, le rattachement ou l'affiliation à une mutuelle permettant, le cas échéant, d'opter pour une couverture complémentaire.

Ainsi, une fois son inscription effectuée, l'étudiant n'a plus qu'un seul interlocuteur, le centre de gestion de sa mutuelle de rattachement qui gère l'ensemble de ses droits et procède aux remboursements de base et complémentaire.

Depuis 1971, après une situation de monopole de la Mutuelle nationale des étudiants de France, deux réseaux de mutuelles coexistent : la LMDE (issue de la MNEF) et les mutuelles régionales fédérées majoritairement au sein de l'USEM⁽¹⁾, ce qui favorise le libre choix des étudiants.

En contrepartie de leur gestion, les mutuelles reçoivent des remises versées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Jusqu'en 1985, les mutuelles étudiantes recevaient pour leur gestion 90 % de la cotisation annuelle acquittée par chaque étudiant. Ce système présentait le double inconvénient d'être inflationniste en période de forte augmentation du nombre d'assurés et de ne pas tenir compte des gains de productivité. Il a donc été remplacé par un calcul fondé sur le coût des cinquante

(1) La fédération des mutuelles étudiantes (FEDEME), créée le 27 juillet 2006, regroupe la SMECO, la SMEREB, la SEMRRA, la SMERE et VITTAVI.

CPAM les plus performantes (en 2006, le montant de la remise de gestion est de 51,06 euros par personne prise en charge).

Les modalités de gestion de ce régime ont donné lieu à des abus dénoncés notamment en 1999 par la commission d'enquête sur le régime étudiant de sécurité sociale ⁽¹⁾. Y était notamment pointée la « *logique de rente* » qui faisait de l'assuré « *une vache à lait* » et qui avait conduit à une « *diversification incontrôlée des activités des mutuelles* ». Depuis, la signature de conventions de gestion entre les organismes mutualistes et la CNAMTS (celle qui est actuellement en vigueur date de 2003), ainsi que les audits annuels réalisés dans chaque mutuelle par les CPAM, ont permis de poser les bases d'une gestion plus saine.

Dans le chapitre IX de son rapport annuel sur la sécurité sociale adressé au Parlement en septembre 2006 ⁽²⁾, la Cour des comptes a formulé de sévères critiques à l'égard des régimes de délégation de gestion accordée aux mutuelles au nombre desquels figure le régime étudiant. La Cour estime en effet que la transparence des coûts de ces organismes n'est pas suffisamment assurée en l'absence de comptabilité analytique fiable, l'étroite imbrication de la gestion des prestations obligatoires et des prestations complémentaires rendant l'élaboration d'une telle comptabilité délicate. Bien plus, la Cour remet en cause le principe même de la gestion de l'assurance maladie par les mutuelles. S'agissant du régime étudiant, elle considère que les mutuelles bénéficient de remises de gestion « *qui vont bien au-delà de la proportion des dépenses qu'elles liquident. Elles gèrent en effet 4 % des prestations des régimes obligatoires versées par les assureurs et mutuelles mais bénéficient de 14 % des remises de gestion. Cet écart s'explique par le fait que les étudiants ont beaucoup moins recours au système de santé, et que les tâches supplémentaires invoquées pour justifier ce niveau de rémunérations (par exemple, la réinscription annuelle de tous les étudiants) semblent pour partie liées précisément à la délégation de gestion même et à la concurrence que se font les mutuelles pour recueillir les adhésions des étudiants.* »

D'après les calculs de la Cour, une reprise par les caisses primaires d'assurance maladie, en gestion directe, des assurés gérés actuellement par les mutuelles se traduirait par une économie nette annuelle de 250 millions d'euros pour l'assurance maladie.

La mission regrette que les analyses de la Cour des comptes fassent abstraction des enjeux de santé publique spécifiques au public étudiant. L'organisation actuelle fondée sur des liens de proximité avec les étudiants tout au long de l'année universitaire permet d'apporter une réponse adaptée à ces enjeux et d'accompagner l'étudiant dans la gestion de sa santé. En effet, pour cette

(1) Rapport de M. Philippe Nauche, député, au nom de la commission d'enquête sur le régime étudiant de sécurité sociale – 6 juillet 1999.

(2) Cour des comptes, rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale – septembre 2006 – Chapitre VIII : « La gestion de l'assurance maladie par les mutuelles et les sociétés d'assurance ».

population, les plates-formes téléphoniques et le développement des ressources internet ne sauraient remplacer totalement l'accueil physique. ⁽¹⁾

b) Une couverture sociale morcelée

Sur les 2 250 000 étudiants environ que compte notre pays, seuls 1 600 000 sont affiliés au régime de sécurité sociale étudiante, en fonction des filières d'études choisies ou de l'existence d'activités parallèles aux études.

– 600 000 étudiants occupent un emploi salarié de plus de soixante heures par mois et sont donc régis par le régime général de sécurité sociale. En effet, le régime étudiant est, en droit, un régime subsidiaire : dès lors que l'étudiant peut démontrer qu'il a une activité salariée et qu'il relève à ce titre de la protection offerte aux salariés du régime général, il est exonéré de la cotisation étudiante et ne relève plus de ce régime ⁽²⁾.

– Les apprentis de l'enseignement supérieur désormais appelés « étudiants des métiers », depuis la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale, relèvent également du régime général de sécurité sociale au titre de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale du fait de l'existence d'« un contrat de travail de type particulier » (article L. 117-1 du code du travail).

Le problème est toutefois de savoir si un apprenti est avant tout un étudiant qui travaille en entreprise ou un travailleur qui se forme dans l'enseignement supérieur. Si l'on se réfère aux termes de l'article L. 115-1 du code du travail, même si l'apprenti est nommé « jeune travailleur », l'aspect éducatif supprime l'aspect professionnel : *« L'apprentissage concourt aux objectifs éducatifs de la Nation. L'apprentissage est une forme d'éducation alternée...Il a pour but de donner à des jeunes travailleurs une formation générale, théorique et pratique ...sanctionnée par un diplôme ou un titre à finalité professionnelle... »*. L'objectif de l'apprenti est donc bien l'obtention d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle.

(1) Dans sa réponse à la Cour des Comptes, l'USEM précise que « le travail de relation avec les assurés est beaucoup plus important, que ne le décrit la Cour dans ce chapitre. Au delà d'une réinscription d'un tiers de nouveaux étudiants chaque année, avec le travail de gestion de fichiers que cela implique, ce public étudiant est spécifique dans la mesure où il faut lui ouvrir des droits et intégrer cette population avec un réel effort de pédagogie et d'accompagnement, au système de soins, cela étant encore plus nécessaire s'agissant des étudiants étrangers. Ce public doit également faire l'objet d'attention particulière pour l'inciter à sa prise d'autonomie sociale, qui constituait l'un des objectifs majeurs poursuivis par le législateur au moment de la création de ce régime particulier. Nous vous rappelons à cette occasion que les mutuelles étudiantes régionales accomplissent quotidiennement une mission d'information et de sensibilisation à la réforme de l'assurance maladie, et à l'information des étudiants sur leur santé à travers notamment des actions de prévention. À ce titre les mutuelles étudiantes régionales répondent à l'une des attentes de la Cour, formulée dans son rapport sur "La Sécurité Sociale" de septembre 2005 (...) qui indiquait que "L'enjeu de l'information du grand public est important et cette dimension de transparence et d'explication devrait être fortement développée. ..." . En effet, l'activité du régime étudiant consacre d'ores et déjà une proportion plus importante de ses effectifs salariés aux accueils physiques ou téléphoniques, à l'immatriculation des étudiants, à l'inscription de ces étudiants au RNIAM et aux actions d'éducation à la santé, de formation et de prévention. »

(2) L'article R313-2 du code de la sécurité sociale fixe à soixante heures par mois la durée exigée pour l'affiliation au régime général.

La situation est encore plus évidente pour les formations de l'enseignement supérieur qui peuvent être suivies au choix de l'étudiant avec ou sans apprentissage, ce dernier étant une forme possible du cursus. L'étudiant apprenti pourrait finalement aussi bien dépendre du régime étudiant que du régime général mais en l'occurrence, il lui est fait application de la règle prévue en cas de concours de régimes. Lorsqu'une personne peut prétendre à deux régimes de sécurité sociale, c'est celui qui offre le plus de prestations qui prime. Les prestations du régime général étant plus étendues que celle du régime étudiant (les apprentis peuvent bénéficier des prestations, notamment en espèces, parce qu'ils répondent aux critères d'ouverture de droits posés par l'article R. 313-2 de la sécurité sociale), l'affiliation est faite au régime général.

Le problème de l'affiliation des apprentis au régime étudiant se pose d'autant plus que les pouvoirs publics se sont attachés au cours des dernières années à valoriser et revaloriser cette forme de formation en alternance, en particulier dans l'enseignement supérieur.

- Le statut des étudiants stagiaires au regard de leur régime d'affiliation dépend du montant des indemnités de stage. Celles-ci ne donnent pas lieu à assujettissement à la sécurité sociale dans la limite de 12,5 % du plafond de sécurité sociale (article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale), ce qui correspond à un montant de 360 euros par mois. Les étudiants qui, dans le cadre de leur parcours universitaire, sont amenés à réaliser des stages professionnels de longue durée et donc mieux rémunérés, doivent changer de régime de protection sociale, puis revenir dans le régime étudiant lorsqu'ils s'inscrivent dans un cycle universitaire moins professionnalisant.

Ce morcellement de la situation des étudiants au regard de leur régime de sécurité sociale implique des allers-retours fréquents entre régimes qui sont accentués par l'évolution des parcours universitaires de plus en plus complexes. Il en résulte des conséquences importantes sur la qualité, la continuité et la cohérence de la prise en charge de la santé des étudiants et des messages qui peuvent leur être diffusés pour se familiariser avec le parcours de soins et les bonnes pratiques de santé. De plus, les étudiants salariés, du fait notamment de leur emploi du temps, ont besoin de bénéficier d'une prise en charge particulière de leur santé par des structures de proximité qui peuvent aussi faire le lien avec les autres acteurs de la vie étudiante.

2. Un grave déficit de couverture complémentaire : la santé sacrifiée

Le régime de sécurité sociale étudiant garantit une protection de base mais l'accès même aux prestations de santé est compromis par une absence de couverture complémentaire.

a) L'accès à la couverture complémentaire est difficile pour des raisons financières

• *Les étudiants ont un taux de couverture complémentaire beaucoup plus faible que la population générale*

Selon l'enquête santé et protection sociale 2004 établie par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)⁽¹⁾, près de 92 % de la population générale déclarent bénéficier d'une couverture complémentaire, dont un peu plus de 4 % au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Le taux de bénéficiaires diminue brutalement pour la tranche d'âge 20-29 ans (81 %). M. Dominique Libault⁽²⁾, directeur de la direction de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités, a reconnu que l'accès aux mutuelles est un vrai sujet et une spécificité de la population des jeunes en général et donc des étudiants.

Ce chiffre rejoint celui des deux enquêtes de la LMDE et de l'USEM qui incluent des questions concernant le taux d'adhésion à une mutuelle.

La première estime qu'entre 70 et 85 % des étudiants sont couverts par une mutuelle complémentaire : si 72 % des étudiants (69 % d'hommes et 75 % de femmes) ont souscrit pour l'année un contrat de complémentaire santé, 12 % d'étudiants et 10 % d'étudiantes ne savent pas répondre à cette question, ce qui signifie qu'un étudiant sur dix ne connaît pas son niveau de protection complémentaire.

L'USEM avance les chiffres suivants : 82,3 % des étudiants (78,3 % des étudiants et 85,4 % des étudiantes) sont inscrits auprès d'une mutuelle complémentaire.

Les motifs de non-adhésion de la population étudiante à une complémentaire sont doubles :

- la faible inclination, liée à l'âge, pour la prévention du risque maladie ;
- des primes d'adhésion trop onéreuses⁽³⁾ entraînant un arbitrage défavorable à la couverture complémentaire dans le choix des dépenses toujours élevées de la rentrée universitaire.

On retrouve ces deux motifs clairement exprimés dans l'enquête de l'USEM. Le coût financier d'une mutuelle est le principal motif de non-adhésion

(1) « Enquêtes santé et protection sociale 2004-Premiers résultats ». Bulletin d'information en économie de la santé n° 10 – juillet 2006.

(2) Audition du mardi 10 octobre 2006.

(3) L'entrée de gamme est généralement située à 80 euros par an en moyenne, et comprend la prise en charge des soins courants et du forfait hospitalisation, ainsi que certaines actions de prévention (substitutifs nicotiniques notamment).

(49,2 %) et le sentiment d'inutilité est cité dans 39,6 % des cas. Le tableau ci-après montre toutefois que ces deux motifs varient selon le sexe.

Motif de non-adhésion	Sexe		Total
	hommes	Femmes	
Trop cher	44,3	54,5	
Pas besoin, jamais malade	46,6	32,0	39,6
Autre	9,1	13,5	11,2
Total	100	100	100

Source : Enquête sur la santé des étudiants en 2005. USEM et FNORS

b) Les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une mutuelle laissent de côté les étudiants dont la famille appartient à la classe moyenne

Les étudiants peuvent, de manière individuelle ou *via* leur rattachement à leur famille, bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), introduite par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁽¹⁾. Selon l'enquête de l'USEM, 3 % des étudiants sont couverts par la CMUC⁽²⁾. Ces deux dispositifs fonctionnent selon deux seuils différents de revenus.

La CMUC permet à un assuré de bénéficier d'une couverture complémentaire auprès de la caisse d'assurance maladie le plus souvent ou d'un organisme complémentaire habilité à participer à la gestion du dispositif.

L'ACS, quant à elle, permet au bénéficiaire de disposer d'une aide forfaitaire pour le financement de sa couverture complémentaire auprès de l'institution de son choix (mutuelle, compagnie privée...). Prévu par l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ce dispositif permet aux personnes dont les ressources sont supérieures de 15 % au plafond de ressources ouvrant droit à la CMUC (20 % dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007), de bénéficier d'une déduction de leur prime ou de leur cotisation annuelle d'assurance complémentaire. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a relevé l'ACS aux montants suivants : 100 euros pour une personne de moins de 25 ans, 200 euros pour une personne de 25 à 59 ans, 400 euros pour une personne de 60 ans ou plus. Le choix de ces montants est directement lié aux coûts

(1) En application de l'article R. 861-2 CSS, sont rattachés dans un même foyer pour le bénéfice de la CMU ou de l'ACS : les enfants de moins de 25 ans rattachés au foyer fiscal du demandeur ; les enfants de moins de 25 ans vivant sous le toit du demandeur et faisant une déclaration fiscale en leur nom propre ; les enfants majeurs de moins de 25 ans percevant une pension fiscalement déductible. En pratique, les étudiants de moins de 25 ans ne peuvent demander en leur nom propre le droit à la CMU complémentaire ou à l'ACS que s'ils ne remplissent aucune de ces trois conditions. Au contraire, les étudiants de 25 ans et plus ne peuvent faire une demande de CMU complémentaire ou d'ACS en qu'en leur nom propre. Enfin, les jeunes de moins de 25 ans qui devraient en fonction des règles énoncées ci-dessus être rattachés au foyer de leurs parents mais qui sont mariés peuvent faire une demande à titre personnel s'ils s'engagent à effectuer dorénavant une déclaration fiscale distincte de celle de leurs parents.

(2) La CMUC est accordée aux personnes dont le revenu ne dépasse par 598,23 euros (879,35 euros pour deux personnes).

constatés des couvertures offertes sur le marché des complémentaires en fonction de l'âge des bénéficiaires.

Sur ces dispositifs, deux remarques s'imposent.

– Tout d'abord, il s'agit de dispositifs pour le moins complexes : les formalités pour y accéder sont nombreuses. D'ailleurs, dans son rapport précité sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes souligne la complexité de ces mécanismes, sans doute à l'origine de la faible montée en charge du dispositif ACS (seulement 203 000 personnes, soit 10 % des bénéficiaires potentiels l'ont utilisé). Elle rappelle également les difficultés d'application de la CMUC liées à des refus de soins opposés par certains praticiens aux bénéficiaires ⁽¹⁾.

– Ces dispositifs ne concernent pas l'ensemble des étudiants et notamment les étudiants exerçant une activité salariée ainsi que les étudiants non boursiers rattachés fiscalement au foyer de leurs parents dont les ressources ne dépassent que de peu les plafonds prévus à la fois pour l'attribution des bourses et de l'ACS. Il s'agit en fait d'un dispositif inadapté au public étudiant car l'ACS est attribuée en fonction des ressources du foyer fiscal, c'est-à-dire, pour la grande majorité des étudiants, de leur situation de famille. Or ils sont très peu nombreux à faire leur propre déclaration fiscale. Le système de la demi-part fiscale supplémentaire n'y incite d'ailleurs pas : les parents ont intérêt à déclarer le plus longtemps possible leurs enfants étudiants à charge.

c) Le défaut de couverture complémentaire entraîne des renoncements aux soins

Globalement, les étudiants bénéficient d'un bon suivi médical grâce à leur couverture sociale de base. Selon l'enquête précitée de l'OVE, 73,2 % ont consulté un médecin généraliste dans les six mois ayant précédé l'enquête. En revanche, moins de la moitié ont consulté un spécialiste.

Une étude de l'IRDES ⁽²⁾ portant sur l'ensemble de la population, indique que 13 % de la population ont dû renoncer à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, ces renoncements étant concentrés sur un nombre limité de soins (49 % concernent la santé bucco-dentaire et 18 % les lunettes). L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur du renoncement : 28 % des personnes interrogées non protégées déclarent y avoir renoncé contre 12 % pour les bénéficiaires d'une mutuelle complémentaire privée.

(1) La Cour cite l'étude du Fonds CMU « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire ; une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne » (21 juin 2006).

(2) « Enquêtes santé et protection sociale 2004 – Premiers résultats » in bulletin d'information en économie de la santé n° 10 (juillet 2006).

Les chiffres avancés par les enquêtes des mutuelles étudiantes confirment cette tendance générale qui est accentuée chez les étudiants. Selon la LMDE, près de 23 % des étudiants ont renoncé à des soins au cours des derniers mois et ils sont 32,5 % à y avoir renoncé parmi ceux n'ayant pas de complémentaire. Les soins dentaires et d'optique sont les plus fréquemment cités. L'USEM note de la même façon que les étudiants adhérents à une mutuelle ont davantage consulté un professionnel de santé que les non adhérents (84,7 % contre 67,2 %).

Même si l'on doit prendre les chiffres établis par les mutuelles avec toutes les réserves déjà soulignées dans la mesure où ils ont, par définition, été établis à partir de la population des adhérents, il n'en reste pas moins que le constat est inquiétant.

B. UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION INDIGENTE

1. Un éparpillement des compétences entre le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé

La santé des étudiants n'a, pour l'heure, jamais été appréhendée en tant que telle, les actions publiques ne la traitant que de façon segmentée, contrairement à la santé scolaire. Ce constat a été à l'origine de la mise en place en 2001, auprès du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du Groupe de réflexion « Enseignement supérieur et santé » (GRESS) qui réunit autour des différents services de tutelle (la direction générale de la santé, la direction de l'enseignement supérieur, la direction de l'enseignement scolaire), les principaux acteurs du système : les mutuelles, les organisations étudiantes, l'association des médecins directeurs des SMPPS, la Conférence des présidents d'université (CPU), la Conférence des directeurs d'IUFM, la Conférence des directeurs des écoles et des formations d'ingénieurs et l'INPES. Les travaux du GRESS ont principalement abouti à la rédaction de deux rapports ⁽¹⁾.

a) Une absence de pilotage par le ministère de l'éducation nationale

- *La santé des étudiants ne fait l'objet ni d'une réflexion ni d'une enveloppe budgétaire spécifique*

La santé des étudiants relève du « Bureau de la vie étudiante » dont les compétences multiples ne sont pas spécifiquement tournées vers les problèmes de santé publique. En tant que tutelle, le ministère est destinataire de l'ensemble des rapports d'activité des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé dont le fonctionnement n'avait jamais fait l'objet d'une synthèse avant le bilan établi pour la première fois dans le cadre des travaux du GRESS en 2002.

(1) *Rapport de mission au ministre de l'éducation nationale – 2002.*
Rapport de mission au directeur de l'enseignement supérieur – 2003.

Il est également très significatif que dans le projet de loi de finances pour 2007, la santé des étudiants figure de façon – non individualisée – dans l'action n° 3 « Santé des étudiants et activités associatives, culturelles et sportives » du programme 231 « Vie étudiante ». La seule mention budgétaire spécifique relative à la santé des étudiants est celle des crédits consacrés à la médecine universitaire pour les personnels médico-sociaux.

Par ailleurs, dans le cadre des contrats quadriennaux entre l'État et les universités, les crédits « santé des étudiants » ne sont pas identifiés et sont intégrés dans le volet « Vie étudiante ». À la demande de la mission, la direction de l'enseignement supérieur a estimé que sur les dotations prévues pour financer l'accompagnement et la vie étudiante qui s'élèvent à 13,5 millions d'euros, la part consacrée à la médecine préventive est d'environ 3,4 millions d'euros.

• *Le ministère de l'éducation nationale se limite à relayer les politiques nationales de prévention*

Jusqu'à présent, on constate une absence de pilotage par l'administration centrale du ministère de l'éducation nationale qui laisse pour une large part la main aux initiatives locales, et donc concrètement aux services de médecine préventive, pour l'application des politiques de prévention. Ainsi, une lettre a été adressée le 21 septembre 2006 aux présidents des universités et aux médecins directeurs des SUMPPS leur demandant de « *diffuser l'information quant à l'organisation des états généraux de l'alcool au niveau du public universitaire* ».

Certaines actions du ministère s'inscrivent dans le cadre des priorités nationales. Ainsi le ministère a financé des projets de lutte contre le Sida. Le ministère participe aussi à la lutte contre le tabagisme à travers l'opération « Université sans tabac », seul indicateur budgétaire concernant directement la santé des étudiants.

