

## Construire les SSU de demain

# Propositions de pistes d'amélioration pour les services de santé universitaire



Mai 2021

**Laurent GERBAUD**

*Professeur de santé publique*

*Chef du pôle de santé publique – CHU de Clermont-Ferrand,  
Chef du pôle santé handicap étudiant Université Clermont Auvergne  
Institut Pascal, UMR6602 UCA CNRS*

Avec la participation de Pierre VALLA

*Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche*

## SOMMAIRE

Liste des propositions.....	3
Introduction.....	4
1. Bref panorama des SSU en 2020 .....	5
2. De la prévention aux soins .....	9
2.1. Les missions des SSU sont focalisées prioritairement sur la prévention... ..	9
2.2. ... mais les attentes des étudiants portent tout autant sur l'accès aux soins.....	11
2.3. L'intégration entre préventif et curatif augmente l'efficacité sur la prévention .....	13
2.4. Les établissements doivent assumer leur responsabilité sur la santé étudiante.....	14
2.5. ... en ouvrant des centres de santé sur leurs campus... ..	14
2.6. ... avec un appui politique national et une concertation régionale renforcée .....	16
3. Des bonnes pratiques de gouvernance et de gestion à généraliser .....	18
3.1. Une gouvernance perfectible.....	18
3.2. Un guide pratique pour le recrutement et la gestion des personnels contractuels des SSU à l'impact trop faible .....	19
3.3. Une responsabilisation à encourager pour la gestion budgétaire .....	20
3.4. Une attention à apporter à la formation.....	21
4. L'adaptation aux nouveaux enjeux.....	22
4.1. Un renforcement à poursuivre sur les enjeux de la santé mentale .....	22
4.2. Une adéquation à faire entre les priorités et les moyens des actions de prévention .....	22
5. Renforcer la promotion de la santé.....	25
5.1. Les SSU au cœur de la vie étudiante.....	25
5.2. Relations avec les CROUS .....	27
5.3. Les synergies avec l'assurance-maladie .....	28
5.4. Des relations hétérogènes et pourtant indispensables avec les Agences régionales de santé	30
5.5. Des relations avec la MILDECA à renforcer .....	31
5.6. Les acteurs hospitaliers.....	31
5.7. Les collectivités territoriales.....	32
5.8. Relations avec les autres acteurs en santé.....	33
Conclusion .....	34
Annexe 1 : Lettre de mission .....	35
Annexe 2 : Articles D714-20 à 27 du Code de l'Education concernant les SSU .....	37
Annexe 3 : Liste des personnes consultées dans le cadre de la mission.....	40

Annexe 4 : Diaporama de présentation de l'enquête MESRI-CPU-ADSSU de 2020 sur les SSU .....	42
Annexe 5 : Audition du 25 mars 2021 par le Sénat sur la santé et l'offre de soins à destination des étudiants.....	51
Annexe 6 : Audition du 14 avril 2021 du HCSP sur l'impact du Covid-19 sur la santé mentale.....	63

## Liste des propositions

- Proposition 1 : **Se donner l'objectif qu'au moins 80% des SSU se soient constitués en centres de santé à l'horizon 2027.**
- Proposition 2 : **Elargir aux différentes composantes de la santé étudiante le champ de l'actuelle conférence nationale de prévention en la transformant en conférence nationale de santé étudiante et faire organiser des conférences régionales de santé étudiante pour créer ou renforcer les liens entre les établissements d'enseignement supérieur et les acteurs du système de santé et de la prévention.**
- Proposition 3 : **Constituer, par convention entre le MESRI, la CPU et l'ADSSU, un pôle national d'appui aux SSU chargé d'impulser la mise en œuvre d'une politique nationale de santé étudiante et de faciliter la mutualisation des bonnes pratiques.**
- Proposition 4 : **Faire vérifier par les Rectorats de région académique le plein respect des modalités de gouvernance des SSU, telles que définies par le code de l'éducation, et assurer la remontée au niveau national des plans locaux de promotion de la santé étudiante.**
- Proposition 5 : **Rendre plus lisible la terminologie en remplaçant dans le code de l'éducation la dénomination « service de médecine préventive et de promotion de la santé » par « service de santé universitaire » et « conseil du service » par « conseil de santé étudiante ».**
- Proposition 6 : **Mettre en place une adhésion formelle des universités au guide de la CPU sur la rémunération des médecins et psychologues et tenir à jour une liste publique des universités y ayant adhéré ; établir un contrat-type de médecin directeur de SSU en lien avec le CNOM.**
- Proposition 7 : **Rendre obligatoire la présentation globale en coûts complets du budget d'un SSU.**
- Proposition 8 : **Définir et mettre en œuvre un plan d'action pour rétablir l'adéquation entre les missions et les moyens des SSU en évaluant quantitativement les moyens nécessaires pour chacune de ces missions dans le cadre d'une extension de leur rôle à l'ensemble des étudiants post baccalauréats.**
- Proposition 9 : **Rétablir un lien entre l'OFII et l'université d'accueil des étudiants étrangers afin que chaque SSU puisse identifier les étudiants étrangers primo-arrivants dès leur arrivée pour procéder à la visite médicale requise et assurer le financement de cette visite.**
- Proposition 10 : **Suivre annuellement l'indicateur du nombre de SSU pour lesquels leur université a une convention active avec les caisses primaires d'assurance maladie de son ressort.**
- Proposition 11 : **Suivre annuellement les indicateurs d'une part du nombre de régions pour lesquelles l'ARS a une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens avec toutes les universités porteuses de SSU sur le territoire régional et d'autre part du nombre de contrats locaux de santé incluant un volet de santé étudiante.**

## Introduction

Par lettre de mission du Directeur de cabinet de madame la Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation en date du 4 novembre 2020 (cf. annexe 1), il nous a été demandé, à partir d'une analyse de la situation des services de santé universitaire (SSU), de proposer des améliorations à mettre en œuvre à court et moyen termes, afin de répondre aux problématiques de prévention et de santé en population étudiante et pour que les SSU répondent mieux aux missions qui leur sont assignées mais aussi aux attentes des étudiants, usagers du service public de l'enseignement supérieur.

Les dispositions législatives en vigueur prévoient que des *services de médecine préventive et de promotion de la santé* soient mis à la disposition des usagers du service public de l'enseignement supérieur (article L831-1 du code de l'éducation<sup>1</sup>). Les missions et les principes d'organisation de ces services sont précisés par les articles D714-20<sup>2</sup> et suivants dudit code de l'éducation.

La mission a bénéficié des premiers résultats présentés le 6 octobre 2020 de l'enquête menée en juin 2020 par le MESRI<sup>3</sup>, la CPU<sup>4</sup> et l'ADSSU<sup>5</sup> sur les moyens humains et les activités des SSU, enquête dont les données sont en cours d'analyse par les services de la DGESIP<sup>6</sup>. Le diaporama présenté le 6 octobre 2020 figure en annexe 4. Indépendamment du déroulement de la mission et parallèlement à celle-ci, il nous a été donné d'être audité par le Sénat sur la question de la santé et de l'offre de soins à destination des étudiants (le 25 mars 2021 - le document déposé à cette occasion figure en annexe 5) et par le Haut Conseil de la Santé Publique sur la question plus spécifique de la santé mentale des étudiants (le 14 avril 2021 - le document déposé à cette occasion figure en annexe 6).

La mission s'est aussi appuyée sur des entretiens avec les diverses parties prenantes (cf. annexe 3), ainsi que sur les échanges ayant eu lieu au sein du réseau de l'ADSSU durant la réalisation de la mission (de novembre à avril 2021), dans le contexte particulier de l'épidémie de Covid-19 avec deux périodes de confinement ayant touché inégalement les universités. Cette observation directe a permis de voir quelles étaient les capacités de réaction, d'adaptation et les freins des SSU en situation de crise. La mission s'est également appuyée sur la lecture des rapports annuels et comptes rendus de réunions du conseil du service qui lui ont été transmis par les directeurs de SSU.

Cette mission se situe cinq ans après l'élaboration du volet santé du plan national de vie étudiante (PNVE), et deux ans après la mise en œuvre de la contribution de vie étudiante et de campus (CVEC dont 15% ont été sanctuarisés pour les SSU<sup>7</sup>), ce qui permet d'interroger l'impact à court et moyen termes de ces deux mesures.

---

<sup>1</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031927545/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927545/) ; par souci de lisibilité ces services sont en pratique souvent dénommés « service de santé universitaire » (SSU) comme le fait le texte circulaire conjoint MSS-MESRI NOR : ESRS1936065C du 14 février 2020 intitulé « Services de santé universitaires (SSU) ».

<sup>2</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038151743](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038151743) (voir annexe 2)

<sup>3</sup> Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

<sup>4</sup> Conférence des présidents d'université

<sup>5</sup> Association des directeurs de services de santé universitaire

<sup>6</sup> Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

<sup>7</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038251085/2019-03-21> : article D841-11 du code de l'éducation

## 1. Bref panorama des SSU en 2020

Le premier axe de la mission est de faire un état des lieux des SSU. Celui-ci s'appuie sur l'enquête nationale réalisée en commun par le MESRI, la CPU et l'ADSSU en juin 2020 et a été repris partiellement lors des auditions au Sénat et au Haut Conseil de Santé Publique. La réalisation de cet état des lieux amène à plusieurs constats préalables.

- La connaissance des SSU, de leurs structures et actions, se fait sous forme de grandes enquêtes, de fréquence irrégulière (entre 4 et 6 ans), assez approfondie en termes de recueil, co-élaborées entre deux ministères (MESRI et MSS<sup>8</sup>), la CPU et l'ADSSU. Toutefois, les capacités d'analyse des données recueillies sont trop faibles pour les exploiter pleinement et les résultats peinent à être connus de nombreux acteurs de la vie universitaire, de la santé et du public étudiant. La dernière enquête n'échappe pas à ce constat, malgré un webinaire organisé par le MESRI le 6 octobre 2020 : faute de moyens, l'exploitation n'est encore qu'à un stade préliminaire et les premiers résultats n'ont connu qu'une faible diffusion.
- Le bilan est très contrasté entre les actions communes à la quasi-totalité des services et une très forte hétérogénéité des autres services offerts (encadré n°1). Ce qui pose problème est que cette hétérogénéité ne peut être liée ni à des différences de besoins (en lien avec des facteurs sociologiques, économiques ou épidémiologiques), ni à des différences de contexte (liés à l'offre de soins et santé autour de chaque université). Cette hétérogénéité découle de la capacité variable des universités d'investir sur le temps long dans leurs SSU, alors que depuis les années 1950 on assiste à un décrochage progressif entre les moyens consacrés à la santé étudiante et l'évolution des effectifs étudiants. C'est donc l'accumulation au cours du temps de processus locaux qui est à l'œuvre et non le résultat d'une politique de santé publique de long terme en faveur de la santé des étudiants.
- A l'hétérogénéité d'action des SSU, s'ajoute l'hétérogénéité de leur périmètre. Tout d'abord, au sein de l'université, entre les sites universitaires principaux et les antennes délocalisées, en défaveur de ces dernières qui se situent en général dans des territoires de déprise médicale qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière. Puis parmi les étudiants au sens large : si les étudiants des universités relèvent, a priori, d'un SSU, ceux des grandes écoles et écoles d'ingénieurs, des établissements relevant d'autres ministères (agriculture : agronomie, génie rural et forestier, vétérinaire,... ; culture : architecture, beaux-arts,...) peuvent accéder à un SSU (par convention, dans le cadre d'une COMUE ou d'un établissement public expérimental), avoir leur propre service de santé étudiant, parfois délégué à une autre structure de santé, ou peuvent ne rien avoir du tout. La situation est encore plus confuse pour les étudiants en BTS qui peuvent relever de la santé scolaire (sans que cela rentre réellement dans ses missions et de ses moyens) ou d'une convention avec un SSU et qui le plus souvent ne relèvent de rien alors que la proportion d'étudiants en situation de précarité socioéconomique y est particulièrement élevée.
- Cette situation d'hétérogénéité doit également être analysée en fonction du contexte sanitaire des étudiants. Si le niveau de consommation de soins est peu élevé dans cette tranche d'âge, il existe une demande de soins liés à l'âge (comme la contraception, la prévention et la prise en charge des IST<sup>9</sup>), au mode de vie (comme la réduction des risques festifs) et c'est à cet âge que se fixent les pratiques adultes, autrement dit que se fixent les facteurs de risque et les facteurs protecteurs. Or, le contexte sanitaire est celui d'une forte réduction de l'offre de soins