Une inflexion a pu toutefois être perçue récemment. Ainsi, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche s'est engagé sur la voie d'une collaboration avec le ministère de la santé et des solidarités: un contrat cadre en santé publique définissant notamment les conditions de coordination entre les deux ministères est en cours de signature.

Un colloque sur le thème de « L'éducation nationale pour la santé » a également été organisé le 28 novembre 2006 par le ministère de l'éducation nationale ; un des thèmes était consacré à la prévention des conduites à risque chez les étudiants.

b) Le ministère de la santé ne possède pas les leviers nécessaires à la mise en place d'une politique de prévention à l'égard des étudiants

Les politiques de prévention ne sont pas particulièrement dédiées aux étudiants. Sur les 15 millions d'euros que la Direction générale de la santé estime avoir consacrés à la mise en œuvre d'actions pour les jeunes de 15 à 25 ans, il ne lui est pas possible d'identifier la part des crédits affectés au public étudiant.

• *Les orientations nationales et régionales de prévention*

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique définit des finalités et des objectifs de santé publique et donne un cadre d'intervention laissant une place importante aux régions. L'administration centrale a un rôle de définition des orientations stratégiques, leur déclinaison et leur mise en œuvre s'appuyant sur des partenariats.

Si dans les 100 objectifs de santé, la population « jeune » n'apparaît pas en tant que telle, certaines pathologies ou déterminants de santé retenus comme prioritaires concernent particulièrement cette population comme la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et le Sida ou la prévention du suicide.

Par ailleurs, parmi les grands principes présentés dans le rapport annexé à la loi, deux concernent particulièrement les jeunes : le principe de protection de la jeunesse et le principe de précocité pour les actions de santé.

Certains plans nationaux ciblent par ailleurs prioritairement les jeunes. Cette population se retrouve dans la déclinaison de plusieurs plans spécifiques nationaux comme le plan national nutrition santé, le plan psychiatrie et santé mentale, la stratégie nationale d'actions de lutte contre le Sida, le plan de lutte contre les MST/VIH ou la stratégie de prévention alcool.

L'ensemble des 20 plans régionaux de santé publique (PRSP) arrêtés à ce jour prend également en compte la population jeune comme public prioritaire. Ainsi, un programme « santé scolaire et éducation pour la santé » doit obligatoirement figurer au sein de ces PRPS. Mais le milieu scolaire est davantage pris en compte que le milieu universitaire. La signature du contrat cadre de partenariat en santé publique entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation nationale sera de nature à faciliter la prise en compte de la santé des étudiants dans les orientations de santé publique et les actions décidées au niveau de ces plans régionaux.

À l'initiative du ministère de la santé, une réflexion vient de s'engager sur le développement de la prévention au cours des Assises nationales de la prévention qui se sont tenues les 16 et 17 octobre 2006. Plusieurs groupes de travail se sont réunis dont l'un était plus particulièrement consacré à la promotion de la santé en milieu scolaire. L'INPES a fait savoir à la mission qu'une des propositions de ce groupe de travail pour lequel « *la promotion de la santé fait partie des missions de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur* »

est d'étendre au milieu universitaire les dispositifs applicables aux établissements scolaires.

- *Les actions de l'INPES*

L'INPES, agence sanitaire et opérateur de la Direction générale de la santé pour la prévention, prévoit dans son programme « Santé des enfants et des jeunes » ou dans les programmes thématiques (nutrition, VIH, toxicomanies, alcool, tabac...) des actions en direction des 16-25 ans. Ainsi, le programme tabac, qui comporte un dispositif de renforcement des actions de proximité de prévention du tabagisme, vise parmi les publics prioritaires les « étudiants à l'université et en formation professionnelle ». Mais la plupart des actions sont développées auprès des jeunes en milieu scolaire. Quant au programme « alcool », il prévoyait de sensibiliser les bureaux des élèves des grandes écoles *via* la réalisation d'une charte signée par les directeurs des établissements mais ce projet a été abandonné. Des actions ponctuelles ont été financées dans le cadre d'appels à projet comme le projet « Universités sans tabac » de l'association Alliance contre le tabac dont les objectifs étaient notamment d'aider les fumeurs à s'arrêter.

2. Les services de médecine préventive universitaire tentent de mener à bien leurs missions, malgré des moyens dramatiquement faibles

Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) ont été créés par la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur. Depuis cette date, ils ont été confrontés à une forte augmentation du nombre des étudiants et à une nouvelle orientation de leurs demandes. Ainsi, la visite médicale obligatoire qui avait été définie à l'origine comme leur « cœur de métier » a été largement mise de côté, tandis qu'ils ont diversifié les offres de soins et actions de promotion de la santé. Le développement de ces nouvelles missions s'est toutefois heurté à des contraintes budgétaires très fortes et à l'absence de tout cadre juridique.

Au cours des visites effectuées sur le terrain, la mission a pu constater à quel point ces services ont à cœur de répondre aux besoins des étudiants. La mission a rencontré des personnels particulièrement motivés, malgré des conditions de travail difficiles et des moyens souvent très réduits. Ces services assurent en outre une veille sanitaire dont on peut citer deux exemples très symboliques.

Au cours de l'année universitaire 2004-2005, un cancer a été diagnostiqué chez une étudiante de Nanterre lors d'une visite de routine dans le service. Soignée ensuite dans le cadre de la médecine de ville et de l'hôpital, cette étudiante a été suivie et aidée par le service de médecine préventive universitaire tout au long de son cursus, qu'elle a pu mener à bien. Ce service a non seulement contribué à la détection précoce de la maladie mais a permis un suivi psychologique de l'étudiante.

Mme Martine Rosenbacher, médecin directeur du service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé des universités de Nancy et présidente de l'Association des médecins directeurs de santé universitaire ⁽¹⁾ a fait part à la mission d'un autre exemple significatif du rôle de veille sanitaire de la médecine préventive universitaire. Au début du mois de juillet 2006 à Strasbourg, le service de médecine préventive universitaire a détecté une forme de tuberculose grave et résistante chez une étudiante. Alors que les étudiants étaient déjà partis en vacances, le service est parvenu à mobiliser l'ensemble de ses moyens pour retrouver toutes les personnes qui avaient été en contact avec cette étudiante, évitant ainsi « *une catastrophe* », selon l'expression de Mme Martine Rosenbacher. Lors de la visite des services à Montpellier, il a également été signalé à la mission qu'un cas de tuberculose résistante avait été détecté en 2003.

a) Un cadre réglementaire inadapté dont on attend la refonte depuis quinze ans

Le décret n° 88-520 du 3 mai 1988 est la seule norme de référence pour l'organisation des services de médecine préventive.

Selon son article 1^{er}, « *chaque université est tenue d'organiser une protection médicale au bénéfice de ses étudiants* ». Cette protection médicale doit obligatoirement prendre la forme d'un « *contrôle médical préventif* » (article 2, premier alinéa). L'arrêté du 26 octobre 1988 a précisé les modalités de ce contrôle et son article 2 dispose que « *les étudiants en première année d'inscription dans l'enseignement supérieur sont soumis obligatoirement à un examen médical préventif* ».

Par ailleurs, à « *l'initiative des universités* », d'« *autres missions de prévention et d'éducation sanitaire* » peuvent être confiées à ces services (article 2, deuxième alinéa).

Très rapidement, ce texte, toujours en vigueur, n'a plus correspondu à la réalité du fonctionnement des services de médecine préventive universitaire. La mission première de visite obligatoire pour les étudiants nouvellement inscrits dans l'enseignement supérieur n'a jamais été réalisée en totalité. En revanche se sont développées, hors du cadre réglementaire, des actions plus ciblées et plus adaptées aux besoins des étudiants. Dès 1995, un rapport commun de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale (IGAEN) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) concluait à la nécessité d'élaborer un texte modifiant ce décret. En juillet 1998, sa révision était annoncée dans le cadre du plan social étudiant « *le texte refondant les missions des médecines préventives universitaires sera publié avant la fin de l'année 1998. Il aura pour objectif la définition de véritables politiques de prévention sanitaires dans chaque établissement, avec une participation accrue des étudiants dans les structures des*

(1) Audition du mercredi 20 septembre 2006.

centres de santé universitaires. » En mai 1999, le gouvernement en réponse à une question écrite annonçait que « *ce texte qui est actuellement en cours d'examen, sera publié dans les meilleurs délais* »⁽¹⁾. Cette urgence a été ensuite soulignée dans le cadre des travaux du GRESS (Groupe de réflexion enseignement supérieur et santé) qui ont donné lieu à deux rapports de M. Bernard Lelu en 2002 et 2003⁽²⁾, le deuxième ayant abouti à la rédaction complète d'un texte nouveau. Un autre rapport de l'IGAENR⁽³⁾ concluait également à l'inadaptation du cadre réglementaire.

Des négociations sont engagées depuis dix ans au sein du ministère de l'éducation nationale mais aucune n'a abouti. Le projet de décret est donc toujours en attente.

Ce nouveau texte permettrait pourtant de clarifier les missions des services de médecine préventive universitaire. Il serait aussi l'occasion de lever une ambiguïté juridique liée à la rédaction de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique. Ce texte a en effet introduit des dispositions nouvelles relatives au contrôle médical de prévention des élèves et des étudiants dans le code de la santé publique. Selon l'article L. 2325-1 de ce code, « *un contrôle médical de prévention et de dépistage est effectué de façon régulière pendant tout le cours de la scolarité obligatoire et proposé au-delà de cet âge limite. La surveillance sanitaire des élèves et étudiants est exercée avec le concours d'un service social en lien avec le personnel médical des établissements. Un décret pris en Conseil d'État fixe les modalités du suivi sanitaire des élèves et étudiants.* ». Il est permis de s'interroger sur la compatibilité entre le caractère obligatoire de la visite prévue par le décret de 1988 et le contrôle médical de prévention et de dépistage qui est *proposé* au-delà de seize ans en application de l'article L. 2325-1 du code de la santé publique.

b) Des moyens gravement insuffisants

- Des sources de financement très contraintes

Les services de médecine préventive universitaire dépendent pour leur fonctionnement de trois sources de financement :

– une subvention de fonctionnement, une dotation en emplois⁽⁴⁾ et éventuellement une subvention d'équipement sont attribuées par l'État à

(1) Réponse à la question écrite n° 13 503 de M. Claude Huriet, sénateur.

(2) – Rapport de mission au ministre de l'éducation nationale – 2002.

– Rapport de mission au directeur de l'enseignement supérieur – 2003.

(3) « *Fonctionnement des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé* », IGAENR. 2004 – Mme Françoise Boutet-Waiss et M. Joël Sallé.

(4) Ces personnels sont des emplois médico-sociaux et non médicaux. Dans le rapport de M. Michel Bouvard, député, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan sur le projet de loi de finances pour 2007 (Annexe n° 25 : Recherche et enseignement supérieur – Formations supérieures et recherche universitaire ; vie étudiante), il est précisé qu'« il n'existe pas dans le budget d'inscription d'emplois de médecin chargé de la médecine préventive... Le projet de loi de finances ne prévoit pas les moyens nouveaux en faveur de la médecine universitaire ».

l'université, des financements supplémentaires pouvant être accordés, sur projet, dans le cadre des contrats quadriennaux ;

– des droits payés par les étudiants ;

– des ressources éventuellement allouées par l'université ou par d'autres personnes publiques ou privées.

La subvention de fonctionnement de l'État, dotation fixée dans les années 90 à 1,68 euro par étudiant, n'a jamais été revalorisée, diminuant de fait la participation de l'État au fil des années. La politique contractuelle permet de renforcer les financements de l'État pour des services qui défendent des projets inscrits dans les contrats quadriennaux mais les situations sont très variables selon la volonté affichée par les universités. Les moyens accordés dans le cadre des contrats quadriennaux peuvent doubler la participation de l'État ou être complètement inexistantes en l'absence de projets. Par ailleurs, les crédits de fonctionnement n'étant pas fléchés, on constate malheureusement dans certains cas un détournement des moyens au profit d'autres secteurs, preuve d'un désengagement marqué des universités concernées.

Les droits payés par les étudiants représentent, quant à eux, 40 à 50 % de l'ensemble des recettes. Le montant annuel est resté fixé à 2,29 euros de 1985 à 2001, ce gel ayant entraîné une dégradation des ressources des services. Certaines universités (Bordeaux, Lyon) ont toutefois majoré ces droits en dehors du cadre réglementaire ⁽¹⁾.

Leur montant a été fixé à 4,57 euros par le décret n° 2001-778 du 29 août 2001, ce qui constitue certes un progrès mais maintient quand même ces droits à un niveau relativement bas : il correspond à moins d'un quart du tarif d'une consultation d'un médecin généraliste. À titre de comparaison, 10 euros sont prélevés sur les droits d'inscription des étudiants pour le Fonds de solidarité et de développement des initiatives étudiantes (FSDIE).

La faible et peu fréquente revalorisation de cette participation peut certes s'expliquer par le caractère très sensible des questions touchant aux droits universitaires en général. Mais des raisons liées à la complexité des procédures peuvent également être avancées : en application de l'article L. 541-1 du code de l'éducation, le montant de cette participation est fixé par un décret en Conseil d'État qui doit être contresigné par quatre ministres.

Les ressources allouées par les universités sont quant à elles très variables et la revalorisation de la participation des étudiants en 2001 a parfois eu comme

(1) Dans son rapport précité, Mme Françoise Boutet-Waiss note que «Le gel pendant 16 ans du montant de la participation des étudiants a conduit des universités à s'affranchir de la réglementation et à fixer leur propre taux. Le doublement du taux en 2001 a permis à une partie d'entre elles de régulariser leur pratique. D'autres ont conservé un taux de perception supérieur à la norme réglementaire. Ainsi, un des services universitaires visités par la mission a fixé à 7,5 euros le montant des droits après délibération de chacun des quatre conseils d'administration concernés ».

conséquence une diminution de la contribution des universités. Celles-ci ont souvent à rendre des arbitrages lors de l'établissement de leur budget ainsi que la mission a pu le constater à l'Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, dont la présidente a expliqué qu'elle serait amenée à recentrer les ressources sur les « missions premières » de l'université.

- *Un personnel réduit et un statut inadapté*

Le rapport de mission au ministre de l'éducation nationale présenté par M. Bernard Lelu au nom du Groupe de réflexion « Enseignement supérieur et santé » (GRESS) a établi en 2002 des moyennes d'effectifs par types de personnels. Depuis, cette évaluation n'a pas été refaite mais M. Bernard Lelu a considéré devant la mission que ces moyens sont restés approximativement stables.

Les chiffres sont éloquentes. Sont ainsi dénombrés :

- un médecin généraliste équivalent temps plein (ETP) en moyenne pour 10 267 étudiants. 49 % des services comptent un médecin pour moins de 10 000 étudiants et 32,4 % des services, un médecin pour plus de 12 000 étudiants ;

- une infirmière ETP pour 6 479 étudiants. 41 % des services disposent d'une infirmière pour moins de 5 000 étudiants mais dans 11 % des services, il y a une seule infirmière pour plus de 9 000 étudiants ;

- un personnel administratif ETP pour 13 871 étudiants, mais 19 % des services ne comptent qu'un seul personnel administratif pour plus de 15 000 étudiants ;

- un psychologue ETP en moyenne pour 43 821 étudiants. Le rapport note qu'il s'agit d'une moyenne nationale et que les services « *soit n'ont pas de psychologues, soit quelques vacations par mois, très rares sont les services ayant un psychologue à temps plein.* » Le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de l'université de Paris X-Nanterre a ainsi deux psychologues employées chacune à mi-temps. S'agissant tout spécialement de cette spécialité, il importe de noter que le morcellement de ces emplois nuit à la qualité du suivi et de la relation entre l'étudiant et le psychologue ;

- 57 assistantes sociales sont rattachées aux différents services de médecine préventive.

Il faut souligner aussi que ces emplois budgétaires, déjà dérisoires, ont été souvent détournés au profit de la médecine du travail des personnels des universités. En effet, selon l'article 2 du décret du 3 mai 1988, les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé peuvent apporter, « *lorsque des moyens appropriés sont mis à leur disposition, une contribution à la médecine de prévention des personnels* ». Or lors des visites

effectuées par la mission, il est apparu que dans la plupart des cas les deux services ne sont pas distincts et que la médecine du personnel ne dispose pas de moyens dédiés. Ceci est particulièrement net au service de l'université de Paris X-Nanterre, où le temps consacré par les personnels de santé aux personnels de l'université ne correspond pas au financement apporté par l'université au titre de la médecine du travail (10 % du budget total du service). Cette situation a d'ailleurs été une des causes du départ du médecin directeur qui fut à l'origine de la création du service. Ce flou dans le partage des compétences, d'ailleurs en contradiction avec l'article 3 du décret du 3 mai 1988 selon lequel « *les droits payés par les étudiants au titre de la médecine préventive sont affectés d'office au budget propre de ce service* », est très préjudiciable aux intérêts des étudiants qui doivent ainsi partager avec les personnels des moyens déjà très faibles.

Ces chiffres ne supportent pas les comparaisons internationales. Ainsi, la mission s'est rendue en Norvège où elle a étudié le fonctionnement du SIO (*Foundation for student life in Oslo*) de l'université d'Oslo, organisme qui rassemble sur un même lieu un ensemble de services aux étudiants (logement, santé, restauration...). Pour 30 000 étudiants, on dénombre 9 médecins généralistes, 5 psychologues et 2 dentistes...

Peu nombreux, ces personnels n'ont en outre ni statut, ni grille de rémunérations. L'absence d'emplois médicaux statutaires paraît particulièrement paradoxale au regard de la réglementation qui pose comme mission principale des SUMPPS, l'organisation d'une visite médicale obligatoire et qui confie la direction du service à un médecin. Jusqu'à ce que la loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique impose la création de contrats à durée indéterminée pour les personnels ayant accompli plus de deux contrats à durée déterminée, ces personnels étaient le plus souvent vacataires. Pourtant, certains médecins vacataires ont encore des rémunérations dérisoires ⁽¹⁾, ce qui conduit parfois à des pratiques contournant la réglementation, tel le paiement de plusieurs vacations pour une seule. Ces éléments ajoutés à la pénurie en matière de démographie médicale sont la cause au mieux d'un *turn over*, au pire d'une impossibilité de recruter. Cette situation joue également à l'encontre d'une politique cohérente inscrite dans le temps, puisque le souci majeur est d'équilibrer un budget fragile qui ne permet ni de rémunérer correctement les praticiens ni de renforcer les équipes.

(1) Le montant de la vacation est de 15 euros bruts.

c) Une mosaïque de fonctionnements, source d'inégalité entre les étudiants

- *Des infrastructures disparates*

Un état des lieux des services est très difficile à établir car si les services réalisent chaque année des bilans d'activité qu'ils transmettent en principe à leur autorité de tutelle, le ministère de l'éducation nationale, ces bilans n'ont jamais fait l'objet de synthèse. C'est d'ailleurs une des raisons qui a motivé la création de la mission confiée en 2002 au Groupe de réflexion « Enseignement supérieur et santé » (GRESS), lequel a permis de dresser un état des lieux synthétique des SUMPPS. L'image instantanée qui en a été donnée n'a pas été actualisée depuis.

L'Observatoire de la vie étudiante a, pour sa part, engagé au printemps 2005, une enquête sur les politiques de vie étudiante des universités pour établir un état des lieux des pratiques institutionnelles. Cette enquête, en cours de rédaction, repose sur les déclarations des universités et comprend un volet santé que l'OVE a transmis à la mission : 54 services de médecine préventive ont répondu (ce qui correspond à 68 établissements, puisque plusieurs d'entre eux sont interuniversitaires).

Le rapport du GRESS de 2002 a exploité les réponses aux questionnaires envoyés aux 84 universités dont 81 ont répondu, soit un taux de réponses de plus de 96 %. Pour ces 81 universités et 234 sites universitaires, 60 « services constitués » sont dénombrés. Les services de médecine universitaire proprement dits sont au nombre de 55, soit 91 %, le rapport notant que « *certaines universités n'ont pas encore appliqué le décret de 1988* ». On compte 51 infirmeries sur 60 services (soit 85 %) et 11 centres de santé. Cependant la notion de « services constitués » recouvre des réalités très diverses.

Ces services offrent des gammes étendues de soins. Certains ont été érigés en centres de santé qui ont, contrairement aux services de médecine universitaire, le droit de prescrire. La mission a ainsi visité le centre de santé de Nanterre dont la création a été largement motivée par la présence d'une cité universitaire. Les étudiants qui y vivent, et dont beaucoup renonceraient aux soins en raison de la précarité de leur situation, trouvent dans cette structure une réponse à leurs différents problèmes de santé.

Les universités disposent toutes *a minima* d'une infirmerie sur le site de base de l'université mais le rapport souligne que la majorité des sites décentralisés des universités n'a pas de structure médicalisée.

Aux services de médecine préventive, sont associés, même s'ils ne dépendent pas des universités, les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) constitués le plus souvent sous forme associative. Ils dépendent, pour leur fonctionnement, de l'agrément des directions départementales de l'action sanitaire et sociale. Les BAPU assurent dans à peu près un tiers des cas des prises en charge d'une durée inférieure à trois mois et dans 65 % des cas, les traitements ne

dépassent pas la durée de l'année universitaire. Ces structures permettent généralement d'éviter un enkystement des problèmes et l'installation de pathologies plus lourdes. La composition de son personnel (psychiatre, psychologue, assistante sociale) permet une approche modulée en fonction des demandes exprimées de manière très floue par les étudiants. Elle rend aussi plus facile la réponse à des difficultés d'ordre psychologique, mais aussi social et pédagogique car le BAPU se réfère, selon son intitulé, à l'identité étudiante. Cette singularité facilite les démarches des étudiants qui se sentent en difficulté, d'autant que l'accès pour bénéficier d'une consultation est au maximum simplifié : la carte d'étudiant est le seul élément à présenter et la gratuité est de principe.

Cependant les délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous sont souvent supérieurs à trois mois. Par ailleurs, il n'existe que seize BAPU sur l'ensemble du territoire et certaines villes universitaires importantes comme Lyon ou Bordeaux en sont dépourvues.

- *Une visite obligatoire aléatoire*

L'augmentation importante des effectifs des étudiants et l'éclatement des sites universitaires qui en a résulté ont rendu inapplicable l'obligation de visite systématique de nouveaux inscrits. On note sur ce point une grande diversité des approches et des pratiques. Dès 1995, un rapport conjoint de l'Inspection générale de l'éducation nationale (IGEN) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) coordonné par M. Jean Gasol ⁽¹⁾ constatait l'impossibilité de réaliser au-delà de 70 % la mise en œuvre de la visite médicale obligatoire. Selon ce rapport, on peut estimer que 60 à 70 % des étudiants sont convoqués dans le cadre de la visite réglementaire et que 80 % des étudiants répondent à la convocation. Les pratiques administratives sont variables, pouvant prendre la forme de convocations systématiques ou de volontariat laissé à l'appréciation de l'étudiant. Mais en tout état de cause, « *l'application stricte de la visite réglementaire est rarissime* ».

Ces constatations rejoignent celles que la mission a faites lors de son déplacement à l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines le mercredi 11 octobre 2006. Le service médical de cette université envoie une convocation mais cet envoi ne se fait pas en même temps pour la totalité des étudiants ; il est décalé dans le temps en fonction notamment des filières. 70 % en moyenne des étudiants répondent à la convocation. Ainsi, le rapport d'activité de ce service indique que s'agissant de l'UFR de sciences, tous les étudiants en première année ont été convoqués une fois et 76 % se sont présentés.

Le taux de réalisation de la visite médicale « obligatoire » est de l'ordre de 30 % à 40 % en moyenne nationale. Celle-ci est donc très théorique. D'ailleurs, aucune sanction n'a jamais été prévue ; par exemple aucune inscription à un examen n'a été refusée pour défaut de visite médicale obligatoire. Le projet de loi de finances pour 2007 en prend d'ailleurs acte : le taux d'étudiants du premier

(1) « *Les services universitaires de santé* ». Rapport au ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Rapport conjoint IGEN-IGAS.

cycle ayant passé un contrôle médical qui figurait comme indicateur du programme « Vie étudiante » de la mission « Recherche et enseignement supérieur » dans le projet de loi de finances pour 2006 a été supprimé dans le projet de loi de finances pour 2007.

• *Des actions diversifiées menées à l'initiative des services et au travers de partenariats, dans et à l'extérieur de l'université.*

L'examen des bilans d'activité des différents services montre qu'avec de faibles effectifs, ils ont toutefois développé une activité assez dense d'organisation des visites médicales, de consultations et de vaccinations, de campagnes de prévention et de recherche de partenariats associés, comme a pu le constater la mission au cours de ses déplacements. En réponse au sentiment de mal-être, tous les services visités ont mis l'accent depuis une dizaine d'années sur l'approche psychologique de la santé des étudiants et la présence de psychologues. Les ateliers de gestion du stress sont proposés avec une approche étudiante de la question (notamment la préparation mentale à l'épreuve des examens). La thématique des comportements alimentaires est également très présente et l'initiative prise au sein du SUMPPS de l'Université de Montpellier I « Alimentation et petit budget » est, à cet égard, particulièrement intéressante. Ce service propose en outre aux étudiants des bilans dentaires réalisés avec le concours des étudiants de la faculté de chirurgie dentaire qui peuvent effectuer dans ce cadre les stages inscrits dans leur cursus universitaire.

L'organisation de telles actions, en réponse à une demande accrue de la part des étudiants, n'a pu se faire que grâce à une politique de partenariat, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'université (*infra* le tableau concernant la liste des partenariats de l'Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines).

Le rapport du GRESS de 2002 indique que 86,6 % des services de médecine préventive universitaire collaborent avec les CROUS, dont 43 % par convention (secteur social, projets de prévention en commun). Si 83 % participent au conseil des études de la vie universitaire (CEVU), ils ne sont que 45 % à collaborer avec les services de communication et de vie de l'étudiant. Ce cloisonnement ne permet pas une approche efficace de la prévention, trop d'étudiants et notamment sur les grands campus, ignorant l'existence même des services.

Les partenariats extérieurs permettent, tout en évitant les doublons, de pallier l'insuffisance des moyens des services. Ainsi, 40 % des services travaillent avec les caisses primaires d'assurance maladie dont 18 % par convention (par exemple, le SIUMPP de l'université Paris XII Créteil a signé une convention pour l'établissement de bilans de santé). De la même façon, 35 % collaborent avec des hôpitaux de secteur dont 25 % par convention (pour la prise en charge des urgences ou par la mise à disposition du centre de dépistage universitaire, par exemple) ; 63 % avec les conseils généraux, dont 26 % par convention (par exemple pour les vaccinations) ; 48 % avec les associations dont 20 % par

convention (par exemple avec les associations de planning familial) ; 28 % avec les mutuelles, dont 15 % par convention.

Tous ces partenariats se sont mis en place sans support juridique, ces initiatives étant « *hors cadre* » du décret du 3 mai 1988.

Liste des partenaires pour la réalisation des actions de prévention du service de médecine préventive de l'Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines

CRAMIF (Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France)
CROUS (Centre régional d'œuvres universitaires et scolaires)
Mutuelles étudiantes (SMEREP et LMDE)
Prévention routière / sécurité routière
SAN (Syndicat d'agglomération de la ville de St Quentin en Yvelines)
IPS (Institut de promotion de la santé)
MILTD (Mission Interministérielle à la lutte contre les drogues et les toxicomanies)
SVE (Service de la Vie Étudiante), Services techniques, Service de communication, Reprographie
Associations étudiantes (ICARE, MATCH IMPRO, HUMANITUDE)
Hôpital Mignot
SIMPPS de l'université de Toulouse (Méthode B.R.A.V.O.)
OFT (Projet OLYMPIO : outils d'animation collective sur la prévention du tabagisme)
CFES (Comité français d'éducation à la santé)
FESTIF (Facultés et Écoles Sans Tabac en Île de France)
Protection civile
ADOSSEN (Association d'éducation à la santé)
DDASS (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale)
Compagnie de théâtre « AL »
DDE (Direction Départementale de l'Équipement)
Comité de la ligue contre le cancer 78
Fil santé jeunes

d) Un mode de fonctionnement des services ne correspondant qu'imparfaitement aux besoins des étudiants

- L'information sur les services laisse souvent à désirer

Même si des progrès ont été réalisés par les services pour se faire connaître et reconnaître, d'une manière générale, le bât blesse encore en matière d'information des étudiants. Les services ont mis au point une variété de dispositifs d'information : coordonnées inscrites dans le dossier d'inscription des étudiants, distribution de livrets de prévention, visite du campus avec repérage du service de santé, présentation du service lors des journées de prérentrée, mise à disposition d'un CD-ROM. Cependant, bien des étudiants ne s'adressent pas aux services de santé, faute de connaître soit les possibilités offertes soit le coût éventuel des consultations. Des étudiants regrettent aussi que les horaires d'ouverture des services ne soient pas adaptés à leur emploi du temps. En fait,

20 % seulement des étudiants se disent satisfaits du fonctionnement des services de santé ⁽¹⁾.

- Le système souffre aussi du manque de continuité entre l'action des services de santé scolaire et celle des services universitaires. Le dossier médical ne suit pas entre les deux niveaux d'enseignement et les déperditions d'informations sont en conséquence importantes.

- Tous les étudiants n'ont pas accès à la médecine préventive universitaire

Le décret du 3 mai 1988 ne vise que les universités, les autres établissements d'enseignement supérieur n'étant pas tenus d'organiser un service de médecine préventive. L'article 1^{er} précise toutefois que les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel autres que les universités sont tenus d'assurer à leurs étudiants les mêmes prestations que celles visées à l'article 2, c'est-à-dire la visite médicale obligatoire. Ces établissements peuvent s'acquitter de leurs obligations en signant une convention avec le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de leur choix. C'est dans ce cadre juridique que le service médical de l'université de Nanterre a, par exemple, signé une convention avec l'école de notariat de Neuilly-sur-Seine.

Les organisations étudiantes ont toutes exprimé devant la mission leur préoccupation concernant nombre de filières ne bénéficiant pas de services de santé, d'autant que certains de ces étudiants sont particulièrement vulnérables du fait de leurs conditions d'études. Le cas des écoles de sages-femmes a été particulièrement évoqué, leurs étudiants devant fréquemment assurer des gardes de nuit.

Le deuxième rapport du GRESS constatait en 2003 qu'une importante proportion des étudiants des instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) et des grandes écoles n'avait pas accès à un service de médecine préventive.

Ainsi, parmi les 20 IUFM (sur 31) ayant répondu aux questionnaires, 11 seulement avaient signé une convention avec un service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, tandis qu'un seul établissement recevait une infirmière à temps plein sur son site et un seul établissement, un médecin à temps partiel.

Quant aux grandes écoles, sur 51 établissements (sur 105) ayant répondu, 33 étaient liés à un service médical par une convention et seulement 13 établissements avaient une infirmière sur un site.

Les élèves des classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE), au nombre d'environ 250 000, relèvent des lycées et sont pris en charge pour les petits soins et les urgences par les infirmières scolaires. Le rapport proposait,

(1) « La vie étudiante – repères » 2004. OVE.

compte tenu « *des problèmes psychologiques liés au rythme des études et à leurs difficultés* », d'inciter l'ensemble de ces établissements, non liés à un service de médecine, à passer des conventions avec les services les plus proches.

- La prise en charge de l'ensemble des problèmes – médicaux et sociaux – des étudiants est rendue difficile par la structuration administrative des différents services. Les assistants de service social dépendent principalement des CROUS. La présence régulière de travailleurs sociaux dans les services de médecine préventive ou des contacts entre les deux services est de nature à favoriser une vision la plus complète possible de l'étudiant. Des conventions ou des liens ont été signés mais cette coopération n'est pas généralisée : seuls 43 % des CROUS ont institutionnalisé leurs relations avec les services de médecine préventive par le biais de conventions ou de relevés de décisions.

III.- PROPOSITIONS DE LA MISSION POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS

La santé des étudiants n'est pas une problématique isolée. Elle renvoie tout à la fois à leurs conditions de vie et d'études et doit donc faire l'objet d'une construction d'ensemble. L'amélioration de l'accès à un logement dans des conditions acceptables et la mise à disposition de ressources suffisantes afin d'éviter d'avoir à travailler pour financer leurs études contribueront indéniablement à une meilleure santé physique et psychique. La réforme des conditions d'attribution des bourses sera un des éléments essentiels de cette construction. De même, la rénovation du parc de logements étudiants des CROUS apportera une pierre à l'édifice. Dans son champ de compétences, la mission a élaboré ses propositions dans la perspective d'une approche aussi complète que possible de la santé de cette population, depuis l'accès aux soins jusqu'à l'élaboration d'actions de prévention adaptées.

A. SIMPLIFIER LA COUVERTURE SOCIALE ET FACILITER L'ACCÈS À LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

1. Conforter le rôle essentiel des mutuelles dans la couverture sociale des étudiants

Le régime étudiant dans son mode de fonctionnement actuel, qui repose sur une gestion confiée à des mutuelles spécifiques, favorise l'apprentissage de l'autonomie et constitue pour les étudiants un gage irremplaçable de qualité et de proximité. La mission souligne donc l'impérieuse nécessité d'assurer la pérennité de ce régime de couverture sociale.

a) Rattacher tous les étudiants à leur régime

Comme on l'a vu, seuls 1 600 000 étudiants sur les 2 250 000 que compte l'enseignement supérieur sont affiliés à leur régime spécifique. Les salariés travaillant plus de 60 heures par mois, les apprentis ou « étudiants des métiers » et les étudiants effectuant un stage dont la rémunération est supérieure à un plafond de 350 euros mensuels relèvent du régime général.

Il en résulte des allers et retours entre les régimes en fonction des changements de situation, ce qui est une source de complications d'autant plus regrettable que les étudiants dépendant du régime général sont souvent dans une situation de vulnérabilité qui rendrait d'autant plus précieux les avantages de proximité du régime étudiant.

Les organisations représentatives étudiantes sont favorables au rattachement de l'ensemble des étudiants à leur régime spécifique. Cette solution

avait d'ailleurs déjà été proposée en 1999 par la Commission d'enquête sur le régime étudiant de sécurité sociale ⁽¹⁾.

Cette réforme supposera inévitablement de répondre à un certain nombre de questions dont celle des droits que s'ouvrent les étudiants salariés en matière d'assurance maladie (prestations en espèces) et en assurance vieillesse. Par ailleurs, un tel transfert de régime aura un coût pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui devra accorder des remises de gestion aux mutuelles en proportion des nouveaux affiliés.

Compte tenu de l'avantage que constituerait ce rattachement pour les étudiants en termes de pouvoir d'achat et de simplification des procédures, la mission souhaite qu'une réflexion soit engagée sur ce sujet et que l'on constitue à cet effet un groupe de travail réunissant les principaux acteurs concernés : le ministère de la santé et des solidarités, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, l'ensemble des mutuelles étudiantes, les organisations étudiantes représentatives et la CNAMTS.

b) Simplifier et améliorer les procédures

- Afin de mieux informer les étudiants sur le fonctionnement de leur régime, il pourrait leur être remis au moment de l'inscription administrative auprès des établissements, un livret comprenant des informations sur le fonctionnement du régime de sécurité sociale et sur les différentes possibilités d'aide à l'acquisition d'une mutuelle (notamment l'aide complémentaire santé-ACS), dispositifs complexes et sur lesquels l'information est actuellement déficiente.

- Par ailleurs, un effort particulier reste à faire pour améliorer les délais de délivrance de la carte Vitale. Selon M. Frédéric Van Roekeghem ⁽²⁾, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ces délais sont parfois très longs et peuvent même atteindre un an. S'il s'agit là d'un cas extrême – l'USEM précisant que le délai moyen, sauf cas très particuliers, est de trois semaines à un mois – il n'en demeure pas moins qu'il importe d'améliorer sur ce point le service rendu aux étudiants. Or les délais dépendent de nombreux éléments parmi lesquels l'équipement informatique et les procédures propres à chaque établissement d'enseignement supérieur. Ainsi quand l'étudiant est inscrit dans une université qui fournit des fichiers informatisés aux sections locales étudiantes chaque semaine d'inscription, l'étudiant peut recevoir sa carte Vitale trois semaines environ après son inscription. Mais les établissements informatisés ne regroupent que 40 % des étudiants. Par contre, pour l'étudiant inscrit dans un établissement non informatisé (60 % des étudiants), le délai de transmission du

(1) « Tous les étudiants inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur doivent être rattachés au régime étudiant. L'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale doit être réformé en ce sens et les exclusions liées à l'âge ou à l'activité salariée doivent disparaître et les droits doivent être ouverts à compter de l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur et assimilé ». Rapport de M. Philippe Nauche, député. Page 107.

(2) Audition du mardi 24 octobre 2006.

dossier à la section locale étudiante sera de 4 à 5 semaines. La durée du traitement non informatisé étant également plus importante, l'étudiant n'obtiendra sa carte Vitale qu'environ deux mois après son inscription. D'autres facteurs comme la filière de formation (pour certaines, les inscriptions peuvent s'étaler sur l'année), le lieu de naissance de l'étudiant (les étudiants nés à l'étranger doivent faire l'objet d'une immatriculation spécifique et fournir un extrait d'acte de naissance) ou le délai de versement de la cotisation, souvent versée avec retard par les étudiants pour des raisons financières, peuvent augmenter les délais de délivrance de la carte Vitale et conduire à des inégalités de traitement.

L'effort d'informatisation des établissements doit donc être poursuivi et les mutuelles doivent accompagner le mouvement de réduction des délais, notamment en veillant à la mise en œuvre de la carte Vitale 2 qui permettra de changer de régime, sans qu'il soit besoin de rééditer une carte Vitale.

2. Étaler les paiements de la cotisation de sécurité sociale

a) Fractionner le paiement de la cotisation de sécurité sociale

Le montant de la cotisation étudiante – 189 euros pour l'année 2006-2007 ⁽¹⁾ – est comparativement plus faible que celui des cotisations demandées aux autres catégories de la population, du fait du principe de solidarité entre les régimes posé par la loi de 1948. Les étudiants doivent toutefois s'acquitter de son versement, en une seule fois, au moment de leur inscription administrative. De nombreux étudiants rencontrent des difficultés pour la régler au moment de la rentrée universitaire, période où ils doivent faire face à d'importantes dépenses obligatoires (caution de logement, achat de livres). Les mutuelles ont d'ailleurs fait observer que les retards de règlement de la cotisation sont fréquents. Ce règlement conditionnant l'envoi par l'établissement d'enseignement des documents nécessaires à l'affiliation aux mutuelles, la délivrance des cartes de sécurité sociale et la prise en charge des soins par le régime étudiant en sont retardées d'autant.

Le paiement de cette cotisation en plusieurs fois allégerait sensiblement la trésorerie des étudiants. Une telle mesure compléterait également le nouveau dispositif – entré en vigueur en 2003 – de gestion de la cotisation des étudiants boursiers qui prévoit une présomption systématique d'exonération de cotisation pour les étudiants boursiers et dispense ceux-ci du versement provisionnel qui leur était auparavant appliqué ⁽²⁾.

Le fractionnement pourrait être organisé en dix versements, ce qui présenterait l'avantage d'être en phase avec le déroulement de l'année universitaire.

(1) La cotisation au régime étudiant fait l'objet, chaque année, d'une augmentation correspondant à la hausse de l'indice des prix à la consommation.

(2) Article R. 381-16 du code de la sécurité sociale.

Les mutuelles considèrent que le fractionnement serait facilité si elles étaient chargées du recouvrement des cotisations à la place des établissements ⁽¹⁾. Elles pourraient procéder à l'affiliation et mettre en place un système de prélèvement automatique, comme elles ont l'habitude de le faire pour la couverture complémentaire.

Cependant l'adoption de nouvelles règles d'affiliation soulève des questions de principe : l'affiliation est obligatoire, alors que les mutuelles sont, par définition, dans une situation de concurrence. Elle impliquerait par ailleurs des modifications substantielles dans la gestion des mutuelles et induirait un coût de gestion supplémentaire.

Il est donc souhaitable, afin que cette mesure soit applicable le plus tôt possible, de trouver une solution dans le cadre juridique actuel. Ce fractionnement pourrait être mis en place dès la rentrée universitaire 2007 par les établissements gestionnaires de l'encaissement des cotisations. La direction de la sécurité sociale travaille d'ores et déjà sur l'hypothèse d'un prélèvement automatique des cotisations au profit des universités. Afin de compenser la charge de travail qui découlerait inévitablement de cet étalement pour les services, il pourrait être proposé aux établissements de ne reverser les cotisations ainsi perçues que trois mois après, ce qui leur procurerait un léger avantage en termes de trésorerie.

b) Mettre fin à la double cotisation des étudiants affiliés au régime étudiant en cours d'année

Le système actuellement en vigueur aboutit au paiement d'une double cotisation inacceptable compte tenu des budgets très restreints des étudiants. Jusqu'à l'âge de 20 ans, les étudiants sont dits « rattachés » au régime étudiant et « non affiliés ». Ayants droit autonomes de leurs parents ⁽²⁾, ils ne sont pas redevables de la cotisation de 189 euros. Cependant, l'étudiant qui atteint l'âge de 20 ans dans le courant de l'année universitaire (entre le 1^{er} octobre et le 30 septembre) doit quand même s'affilier au régime étudiant lors de l'inscription universitaire et s'acquitter de la totalité de la cotisation annuelle. Par exemple, un étudiant né au mois de juin doit payer 189 euros, alors qu'il demeure affilié au régime de ses parents jusqu'à cette date.

Un abattement forfaitaire par mois pourrait être appliqué sur la cotisation au bénéfice des jeunes de moins de 20 ans inscrits pour la première fois à ce régime, en fonction de leur mois de naissance. Cette mesure éviterait ainsi les redondances avec les droits acquis au titre du régime parental. De surcroît, elle allégerait le coût de la rentrée.

(1) Actuellement, les étudiants au moment de leur inscription administrative cochent dans leur dossier d'inscription la case correspondant à la mutuelle choisie. Les établissements encaissent les cotisations et les reversent ensuite aux URSSAF.

(2) Depuis la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, l'article L. 161-14-1 du code de la sécurité sociale prévoit un accès autonome à l'assurance maladie des jeunes majeurs ayant droit d'un assuré se caractérisant par l'attribution d'inscription spécifique et par un remboursement à titre personnel des dépenses de santé.

3. Un chèque santé pour améliorer l'accès à la couverture complémentaire

a) Des expériences ont été mises en place localement

Partant du constat que le taux de couverture complémentaire des étudiants est bien moindre que celui de l'ensemble de la population (82 % contre 91 %), des initiatives locales ont mis en place des aides à l'acquisition d'une mutuelle. Ainsi, le département du Pas-de-Calais attribue depuis 1999 une aide de 100 euros aux étudiants boursiers domiciliés dans ce département, en vue de la souscription d'une mutuelle autonome. Le département des Alpes-Maritimes a créé en septembre 2006, dans le cadre de son « Plan Jeunes avenir », une aide aux étudiants de moins de 25 ans adhérant à une complémentaire santé à titre individuel. Cette aide représente une subvention de 50 % du forfait d'adhésion à une mutuelle dans la limite d'un plafond de 100 euros. Ce dispositif rencontre un succès certain, puisque début novembre, 350 étudiants en avaient déjà bénéficié, ce qui prouve qu'il répond à une réelle attente.