---

<sup>8</sup> Ministère des solidarités et de la santé

<sup>9</sup> Infection sexuellement transmissible

ambulatoires due d'une part à la diminution du nombre de médecins de premier recours et d'autre part à la très forte augmentation de la demande de soins liée à l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques dans un contexte de réduction de l'offre de soins hospitalières, double processus mis en avant par le Haut Conseil de Santé Publique dans son avis de septembre 2017 (*Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique, Haut Conseil de Santé Publique, septembre 2017*). Il faut également tenir compte du fait que la présence d'un étudiant sur son lieu d'études va de 6 à 9 mois en fonction de la durée de la période de stage et que les étudiants ont une forte mobilité afin de trouver les études qui leur conviennent. Ainsi, la situation générale est qu'il est difficile pour les étudiants faisant leurs études dans un lieu différent de celui où ils ont passé le baccalauréat (et où ils ont un médecin « de famille ») de trouver un médecin traitant. Ceci explique la forte montée d'une demande de soins de premier recours accessible au sein des campus.

- Dans le domaine de la santé mentale, la plupart des SSU offrent des consultations de psychologie, voire de psychiatrie, parfois par mise à disposition de personnels médicaux psychiatres ou addictologues hospitaliers, y compris dans le cadre la demi-journée de service public extra hospitalier accessible à tout praticien hospitalier. Cette offre des SSU peut être complétée par celle des BAPU (Bureau d'aide psychologique universitaire) qui, malgré leur nom, sont indépendants de l'université, financés par le ministère de la santé (via les ARS<sup>10</sup>) et axés sur la pratique psychanalytique. Les rapports entre SSU et BAPU sont variables, avec parfois une organisation formelle en réseau, et deux SSU ont un BAPU intégré. Toutefois, même en tenant compte des moyens des BAPU, l'offre en santé mentale est très en deçà de la moyenne des pays développés, d'autant plus que les structures de prise en charge hors université ont des délais de rendez-vous le plus souvent au-delà de deux mois.
- Enfin cette hétérogénéité a lieu dans un contexte de forte pénurie de moyens. Ce point sera développé tout au long de ce rapport, mais il peut être illustré par le fait que dans l'enquête 2020 de l'OVE (OVE- « La santé des étudiants »- *Etudes & recherche La documentation Française 17 mars 2020*), seuls 27% des étudiants déclarent avoir fréquenté au moins une fois un SSU au cours de leur cursus. Or, il ne faut pas se tromper sur le constat : les SSU sont saturés de mi-septembre à mi-avril – avec parfois des délais de rendez-vous allant au-delà de 2 semaines. Si peu d'étudiants les fréquentent, ce n'est pas parce que ces services sont inefficaces ni parce qu'ils sont méconnus des étudiants : c'est avant tout qu'ils sont très loin d'avoir les moyens de remplir leurs missions. Et ces moyens manquants sont aussi des moyens en termes de locaux et d'appui aux négociations qui les concerne avec les autres acteurs de la santé. Le problème est avant tout structurel avec une fréquente absence de mise en priorité par la gouvernance de l'université, ce qui explique le faible impact du volet santé du Plan national de vie étudiante de 2015 et de l'augmentation, réelle pourtant, des dotations liée à la mise en place de la CVEC en 2018.
- Dernier, et non le moindre, des facteurs de fragilité, l'instabilité des postes de médecin directeur est la règle : peu de postes sont pourvus de façon continue au-delà de cinq ans. Au point qu'il est difficile d'avoir une liste à jour des médecins directeurs, ce qui impacte la possibilité de développer rapidement une politique nationale.

A ces constats de fragilité structurelle, il est important d'apporter le contrepoint suivant : les SSU sont des structures vivantes, attachées à leurs missions sur la santé des étudiants, préventive comme curative (même lorsque le SSU n'est pas centre de santé, il est amené à prendre en charge des

---

<sup>10</sup> Agence régionale de santé

problèmes de santé et de handicap, directement et en lien avec d'autres structures de soins), dans une optique globale médico-psycho-sociale. Ceci est illustré par la vivacité des échanges au sein de l'ADSSU, ainsi qu'avec la CPU ou le MESRI. Les SSU sont l'un des rares réseaux capables de faire des réunions nationales à distance hebdomadaires et réunissant au moins 46 directeurs, comme cela a été fait de janvier à mars 2021. Lors de la crise liée à la Covid-19, quasiment tous les SSU ont mis en place:

- des téléconsultations en médecine comme en psychologie ou avec les assistants de service sociaux ;
- la réorganisation de l'offre de consultations en psychologie, augmentant là où c'était possible les consultations présentiels, offrant des consultations à distance et renforçant les liens avec les acteurs de la santé mentale (BAPU, CMP<sup>11</sup>, lignes d'écoutes,...) ;
- des liens parfaitement fonctionnels avec les CROUS<sup>12</sup>, afin de permettre l'isolement d'étudiants et le portage de repas, d'assister les étudiants en situation de handicap (en appui aux SUH<sup>13</sup>) ;
- le traçage de niveau III concernant les étudiants et des actions de dépistage de masse (en réalité peu efficaces) et surtout de dépistage au fil de l'eau (des cas contacts avérés ou possibles), permettant de conseiller les universités comme les CROUS, avec une efficacité qui a permis d'éviter l'émergence de foyers épidémiques au sein des universités découlant des activités d'enseignement ;
- des actions de prévention à distance (vidéos, podcasts, ateliers de relaxation, sophrologie, cuisine, activité physique,...) ;
- la mise en place, en lien avec les services administratifs, des « chèques psy » permettant des prises en charge de consultations de psychologues libérales pour les étudiants.