La création d'un chèque santé est par ailleurs l'une des mesures clés de la proposition de loi n°3220 visant à la création d'un statut étudiant déposée par M. Richard Mallié le 28 juin 2006. L'article 3 de cette proposition prévoit de remettre à chaque étudiant s'inscrivant pour la première fois dans l'enseignement supérieur, et pendant les deux premières années d'études supérieures, un chèque d'un montant de 40 euros qui pourra être déduit du montant de la cotisation d'une couverture complémentaire santé.

b) Le chèque santé : un dispositif simple et spécifique

La mission est favorable à la généralisation de ces dispositifs expérimentaux et se prononce en faveur d'une aide spécifique, attribuée à tous les étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur, âgés de moins de vingt-cinq ans. Cette aide serait cumulative avec la mesure de crédit d'impôt d'ACS qu'elle accompagnerait et renforcerait.

• Une aide spécifique

La création d'une aide spécifique s'impose dans la mesure où le poste « acquisition d'une mutuelle » est un des premiers sur lesquels les étudiants font des sacrifices, comme l'ont confirmé les données transmises à la mission par le Centre national des œuvres universitaires et scolaires (CNOUS). Les demandes d'aides financières aux CROUS motivées par le désir d'adhérer à une mutuelle sont marginales par rapport aux autres motifs de demande : le besoin d'adhésion à une mutuelle n'est pas vivement ressenti quand il existe d'autres contraintes financières.

Les étudiants vont faire l'expérience de l'autonomie vis-à-vis du système de soins par l'entrée dans le régime étudiant. Pour que cette autonomie soit totale, il est important qu'ils maîtrisent aussi les mécanismes du régime complémentaire.

L'attribution d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé autonome pour un contrat dit « responsable »⁽¹⁾ leur permettrait de se familiariser avec le parcours de soins initié par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

- *Un dispositif simple*

Cette mesure devrait être cofinancée par l'État et les conseils généraux. Un modèle de lettre chèque serait fourni à ces derniers sur le modèle du chèque restaurant. Les étudiants titulaires de ce chèque le remettraient à l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé de leur choix qui en déduirait le montant de celui de la cotisation. Cette aide pourrait être fixée sur la base de 50 % du coût des complémentaires santé de base proposées par les mutuelles étudiantes (en moyenne de 80-90 euros pour les contrats dits d'entrée de gamme), soit entre 40 et 50 euros.

La mission recommande la mise en place immédiate d'une expérimentation dans douze départements pilotes.

**SIMPLIFIER LA COUVERTURE SOCIALE ET FACILITER L'ACCÈS À LA
COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE**

1. Rattacher au régime étudiant l'ensemble des étudiants. À cette fin, la mission demande la constitution d'un groupe de travail réunissant le ministère de la santé et des solidarités, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, les mutuelles étudiantes, les organisations étudiantes et la CNAMTS .

2. Améliorer l'information des étudiants et le délai de délivrance des cartes Vitale.

3. Fractionner le paiement de la cotisation au régime étudiant en l'étalant sur dix mois et proratiser la cotisation des étudiants atteignant l'âge de 20 ans entre le 1^{er} octobre de l'année en cours et le 30 septembre de l'année suivante.

4. Créer un chèque santé pour améliorer la couverture complémentaire des étudiants et mettre en place immédiatement une expérimentation dans douze départements pilotes.

(1) Le contrat dit « responsable » a été créé par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 pris pour son application subordonne le bénéfice d'exonérations fiscales ou sociales sur les contrats d'assurance complémentaire de santé aux respects de règles, fixées par décret en conseil d'État après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, prévoyant l'interdiction totale ou partielle de prise en charge de certaines prestations, liées au non passage par le médecin traitant ou au refus d'accès au dossier médical personnel et l'obligation de prise en charge totale ou partielle d'autres prestations, liées aux consultations du médecin traitant et à ses prescriptions et à la prévention.

B. DOTER LA POLITIQUE DE SANTÉ DES ÉTUDIANTS D'OUTILS EFFICACES

1. Créer des « Maisons de la santé étudiante », centre nerveux de la mise en œuvre sur le terrain de la politique de santé

a) Une relance vigoureuse des moyens de la médecine préventive universitaire

– Établir un état des lieux des services

Des services de médecine préventive universitaire sont présents dans toutes les universités mais selon des modalités différentes. Il appartient à l'administration centrale, destinataire de l'ensemble des rapports d'activité des services, d'en dresser une cartographie, de faire l'inventaire des moyens mis en place et d'en élaborer une synthèse. Cet inventaire est un préalable indispensable à la création des « Maisons de la santé étudiante ».

– Définir un service médical universitaire minimum

Une simple infirmerie et quelques heures hebdomadaires de présence d'un médecin ne constituent pas un véritable service de médecine préventive. La redéfinition des missions des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, dans le cadre de la refonte du décret du 3 mai 1988, devrait être l'occasion de définir au plan national un service de base, notamment sur les sites décentralisés des universités qui se sont multipliés avec l'augmentation de la population étudiante.

– Garantir des ressources suffisantes

• Revoir la procédure de fixation du montant de la participation étudiante

En application de l'article L. 831-3 du code de l'éducation, la procédure de révision du montant de la participation des étudiants au financement des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé est fixée par décret en Conseil d'État et non par arrêté comme pour les droits universitaires. Pour simplifier la procédure de revalorisation de cette participation, il conviendrait que le décret en fixe le mode de calcul et non un montant déterminé.

Un mode de calcul par référence aux droits universitaires, et notamment à la part consacrée au Fonds social de développement des solidarités étudiantes (FSDIE), garantirait une meilleure lisibilité de ces droits et une évolution tarifaire équilibrée entre deux champs prioritaires de la vie étudiante gérés par les universités.

- *Réévaluer la participation de l'État aux services de médecine préventive*

La participation forfaitaire de l'État (1,68 euros par étudiant) est inchangée depuis 1990. Par ailleurs, les effets de la politique contractuelle (contrats quadriennaux) sont inégaux. Il est donc urgent de réévaluer, au sein de la dotation globale de fonctionnement, le montant consacré aux services de médecine préventive universitaire. Une telle démarche contribuerait sans aucun doute à l'acceptation par les étudiants des nouvelles modalités concernant leur participation aux dépenses de ces services. Enfin, le volet « santé des étudiants » dans le cadre des contrats quadriennaux devrait faire l'objet d'un effort particulier.

– *Adapter les effectifs des personnels et améliorer leur statut*

- *Adapter les effectifs*

Compte tenu de la faiblesse actuelle des effectifs et pour assurer notamment la réalisation de la visite obligatoire (voir *infra*), il semble opportun d'augmenter les effectifs d'un tiers des personnels actuellement en poste, un effort particulier devant être fait pour les psychologues.

- *Améliorer le statut des personnels*

La loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 a consacré l'illégalité du recours aux vacataires pour des besoins permanents. Or le recours à ce type d'emplois, auxquels sont liées des rémunérations dérisoires (15 euros par vacations) ne correspondant pas à la qualification des personnels, n'a pas complètement disparu. La mission rappelle donc l'interdiction du recours aux vacataires pour les besoins permanents des services.

La loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique impose la conclusion de contrats à durée indéterminée pour les personnels ayant exercé plus de deux contrats à durée déterminée. Là encore, l'application de ces dispositions devrait être effective.

- *Adopter une grille de rémunérations pour les médecins et les psychologues*

Actuellement, les médecins n'ont pas de statut et ne bénéficient par conséquent d'aucune évolution de carrière. À défaut d'un statut, l'adoption d'une grille de rémunérations apparaît indispensable car elle permettrait une évolution de carrière pour des personnels souvent en poste depuis plusieurs années. La grille des médecins de prévention de rectorat (circulaire du 22 juin 2004) serait pertinente, car elle est très proche de celle du corps des médecins de l'Éducation nationale. Par ailleurs, la charge des médecins directeurs sur qui repose à la fois une lourde responsabilité administrative (financière et humaine) et technique (conception, impulsion, réactivité dans le cadre de la veille sanitaire), justifierait

une évolution spécifique de cette grille et une mise à niveau de leur indemnité spéciale.

S'agissant des psychologues, il paraîtrait justifié de leur faire application de la grille des psychologues de la fonction publique hospitalière.

• *Préciser les missions des infirmières affectées dans l'enseignement supérieur*

Les missions des infirmières de l'Éducation nationale ont été redéfinies dans une circulaire du 12 janvier 2001. S'il y est mentionné que leur mission est de « *promouvoir la réussite des élèves et des étudiants* », ce texte porte en réalité sur les missions en faveur des élèves dont les besoins et les attentes sont différents de ceux des étudiants. Le besoin d'écoute et de soins n'est en particulier pas le même. Les infirmières qui sont affectées dans les universités après un parcours dans le premier et le second degré de l'enseignement ont besoin d'une véritable adaptation à l'emploi tant l'exercice du métier est différent. Une telle formation serait encore plus nécessaire pour une infirmière affectée sur un site décentralisé amenée à assurer, seule, une permanence à certains moments de la journée.

b) Des missions clarifiées pour la médecine préventive universitaire

L'élaboration d'un nouveau décret en remplacement du décret n° 88-520 du 3 mai 1988 relatif aux services de médecine préventive et de promotion de la santé constitue le préalable juridique de cette clarification. Aussi la mission rappelle-t-elle l'urgence de cette publication afin de redéfinir les missions de la médecine préventive universitaire autour de cinq actions.

• *Améliorer la continuité du suivi sanitaire des jeunes entre le lycée et l'enseignement supérieur*

Le système actuel souffre du manque de continuité entre l'action des services de santé scolaire et celle des services universitaires. La transmission à ces services du dossier médical scolaire permettrait d'éviter les déperditions d'informations concernant notamment les ex-lycéens repérés ou suivis dans le second degré en raison de pathologies spécifiques ou d'un handicap pouvant entraver leur scolarité.

Compte tenu des contraintes légales qui pèsent sur la constitution de fichiers contenant des données personnelles, la création d'un livret de santé pourrait être envisagée dans le cadre de la mise en place du dossier médical personnel ⁽¹⁾.

• *Faciliter l'accès de la médecine préventive universitaire à tous les étudiants*

(1) « *L'informatisation du dossier médical des étudiants* ». Rapport de l'inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche – décembre 2005.

Les étudiants « hors université » (écoles de formation aux professions de santé, instituts universitaires de formation des maîtres, CPGE ⁽¹⁾...) disposent actuellement d'un accès insuffisant à la médecine universitaire. La généralisation des conventions entre leur établissement et un service médical constitué est indispensable, compte tenu de leurs conditions d'études souvent difficiles, facteurs de vulnérabilité. Ces étudiants devraient avoir en conséquence un accès de droit commun aux « Maisons de la santé étudiante ».

- *Favoriser l'accès aux soins*

Afin de répondre à la demande croissante des étudiants, les services de médecine préventive doivent élargir leur offre de consultations, particulièrement d'aide psychologique, de gynécologie, de dépistage des maladies sexuellement transmissibles, de prévention individuelle des conduites addictives et de soins dentaires.

Il est à noter que les services de médecine préventive universitaire n'ont pas la faculté de prescrire, sauf s'ils ont obtenu l'agrément en tant que centres de santé (onze seulement sur l'ensemble du territoire). Des centres de santé devraient pouvoir être créés en tenant compte des situations locales (éloignement du campus de la ville et donc de l'offre des soins, présence d'une cité universitaire et d'étudiants en situation de précarité...). En l'absence de cahier des charges précis, l'agrément des services en centre de santé est actuellement laissé à l'appréciation des directions départementales de l'action sanitaire et sociale : l'élaboration d'un tel cahier des charges est donc nécessaire.

Dans les services qui ne sont pas érigés en centres de santé, les médecins pourraient se voir reconnaître la possibilité d'être médecin traitant pour une population souvent coupée géographiquement de ses lieux de soins habituels. Les médecins de ces services, ainsi intégrés au parcours de soins, pourraient orienter les étudiants vers une consultation de spécialiste, sans pénalisation financière lors du remboursement.

- *Développer les actions de promotion de la santé*

La population étudiante est une population ciblée à la fois géographiquement et dans le temps. La période universitaire est favorable à la mise en œuvre d'actions de prévention auprès d'une population qui n'a pas encore pris de mauvaises habitudes ou chez qui des comportements peuvent être modifiés. Avant que cette population ne soit dispersée dans le monde du travail, la mise en place d'actions de prévention individuelle et collective est possible et elle répond à une attente forte des étudiants.

La médecine préventive universitaire doit se voir reconnaître un rôle central dans :

(1) CPGE : Classes préparatoires aux grandes écoles.

– le développement des compétences des étudiants en matière de santé par le biais d’actions d’information et d’éducation pour la santé ;

– le pilotage de l’ensemble des projets et actions de santé en faveur des étudiants, en liaison avec des partenaires comme l’INPES ⁽¹⁾, les collectivités territoriales, le CROUS et les associations étudiantes.

Les services pourraient tout particulièrement s’appuyer sur les étudiants car l’éducation par les pairs fonctionne bien, comme en témoigne le développement de différentes formes de tutorat (pédagogique, d’accompagnement...). Ce type de dispositif est particulièrement efficace dans la prévention des comportements à risques liés aux substances addictives. Une charte des étudiants relais santé a été élaborée en 2005 par la commission de la vie de l’étudiant et des questions sociales de la Conférence des présidents d’université. Cette charte vise à insérer dans un cadre contractuel l’action des « étudiants relais santé » volontaires pour effectuer auprès des autres étudiants une action de promotion de la santé. La validation pédagogique dans des unités d’enseignement de cet engagement étudiant, après production d’un travail en démontrant l’apport pédagogique, devrait être encouragée par les universités

• *Assurer des responsabilités particulières à l’égard des étudiants en situation de handicap, des étudiants étrangers et des étudiants exposés à des risques professionnels*

– Les étudiants étrangers

La visite nécessaire à l’obtention du titre de séjour effectuée par l’Agence nationale d’accueil des étrangers et des migrations (ANAEM) et la visite obligatoire de droit commun pour les étudiants ont en commun les objectifs de dépistage, d’orientation et de prévention et de promotion de la santé. Mais alors que la première est unique et ponctuelle, la visite systématique dans le cadre de l’université est en principe le début d’une relation suivie avec l’étudiant.

La mission estime qu’il serait de bonne politique, dans un souci de simplification et d’efficacité pour ces étudiants de fusionner les deux procédures, d’autant que la visite effectuée par l’ANAEM est, on l’a vu, très lacunaire. C’est déjà le cas sur certains sites universitaires : à Grenoble, Strasbourg et très récemment pour la rentrée 2006, au Mans.

– Les étudiants en situation de handicap

La mission considère que l’université, lieu de vie homogène, est l’endroit naturel de la prise en charge des étudiants en situation de handicap qui sera d’ailleurs facilitée par la création des « Maisons de la santé étudiante » au sein desquelles pourraient être installées des missions « handicap ».

(1) INPES : Institut national de prévention et d’éducation pour la santé.

Trois mesures concrètes seraient de nature à faciliter l'accès de ces étudiants à l'enseignement supérieur :

– la délégation aux services de médecine préventive de l'instruction des dossiers pour la mise en place des aides à l'accessibilité pédagogique (matériels adaptés, accompagnement sur le campus et dans les cours...) ;

– l'établissement de conventions entre le lycée et l'université afin de laisser les matériels attribués dans l'enseignement secondaire à la disposition des étudiants ;

– le décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap précise que les médecins qui rendent les avis et proposent des aménagements nécessaires aux candidats (attribution d'un tiers-temps supplémentaire, autorisation de l'usage d'un ordinateur pour la rédaction des épreuves) sont désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Cette mission incombait jusqu'à présent aux médecins des services de médecine préventive universitaire. Dans un souci de cohérence, la Conférence des présidents d'université (CPU) a invité les présidents à demander que ceux-ci soient désignés comme médecins référents uniques pour les étudiants handicapés inscrits dans leur université. Un rapport de l'Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche⁽¹⁾ fait en effet valoir que « *leur expérience et leur connaissance de l'environnement universitaire les destinent à poursuivre leurs missions pour le compte de la commission des droits et de l'autonomie* ».

La mission reprend donc une des propositions de ce rapport : l'accréditation des médecins de médecine préventive universitaire pour rendre les avis et proposer les aménagements des conditions d'examen ou de concours pour les étudiants en situation de handicap.

– Les étudiants exposés à des risques professionnels :

Les étudiants de certaines filières (sciences, santé...) sont intégrés pour leur master ou leur doctorat dans des laboratoires à risque. Ils y travaillent dans le cadre de protocoles ou avec des matériels pour lesquels ils n'ont reçu, en général, aucune formation spécifique. En tant qu'étudiants, ils relèvent de la médecine préventive des étudiants, mais travaillant dans un laboratoire, ils sont confrontés à des risques de nature professionnelle.

Certaines universités – l'université Montpellier 2, par exemple – ont fait le choix de confier cette surveillance au service de médecine préventive universitaire des étudiants. Le choix de la médecine préventive des personnels pourrait

(1) « *La politique d'accueil des étudiants handicapés* » – IGAENR – juillet 2006.

également se justifier. Cependant, du fait de la pénurie de médecins du travail et de la volonté de certaines universités, la surveillance des personnels n'est déjà pas satisfaisante. Le suivi de ces étudiants ne peut donc leur être ajouté. Il appartient aux universités d'affirmer la compétence des services de médecine universitaire et d'y affecter en conséquence des financements supplémentaires.

Par ailleurs, les programmes ou les conventions de recherche ne devraient être validés que dans la mesure où ils intègrent le financement du suivi des étudiants confrontés à des risques professionnels.

c) Une « Maison de la santé étudiante » par pôle universitaire : un lieu unique pour une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants

• *Une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants*

À l'entrée dans l'enseignement supérieur, les étudiants sont confrontés à des problématiques de vie nouvelles et diversifiées. Bien souvent, ils ne savent pas à qui s'adresser pour procéder à la visite médicale obligatoire, accéder aux soins, effectuer des démarches administratives (carte Vitale, demande de remboursement), obtenir une aide sociale ou un conseil d'orientation.

Afin de traiter les questions posées par les étudiants dans toutes leurs dimensions, à la fois sanitaire, sociale et administrative, la mission propose de créer, sur chaque pôle universitaire, une « Maison de la santé étudiante » qui regrouperait sur un même lieu :

– les services de médecine préventive universitaire : ces services sont souvent cantonnés au traitement de la « bobologie » et la création des maisons de la santé permettrait de donner plus d'ampleur à leurs missions. Ils seraient chargés d'actions individuelles de prévention (visite médicale obligatoire, contrôle des vaccinations, consultations d'addictologie...). Une offre de soins diversifiée serait proposée (médecine générale et spécialisée et prise en charge psychologique avec le relais, le cas échéant, des bureaux d'aide psychologique universitaire).

Des actions collectives complèteraient ces actions individuelles sur lesquelles elles pourraient prendre appui : réalisation d'études épidémiologiques et actions de promotion de la santé comme relais de l'INPES et en coordination avec les mutuelles, les organisations et associations étudiantes.

– les mutuelles seraient chargées de l'accueil et de l'information des étudiants sur leurs droits au régime de sécurité sociale, les possibilités d'aide à la couverture complémentaire et le parcours de soins.

– le service social du CROUS assurerait la prise en charge de problèmes à la fois sanitaires et sociaux, souvent inextricablement liés.

– l’intervention d’enseignants et de conseillers d’orientation apporterait une expertise pédagogique face aux difficultés d’adaptation et d’orientation des étudiants qui peuvent être sources de souffrance et de mal-être.

- *Un lieu unique facilement accessible aux étudiants*

La création de « Maisons de la santé étudiante » n’est pas une vue de l’esprit, comme la mission a pu le constater en visitant l’« espace sanitaire et social » de l’université de Montpellier 3. Cette mise en place pourrait prendre appui sur des structures existantes. C’est une des raisons pour lesquelles l’établissement préalable d’un état des lieux des services de médecine préventive universitaire s’impose.

La création de ce lieu unique permettrait de :

- mieux informer les étudiants sur l’ensemble des possibilités offertes sur le site universitaire, la mise en place d’horaires adaptés aux emplois du temps facilitant l’information et la meilleure accessibilité des services ;

- coordonner les actions entre les différents acteurs présents sur les sites universitaires ;

Aux côtés des services de médecine préventive universitaire, des acteurs multiples se sont impliqués pour la santé des étudiants. Des liens sont établis, de façon formelle ou non, avec les services d’orientation, les mutuelles, les associations étudiantes et les services sociaux dépendant du CROUS.

Sur ce point, la création de « Maisons de santé étudiante » serait l’occasion de régler un problème pendant, celui du statut des assistants sociaux. Il y a quelques années, les travailleurs sociaux étaient affectés soit dans un CROUS (avec les missions spécifiques de l’aide sociale), soit dans un service universitaire de médecine préventive (avec des missions d’accompagnement dans une démarche de santé). Un mouvement de balancier s’est mis en place qui fonctionne encore : les travailleurs sociaux des services de médecine préventive ont été progressivement intégrés dans les CROUS. Sur 192 assistants de service social, 135 sont désormais rattachés aux CROUS et 57 aux universités. Certains services de médecine préventive universitaire ont fait le choix de mettre leurs assistants du service social à la disposition des CROUS par le biais de conventions. Cependant de telles conventions n’existent pas partout (ainsi, à l’université de Lille 1, la signature d’une convention s’est heurtée à l’opposition des personnels à toute formalisation du lien). L’appartenance des travailleurs sociaux à des organismes différents est source de conflits et de dysfonctionnements (déperdition des moyens, conditions de travail et régimes indemnitaires différents entraînant des crises identitaires récurrentes, absence de coordination sur les applications informatiques).

Confier la responsabilité d'un service social unique aux CROUS mettrait de la cohérence dans la gestion de la mission sociale que les étudiants identifient fortement à ces organismes.

La mission note aussi, en incidente, que la simplification des procédures d'attribution des bourses permettrait aux assistants de service social de dégager un temps précieux pour le suivi social des étudiants.