La seule limite à cette notable et forte adaptabilité a été le manque structurel de moyens.

### Encadré n°1 : les actions du SSU

#### Des actions communes à l'ensemble des SSU...

Tous les SSU ont une action collective sur la santé, via des actions de prévention combinant des actions décidées selon les priorités locales (notamment pour la réduction des risques festifs) et en relais d'actions nationales de prévention (mois sans tabac, journée mondiale du SIDA, semaine européenne de la vaccination, ...). Tous les SSU proposent aux étudiants une prise en charge médico-psycho-sociale, selon les moyens dont ils disposent. Ils proposent des bilans de santé systématiques pour certaines catégories plus à risque de ne pas avoir accès aux soins (étudiants étrangers primo-arrivants, étudiants en situation de précarité,...) ou ayant des risques liés à leurs études (par exemple le contrôle de la vaccination hépatite B pour les étudiants rentrant en études de santé). D'autres actions sont très régulières dans les domaines de la santé mentale, de la santé sexuelle, de l'action sociale et du handicap :

- 84% proposent des consultations psychologiques et près de la moitié ont mis en place des formations au repérage précoce, pour moitié environ dans le cadre des premiers secours en santé mentale et pour l'autre moitié selon des stratégies de repérage, d'orientation et de déstigmatisation construites de longue date, dans le cadre de ressources propres ou locales ;
- 92% proposent de la contraception, 72% le traitement des IST courantes ;
- en matière d'action sociale, suite au transfert de postes d'assistantes sociales des SSU en direction des CROUS dans les années 2000, seuls 47% disposent encore d'un service social mais 89% des SSU (qu'ils aient gardé des assistantes sociales ou non) travaillent en lien avec le service social du CROUS ; le transfert de postes (destiné à compenser l'augmentation de la demande sociale des étudiants auprès des CROUS) est l'un des multiples exemples de fausse bonne idée : en omettant l'important travail social

<sup>11</sup> Centre médico-psychologique

<sup>12</sup> Centre régional des œuvres universitaires et scolaires

<sup>13</sup> Service Université Handicap

lié aux questions de couverture sociale des étudiants, aux prises en charge du handicap (notamment dans les domaines psychiatriques et de l'autisme), des maladies chroniques, des questions de contraception et de grossesse, on a transféré les tâches sociales liées directement à la santé aux CROUS, sans, au bout du compte, gagner de temps de travail supplémentaire et au prix d'un éloignement avec les équipes prenant en charge la santé ;

- tous les SSU collaborent avec un service université handicap du fait de la nécessité d'établissement de certificat médical d'aménagement d'études ou d'examen (l'agrément d'un ou de plusieurs médecins du SSU par la MDPH<sup>14</sup> étant la règle pour peu qu'il soit demandé), sous couvert du médecin directeur.

### **...mais des moyens hétérogènes n'ayant pas progressés comme la population étudiante**

De par la forte progression du nombre d'étudiants depuis 50 ans et la faible progression des effectifs de médecins et d'infirmières au sein des SSU, ceux-ci sont maintenant dans une situation de profonde sous dotation en moyens humains et matériels (locaux inclus) : un équivalent temps plein (ETP) de personnel infirmier pour 9.600 étudiants, 1 ETP de médecin pour 15.700 étudiants (médecin directeur compris) et 1 ETP de psychologue pour 30.000 étudiants<sup>15</sup>.

A ces insuffisances globales de moyens, il faut aussi ajouter une très forte hétérogénéité entre services :

- 44% des SSU sont également centre de santé ;
- 13% sont en convention ou intègrent un BAPU ; la possibilité d'intégrer un BAPU au sein du SSU est récente ; elle a été mise en œuvre dans deux SSU, avec l'avantage de favoriser la continuité de la prise en charge et sa fluidité, tout en protégeant le secret médical, et de permettre une économie de moyens (d'accueil, de secrétariat et de locaux) tout en respectant l'indépendance professionnelle et des pratiques ;
- seulement 38% des SSU sont centres de planification familiale, 92% proposent de la contraception, 72% le traitement des IST courantes et seulement 4% de l'orthogénie ; les besoins de gynécologie courante sont assurés par des médecins généralistes, conformément à l'évolution des pratiques en médecine de ville ;
- 37% des SSU sont centres de vaccination. 44% participent au service sanitaire ; 49% ont un dispositif d'étudiants relais de santé (alors que c'est l'un des outils les plus puissants et validés scientifiquement de développement de la prévention et de l'éducation à la santé) et seulement 18% ont au moins une chargée de prévention ;
- enfin, l'intégration des SSU dans l'offre de soins est lié à l'accueil d'internes (de médecine générale, santé publique ou de psychiatrie), d'étudiants en médecine ou infirmiers.

Concernant l'impact du PNVE et de la CVEC, le constat est que le bilan reste mitigé : deux des mesures phares du PNVE (la constitution en centre de santé et la généralisation du recours aux étudiants relais de santé) concernent encore aujourd'hui moins de la moitié des SSU. La CVEC est d'installation récente, mais ne peut répondre au défi majeur qu'est la fragilité structurelle des SSU.

L'objectif de cette mission sera donc avant tout d'analyser les composantes structurelles défailtantes et de proposer des axes de progrès réalistes à court et moyen termes, tenant compte de la situation actuellement constatée.

---

<sup>14</sup> Maison départementale des personnes handicapées

<sup>15</sup> Pour une population d'environ 1.880.000 étudiants bénéficiaire d'un SSU (universités et établissements rattachés), on compte au total 120 ETP de médecins, 196 ETP de personnels infirmiers et 62 ETP de psychologues au sein des SSU.

## 2. De la prévention aux soins

### 2.1. Les missions des SSU sont focalisées prioritairement sur la prévention...

Les services de médecine préventive au sein des universités ont été créés en 1945-46 (*contrôle médical préventif obligatoire pour les étudiants prévu par l'ordonnance n°45-2407 du 18 octobre 1945 et décret n°46-657 du 11 avril 1946 portant organisation technique des services de médecine préventive de l'enseignement supérieur*) avec comme objectif principal de répondre à des nécessités de santé publique axées sur le contrôle vaccinal, la lutte contre la malnutrition (en lien avec la généralisation de la restauration universitaire) et deux dépistages : la tuberculose (en 1945 un étudiant sur 10 est porteur d'une infection tuberculeuse latente) et la syphilis, au moment où les traitements antibiotiques ont permis d'envisager une guérison. De cette nécessité découlait ce qui a longtemps constitué leur cœur de métier à savoir la mise en place de visites systématiques et obligatoires. Cette obligation se traduisait par la possibilité de non réinscription en cas de non réalisation de la visite, le paiement d'un droit obligatoire (fixé en Conseil d'Etat) par chaque étudiant, par une nomination des médecins directeurs par le Ministère en charge de l'enseignement supérieur, sur proposition conjointe du président d'université et du recteur chancelier, et l'existence d'un budget annexe. Ces deux dernières dispositions relevaient du constat que pour mener une politique de santé publique efficace, il fallait à la fois protéger l'indépendance professionnelle du médecin directeur de toute pression locale et garantir l'autonomie budgétaire.

Le décret n°70-1268 du 23 décembre 1970 vient créer les services de médecine préventive sous forme de services communs, gardant comme objectif le dépistage de la tuberculose (décret n°75-311 du 28 avril 1975), la lutte contre la malnutrition et les maladies vénériennes. Ce décret ne remet pas en cause l'organisation des services. Cependant, progressivement, les modifications épidémiologiques avec le recul de ces maladies infectieuses, l'extension des capacités de traitement, un accès aux soins étendu pour les étudiants avec l'extension de la protection sociale en santé, la préférence des politiques de santé en France pour le curatif, ont fait que le développement des services de médecine préventive n'a pas suivi la massification de l'accès aux études universitaires. Dans le même temps, ces services ont été sous dotés en termes de poste de direction, celle-ci revenant le plus souvent aux médecins conseillers techniques du rectorat, comme une tâche complémentaire.

L'évolution des conditions épidémiologiques et d'accès aux soins, l'adaptation nécessaire aux concepts de prévention évoluant continûment, ont amené à modifier le rôle des SSU. Le décret 88-520 du 3 mai 1988<sup>16</sup> vient fixer les missions obligatoires et facultatives, autour d'une prise en charge médico-psycho-sociale et renforce le rôle de la prévention en y ajoutant la promotion de la santé, tout en fixant l'organisation générale et le fonctionnement global des Services Universitaires et Interuniversitaires de Médecine Préventive et Promotion de la Santé (SUMPPS et SIUMPPS).

Ces modifications se sont faites sans réelle dotation en moyens. Ainsi, le droit obligatoire, lors de sa suppression avec la création de la contribution étudiante et de vie de campus (CVEC), était de 5,10€, soit 22,2% du coût d'une consultation de médecine, l'apport d'une dotation globale de fonctionnement ne compensant pas l'écart entre les recettes et les besoins à l'accomplissement des missions. La dotation en postes se limitait à des postes d'infirmières, d'assistantes sociales (nécessaires

---

<sup>16</sup> le décret n°88-520 du 3 mai 1988 relatif aux services de médecine préventive et de promotion de la santé (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006702298/1988-05-06/>) se substituait aux décrets précités du 11 avril 1946 et du 23 décembre 1970 en imposant la création de SUMPPS par les universités

pour résoudre les problèmes d'accès aux droits en santé en cas de nécessité de soins) et de secrétaires. Il n'y a jamais eu de dotation de postes de médecins de SSU (sauf parfois en détournant des statuts d'ingénieur d'études ou de recherche) ni de psychologues. On trouve ici les principales sources des difficultés actuelles des SSU : une absence d'évolution des moyens correspondant aux missions et l'absence de carrière organisée pour les médecins et psychologues.

Les lois d'autonomie des universités allaient supprimer la nomination ministérielle du médecin directeur et l'existence du budget annexe. Les modifications suivantes, apportées par le décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008<sup>17</sup> (codifié en 2013) concernent l'évolution des visites de prévention, les transformant de visites médicales assistées par des infirmières en des bilans de prévention santé réalisés par différents professionnels de santé, et élargissant les missions des SSU.

En 2015, il a été inclus un volet étudiant dans le plan national de vie étudiante, dont 9 mesures (si l'on intègre celle concernant le handicap) concernent la santé des étudiants (cf. encadré n°2). Ce plan a permis de fixer de grandes orientations adaptant les missions des SSU au contexte actuel, il n'a toutefois été accompagné d'aucune incitation financière ou contractuelle, se contentant de poser un cadre.

**Encadré n°2 : les mesures « santé » du plan national de vie étudiante (1<sup>er</sup> octobre 2015)  
chapitre « Améliorer les conditions de vie et d'études »**

- 16** – Améliorer l'intégration et la réussite des étudiants handicapés
- 17** – Porter à 30 le nombre de centres de santé universitaire d'ici 2017
- 18** – Inscrire les services de santé universitaire dans l'offre de soins locale
- 19** – Développer l'offre de soins à destination du public étudiant
- 20** – Rénover de manière continue la politique de prévention en direction des étudiants
- 21** – Développer la prévention par les Étudiants Relais Santé (ERS)
- 22** – Mieux utiliser le numérique au service de la prévention
- 23** – Répondre aux besoins de santé spécifiques de certains étudiants
- 24** – Doter les sites d'enseignement supérieur d'un plan local de promotion de la santé étudiante

Une évolution notable ayant lieu dans cette même période est le développement du dispositif d'étudiants relais de santé, amenant l'ADSSU, grâce à un financement de la MILDECA, à mettre en place un consensus sur leurs rôles, formations et évaluation<sup>18</sup>. Toutefois, même si la mise en place de dispositifs d'étudiants relais de santé fait l'objet de la mesure 21 du PNVE 2015, en juillet 2020, il ne concerne qu'à peine la moitié des SSU. Du point de vue des associations étudiantes, le dispositif des étudiants relais pour les actions de réduction de risques, de prévention et de promotion de la santé est unanimement apprécié mais il est considéré comme insuffisamment répandu ou développé.