La création de « Maisons de la santé étudiante » faciliterait le travail en commun des professionnels sociaux et de la santé. La présence de travailleurs sociaux auprès du service de médecine préventive permet une gestion globale et rapide des problèmes de santé (et pas seulement de maladie) présentés par l'étudiant. Par le partage au sein d'une équipe (réunions de service informelles, formation, groupe de travail), il est en effet possible et opportun d'élaborer une démarche interprofessionnelle entre acteurs de santé.

- *Développer les partenariats à l'extérieur de l'université*

La politique de proximité menée par les services de médecine préventive universitaire pose inévitablement la problématique du basculement du suivi des étudiants dans la mesure où ces services ne peuvent pas apporter la réponse à tous les besoins. La solution doit être trouvée dans la complémentarité : les services doivent s'appuyer sur des partenaires, tels les mutuelles, les organismes sociaux, les collectivités territoriales.

Ces partenariats, d'ores et déjà mis en place sans cadre juridique, doivent être encouragés et réglementairement autorisés.

Afin de faire connaître aux étudiants les différentes ressources en termes de prévention et de soins, il serait également utile de réaliser des liens entre les sites Internet de santé et les sites utilisés par les étudiants dans le cadre de leur scolarité.

CRÉER DES MAISONS DE LA SANTÉ ÉTUDIANTE PAR PÔLE UNIVERSITAIRE

– Pour assurer une relance vigoureuse des moyens de la médecine préventive universitaire

5. Établir un état des lieux des services de médecine préventive universitaire.

6. Définir un service médical universitaire minimum, notamment sur les sites excentrés des établissements.

7. Garantir des ressources suffisantes,

– Revoir la procédure de fixation du montant de la participation étudiante. Un décret doit fixer non un montant déterminé mais un mode de calcul par

référence à la part consacrée au Fonds social de développement des solidarités étudiantes (FSDIE).

– Réévaluer la participation forfaitaire de l'État et augmenter la part consacrée à la santé étudiante dans le cadre des contrats quadriennaux.

8. Remettre à niveau les effectifs de personnels et améliorer leur statut

– Fixer des effectifs minimaux de personnels : un médecin pour 5 000 étudiants, un médecin directeur et un psychologue pour 15 000 étudiants.

– Veiller à l'application de la réglementation sur l'interdiction de recours aux vacataires et transformer les contrats à durée déterminée renouvelés deux fois en contrats à durée indéterminée, conformément à la loi.

– Adopter des grilles de rémunérations pour les médecins et les psychologues leur permettant une progression de carrière.

– Préciser les missions des infirmières affectées dans l'enseignement supérieur.

– ***Pour clarifier les missions de la médecine préventive universitaire***

9. Élaborer un nouveau décret pour remplacer le décret n° 88-520 du 3 mai 1988 relatif aux services de médecine préventive et de promotion de la santé.

10. Créer un livret de santé scolaire commun aux différents niveaux d'enseignement (primaire, secondaire et supérieur).

11. Faire bénéficier tous les étudiants « hors université » de la médecine préventive universitaire et d'un accès de droit commun aux maisons de la santé.

12. Favoriser l'accès aux soins par l'élargissement des offres de consultations (aide psychologique, gynécologie, soins dentaires...) et élaborer un cahier des charges national pour les centres de santé afin de faciliter leur création en fonction de situations locales.

13. Développer les actions de prévention en liaison avec les associations étudiantes. Valoriser la prévention de pairs à pairs, notamment par la validation pédagogique dans des unités d'enseignement, de l'engagement des « étudiants relais ».

14. Assurer des responsabilités particulières à l'égard :

– des étudiants étrangers : fusionner la visite médicale obligatoire pour obtenir un titre de séjour avec la visite médicale obligatoire des étudiants. À défaut de fusion, renforcer et systématiser les échanges d'informations entre les services de l'université et les services de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations.

– des étudiants en situation de handicap : déléguer aux services de médecine préventive l’instruction des dossiers pour la mise en place des aides pédagogiques et pour l’aménagement des conditions d’examen ou de concours. Établir des conventions pour laisser les matériels attribués au lycée à la disposition des étudiants.

– des étudiants exposés à des risques professionnels : subordonner la validation des programmes ou conventions de recherche à l’existence de clauses relatives au financement du suivi de ces étudiants.

– *Pour favoriser une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants*

15. Regrouper sur un même lieu le service de médecine préventive universitaire, les mutuelles étudiantes, les assistants de service social des CROUS, des enseignants et des conseillers d’orientation.

16. Améliorer l’information des étudiants sur les services de médecine universitaire et mettre en place des horaires adaptés aux emplois du temps des étudiants.

17. Transférer l’ensemble des assistants de service social aux CROUS.

18. Développer les partenariats à l’extérieur de l’université.

2. Mettre un pilote dans l’avion

a) Créer des instruments de suivi budgétaire de la santé des étudiants

Les instruments de suivi budgétaire de la politique de santé des étudiants sont clairement insuffisants, qu’il s’agisse des actions ou des indicateurs.

• *Individualiser les actions budgétaires*

En l’état actuel, le programme 231 « *Vie étudiante* » de la mission budgétaire « *Recherche et enseignement supérieur* » comporte une action n° 3 intitulée « *Santé des étudiants et activités associatives, culturelles et sportives* » dotée de près de 112 millions d’euros d’autorisations d’engagement et de crédits de paiement dans le projet de loi de finances pour 2007. Même si cette action, qui retrace 6,1 % des autorisations d’engagement de la mission, fait modeste figure à côté de l’action n° 1 relative aux bourses et autres aides directes, qui en représente 78 %, son caractère « fourre-tout » affaiblit sa valeur comme instrument de suivi d’une politique publique.

Il n’est, à cet égard, que de consulter la présentation de l’action figurant en page 140 de l’« annexe bleue ». Après avoir indiqué que « *la santé des étudiants constitue une dimension importante de l’intégration et de la réussite universitaires* », et après avoir présenté les instruments de cette politique, elle

précise : « *Par ailleurs, le temps des études doit être aussi celui de l'enrichissement de la personnalité et de l'exercice autonome de la citoyenneté* ». Suit alors l'énoncé d'autres types d'actions dont l'intérêt n'est pas en cause, mais qui touchent à d'autres domaines. L'importance et la particularité, en termes de politique publique, du problème de la santé sont suffisamment spécifiques pour justifier la mise en place d'un instrument de suivi autonome.

Il conviendrait donc de scinder l'action n° 3 précitée, pour individualiser, d'une part, une action « *Santé des étudiants* », d'autre part une action « *Activités associatives, culturelles et sportives* ». Affiner ainsi la nomenclature serait sans inconvénient pour la souplesse de gestion, puisque les crédits sont fongibles d'une action à une autre. Conformément à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances, le bénéfice à attendre porterait sur l'information du Parlement et, plus généralement, sur le suivi budgétaire de la politique conduite en faveur de la santé des étudiants.

- *Définir des indicateurs pertinents*

Dans le même esprit, il conviendrait à l'évidence de définir un ou des indicateurs pertinents pour apprécier le degré de réalisation de l'objectif n° 3 du programme « *Vie étudiante* », intitulé « *Développer la prévention dans le domaine de la santé* ». Sa présentation précise qu'il s'agit d'« *assurer un meilleur suivi sanitaire de l'état de la population étudiante, de garantir l'accès aux soins pour tous les étudiants en renforçant les partenariats avec les mutuelles étudiantes, les différents acteurs de la santé et les associations étudiantes et de répondre aux urgences médicales* » (page 145 de l'« annexe bleue »).

Après l'énoncé ambitieux de ce programme, l'unique indicateur afférent à cet objectif a quelque chose de dérisoire : il se borne à mesurer le « *nombre des universités sans fumée et sans tabac* », signataires d'une charte à cet effet. Quoiqu'intéressant, cet indicateur est évidemment de portée trop restreinte.

Compte tenu de la nature de l'objectif poursuivi, un indicateur de moyens portant sur le nombre de services de médecine universitaire ou sur le nombre de médecins ou de professions de santé exerçant dans ses services paraîtrait adéquat. Il va de soi que le nombre de consultations ou d'actes médicaux serait un indicateur plus conforme à l'esprit de la LOLF. On pourrait aussi reprendre l'indicateur portant sur le taux de réalisation de la visite obligatoire, en cohérence avec la proposition précédente de la mission.

b) Mettre en place une enquête annuelle centrée sur la tranche d'âge des 18 - 25 ans

En matière d'observation des consommations à risque, le dispositif d'enquêtes statistiques et épidémiologiques couvre de façon satisfaisante la population pré-adolescente et adolescente, ainsi que la population adulte. En revanche, il n'existe aucun dispositif spécifique d'enquête pérenne pour la population des jeunes adultes, alors que l'entrée dans la vie adulte est généralement la période de basculement et pour certains, le passage d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière de produits à risques.

La mise en place d'une enquête régulière centrée spécifiquement sur la tranche d'âge 18-25 ans constitue donc une priorité ; elle serait facilitée par le caractère systématique de la visite obligatoire au cours des deux premières années dans l'enseignement supérieur, qui serait l'occasion de recueillir des données nécessaires à l'établissement d'une telle enquête.

c) Étendre à l'enseignement supérieur les dispositifs applicables aux établissements scolaires

Au cours des assises de la prévention qui se sont tenues les 16 et 17 octobre 2006, sous l'égide de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), un groupe de travail a proposé d'étendre à l'enseignement supérieur les dispositifs applicables aux établissements scolaires. Trois mesures faciliteraient la déclinaison d'une politique de santé orientée spécifiquement vers les étudiants.

• *L'inscription de l'université dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour 2004-2008*

Une des orientations de ce plan est de responsabiliser l'école afin de créer les « conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité ». L'enseignement supérieur, absent de ce dispositif, devrait être visé en tant que niveau de scolarité supplémentaire.

• *L'élaboration d'un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour l'enseignement supérieur*

Un tel programme existe pour les enseignements primaire et secondaire ⁽¹⁾. Ces grands volets dont les missions consistent à « repérer et suivre les problèmes de santé des élèves », « mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents », « assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé », mériteraient d'être adaptés à l'enseignement supérieur.

(1) « La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation ». Circulaire n° 2002-210 du 1^{er} décembre 2003.

• *La signature d'un contrat cadre de partenariat de santé publique entre le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé*

Dans le prolongement des mesures annoncées en faveur de la santé des jeunes en milieu scolaire, un contrat cadre de partenariat en santé publique a été signé en 2003 entre le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre délégué à l'enseignement scolaire. Ce contrat, actualisé chaque année, porte sur toutes les dimensions de la politique de santé publique concernant les élèves : dépistage des troubles de santé, prévention des conduites à risques, en particulier lutte contre le tabac, promotion des comportements favorables à la santé, notamment en matière de nutrition, éducation à la sexualité, prévention des troubles mentaux...

Dans chacun de ces domaines, afin de coordonner les actions, un comité de pilotage est constitué sous la présidence conjointe des ministres. Il a pour mission de définir les objectifs, de choisir les thèmes d'études et de veiller à la bonne articulation entre le repérage, le dépistage et le dispositif de prise en charge.

Cinq objectifs prioritaires lui ont été fixés : la lutte contre le tabagisme, la généralisation de la formation aux premiers secours, la mise en place de dispositifs d'accueil des enfants et des adolescents en souffrance psychique, le renforcement de la collaboration entre le ministère de l'éducation nationale et l'INPES, ainsi que la réalisation d'un cycle triennal d'enquêtes sur l'état de santé des populations scolaires.

La signature d'un contrat similaire de partenariat en santé publique pour l'enseignement supérieur serait de nature à favoriser la cohérence des programmes et des actions en direction des étudiants.

d) Instituer une instance nationale de coordination

Les défaillances dans le pilotage national des actions pour la santé des étudiants ont été à l'origine de la création en 2001 du Groupe de réflexion « Enseignement supérieur et santé » (GRESS). Il paraît indispensable de pérenniser une telle instance. Placée directement auprès du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, elle assurerait une logique d'ensemble afin d'aboutir à plus de cohérence et d'efficacité dans les actions conduites.

Cette instance devrait réunir, outre les directions ministérielles compétentes (la direction de l'enseignement supérieur, la direction de l'enseignement scolaire, la direction générale de la santé), les mutuelles, les organisations étudiantes, l'INPES, les médecins directeurs des services de médecine préventive et de promotion de la santé, la conférence des présidents d'université ainsi que des représentants des établissements « hors université ».

Elle aurait pour missions principales :

- de suivre l'état de santé des étudiants et la mise en œuvre des politiques de santé en direction de cette population ;
- d'engager ou susciter des enquêtes et études pour améliorer la connaissance de la santé des étudiants, son évolution et ses déterminants ;
- de coordonner des actions prioritaires, par exemple pour l'élaboration des programmes de santé publique ;
- de favoriser la cohérence de la politique de santé étudiante avec celle de l'enseignement secondaire.

e) Décliner au niveau régional la politique de santé des étudiants

Les plans régionaux de santé publique (PRSP) ont pour objet de décliner la réalisation des objectifs nationaux de santé. Ces plans comportent notamment un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé (article L. 1411-11 du code de la santé publique). Il importe que l'ensemble des acteurs impliqués dans la santé des étudiants – services de médecine préventive, mutuelles... – soit associé à l'élaboration de ces plans, à travers les conférences de santé régionale et les groupements régionaux de santé publique.

METTRE UN PILOTE DANS L'AVION

19. Créer des instruments de suivi budgétaire de la santé des étudiants.

– Scinder l'action n° 3 « *Santé des étudiants et activités associatives, culturelles et sportives* » du programme 231 « *Vie étudiante* », pour distinguer l'action « *santé des étudiants* ».

– Définir des indicateurs pertinents pour apprécier le degré de réalisation de l'objectif n° 3 du programme « *Vie étudiante* » intitulé « *Développer la prévention dans le domaine de la santé* » : nombre d'actes, de médecins, taux de réalisation de la visite obligatoire.

20. Mettre en place une enquête annuelle régulière centrée sur les consommations à risque de la tranche d'âge 18-25 ans.

21. Étendre à l'enseignement supérieur les dispositifs applicables aux établissements scolaires.

– Inscrire l'université dans le champ d'application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008.

– Élaborer un programme quinquennal de prévention et d'éducation applicable à l'enseignement supérieur.

– Signer un contrat cadre de partenariat de santé publique entre le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de la santé et des solidarités.

22. Inclure la santé des étudiants dans les plans régionaux de santé publique et associer ses acteurs au fonctionnement des conférences de santé régionale et aux groupements de santé publique.

23. Créer une instance nationale de coordination auprès du ministère de l'éducation nationale.

C. METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION POUR PRÉSERVER L'AVENIR DES ÉTUDIANTS

1. Instituer le droit à un « paquet santé » au cours des deux premières années dans l'enseignement supérieur

La visite obligatoire dont le principe est inscrit dans le décret précité du 3 mai 1988 ne connaît, principalement faute de moyens des services mais sans doute aussi par manque d'informations des étudiants, qu'un taux de réalisation de 40 % en moyenne nationale. Aussi la mission s'est-elle interrogée sur la pertinence et l'utilité du maintien de la visite obligatoire pour l'ensemble des étudiants, dont 95 % ne présentent aucune pathologie particulière.

En définitive, il lui apparaît nécessaire de maintenir une visite obligatoire et systématique pour motiver à la fois les étudiants et les services et de la compléter par des examens complémentaires sous la forme d'un « paquet santé ».

a) Le maintien d'une visite obligatoire et systématique

La mission est favorable au maintien, sous une forme rénovée, de la visite obligatoire qui :

– assurerait le relais entre la médecine familiale dans une période d'accès à l'autonomie par les jeunes adultes qui s'accompagne souvent de ruptures, ne serait-ce que pour des raisons géographiques ;

– serait l'occasion de faire entrer l'étudiant dans le système de soins car l'on sait qu'avant l'âge de 30-35 ans, à moins de souffrir d'un problème de santé spécifique, les jeunes adultes n'entrent pas dans une logique de prévention. L'université pourrait être le lieu pour le faire. À cette occasion, les étudiants pourraient s'intégrer dans le parcours de soins en désignant un médecin traitant ;

– permettrait un premier contact avec le service de médecine préventive universitaire. L'étudiant serait ainsi informé des possibilités offertes par ces structures, cet aspect prenant un relief particulier dans le cadre des « Maisons de la santé » ;

– faciliterait le recueil de données épidémiologiques à des fins d'enquêtes et d'études, la disparition du service national ayant fait disparaître une source de renseignements qui portait sur la moitié d'une classe d'âge.

Pour que la visite obligatoire ait une réelle portée, les services devraient convoquer systématiquement l'ensemble des étudiants et, si nécessaire, les relancer. La mise à niveau des personnels est une condition *sine qua non* de la réalisation de cette visite. Elle pourrait s'étaler, selon les moyens du service, sur les deux premières années du cycle universitaire, années au cours desquelles les étudiants sont le plus fragilisés.

b) Le contenu du paquet santé : visite médicale, vaccinations, bilan bucco-dentaire et d'optique et consultation d'addictologie

La visite systématique serait l'occasion d'un premier contact avec l'étudiant, d'un tour d'horizon de ses problèmes ainsi que d'une information sur les mesures de prévention et le parcours de soins.

Un contrôle des vaccinations (tout particulièrement celui contre la tuberculose) serait assuré par les services de médecine préventive. La mission note sur ce point que les services rencontrent des difficultés d'approvisionnement en doses vaccinales et il conviendra donc de s'assurer de leur disponibilité.

Par ailleurs, un bilan bucco-dentaire – sur le modèle de celui existant pour les jeunes de 13 à 18 ans – devrait être proposé. Il comprendrait un examen et des radios ainsi que des conseils d'hygiène et de prévention. Si l'examen bucco-dentaire révèle la nécessité de soins, le chirurgien-dentiste établirait un programme de soins de base qui, s'ils sont effectués dans les six mois suivant le bilan, seraient remboursés à 100 % par l'assurance maladie.

Ce « paquet santé » pourrait en outre comporter un bilan d'optique ainsi qu'une consultation en addictologie en application du plan « Addictions 2007-2011 » présenté le 15 novembre 2006 par le ministère de la santé.

2. Lutter contre les dérives liées à l'alcool

Les comportements des étudiants vis-à-vis de l'alcool sont extrêmement préoccupants si l'on en juge d'après les débordements auxquels donnent lieu certaines soirées étudiantes. La politique de prévention en la matière est délicate à mettre en œuvre, eu égard à l'attitude de déni de nombreux étudiants et au lien entre alcool et fête (voir première partie).

Il est nécessaire tout à la fois de répondre à l'impératif immédiat d'éviter les accidents de la route liés à une consommation excessive d'alcool, de sensibiliser les étudiants aux conséquences de cette consommation et de mieux faire respecter la réglementation relative aux boissons alcoolisées.

a) *S'appuyer sur les associations étudiantes pour des actions innovantes de prévention de « pair à pair »*

Les messages de prévention ont d'autant plus de chance d'être entendus qu'ils sont formulés par des étudiants dont le discours n'est ni moralisateur ni culpabilisant.

Certaines associations ont engagé des actions particulièrement innovantes comme l'association « Avenir santé » qui forme des étudiants dits « *anti-cartons* » : des étudiants responsabilisent leurs pairs sur les lieux où les risques se prennent, essentiellement dans les soirées étudiantes. Le risque routier y est abordé de manière très large à travers tous les facteurs de risques (alcool, cannabis, vitesse). Le message n'est pas « anti-fête » mais « anti-risques au volant » et les intervenants, spécialement formés à la prévention des risques routiers, se fondent dans la soirée. Cette association associe également, en début d'année universitaire, tous les étudiants de première année du campus à la vente d'une réglette dite de « *Prévention des accidents de la route* » ; de format carte de crédit, ce document permet d'estimer la quantité d'alcool présente dans le sang en fonction de trois critères (sexe, poids et consommation d'alcool au cours d'un repas ou non). Le bénéfice de ces ventes est consacré à l'achat d'outils de prévention (éthylotests, location de bus pour ceux qui ne veulent pas prendre le volant).

De telles initiatives, de même que celles du type « *conducteur désigné* » ou « *Sam, capitaine de soirée* », avec des slogans frappants comme « *Une soirée sans capitaine de soirée, c'est mortel* » doivent être encouragées par les pouvoirs publics et les universités, par le biais du fonds de solidarité et de développement des initiatives étudiantes (FDSIE), et en liaison avec la prévention routière.

b) *Veiller au respect des dispositions réglementaires pour l'organisation des soirées*

– Les opérations de parrainage sont interdites lorsqu'elles ont pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur des boissons alcoolisées (article L. 3323-2, dernier alinéa, du code de la santé publique). Le parrainage se caractérisant par le versement d'argent en contrepartie de la participation de la marque à une soirée, la fourniture gratuite de boissons alcoolisées ou l'attribution de remises commerciales vont donc être interdites.

– Toutes les soirées étudiantes, même dites privées, doivent faire l'objet d'une autorisation d'ouverture temporaire de débits de boissons, en application de l'article L. 3334-2 du code de la santé publique. En conséquence, la vente de boissons de quatrième groupe (plus de 18 degrés) y est interdite.

– Les dispositions relatives à l'interdiction de ventes de boissons alcoolisées et aux personnes en état d'ébriété manifeste doivent être rappelées aux organisateurs de soirées.

c) *Élaborer un kit d'information pour les organisateurs de soirées*

Les organisateurs de soirées étudiantes sont généralement des étudiants du bureau des élèves qui, par définition, ne sont pas des professionnels. Ce kit est donc nécessaire. Il comprendrait un rappel des dispositions légales sur l'organisation des soirées (voir *supra*) et des risques (risque routier et risque lié à l'alcoolisation massive dont le coma éthylique).

d) *Adopter une charte de bonne conduite entre les directions des établissements et les organisateurs de soirées*

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) avait prévu, en 2006, de sensibiliser les bureaux des élèves des établissements d'enseignement supérieur aux problèmes de consommation excessive d'alcool lors des soirées étudiantes *via* la signature d'une charte de bonne conduite avec les directeurs d'établissements. Ce projet n'a pas encore été mené à bien. La mission est favorable à l'adoption d'une telle charte en 2007.