Une nouvelle étape majeure a été franchie en février 2019, par le décret n° 2019 -112 du 18-2-2019 rapidement codifié (article D714-21 du Code de l'Éducation) et complété par la circulaire du 12 mars

<sup>17</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000019591463>

<sup>18</sup> Ce consensus a fait l'objet d'une publication : ODOUL J, GERBAUD L, LE GRAND E, PIZON F, BOUTHIÉ R (2020) Les Étudiants Relais Santé à l'université : objectifs, modalités d'action et d'évaluation- Résultats d'un consensus national des services de santé universitaires Santé publique vol 32, 5-6 : 451-460.

2020, avec l'attribution de nouveaux rôles en termes de soins, les modifications portant sur les points suivants :

- l'obligation de réaliser « *au moins un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale* » initialement « *au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur* » a été assouplie en « *au cours de la scolarité de l'étudiant dans l'enseignement supérieur* »<sup>19</sup> ;
- « *le suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers* » qui était initialement une possibilité « *pour le compte de l'organisme national chargé de l'accueil des étrangers et des migrations* » est désormais une attribution directe ;
- la mention explicite de la prévention des risques liés à la sexualité, du dépistage de maladies sexuellement transmissibles et des prescriptions afférentes ;
- la mention explicite de la prescription et de la réalisation de vaccinations ;
- la mention explicite de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique;
- la mention explicite de la prescription d'une radiographie du thorax.

Et tout cela est effectué avec un « droit obligatoire de visite médicale préventive », payé par tout étudiant mais pour un montant très loin du coût réel<sup>20</sup> (5,10 € en 2017), complété par une dotation globale de fonctionnement, stable dans le temps et plus ou moins fléchée dans la dotation aux universités. Ce droit a été remplacé par un montant de base de 15% de la CVEC à partir de 2018.

Trois évolutions récentes sont à souligner quant à la prévention :

- la déstructuration profonde et non remplacée, par la loi n°2016-274 du 7 mars 2016, des visites médicales organisées par l'OFII<sup>21</sup> en direction des étudiants étrangers primo arrivants, amenant à la rupture de tout lien fonctionnel entre SSU et OFII, ce qui avait été établi par convention cadre en 2008<sup>22</sup>, sans dotation complémentaire pour les SSU et se traduisant par une nette dégradation des actions de dépistage, de vaccination et d'inclusion dans le système de santé pour ces étudiants ;
- l'intégration des étudiants au régime général de l'assurance maladie en 2017, amenant à un processus de rapprochement des SSU avec le régime général d'assurance maladie qui a abouti à la signature d'une convention CNAM-TS<sup>23</sup>, CNOUS<sup>24</sup>, CPU et ADSSU en 2021.
- pour le financement de la vaccination, le passage de fonds gérés par les ARS (dans le cadre des FIR<sup>25</sup>) au remboursement par l'assurance maladie en 2017, imposant des liens entre SSU et assurance maladie pour réaliser la politique vaccinale.

## **2.2. ... mais les attentes des étudiants portent tout autant sur l'accès aux soins**

La possibilité donnée, dès l'origine, aux SSU de « se constituer en centre de santé » n'a fait l'objet d'aucune modification réglementaire, si ce n'est l'inscription des SSU dans le code de la santé publique,

---

<sup>19</sup> Le caractère ambigu de cette formulation laisse de grandes marges d'interprétation : la scolarité ne s'effectuant pas nécessairement dans un seul établissement, lequel serait à blâmer si un étudiant soutenant sa thèse n'avait jamais été invité à cet examen préventif ou ne s'y était pas soumis ?

<sup>20</sup> Malgré un engagement de la loi de finance 2010 de doubler ce droit, il est resté à peu près stable dans le temps

<sup>21</sup> Office français de l'Immigration et de l'Intégration

<sup>22</sup> Convention cadre ANAEM-CPU ADSSU en date du 15 mai 2008

<sup>23</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

<sup>24</sup> Centre national des œuvres universitaires et scolaires

<sup>25</sup> Fond d'Intervention Régional

à la fois comme structure de prévention et de soins, et, plus récemment, dans le code de la Sécurité Sociale (afin de les intégrer dans le parcours de soins).

De façon unanime, les organisations étudiantes mettent autant l'accent sur l'accès aux soins que sur le besoin de prévention et de conseil (dont nutrition). Leur demande est, en substance, qu'un SSU soit un centre de soins donnant accès, sans débours de l'étudiant (tiers payant intégral), non seulement à un médecin généraliste mais aussi à certaines spécialités (psychologie, gynécologie, chirurgie dentaire,...) ; l'option alternative d'un réseau de médecins organisé par le SSU n'est pas rejetée. En matière de santé mentale, l'organisation d'une première consultation avec un médecin généraliste puis avec un psychologue est souhaitée par certains, afin de banaliser l'acte de consultation de psychologue et faire tomber la barrière d'appréhension. Toutefois, compte tenu de l'importance de la demande de consultations de psychologues, directement au sein des SSU ou indirectement lors du dispositif des « chèques psy », il n'est pas certain que cette barrière soit aussi prégnante qu'il y a quelques années.

Ces demandes sont loin d'être nouvelles. Les premiers centres de santé au sein des SSU datent des années 70 (les universités de Nanterre, puis Grenoble et Poitiers étant parmi les pionnières). La création de centres de santé au sein des SSU a connu une accélération au cours des années 90, en lien avec la diminution de l'offre de soins ambulatoires dans les territoires où ils se sont créés. L'augmentation du nombre de centres de santé constitue la mesure 17 du PNVE de 2015 (et symboliquement, c'est la première mesure uniquement de type santé). Pour autant, le constat est que moins de 50% des SSU sont également un centre de santé.

Ces demandes réitérées des syndicats étudiants traduisent les difficultés d'accès aux soins des étudiants que ce soit en médecine de ville (par difficulté à trouver un médecin traitant quand on a changé de ville pour ses études) ou en BAPU et CMP (dont les délais de rendez-vous sont souvent de 2 à 3 mois). Ces difficultés sont illustrées par le fait qu'une part importante des étudiants ont expérimenté au moins un renoncement aux soins dans l'année (27,2% dans l'enquête OVE 2020) : 48,6% des renoncements aux soins l'ont été pour un motif financier, 35,4% faute de médecin disponible.

Le besoin de formation des personnels de SSU est souligné par certains pour la prise en charge médicale de situations particulières (handicap, LGBT<sup>26</sup>,...). Sur ce point, il est important de noter que la gestion de la situation des étudiants handicapés à l'université apparaît comme mal connue, notamment quant au rôle des SSU.

De façon plus focalisée, une enquête récente commandée par la MGEN<sup>27</sup> à *OpinionWay* en association avec la CPU (Deuxième édition du *Baromètre santé monde universitaire*) cerne les opinions d'une part des étudiants, d'autre part du personnel universitaire, sur les solutions qui leur paraissent être les plus adaptées pour des étudiants ayant des problèmes de santé mentale. La mise à disposition de coordonnées de professionnels de santé qui puissent être contactés rapidement et l'existence de lieux de rencontre dans l'établissement avec des professionnels de la santé mentale sont les deux voies le plus souvent mises en avant. Autrement dit, quelle que soit l'offre locale, le fait de pouvoir accéder à des consultations de psychologues au sein des universités, avec les garanties de confidentialité et de secret que proposent les SSU (en tant que structure de santé), est une demande forte.

---

<sup>26</sup> Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres

<sup>27</sup> Mutuelle générale de l'éducation nationale

### 2.3. L'intégration entre préventif et curatif augmente l'efficacité sur la prévention

La demande de soins de premier recours sans reste à charge (en tiers payant intégral) est forte. Cette demande se heurte à la crainte de voir le curatif l'emporter sur le préventif et que les SSU deviennent des centres de santé oublieux de leurs missions de prévention et promotion de la santé. Or, les résultats de l'enquête nationale sur les SSU de 2020 montre qu'il n'en est rien. Au contraire, les SSU étant également centres de santé ont tendance à développer plus encore leurs missions de prévention et d'éducation à la santé, ce qui découle aussi du fait que les activités de soins, via la facturation des actes à l'assurance maladie (par télétransmission) permet de dégager des ressources supplémentaires. Cela permet aussi de prendre en compte l'existence d'une zone mixte entre le curatif et le préventif qui peut être abordée dans un même temps. Par exemple, la venue d'un étudiant pour une angine sera l'occasion d'aborder une éventuelle consommation de tabac ou de cannabis, de faire le point sur son mode de vie et d'alimentation ; la venue d'une étudiante pour une vaccination peut permettre de proposer une contraception plus adaptée à son mode de vie ou de faire un point sur la consommation d'alcool (qui est un facteur de moindre efficacité de toute vaccination). Le fait de pouvoir répondre à un besoin explicite (une demande initiale) et aux besoins implicites que l'on aura su identifier est à la base de tout processus qualité.

Il est important de noter que la fréquentation des SSU en réponse à un besoin de santé a concerné 41% des étudiants venus dans un SSU selon l'enquête OVE de 2020. Cette fréquentation à la demande est une porte d'entrée très importante pour la prévention, à condition de l'organiser comme telle (par exemple en complétant par un bilan prévention santé toute première venue dans le SSU). Le transfert de la vaccination à l'assurance maladie en 2017 (donc avec une prise en charge par la facturation des actes, coût des vaccins compris), puis, en février 2019, l'introduction de soins dans l'activité de base des SSU (contraception, tabacologie, traitement des IST courantes) ont considérablement amoindri la barrière entre centre de santé et non centre de santé.

Par rapport au risque de débordement du curatif sur le préventif, il ne faut pas oublier que seul le préventif a des domaines propres identifiables (prévention collective, vaccination, dépistages, ...) et susceptibles de financement spécifiques (attribution de la CVEC, financement contractuel par une ARS et la MILDECA<sup>28</sup> dans le cadre d'un contrat local de santé, par l'assurance maladie dans le cadre de politiques de prévention communes).

Il est intéressant de noter que les expériences de constitution d'un centre de santé universitaire en dehors d'un SSU n'ont pas été concluantes : à Bordeaux, la réunification des services s'est faite au bout de trois ans, à Montpellier, la volonté commune des médecins directeurs est de réunifier l'ensemble (SSU Université de Montpellier, Université Paul Valéry et centre de santé universitaire). Dans les deux cas, le système est apparu incohérent pour les étudiants et les acteurs eux-mêmes, entraînant des ruptures de prise en charge et des difficultés de coordination, notamment pour les étudiants en situation de handicap ou porteur d'une maladie chronique.

L'équilibre entre préventif et curatif doit être pensé sur la longue durée et doit être le plus souple possible pour coller à la demande et aux objectifs de santé identifiés pour les étudiants pris en charge. C'est dire l'importance de l'indépendance professionnelle du médecin directeur, seul disposant du savoir de santé publique, des informations sur les besoins comme sur les moyens et le réseau d'appui disponibles. Il faut aussi savoir ne pas se laisser déborder par la multiplicité des urgences, en

---

<sup>28</sup> Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

s'inscrivant dans le réseau de soins de proximité et en se rappelant que l'objectif est de proposer une prise en charge à des étudiants, notamment ceux expérimentant une difficulté d'accès aux soins, et non de prendre en charge la santé de tous les étudiants.