Elle aurait notamment pour objet de prévoir pour toutes les soirées :

- l'autorisation préalable de la direction qui serait ainsi impliquée dans le déroulement de la soirée;
- l'interdiction des soirées « *open bar* » et la distribution de tickets de boissons en nombre limité (trois) ;
- la mise en place systématique d'un dispositif de « *capitaine de soirée* », d'affrètement de navettes ou de covoiturage ;
- la présence d'étudiants pendant la soirée pour informer les étudiants des risques encourus ;
- le contrôle d'alcoolémie et la fourniture d'alcootests ;
- la suppression du soutien financier des marques de boissons alcoolisées.

e) *Revoir la taxation sur les boissons « prémix »*

Les « prémix » (ou alcopops) sont des boissons obtenues par mélange de boissons fortement dosées en sucre, de type soda ou jus de fruit, avec un alcool fort. Ces boissons titrent de 5° (pour la majorité d'entre elles) à 8 degrés environ. Vendues en canettes ou en bouteilles de 20 à 33 cl, elles constituent un produit visant prioritairement les plus jeunes, en particulier ceux dont le processus d'acculturation aux boissons alcoolisées n'a pas encore commencé car le goût en alcool est masqué par le sucre. Apparues sur le marché australien en 1993, ces boissons sont arrivées massivement en France au milieu des années 1990.

Pour lutter contre la consommation de ces boissons, l'article 29 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la Sécurité Sociale pour 1997 a créé une taxe de 5,55 euros par décilitre d'alcool pur. Cette taxe s'est traduite de façon quasi immédiate par un effondrement du marché français des prémix : moins de 10 000 litres en ont été vendus en 1997, contre 950 000 litres pour l'année 1996, alors que ce marché était en plein essor (environ 350 000 litres pour l'année 1995). En 2002, les alcooliers ayant mis sur le marché de nouveaux produits dont la teneur en sucre leur permettait de sortir du cadre de la loi, l'article 44 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a instauré une surtaxe de 11 euros par décilitre d'alcool pur qui frappe donc ces boissons. Dans un premier temps efficace, cette législation est actuellement contournée par des producteurs de boissons alcoolisées particulièrement imaginatifs qui ont mis sur le marché des cocktails aromatisés de produits viti-vinicoles dites « vinipops » à partir de vin ou de cidre.

Contrairement aux autres boissons alcoolisées, la consommation de ces boissons est très forte chez les jeunes de 15 à 24 ans et diminue fortement après. Ainsi la mission est-elle favorable à un renforcement de leur taxation et à son élargissement aux nouvelles boissons mises en vente. Cette réglementation dépendant largement de dispositions communautaires, il serait donc souhaitable que des négociations soient engagées au niveau européen sur ce point. Ce serait d'ailleurs l'occasion de mettre en place une réflexion commune sur la protection de la santé des jeunes européens qui sont tous confrontés au risque de l'alcool.

f) Développer, en milieu étudiant, des programmes de prévention sur les risques liés à l'alcool

Ces programmes de prévention devraient faire l'objet d'une mise en place coordonnée entre les mutuelles étudiantes, les associations et la médecine préventive universitaire. Ils devraient aborder le problème de la consommation d'alcool le plus largement possible : le réflexe du conducteur désigné, y compris dans le cadre de soirées entre amis, les repères de consommation, la détection et la prise en charge des usages problématiques.

3. Limiter les comportements sexuels à risques

a) Aider les étudiantes à éviter les grossesses non désirées

– La Direction générale de la santé du ministère de la santé et des solidarités a élaboré une stratégie en matière de contraception et de réduction des grossesses non désirées. Dans ce cadre, l'INPES est chargé de réaliser, à compter du premier trimestre 2007, une campagne nationale d'information sur la population de 20 à 30 ans qui pourrait être fortement relayée sur les campus par les services de médecine universitaire et les associations.

– Par ailleurs, des consultations d'aide à la contraception, ainsi que des consultations de gynécologie, devraient être systématiquement proposées dans les

« Maisons de la santé étudiante », en liaison avec les associations de planning familial. En effet, les étudiantes rencontrent de grandes difficultés pour leur suivi gynécologique en raison de la pénurie de gynécologues, lesquels dépendent de surcroît, pour la plupart, du secteur 2 (praticiens conventionnés à honoraires libres) et sont donc trop coûteux pour elles.

– Enfin, la loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence permet aux infirmières scolaires de délivrer une contraception d'urgence (« pilule du lendemain ») mais paradoxalement seules sont concernées les élèves des établissements secondaires. En toute logique, cette possibilité devrait être étendue aux infirmeries des établissements d'enseignement supérieur.

b) Installer des distributeurs de préservatifs sur l'ensemble des campus

La prévention des infections sexuellement transmissibles et notamment le Sida impose de prendre une telle mesure qui est déjà en vigueur dans l'enseignement secondaire. Selon un dernier bilan, environ 50 % des lycées et lycées professionnels sont pourvus d'un distributeur de préservatifs à bas prix. Le ministre de la santé s'est prononcé pour la généralisation de ces installations dans les lycées. Il est donc opportun d'élargir cette mesure aux campus universitaires.

c) Proposer une consultation anonyme et gratuite de dépistage des infections sexuellement transmissibles

Une consultation anonyme et gratuite de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) devrait être proposée par la médecine préventive universitaire de façon à démythifier la démarche de dépistage, à la rendre plus accessible et à développer la conscience des risques du Sida, de l'hépatite B et C et des autres IST.

4. Mieux prendre en compte le mal être des étudiants

Le sentiment de mal-être des jeunes est réversible. En effet, si le risque de passage à l'acte est réel, comme en témoignent les chiffres de suicide dans cette tranche d'âge (le suicide est la deuxième cause de mortalité entre 15 et 24 ans), il est aussi plus facile à prévenir. La mise en œuvre d'actions de prévention dite secondaire visant, en présence d'une pathologie présente mais non gravement installée, à éviter une aggravation de l'état du patient est donc essentielle.

a) Faciliter la prise en charge psychologique par la médecine préventive universitaire

La prise en charge des étudiants par un psychologue au sein des services de médecine préventive suffit à dénouer la plupart des situations. Or le nombre des consultations de psychologues dans les services de médecine universitaire ne correspond pas aux besoins des étudiants. Il importe donc de les développer.

b) Développer les bureaux d'aide psychologique universitaire

Pour les cas nécessitant un suivi plus formalisé et médicalisé, les bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU) ne sont pas présents dans toutes les grandes villes universitaires (16 sur l'ensemble du territoire). Par ailleurs, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous se situent entre soixante et quatre-vingt-dix jours. Il conviendrait donc d'installer un BAPU dans les grandes villes universitaires qui en sont dépourvues et d'y ouvrir un plus grand nombre de consultations.

c) Associer l'ensemble de la communauté universitaire à la détection du mal-être

La détection des situations de mal-être devrait être favorisée par l'organisation, sur le terrain, de réseaux impliquant non seulement les professionnels de santé mais aussi les enseignants (sur le modèle des enseignants formés par l'association action et documentation pour l'éducation nationale – ADOSEN⁽¹⁾ – dans l'enseignement scolaire). La formation des personnels d'accueil des cités universitaires à la détection des situations de mal-être des étudiants, mise en place notamment à Montpellier, Nanterre et Strasbourg, après des suicides ou tentatives de suicide, devrait être systématiquement organisée par les CROUS.

5. Promouvoir le bien être des étudiants

Lutter contre le mal être des étudiants, c'est aussi leur apporter des clés pour mieux vivre en favorisant le lien social et en améliorant leurs conditions de vie. Aussi la mission se félicite-t-elle de l'organisation d'une « semaine du bien-être étudiant » qui s'est déroulée au mois de novembre 2006, à l'initiative de l'USEM.

Des « sas de décompression » devraient être offerts aux étudiants par le biais d'activités sportives ou d'engagement associatif. Dans cet esprit, les universités devraient s'associer au fonds de solidarité et de développement des initiatives étudiantes (FDSIE) pour accompagner des projets et favoriser le développement de la solidarité étudiante.

a) Inscrire deux heures de sport hebdomadaires dans tous les cursus de l'enseignement supérieur

Il est inutile de revenir sur les bienfaits du sport sur la santé. Or si certains établissements mettent à la disposition de leurs étudiants des installations sportives (l'école polytechnique a deux piscines et des terrains de sport), la plupart des

(1) L'ADOSEN est une association chargée de l'organisation et de l'animation de stages de formation en éducation à la santé auprès des membres de la communauté éducative. Elle met aussi en place des sessions de formation sur la prévention des conduites suicidaires des adolescents, de la maltraitance des enfants, de l'approche du risque chez les jeunes en situation de vulnérabilité.

établissements ne disposent pas de tels équipements. En réalité, plus qu'une question d'équipements, il s'agit davantage d'un problème de personnels. Ainsi, dans les sections de brevet de technicien supérieur et les classes préparatoires aux grandes écoles, deux heures sont en principe inscrites dans la scolarité mais ne sont jamais assurées, faute d'enseignants.

Les enseignants de sport qui sont actuellement en surnombre dans l'enseignement secondaire pourraient être affectés dans le supérieur. L'inscription de deux heures de sport hebdomadaires dans chaque cursus universitaire créerait ainsi une dynamique telle qu'elle permettrait sans doute de trouver les équipements sportifs nécessaires.

b) Promouvoir l'équilibre alimentaire : une journée « Bien manger » par semaine

L'équilibre alimentaire fait partie intégrante du bien être. Il contribue à la bonne santé physiologique mais le partage d'un repas est aussi l'occasion d'instaurer des liens de convivialité sur un campus trop souvent anonyme. Un des points forts de la semaine du bien-être étudiant mise en place par les mutuelles était d'ailleurs l'organisation de « petits-déjeuners » comme autant de points de rencontres entre les étudiants. Dans la même logique, une journée « Bien manger » pourrait être mise en place chaque semaine dans les restaurants universitaires, en liaison avec les CROUS.

Les consultations de nutrition sont susceptibles de faire comprendre aux étudiants les enjeux d'un bon équilibre alimentaire et devraient donc être favorisées sur le modèle de la convention signée entre une mutuelle et un réseau de diététiciens libéraux ⁽¹⁾(prise en charge intégrale d'une première consultation et des deux suivantes à hauteur de 10 euros).

**METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION
POUR PRÉSERVER L'AVENIR DES ÉTUDIANTS**

24. Instituer le droit à un « paquet santé » au cours des deux premières années dans l'enseignement supérieur (visite obligatoire, contrôle des vaccinations, bilan bucco-dentaire et d'optique et le cas échéant, consultation d'addictologie).

25. Lutter contre les dérives liées à l'alcool

– s'appuyer sur des organisations étudiantes pour développer des actions de « pair à pair » ;

– veiller au respect des dispositions réglementaires pour l'organisation des soirées (interdiction du parrainage, autorisation temporaire pour toutes les soirées, interdiction de vente aux mineurs et aux personnes en état manifeste d'ébriété)

(1) Réseau « consultation diététique pour les étudiants » lancé par la Smerep.

– élaborer une charte de bonne conduite entre les bureaux des élèves et les directions des établissements sous l’égide de l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (autorisation préalable de la direction, interdiction des « *open bar* », mise en place systématique d’un dispositif de capitaine de soirée et de navettes, présence d’étudiants pour informer des risques encourus, contrôle d’alcoolémie et fourniture d’alcootest suppression des soutiens financiers des marques) ;

– revoir la taxation sur les « prémix » et l’élargir aux nouveaux produits mis sur le marché et engager sur ce point des négociations au niveau européen ;

– développer les programmes de prévention en milieu étudiant sur les risques liés à l’alcool.

26. Limiter les comportements sexuels à risques

– aider les étudiantes à éviter les grossesses non désirées (consultations d’aide à la contraception, consultations de gynécologie). Relayer en 2007 sur les campus la campagne d’information de l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé en matière de contraception et de réduction des grossesses non désirées et délivrer la pilule du lendemain dans les infirmeries des universités ;

– généraliser l’installation de préservatifs à bas prix sur les campus universitaires ;

– proposer des consultations de dépistage des infections sexuellement transmissibles.

27. Mieux prendre en compte la détresse et le mal être

– augmenter le nombre des consultations psychologiques dans les services de médecine universitaire.

– développer les bureaux d’aide psychologique universitaire et élargir les possibilités d’accueil des structures existantes afin de réduire les délais d’attente (3 mois actuellement).

– organiser, sur le terrain, des réseaux de détection des situations délicates impliquant notamment les enseignants et les personnels d’accueil des cités universitaires.

28. Créer les conditions du bien être étudiant

– offrir aux étudiants l’occasion de s’engager dans des activités extrascolaires et financer des projets pour développer les solidarités étudiantes par le biais du fonds de solidarité et de développement des initiatives étudiantes (FDSIE).

– inscrire deux heures de sport hebdomadaires dans chaque cursus de l’enseignement supérieur ;

– instituer une journée « Bien manger » chaque semaine dans les restaurants universitaires, en liaison avec les CROUS.

CONCLUSION

La mission a élaboré un ensemble de propositions qui interviennent dans un contexte favorable, puisque le Gouvernement étudie actuellement les moyens d'améliorer la protection de la santé des étudiants. Tel sera l'objet des rencontres prévues avant la fin de l'année entre les ministères concernés et l'ensemble des acteurs. Lors de son audition devant la mission le 21 novembre 2006, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a souligné l'importance de ces rencontres et a fait observer qu'en matière de santé des étudiants, tout est encore à construire. Aussi, la mission espère-t-elle que son travail sera pris en compte dans le cadre de ces travaux.

Dans cette perspective, elle a mis un accent particulier sur dix mesures prioritaires qui pourraient constituer un plan santé étudiants.

Dix mesures prioritaires pour un plan santé étudiant

L'accès aux soins

1. Simplifier le parcours de sécurité sociale en rattachant l'ensemble des étudiants au régime étudiant. Améliorer l'information et les délais de délivrance de la carte Vitale.

2. Fractionner en dix versements le paiement de la cotisation de sécurité sociale étudiante et proratiser la cotisation des étudiants âgés de 20 ans au cours de l'année universitaire

3. Attribuer un chèque santé à tous les étudiants pour les aider à adhérer à une mutuelle. Mettre immédiatement en œuvre une expérimentation sur douze départements pilotes.

Les structures de médecine universitaire préventive

4. Créer des « Maisons de la santé étudiante » sur chaque pôle universitaire dans une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants.

5. Instituer le droit à un « paquet santé » pour tous les étudiants au cours des deux premières années dans l'enseignement supérieur : une visite médicale systématique et obligatoire, une mise à jour des vaccinations, un bilan bucco-dentaire et d'optique et le cas échéant, une consultation d'addictologie.

Relancer la prévention

6. *Lutter contre les abus d'alcool (soutien aux initiatives de prévention de « pair à pair », élaboration d'une charte de bonne conduite entre les bureaux des élèves et les directions d'établissements, application de la réglementation lors des soirées étudiantes, révision de la taxation des boissons « prémix », développement de programmes de prévention sur les risques liés à l'alcool).*

7. *Répondre aux détresses des étudiants en augmentant les consultations psychologiques au sein des services de médecine préventive universitaire, en développant les bureaux d'aide psychologique universitaire dans toutes les villes universitaires et en formant l'ensemble de la communauté universitaire à la détection des situations de mal-être.*

8. *Promouvoir le bien être étudiant en favorisant le lien social et en améliorant les conditions de vie des étudiants (inscription de deux heures de sport hebdomadaires dans tous les cursus, mise en place d'une journée « Bien manger » par semaine).*

9. *Limiter les comportements sexuels à risques (consultation d'aide à la contraception, installation de distributeurs de préservatifs à bas prix sur les campus, consultation anonyme et gratuite de dépistage des infections sexuellement transmissibles).*

10. *Réussir l'intégration des étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur en donnant aux services de l'université un rôle central dans la mise en place des aides à l'accessibilité pédagogique*

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le présent rapport d'information au cours de sa réunion du mercredi 6 décembre 2006.

Un débat a suivi l'exposé de M. Laurent Wauquiez, rapporteur de la mission d'information.

Le président Jean-Michel Dubernard, après avoir salué le travail très important accompli par Laurent Wauquiez, a rappelé que lorsqu'il avait fait mener à Lyon, en 1991, une étude sur les exclus du système de santé, il avait eu la surprise de s'apercevoir qu'1 % des étudiants, soit plus de 1 000 d'entre eux, était concerné par ce phénomène. Ce travail avait alors débouché sur l'ouverture en centre ville d'une maison de l'étudiant, afin d'informer les étudiants sur les questions de santé, cette maison a fermé depuis lors. Le rapport de la mission d'information montre que les choses n'ont guère évolué. Il trace des pistes intéressantes pour répondre aux besoins et il convient donc qu'il soit exploité de façon politique, au sens noble du terme.

M. Pierre-Louis Fagniez a jugé le diagnostic intéressant, même s'il paraît évident que l'on ne changera pas tout chez les jeunes, qui manquent de repères face à la santé parce qu'ils se croient immortels : il faut bien qu'il y ait un âge où l'on est un peu fou et inconscient... En outre, il y a toujours eu beaucoup de suicides chez les jeunes et il n'est pas certain que le chiffre avancé soit un élément clé du diagnostic.

En revanche, la question alimentaire, qui englobe d'ailleurs le coma éthylique dont a parlé le rapporteur, paraît primordiale. En fait, c'est le sucre qui est au centre de tous les dérèglements : il est présent en excès dans l'obésité et fait défaut dans l'anorexie mentale des jeunes filles ; l'alcool et les prémix sont également reliés à la problématique du sucre. En fait, nous suivons la civilisation américaine, qui a fait du sucre un élément fondamental.

Bien évidemment, les problèmes bucco-dentaires sont également liés au sucre. On a, pour la première fois dans le monde, fermé une faculté dentaire à Malmö, en Suède, en apprenant simplement aux enfants qu'on ne mangeait pas de sucre avant de se coucher et que l'on se brossait les dents. Si l'on dispensait une éducation correcte à la santé dès l'école, il n'y aurait plus de caries et les problèmes dentaires entre 18 et 25 ans ne seraient pas aussi importants.

Un autre problème tient au fait que la jeunesse est la période d'activité génitale pour les femmes. Il n'est donc pas anormal que les 18-25 ans soient les plus touchés par les maladies sexuellement transmissibles mais aussi, et c'est dramatique, par une grande partie des 220 000 interruptions volontaires de

grossesse (IVG) pratiquées chaque année, pour environ 800 000 naissances et 550 000 décès. Il n'y a là aucun jugement moral : il est très bien d'avoir autorisé l'IVG pour limiter les avortements qui entraînaient à l'époque 3 000 morts de jeunes femmes chaque année, mais aujourd'hui certaines femmes ne peuvent plus avoir d'enfants à cause des IVG. Le nombre des avortements n'a pas diminué et c'est un échec de la loi de 1975. Qui plus est, entre 18 et 25 ans, l'IVG est souvent vue avec une certaine insouciance et considérée comme une méthode anticonceptionnelle. Il faudrait faire des progrès en la matière, en favorisant, par l'éducation, une véritable prise de conscience.

S'il convient bien évidemment de revoir le système français de médecine préventive, il faut en effet améliorer l'accès des classes moyennes modestes à la santé et les faire bénéficier davantage des actions de prévention.

Compte tenu de la démographie médicale, on ne parviendra pas à combler le déficit en médecins de la médecine scolaire et universitaire, en particulier parce que les jeunes n'ont guère envie de se tourner vers cette discipline. En revanche, la France regorge de psychologues, qu'il faudrait sans doute orienter davantage vers la psychoclinique et utiliser pour un travail de prévention, dès le collège où l'on parvient très bien à faire passer un certain nombre de messages.

S'agissant du sport, il faut, bien au-delà de l'obligation de deux heures de pratique hebdomadaire, susciter un changement des mentalités afin qu'il fasse vraiment partie de la vie de chacun, à l'université comme ailleurs.

Enfin, il conviendrait de préciser si la proposition de la mission vise à ce que tous les étudiants bénéficient d'un accès à une mutuelle complémentaire, afin de tendre vers une couverture de 92 %, comme pour l'ensemble de la population. Il faut aider tous les étudiants à acquérir cette couverture complémentaire, afin que plus personne ne soit empêché d'accéder à la santé pour des raisons financières.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que ce rapport bienvenu met l'accent sur des choses connues depuis une vingtaine d'années. En effet, si la qualité de la protection sanitaire offerte aux étudiants était de très bon niveau, avec notamment les établissements de la Fondation santé des étudiants de France, les choses se sont singulièrement dégradées depuis une vingtaine d'années, à l'image de la situation des universités, de la situation sociale des étudiants et de la santé des adolescents, qui a été considérablement négligée parce qu'on la considérait comme ne posant pas de problème.

Il est bon d'insister sur les problèmes liés à l'alcool. Si le niveau d'alcoolisation des jeunes a globalement régressé, il faut stopper immédiatement toute velléité de contre-attaque. Cela paraît tout particulièrement nécessaire à l'heure où certains députés n'hésitent pas à proposer le retour du vin à la cantine...

En ce qui concerne les addictions, le rapporteur a semblé faire l'impasse sur les addictions de type pharmaceutique, ainsi d'ailleurs que sur les problèmes de sommeil. Or les étudiants ont recours, notamment au moment des examens, à

des anxiolytiques et à des psychostimulants. La situation devient préoccupante parce qu'on est aujourd'hui dans une culture de médecine de confort, d'adjuvant et de dopage, qu'il convient de ne pas laisser s'installer chez les jeunes. On observe d'ailleurs aussi une consommation de cannabis comme anxiolytique ou stimulant et non pas seulement dans un but festif. À ce propos, il sera difficile de faire passer le message selon lequel la consommation épisodique de cannabis serait plus grave que celle régulière de tabac, tout simplement parce que ce n'est pas vrai.

S'agissant de la sexualité, si l'on dénombre autant d'interruptions volontaires de grossesse, c'est surtout faute d'une politique de prévention et d'un véritable suivi des jeunes filles, en particulier de celles que leur culture empêche de se tourner vers la contraception et qui ont recours à plusieurs reprises à l'IVG.

En ce qui concerne la médecine préventive, on ne saurait oublier que, depuis un quart de siècle, de nombreux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de la Cour des comptes ont prôné la fermeture de structures comme les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) ou les centres de santé étudiante. On parle beaucoup aujourd'hui de la responsabilité des magistrats et on voit mal pourquoi les hauts fonctionnaires des corps de contrôle n'auraient pas à rendre de comptes lorsque leurs conclusions sont erronées et ne s'intègrent dans aucune vision stratégique...

S'agissant des solutions, il paraît en effet impossible de mobiliser plus de médecins. Il faut donc développer les politiques de prévention en faisant davantage appel à des nutritionnistes, des psychologues, des ergothérapeutes et à des spécialistes du « *coaching* ». Lutter contre le mal être passe sans doute par une politique de prévention, de conseil, d'écoute, mais on ne pourra pas mettre un psychiatre derrière chaque étudiant qui rencontre un problème. Comme l'a souligné le rapporteur, la société a tout intérêt à améliorer la qualité de la santé des étudiants pour qu'ils deviennent certes de meilleurs étudiants, mais aussi des adultes en meilleure santé.

Il faudrait sans doute insister davantage sur la vie sociale et sur le rôle social des centres régionaux d'œuvres universitaires et scolaires (CROUS). Demander aux restaurants universitaires de servir des repas équilibrés une fois par semaine laisse entendre qu'ils ne le font pas le reste du temps. Il faudrait s'appuyer sur la restauration universitaire pour faire de la prévention et de l'éducation à la bonne nutrition.

Le régime de la sécurité sociale étudiante est souvent compliqué car l'étudiant relève de la sécurité sociale de ses parents avant vingt ans et du régime salarié lorsqu'il occupe un emploi. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la direction de la sécurité sociale considèrent d'ailleurs que le régime étudiant n'a pas de véritable légitimité, ce qui revient à nier tout son rôle de prévention et d'accompagnement.

En ce qui concerne la couverture complémentaire, le problème ne concerne pas uniquement les étudiants boursiers les plus pauvres. On observe là un phénomène appelé à se généraliser dans le système de santé français, qui fait que la « *poor middle class* », comme les Américains l'appellent, n'a pas accès à une couverture complémentaire. On peut bien sûr considérer que cela relève de la responsabilité individuelle, mais on peut aussi se dire que la société a intérêt, au moins jusqu'à un certain âge, à investir dans le capital santé. Aussi, plutôt que de recourir à un système de chèque qui serait onéreux pour les collectivités locales, vaudrait-il mieux affirmer la nécessité d'une prise en charge des soins à 100 % pour les jeunes. Cela paraîtrait d'autant plus logique que l'idée selon laquelle certains patients consommeraient trop de soins de santé, à l'origine de l'instauration du ticket modérateur, ne vaut pas pour cette population, les jeunes n'étant pas particulièrement hypocondriaques... La suppression du ticket modérateur pour cette classe d'âge pourrait en outre responsabiliser les mutuelles et les inciter à promouvoir le « *coaching* ».

Enfin, il paraît légitime que le ministère de la santé ait la responsabilité de la médecine préventive universitaire. Sans doute faudrait-il l'inciter à intervenir davantage et à aller, en liaison avec les mutuelles étudiantes et les universités, vers une forme de santé populationnelle.

Après avoir remercié M. Pierre-Louis Fagniez d'avoir insisté sur les problèmes liés au sucre et sur la nécessité de promouvoir une vraie culture du sport, au bénéfice du bien-être et de l'équilibre des étudiants et souligné que, de ce point de vue, le contraste avec les pays nordiques est saisissant, **le rapporteur** a apporté les précisions suivantes en réponse aux intervenants :

– Le nombre des interruptions volontaires de grossesse est en effet très important, avec, comme l'a souligné M. Jean-Marie Le Guen, un phénomène de répétition chez les jeunes filles qui subissent une pression de leur milieu familial.

– En ce qui concerne le régime de protection sociale des étudiants, la première proposition vise à ce que tous les étudiants de moins de 25 ans relèvent du seul régime étudiant. Certains seraient sans doute perdants au regard des droits à la retraite, mais l'ensemble du système gagnerait en simplicité et en lisibilité. Cette avancée extrêmement importante se heurte à l'opposition de la caisse nationale d'assurance maladie. Le rapport de la mission rappelle l'attachement des parlementaires au régime des mutuelles étudiantes car, outre que les récents calculs de la Cour des comptes ne sont pas vraiment convaincants, elles sont indispensables pour prendre en compte les particularités des étudiants.

– Comme l'ont souligné MM. Pierre-Louis Fagniez et Jean-Marie Le Guen, il serait irréaliste de miser sur une augmentation du nombre des médecins. Mieux vaut donc développer les approches par des nutritionnistes, des psychologues et des ergothérapeutes et s'appuyer sur le tissu de prévention existant, tout en le modernisant. Il faut aussi miser sur l'action des associations d'étudiants.

– En ce qui concerne l'alcool, M. Jean-Marie Le Guen a eu raison d'insister sur la nécessité de stopper net les contre-attaques des alcooliers, car la dégradation actuelle est d'autant plus préoccupante qu'elle touche tous les étudiants, y compris les plus favorisés, et notamment les facultés de médecine et les écoles de commerce où se déroulent 6 000 des 20 000 soirées étudiantes organisées chaque année.

Le rapport insiste sur les addictions de type pharmaceutique, qui commencent en effet dès cet âge, avec la culture du dopage dont a parlé M. Jean-Marie Le Guen.

– En ce qui concerne le chèque santé, la prise en charge par la sécurité sociale à 100 % qu'il a préconisée risquerait de créer au profit des étudiants un régime plus favorable que pour l'ensemble des jeunes. Il n'est en outre pas certain qu'on les habitue de la sorte aux bonnes pratiques qu'ils doivent acquérir pour l'ensemble de leur vie.

– Enfin, il est nécessaire que le ministère de la santé soit effectivement le pilote de la médecine préventive étudiante, d'autant qu'il apparaît clairement que l'éducation nationale ne s'en préoccupe pas.

La commission a décidé, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

ANNEXES

ANNEXE 1

COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION

M. Laurent Wauquiez, président-rapporteur (UMP)

M. Patrick Beaudouin (UMP)

Mme Patricia Burckhart-Vandeveldel (UMP)

M. Yves Durand (Socialiste)

M. Frédéric Dutoit (CR)

Mme Pascale Gruny (UMP)

M. Jean-Marie Le Guen (Socialiste)

M. Jean-Luc Prél (UDF)

Mme Juliana Rimane (UMP)

Mme Irène Tharin (UMP)

ANNEXE 2

RADIOSCOPIE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES ÉTUDIANTS

De 1980 à 2005, le nombre d'étudiants est passé de 800 000 à 2 270 000.

20 % n'obtiendront pas de diplôme de l'enseignement supérieur. Seuls 59 % des étudiants qui commencent leurs études universitaires générales les mèneront à terme.

14 % des étudiants sont des étudiants étrangers.

Santé physique et psychique

Si 96 % des étudiants s'estiment en bonne santé, 30 % déclarent s'être sentis, sur une période de plus de quinze jours, tristes, déprimés, sans espoir, avec une perte d'intérêt pour les activités qu'ils aiment habituellement. 9 % (USEM) ou 15 % (LMDE) ont eu des pensées suicidaires. Le suicide est la deuxième cause de mortalité entre 15 et 24 ans.

Un étudiant sur 5 prend un médicament stimulant avant un examen et 17,5% prennent, souvent ou parfois, des calmants, des antidépresseurs ou des somnifères.

Un étudiant sur trois déclare ne pas manger équilibré. 60 % mettent ce déséquilibre sur le manque de temps et 30 % sur le manque d'argent.

Comportements à risque

29 % des étudiants fument et 35 universités sur 84 ont signé la charte « Université sans tabac ».

71 % des étudiants consomment de l'alcool et 10 % estiment leur consommation excessive. 39 % ont été ivres au cours de l'année et 10 % ont reconnu dix ivresses régulières pendant la même période. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 28 % des tués lors d'accidents de la route, première cause de mortalité pour cette tranche d'âge. Un accident mortel sur trois survient à cause de l'alcool. L'alcool est dans l'ensemble de la population la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac et cinq millions de personnes ont des difficultés avec l'alcool.

20 000 soirées ou fêtes étudiantes sont organisées chaque année (dont 6 000 pour les seules écoles de commerce). 9 étudiants sur 10 boivent pour « faire la fête ».

30 % des étudiants sont consommateurs occasionnels de cannabis. Près de 12 % des fumeurs réguliers de tabac fument aussi du cannabis.

86 % des étudiants se protègent contre le Sida et 38 % ont fait un test de dépistage. Parmi les personnes qui découvrent leur séropositivité, une sur dix a moins de 25 ans.

5 % des étudiantes ont eu recours à une interruption de grossesse et un quart des étudiantes y a recours deux fois.

Couverture sociale et accès aux soins

1 600 000 étudiants (sur 2 220 000) dépendent du régime étudiant.

Le montant de la cotisation de sécurité sociale étudiante est de 189 euros et doit être payée en début d'année universitaire.

82 % des étudiants sont couverts par une mutuelle complémentaire (contre 91 % pour l'ensemble de la population). Un tiers est affilié à une mutuelle autonome, les autres dépendant des mutuelles parentales. Les motifs de non-adhésion à une mutuelle sont d'ordre financier (49 %) ou bien sont liés au sentiment d'inutilité d'une telle couverture (39 %). Le coût moyen d'une couverture mutuelle (entrée de gamme) se situe entre 80 et 90 euros.

23 % des étudiants ont renoncé à des soins et ils sont 32,5 % à l'avoir fait parmi ceux n'ayant pas de mutuelle. 35,5 % des étudiants mutualistes sont allés chez le dentiste au cours des six derniers mois contre 27 % des non mutualistes. Un changement de lunette coûte environ 215 euros : 43 euros seulement seront remboursés hors mutuelle.

Service de médecine préventive universitaire

– On ne dispose que de 60 services de médecine préventive pour 84 universités.

– On constate un médecin pour 10 000 étudiants et un psychologue pour 43 000 étudiants.

– Moins d'un étudiant sur deux a bénéficié d'une visite de médecine préventive universitaire sur l'ensemble de son cursus universitaire. Le taux moyen de réalisation de la visite médicale obligatoire est de 40 %.

– 27 % des étudiants jugent insatisfaisant le fonctionnement des services de santé universitaire.

ANNEXE 3

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Mercredi 13 septembre 2006

- **Fédération des associations générales étudiantes (FAGE)** – M. Jean-François Martins, président, et M. Christophe Piton, premier vice-président chargé de la formation et de la prévention
- **Union nationale universitaire (UNI)** – M. Olivier Vial, délégué général
- **Universités de Paris 12** – Dr Bernard Lelu, médecin directeur des services interuniversitaires de médecine préventive et de prévention de la santé des universités de Paris 12 et chargé de mission auprès du directeur de l'enseignement supérieur, Groupe de réflexion enseignement supérieur et santé (GRESS)
- **ANIMAFAC** – Mme Mélanie Gratosos, déléguée générale, et Mme Florence Kunian, administratrice
- **Union nationale des étudiants de France (UNEF)** – M. Bruno Julliard, président, et M. Michael Zemmour, responsable de la commission aide sociale
- **Confédération étudiante** – Mme Julie Coudry, présidente

Mercredi 20 septembre 2006

- **Universités de Nancy** – Mme Martine Rosenbacher, médecin directeur du service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé des universités de Nancy et présidente de l'Association des médecins directeurs de santé universitaire
- **Observatoire de la vie étudiante (OVE)** – M. Guillaume Houzel, président du conseil

Mercredi 27 septembre 2006

- **Union régionale des sociétés étudiantes mutualistes (USEM)** – M. Edouard Bidou, président, et M. Laurent Michel, délégué général
- **Promotion et défense des étudiants (PDE)** – Mme Dorothee Folliet, présidente, Mme Nadine Vrignaud, administratrice, et M. Yannick Morvan chargé de mission santé

- **Conférence des présidents d'université (CPU)** – M. Jean-Luc Nahel, président de la commission « Vie de l'étudiant » et président de l'université de Rouen, M. Yannick Vallée, premier vice-président et président de l'université Joseph Fourier de Grenoble I, et M. Denis Ehram, chargé de mission
- **La mutuelle des étudiants (LMDE) et l'Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants** – M. Michael Delafosse, président de la LMDE, M. Damien Berthillier, président de l'Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants, Mme Fanélie Carrey-Conte, administratrice, et M. Fabrice Chambon, secrétaire général adjoint
- **Bureau des politiques étudiants, direction générale de l'enseignement supérieur au ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche** – Mme Danièle Kerneis, chef du bureau

Mardi 3 octobre 2006

- **Ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche** – M. François Goulard, ministre délégué
- **Société française de médecine générale** – M. Jean-Luc Gallais, directeur du conseil scientifique
- **Association entreprise et prévention** – M. Alexis Capitant, directeur général, M. Armand Hennon, secrétaire général, et Jean-Yves Moreau, chargé des opérations des actions de préventions

Mardi 10 octobre 2006

- **Fil santé jeunes** – Mme Brigitte Cadéac, responsable de la téléphonie
- **Fédération des mutuelles étudiantes (SMERA, SMEREB, SMECO, VITAVIE)** – M. Philippe Delamarre, secrétaire général
- **Ministère de la santé et des solidarités** – M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale

Mercredi 11 octobre 2006

- **Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR)** – Mme Françoise Boutet-Waiss, inspectrice générale
- **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)** – M. François Beck, responsable des enquêtes en population générale
- **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé** – Mme Yvonne Glanddier, présidente

- **Centre national des œuvres universitaires** – M. Jean-François Cervel, président
- **Union nationale des associations familiales (UNAF)** – M. Jean-Claude Daigney, administrateur en charge du département « éducation », et Mme Anne Tellier, coordinatrice

Mercredi 18 octobre 2006

- **Caisse d’allocations familiales de Meurthe et Moselle** – M. Jean Paul Lacresse, président du conseil d’administration de la Caisse d’allocations familiales
- **CROUS de Nancy-Metz** – Mme Lina Rustom, directrice du CROUS
- **Faculté des sciences de Nancy** – M. Pierre Steinmetz, doyen de la faculté des sciences de Nancy, et M. Pierre Guilmin, vice président du CEVU de l’UHP
- **Ministère de l’éducation nationale, de l’enseignement supérieur et de la recherche** – M. Gilles de Robien, ministre de l’éducation nationale, de l’enseignement supérieur et de la recherche

Mardi 24 octobre 2006

- **Bureau d’aide psychologique universitaire de Paris –Luxembourg** – M. Roland Havas, médecin directeur
- **Direction générale de la santé** – Mme Marie-Hélène Cubaynes, adjointe au sous-directeur « santé et société », et Mme Zinna Bessa, adjointe au chef du bureau « santé des populations, précarité et exclusion »
- **Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Frédéric Van Roeckeghem, directeur
- **Fondation santé des étudiants de France** – M. Rolf Coulon, directeur général

Mardi 21 novembre 2006

- **Ministère de la santé et des solidarités** – M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités

Contributions écrites :

- Conseil national de la jeunesse
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
- Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES)

ANNEXE 4

DÉPLACEMENTS

– En France :

1. Déplacement à Versailles le mercredi 11 octobre 2006

Personnes rencontrées

- M. Alain Boissinot, recteur de l'Académie de Versailles, Mme Sylvie Fauchaux, présidente de l'Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, et M. Mohamed Krir, directeur de l'UFR des sciences.
- Dr Martine Israël, chef du service de médecine préventive et les médecins du service médical.
- Dr Laurence Braun et Dr Emmanuelle Mathiot, médecins.
- Mme Bouchain, assistante sociale du CROUS du site de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines.
- M. Christophe Bruyelle, étudiant et directeur du service commun de la Vie de l'étudiant (SCVE), et des étudiants

Visite du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de l'université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines

Le service médical universitaire de l'université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ) concerne 14 450 étudiants répartis entre trois unités de formation et de recherches (UFR) : sciences à Versailles, sciences juridiques et politiques et sciences sociales et des humanités ainsi que deux instituts universitaires de technologie (IUT) : Velizy-Rambouillet et Mantes. Le service médical siège à l'UFR de sciences à Versailles, campus principal, et dispose de quatre antennes, ce qui est une source de difficultés de fonctionnement comme pour toutes les universités à sites multiples.

12 personnes travaillent dans ce service dont 3 médecins à temps partiel (équivalent à 2 temps-plein) et 2 psychologues effectuant chacune une journée par semaine. Par rapport aux chiffres moyens nationaux, il s'agit d'un service relativement étoffé mais ses moyens sont partagés entre la médecine préventive des étudiants et la médecine de prévention du personnel.

Une présence sanitaire auprès des étudiants

Le service assure une présence auprès des étudiants afin notamment de désamorcer les crises : beaucoup de situations aiguës y sont traitées et les demandes de rendez-vous avec les psychologues sont très fortes. Le service est souvent un refuge pour des étudiants en situation de rupture avec leur environnement habituel et un lieu où ils peuvent se confier, protégés par le secret médical. C'est particulièrement vrai pour les étudiants d'origine étrangère et les étudiantes issues de l'immigration.

Deux exemples très symboliques illustrent ce rôle de veille auprès des étudiants. L'année dernière, le service a détecté, à la suite d'une visite de routine, un cancer chez une étudiante qui a été, par la suite, aidée psychologiquement par l'équipe. Au cours d'un épisode dramatique où une étudiante a été poignardée sur le campus, le médecin du service a été le premier prévenu sur son téléphone portable.

L'organisation de la visite médicale obligatoire

Le service convoque systématiquement les étudiants et la visite obligatoire constitue une activité du service sur laquelle les médecins mettent un accent particulier. Ils estiment en effet déterminant de créer un lien dès la première année où les étudiants découvrent l'autonomie et mettent en place leurs comportements de santé. À l'UFR de sciences, tous les étudiants en première année sont convoqués et environ 70 % se présentent. Un effort particulier est fait en direction de certaines filières : à l'IUT de Mantes-la-Jolie, 95 % des étudiants se sont présentés grâce à la collaboration du secrétariat et des enseignants. Les étudiants de la filière « génie mécanique et technique » de cet IUT sont souvent d'origine étrangère. Ils ont en principe passé une visite médicale auprès de l'Agence nationale d'accueil des étrangers mais on constate que le test tuberculinique n'est que rarement fait et le service n'a par ailleurs jamais connaissance des radiographies pulmonaires.

Les actions de prévention

Le service met en place des actions de prévention dont les thèmes sont choisis en fonction des besoins ressentis à travers les consultations individuelles. La lutte contre le tabagisme est un des axes forts du service, un des médecins a d'ailleurs suivi une formation spéciale de tabacologie et une consultation de sevrage est ouverte. L'université a signé la charte des universités sans tabac. Des campagnes « coup-de-poing » sont organisées avec une évaluation individuelle du tabagisme par testeur et des échanges avec les étudiants.

Des campagnes sur l'équilibre alimentaire sont également organisées au sein des restaurants universitaires, avec la participation du CROUS et des mutuelles.

Interrogés par la mission sur les actions prioritaires qui devraient être menées, les étudiants ont indiqué qu'elles devraient porter sur les maladies sexuellement transmissibles, le tabac, l'alimentation et l'alcool. S'agissant des modalités pratiques de ces actions, les étudiants estiment que l'on doit s'orienter vers des actions les touchant immédiatement et non vers des conférences (lors d'une conférence sur le Sida, seuls étaient présents deux étudiants dans l'amphithéâtre).

L'accueil des étudiants en situation de handicap

80 étudiants en situation de handicap sont présents cette année dans l'université. Une mission « handicap » est dédiée à leur accueil et des enseignants référents sont placés auprès de ces élèves. L'attention de la mission a été attirée sur les difficultés d'application de la loi n°2005-106 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le retrait de l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) de tout financement a ainsi placé certains étudiants lourdement handicapés dans des situations délicates.

2. Déplacement à Nanterre le mercredi 18 octobre 2006

Personnes rencontrées

- M. Olivier Audeoud, président de l'Université de Paris X-Nanterre, Mme Françoise Bir, directrice du CROUS de l'Académie de Versailles, Mme Geneviève Escames, directrice du site de Nanterre, Mme Michèle Ryncarz, gestionnaire de la résidence de Nanterre, M. Romain Gille, gestionnaire des restaurants de Nanterre, et le Dr Mylène Bourennane, médecin et directrice du service universitaire de médecine préventive.
- Mme Christine Quique, conseillère technique auprès de la directrice du CROUS, Mmes Marie-Paule Coulmin et Annaig Le Moel, assistantes sociales du CROUS de Versailles sur le site de Nanterre, et Mme Françoise Heit, conseillère technique du service social auprès du Recteur de l'Académie de Versailles
- Les médecins et infirmières du service médical

Visite du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de l'université de Paris X-Nanterre

Pour 32 000 étudiants, le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de l'Université de Paris X-Nanterre compte trois postes de médecins (équivalent temps plein-ETP) et un psychologue.

Le service est un centre de santé

Ce service présente la spécificité d'être l'un des onze services de médecine préventive en France agréé par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales pour être « centre de santé » : les médecins qui y exercent leur activité ont, en conséquence, le droit de prescrire.

Ce centre de santé est né de la volonté de la direction de répondre aux besoins liés à la présence sur le site de la cité universitaire où sont hébergés de nombreux étudiants en situation de précarité et qui n'auraient pas facilement accès aux soins sans cette structure. La création d'un centre de santé trouve donc tout son sens quand les sites universitaires sont éloignés du centre ville et donc des lieux de soins. La plupart des étudiants domiciliés à la cité universitaire a d'ailleurs choisi le médecin du centre de santé comme médecin traitant.

Des difficultés de fonctionnement

Le service consacre une part non négligeable de son activité à la médecine du travail des personnels, alors que sur un budget de 220 000 euros, l'université ne verse que 20 000 à ce titre. Le médecin directeur du service a d'ailleurs quitté le service l'année dernière en marque de protestation contre ce détournement de moyens.

Le service rencontre en outre des difficultés pour recruter des médecins et certains, en poste parfois depuis 10 ans, n'ont pas été encore contractualisés.

La visite obligatoire

Le service ne convoque pas systématiquement tous les étudiants (le pourcentage est d'environ 50 %) et la priorité est donnée aux résidents de la cité universitaire, aux étudiants en STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives) et aux étudiants de l'Institut universitaire de technologie de Ville d'Avray.

Des consultations spécialisées

Le centre de santé de Nanterre propose huit consultations spécialisées : médecine générale, aide à la contraception, dépistage du VIH et de l'hépatite C, psychologie, sevrage tabacologique, diététique, traumatologie et handicap. Près de 3 500 étudiants ont fréquenté ces consultations.

Des actions de prévention

Le service met un accent particulier sur les actions de prévention en lien avec les mutuelles et les associations étudiantes. Une action « Femmes et tabac » financée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a permis d'aborder d'autres problématiques, telles l'isolement ou les violences faites aux femmes. À l'occasion de la journée de prévention du Sida, a été présentée une pièce « *On n'est pas sérieux quand on a 17 ans* ». Un travail épidémiologique a été mis en place en 2004 dont l'objectif est de déterminer la prévalence de l'infection à chlamydia.

Le service garde aussi une vigilance particulière concernant la tuberculose : un premier cas avait en effet été traité en 2004 et un deuxième, lié au premier, est survenu en 2005. Quand ces cas ont été connus, la plupart des étudiants se sont adressés au service pour savoir quelles précautions il convenait de prendre.

La prise en charge psychologique

Les deux psychologues travaillent en liaison avec les assistants de service social et les conseillers d'orientation, car une intrication des problèmes sociaux, économiques et culturels est très souvent constatée, notamment dans les situations les plus lourdes.

Les personnels de la cité universitaire et des personnes « ressources » ont été formés à la détection de la souffrance psychique des étudiants.

Des séances de lutte contre l'inhibition et la prise de parole en public ont rencontré un grand succès.

Les personnes rencontrées ont insisté sur le caractère irremplaçable du travail en réseau, à la fois à l'extérieur de l'université (hôpitaux, mutuelles, médecine de ville, associations de prévention...) et à l'intérieur (avec les autres services de l'université).

3. Déplacement à Montpellier le mardi 14 novembre 2006

Personnes rencontrées

- Mme Dominique Deville de Périère, présidente de l'université de Montpellier I
- M. Jean-Louis Cuq, président de l'université de Montpellier II
- M. Jean-Marie Miossec, président de l'université de Montpellier III
- M. Pierre Richter, directeur du CROUS
- Mme Maryse Thibon, responsable du service social du CROUS
- M. Jacques Duchamps, chargé du dossier handicap et des actions de prévention au CROUS
- M. Claude Terral, médecin directeur du service de médecine préventive de Montpellier I
- M. Claude Trinquand, médecin directeur du service de médecine préventive de Montpellier II
- Mme Björg Ferran, médecin directeur du service de médecine préventive de Montpellier III
- M. Roger Aulombard, chargé de mission handicap de l'université de Montpellier II
- M. Frédéric Planché, chargé de mission handicap de l'université de Montpellier III
- des étudiants

Visite du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé des universités de Montpellier

Les trois universités de Montpellier se sont dotées chacune d'un service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé après l'éclatement du service interuniversitaire en 2001.

Service de médecine de l'université de Montpellier I

- Ce service a mis en place un accueil médico-psycho-social des étudiants afin d'avoir une approche la plus globale de leurs problèmes de santé. Sont ainsi présents dans le service, des professionnels de santé (médecins, sage-femmes, infirmières, diététicienne...); des assistants sociaux du CROUS assurent une permanence quotidienne. Les personnels d'accueil et de secrétariat sont également formés à une approche « santé ».

- Le service assure des consultations orientées sur les problèmes de santé qui ressortent des enquêtes en milieu étudiant :

– Le mal-être (huit demi-journées de consultations hebdomadaires de psychologues, ateliers de gestion du stress avec l'enseignement de méthodes sophrologiques adaptées à la vie étudiante) ;

– la sexualité et contraception (une demi-journée de consultation hebdomadaire) ;

– alimentation (quatre demi-journées de consultations hebdomadaires assurées par des diététiciennes).

• Des actions de prévention et d'éducation à la santé sont menées ponctuellement à l'occasion de journées spécifiques et associent les étudiants à leur élaboration et leur réalisation. Elles sont l'occasion pour les étudiants d'aller à la rencontre d'autres étudiants, dans une stratégie d'éducation par les « pairs ».

Cette année, les principales actions ont porté sur :

– La sexualité et la contraception: cette action a été menée en partenariat avec l'école de sages-femmes.

– L'alimentation à travers le programme « Alimentation et petit budget ».

« L'espace sanitaire et social » de l'université de Montpellier 3

Les 19 000 étudiants de l'université de Montpellier 3 présentent certaines spécificités socio-économiques : 50 % sont boursiers, 57 % vivent éloignés du domicile parental, 43 % sont d'origine modeste, un étudiant sur trois travaille pour financer ses études et le taux d'échec en premier cycle ou les abandons d'études sur l'ensemble du cursus sont non négligeables. C'est une université que l'on peut qualifier de vulnérable et prédisposée à la précarité, au regard des données nationales des universités de même type.

Ce constat a conduit les autorités de l'université à créer un « Espace sanitaire et social » (ESS) où sont coordonnées les actions des services suivants :

– le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé ;

– le service social ;

– le service d'accueil des étudiants en situation de handicap ;

– la mission pour l'égalité entre les femmes et les hommes ;

– le service de la vie sociale et universitaire, qui a notamment pour fonction de gérer les crédits du Fonds de solidarité et de développement de la vie étudiante (FSDIE), est affecté à l'aide aux projets étudiants dans les domaines culturel, social ou sportif ou à l'aide aux étudiants en difficultés ;

– la maison des étudiants est un lieu d'accueil pour les étudiants ; elle met à leur disposition une salle de spectacles de 250 places et héberge une vingtaine d'associations ;

– une salle multiservices propose un relais des actions de prévention de l'ESS et une permanence des mutuelles (dépôt de feuilles de soins, mise à jour de la carte Vitale et adhésion).

Cette démarche consistant à regrouper sur un lieu unique et identifié par les étudiants un ensemble de services a semblé particulièrement intéressant à la mission qui propose, sur cet exemple, la création « d'une maison de la santé étudiante ».

– En Norvège :

4. Déplacement à Oslo (Norvège) le jeudi 19 octobre 2006

Personnes rencontrées

➤ Mme Cécile Daae, médecin en chef du service médical du SIO

Visite du « SIO » de l'université d'Oslo

Dans chaque université norvégienne, les étudiants bénéficient des services d'un « *Studentsamskipnaden* », que l'on traduit inexactement par « fondation » de services aux étudiants. Le SIO (*foundation for student life in Oslo*) est une des 25 fondations du pays.

Née en 1939, cette institution trouve son origine dans une initiative des étudiants qui dénonçaient alors les difficultés économiques et notamment leur accès au logement. La philosophie générale du système était et est demeurée, comme l'ont rappelé les personnes rencontrées par la mission, de soulager au maximum les étudiants afin qu'ils puissent mener leurs études dans les meilleures conditions possibles.

- Les étudiants ont une large place dans la direction de la fondation et le président du conseil d'administration est un étudiant. Les besoins des usagers sont donc directement pris en compte et les étudiants peuvent décider de l'affectation des ressources de la fondation.

- L'adhésion au SIO est obligatoire pour tous les étudiants qui versent à ce titre une cotisation d'un montant de 50 euros par an.

- Les fondations assurent une gamme étendue de prestations de services dans un même immeuble : garderie d'enfants (les étudiants norvégiens sont en moyenne plus âgés qu'en France et 17 % ont déjà des enfants), service social, librairie, service de sports, service d'orientation professionnelle.

Le service de santé est particulièrement étoffé : 9 médecins généralistes, 5 psychologues et 2 dentistes pour 30 000 étudiants et les services ont à cœur d'éviter au maximum les listes d'attente. Ce service mène aussi des actions de prévention : la maîtrise du stress et les infections sexuellement transmissibles sont actuellement prioritaires.

ANNEXE 5

FICHES SUR LES DIX MESURES PRIORITAIRES

Mesure n° 1

Simplifier le parcours de sécurité sociale en rattachant l'ensemble des étudiants au régime étudiant et améliorer l'information et les délais de délivrance de la carte Vitale

– Sur les 2 250 000 étudiants que compte l'enseignement supérieur, seuls 1 600 000 sont affiliés au régime étudiant. Les étudiants travaillant plus de 60 heures par mois et ceux effectuant un stage rémunéré à plus de 350 euros par mois dépendent du régime général. En fonction de leurs changements de situation, les étudiants sont donc amenés à effectuer des allers retours entre les deux régimes, ce qui est une source de complication.

Compte tenu de l'avantage que constituerait le rattachement au seul régime étudiant, en termes de simplification des procédures et de pouvoir d'achat, il est nécessaire d'engager la réflexion sur ce thème. Un groupe de travail réunissant les principaux acteurs concernés (ministères de la santé et de l'éducation nationale, mutuelles étudiantes, organisations étudiantes et Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) devrait notamment réfléchir à la question de la prise en compte des droits (assurance vieillesse et prestations en espèces d'assurance maladie) que s'ouvrent les étudiants à l'occasion de leur activité salariée.

– Un livret d'informations sur le fonctionnement du régime étudiant devrait être remis à chaque étudiant au moment de l'inscription administrative.

– Le délai de délivrance de la carte Vitale devrait être réduit.

Mesure n° 2

Fractionner en dix versements le paiement de la cotisation et mettre fin à la double cotisation des étudiants âgés de vingt ans pendant l'année universitaire

– Fractionnement de la cotisation

Le montant de la cotisation étudiante – 189 euros en 2006 – est comparativement plus faible que celui des cotisations demandées aux autres catégories de la population. Cependant, les étudiants doivent s'acquitter de ce versement en une seule fois. Les retards de règlement sont fréquents. Aussi la mission est-elle favorable au paiement de cette cotisation en dix fois afin d'alléger la trésorerie des étudiants en période de rentrée scolaire où ils ont à faire face à de nombreuses dépenses (caution de logement, achat de livres). Ce fractionnement pourrait être mis en place dès la rentrée 2007 par les établissements d'enseignement supérieur responsables de l'encaissement des cotisations.

– Proratisation de la cotisation des étudiants atteignant l'âge de vingt ans au cours de l'année universitaire

Jusqu'à l'âge de 20 ans, les étudiants sont dits « rattachés » au régime étudiant et « non affiliés ». Ayants droit autonomes de leurs parents ⁽¹⁾, ils ne sont pas redevables de la cotisation de 189 euros. Cependant, un étudiant qui atteindra l'âge de 20 ans dans le courant de l'année universitaire (entre le 1^{er} octobre et le 30 septembre) doit quand même s'affilier au régime étudiant lors de l'inscription universitaire et acquitter la totalité de la cotisation annuelle. Ce système aboutit à une double cotisation inacceptable, compte tenu des budgets restreints des étudiants.

Un abattement forfaitaire par mois pourrait être appliqué sur la cotisation au bénéfice des jeunes de moins de 20 ans inscrits pour la première fois à ce régime, en fonction de leur mois de naissance.

(1) Depuis la loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, l'article L 161-14-1 du code de la sécurité sociale prévoit un accès autonome à l'assurance maladie des jeunes majeurs ayant droit d'un assuré se caractérisant par l'attribution d'inscription spécifique et par un remboursement à titre personnel des dépenses de santé.

Mesure n° 3

Attribuer un chèque santé à tous les étudiants pour les aider à adhérer à une couverture complémentaire autonome.

La couverture complémentaire des étudiants accuse un grave déficit : 82 % sont adhérents à une mutuelle, alors que l'ensemble de la population est couverte à 91 %. Le défaut de couverture complémentaire est à l'origine de renoncements à des soins qui auront des conséquences sur leur santé à plus ou moins long terme, notamment pour les soins dentaires et ophtalmologiques.

Les dispositifs d'aide à la couverture complémentaire (Couverture universelle maladie complémentaire – CMUC, aide à la complémentaire santé – ACS) sont complexes. De surcroît, accordés sous conditions de ressources, ils laissent de côté toute une catégorie d'étudiants : étudiants salariés et étudiants rattachés au foyer fiscal de leurs parents qui déclarent des revenus pouvant être légèrement supérieurs au plafond d'attribution des bourses.

Certains départements (Alpes-Maritimes, Pas-de-Calais) ont pris l'initiative d'accorder des aides aux étudiants afin de les aider à adhérer à une mutuelle complémentaire autonome. La mission propose que ces initiatives soient généralisées et qu'un chèque santé soit attribué à tous les étudiants souhaitant être couverts par une mutuelle complémentaire autonome. Cette mesure pourrait être cofinancée par l'État et les conseils généraux. Un modèle de lettre chèque serait fourni à ces derniers sur le modèle du chèque restaurant. Les étudiants attributaires de ce chèque le remettraient ensuite à l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé de leur choix qui en déduirait le montant de celui de la cotisation. Cette aide pourrait être calculée sur la base de 50 % du coût des complémentaires santé de base proposées par les mutuelles étudiantes (en moyenne de 80-90 euros pour les contrats dits d'entrée de gamme), soit entre 40 et 50 euros. Cette aide serait cumulative avec la mesure de crédit d'impôt d'ACS qu'elle accompagnerait et renforcerait.

La mission se prononce pour une expérimentation immédiate de cette mesure dans 12 départements pilotes.

Mesure n° 4

Créer une « Maison de la santé étudiante » par pôle universitaire dans une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants.

Les services de médecine préventive universitaire sont souvent méconnus des étudiants et ne répondent pas à l'ensemble de leurs besoins. Il s'agit donc de mettre en place un lieu unique pour aider les étudiants confrontés à des problématiques de vie nouvelles, tant sanitaires que sociales et administratives.

Ces maisons de la santé regrouperaient en un lieu unique :

– Les services de médecine préventive universitaire qui seraient chargés de la visite obligatoire pour les étudiants, du contrôle des vaccinations et de la surveillance particulière de certains étudiants (étrangers, handicapés, étudiants exposés à des risques professionnels). Ils assureraient aussi une offre de soins diversifiée (consultations de médecine générale ou spécialisées) ainsi qu'une prise en charge psychologique (traitements courts avec un psychologue ou plus longs, dans le cadre d'un Bureau d'aide psychologique universitaire rattaché à ces maisons de la santé). Ils organiseraient des actions de promotion de la santé en coordination avec les mutuelles, les associations étudiantes et les étudiants relais ;

– les mutuelles chargées de renseigner les étudiants sur le fonctionnement de leur régime de sécurité sociale ;

– les assistants de service social du CROUS ;

– des enseignants et des conseillers d'orientation.

Mesure n° 5

Droit à un « paquet santé » pour tous les étudiants au cours des deux premières années dans l'enseignement supérieur

La visite médicale obligatoire à laquelle sont soumis les étudiants dès leur inscription dans l'enseignement supérieur ne connaît, faute de moyens des services de médecine universitaire, qu'un taux de réalisation moyen de 40 %.

La mission est favorable au maintien de cette visite obligatoire à laquelle devront être systématiquement convoqués tous les étudiants de façon étalée sur les deux premières années. La mise à niveau des effectifs de personnels est bien entendu une condition *sine qua non* de la réalisation de cette visite.

Cette visite ne sera pas une simple visite médicale mais un *check-up* complet comprenant :

- une visite médicale ;
 - la mise à jour de vaccinations ;
 - un bilan bucco-dentaire et d'optique ;
 - le cas échéant, une consultation d'addictologie.
-

Mesure n° 6

Lutter contre les dérives liées à l'alcool

La lutte contre les abus d'alcool dans les soirées étudiantes (20 000 par an dont 6 000 dans les écoles de commerce) est une priorité eu égard aux dégradations des comportements qui font courir des dangers à la fois immédiats (accidents de la route) et à plus long terme (risque de dépendance).

Il s'agit donc de:

- soutenir des actions innovantes de prévention de « pair à pair » ;
 - veiller au respect des dispositions réglementaires pour l'organisation des soirées (interdiction du parrainage, autorisation d'ouverture temporaire de débits de boissons pour toutes les soirées) ;
 - créer un kit de formation pour les organisateurs de soirées ;
 - élaborer une charte de bonne conduite entre les bureaux des élèves et les directions d'établissements (autorisation préalable de la direction, mise en place d'un dispositif de « capitaine de soirée » ou de navettes, présence d'étudiants pour informer sur les risques encourus, contrôle de l'alcoolémie, suppression du soutien financier des marques) ;
 - revoir la taxation sur les boissons « prémix » ;
 - développer, en milieu étudiant, les programmes de prévention sur les risques liés à l'alcool.
-

Mesure n° 7

Répondre aux détresses des étudiants

30 % des étudiants se sont sentis, sur une période de plus de quinze jours, tristes, déprimés et sans espoir, avec une perte d'intérêt pour leurs activités habituelles et 9 % ont eu des pensées suicidaires. Le suicide est la deuxième cause de mortalité entre 15 et 24 ans.

La mission souligne l'importance des mesures de prévention dite secondaire. En présence d'une pathologie non gravement installée, il s'agit d'éviter l'aggravation d'un état de mal-être en :

– augmentant les consultations psychologiques au sein des services de médecine préventive universitaire ;

– créant des bureaux d'aide psychologique universitaire dans toutes les villes universitaires ;

– formant l'ensemble de la communauté universitaire (enseignants, personnels des cités universitaires) à la détection des situations de mal-être.

Mesure n° 8

Promouvoir le bien être des étudiants

Lutter contre le mal être des étudiants, c'est aussi leur apporter les clés pour mieux vivre en favorisant le lien social et en améliorant leurs conditions de vie. L'appui des associations étudiantes et des mutuelles sera essentiel dans la mise en œuvre de ces actions.

Des « sas de décompression » devraient être offerts aux étudiants par le biais d'activités sportives ou d'engagement associatif. Dans cet esprit, les universités devraient s'associer au fonds de solidarité et de développement des initiatives étudiantes (FDSIE) pour l'accompagnement de projets et aider ainsi au développement de la solidarité étudiante.

Par ailleurs, la mission se prononce pour la mise en place des mesures suivantes :

– l'inscription de deux heures de sport hebdomadaires dans tous les cursus universitaires ;

– la mise en place d'une journée « Bien manger » par semaine en liaison avec les CROUS.

Mesure n° 9

limiter les comportements sexuels à risques

5 % des étudiantes déclarent avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse et la proportion des IVG répétées une fois est de 25 %. Parmi les personnes qui découvrent leur séropositivité, une sur dix a moins de vingt-cinq ans.

Ces deux constatations plaident en faveur :

- de consultations d'aide à la contraception dans le cadre des maisons de la santé ;
 - du dépistage anonyme et gratuit des maladies sexuellement transmissibles ;
 - de l'installation de distributeurs de préservatifs à bas prix sur les campus.
-

Mesure n° 10

Réussir l'intégration des étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur

Les étudiants handicapés scolarisés dans l'enseignement supérieur sont aujourd'hui 7 500 ; par ailleurs on compte environ 6 000 lycéens en situation d'intégration scolaire individuelle, dont plus de 2 000 en classe terminale. Même dans une hypothèse basse de réussite au baccalauréat, le nombre de ces étudiants à la prochaine rentrée scolaire pourrait se situer autour de 1 000. L'enjeu est donc clair : il est nécessaire de préparer l'intégration de ces élèves afin qu'aucun d'eux ne soit contraint de renoncer à ses études supérieures.

La mission considère que l'université est un lieu de vie homogène qui permet la prise en charge des étudiants handicapés. Celle-ci sera d'ailleurs facilitée par la création des « Maisons de la santé ». Les services de l'université et tout particulièrement la médecine préventive universitaire, doivent donc recevoir délégation des maisons départementales du handicap pour la mise en place des aides pédagogiques et l'aménagement des conditions d'examen.

ANNEXE 6

GLOSSAIRE

ACS :	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
BDE :	Bureau des élèves
CEVU :	Conseil des études de la vie universitaire
CFES :	Comité français d'éducation à la santé
CMUC :	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS :	Centre national de la recherche scientifique
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPGE :	Classes préparatoires aux grandes écoles
CRAMIF :	Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CREDES :	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CROUS :	Centre régional d'œuvres universitaires et scolaires
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques
EPSE :	Expertise et prévention pour la santé des étudiants
ESCAPAD :	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ETP :	Équivalent temps plein
FAGE :	Fédération des associations générales étudiantes
FESTIF :	Facultés et écoles sans tabac en Ile-de-France
FNORS :	Fédération des observatoires régionaux de la santé
FSDIE :	Fonds de solidarité et de développement des initiatives étudiantes

FSPF :	Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
GRESS :	Groupe de réflexion enseignement supérieur et santé
HEC :	Ecole des hautes études commerciales
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IGEN :	Inspection générale de l'éducation nationale
IMPS :	Institut de promotion de la santé
INPES :	Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES :	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IUFM :	Institut universitaire de formation des maîtres
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LMDE :	La mutuelle des étudiants
MILTD :	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
MNEF :	Mutuelle nationale des étudiants de France
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT :	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OVE :	Observatoire de la vie étudiante
PACA :	Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
PRSP :	Plans régionaux de santé publique
SFMG :	Société française de médecine générale
SIUMPPS :	Services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
SUMPPS :	Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
SVE :	Service de la vie étudiante

UFR : Unité de formation et de recherche

URSSAF : Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

USEM : Union des sociétés étudiantes mutualistes