## **2.4. Les établissements doivent assumer leur responsabilité sur la santé étudiante...**

En tant qu'acteurs du service public de l'enseignement, les établissements d'enseignement supérieur ont comme mission première de « *transmettre et faire acquérir connaissances et méthodes de travail* » (article L121-1 du code de l'éducation). Ne serait-ce que pour remplir cette mission avec efficacité, ils doivent veiller à la bonne santé de leurs usagers : il s'agit d'une responsabilité qui leur incombe et les dispositions réglementaires relatives à la santé étudiante en sont une affirmation implicite<sup>29</sup>. La question d'une affirmation plus explicite peut se poser, d'autant que le fonctionnement des services de santé universitaire est souvent perfectible, y compris sur la mise en œuvre effective des dispositions existantes.

## **2.5. ... en ouvrant des centres de santé sur leurs campus...**

L'élargissement des missions des services de santé universitaire de la prévention vers les soins, optionnelle dans le cadre réglementaire actuel, est une demande des organisations étudiantes. De fait la présence d'un centre de santé sur un campus universitaire est un facteur facilitant, par sa proximité, pour que chaque jeune étudiant développe une démarche responsable sur sa santé et apprenne à s'adresser au système de santé.

Selon l'article L6323-1 du code de la santé publique, « *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. [...] Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie* ».

Au sein d'un campus universitaire, un centre de santé nécessite un espace dédié. Un financement par des collectivités territoriales paraît pouvoir être sollicité pour l'investissement immobilier quand celui-ci est nécessaire (ce qui est le cas le plus fréquent). Outre la médecine générale, des spécialités diverses doivent pouvoir y être accueillies, dès lors que l'équipement en matériel qui leur est nécessaire reste mesuré au regard des capacités d'investissement du ou des établissement(s) universitaire(s) concerné(s) : gynécologie, psychologie, ... mais probablement pas chirurgie dentaire ou radiologie.

Des réticences au sein de certains SSU pour se constituer en centre de santé sont motivées par d'une part l'obligation de constituer un dossier incluant l'explicitation des ambitions du projet pour obtenir l'accord de l'ARS, d'autre part la charge de mise en place de la télétransmission une fois obtenu le sésame que constitue le numéro FINESS<sup>30</sup>. Concernant la constitution du dossier, outre l'élaboration d'un dossier type pour faciliter la préparation d'une candidature répondant aux critères requis par

---

<sup>29</sup> Cette responsabilité est de fait déjà affirmée au niveau législatif par l'article L831-3 du code de l'éducation qui stipule que l'alinéa 2 de l'article L541-1 dudit code prévoyant que « *Des examens médicaux périodiques sont ensuite effectués pendant tout le cours de la scolarité et la surveillance sanitaire des élèves est exercée avec le concours d'un service social.* » est « *applicable aux étudiants et élèves de l'enseignement supérieur* ».

<sup>30</sup> Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.

l'ARS, le ministère chargé de l'enseignement supérieur et le ministère de la santé, tutelle des ARS, pourraient s'accorder sur le fait que pour un centre de santé issu d'un SSU, le projet du centre de santé soit le projet global du SSU et le règlement intérieur soit celui du SSU, documents dûment validés par la présidence de l'université concernée.

Pour rendre aux étudiants un service comparable à celui d'un centre de santé, certains SSU ont constitué un réseau de médecins qui s'engagent à recevoir les étudiants, à proximité de leur domicile ou de leur lieu d'études, sous un délai bref. Un tel réseau a par exemple été mis en place depuis 2010 pour l'Université Paris-Est Créteil (réseau Résus+) mais les difficultés de mobilisation des médecins libéraux conduit cette université et son SSU à envisager maintenant un centre de santé. La mise en place d'un réseau peut rester une voie pour des antennes universitaires ou des établissements de taille plus réduite qu'une université, pour lesquels le nombre de médecins à mobiliser au sein d'un tel réseau est plus restreint. Il faut aussi prendre en compte l'évolution de la médecine de ville qui se détourne parfois de certains problèmes spécifiques des étudiants, ainsi que la nécessité de liens des médecins avec l'université (pour les malades chroniques, les étudiants en situation de handicap et la réalisation des équipes plurielles,...), ce qui signifie disposer d'un temps médical non clinique pour lequel il faut trouver une rémunération.

**En juillet 2020, seuls 26 des 61 SSU sont érigés en centre de santé, alors que l'ambition du « Plan national de vie étudiante de 2015 » était de porter à 30 le nombre de centres de santé universitaires d'ici 2017.** Cette ambition doit être reprise et amplifiée pour qu'au moins 80% des SSU soient aussi centres de santé en 2027.

**Proposition 1 : Se donner l'objectif qu'au moins 80% des SSU se soient constitués en centres de santé à l'horizon 2027.**

L'intégration d'un certain nombre de soins de base dans leurs missions réglementaires, tout comme le financement de la vaccination par l'assurance maladie, font que tous les SSU doivent maintenant télétransmettre les actes qu'ils effectuent. Ceci leur permet à la fois de disposer des recettes correspondant à ces activités et d'être plus visibles dans le système de santé. Aider les SSU à s'inscrire dans le droit commun des structures de soins, est une première étape du développement des centres de santé. Le facteur bloquant de cette évolution est le fait de se voir attribuer un numéro de structure de santé (numéro FINESS) par l'ARS. En effet, faute de numéro FINESS les CPAM ne peuvent déclencher de remboursement d'actes. Une attribution systématique de numéro FINESS affaiblirait l'écart entre centre de santé et non centre de santé, en pouvant être une première étape avant de se constituer en centre de santé.

La seconde étape concerne le recrutement de personnels de santé, autrement dit la capacité à proposer des conditions d'emploi qui ne soient pas trop éloignées des conditions du marché. C'est dire l'importance stratégique du guide pratique pour le recrutement et la gestion des personnels contractuels des SSU.

En termes d'attractivité, il est possible d'impliquer, à différents niveaux de temps partiel, des médecins, sages-femmes ou psychologues en début de carrière soit qu'ils ne sont pas encore saturés par leur clientèle, soit que cela corresponde à un choix de vie temporaire de façon à respecter l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

Une autre piste de renforcement des capacités de soins est la possibilité de recours à des praticiens hospitaliers, soit dans le cadre de la mise à disposition pour service public extra hospitalier, soit dans

le cadre de la loi de transformation du système de santé du 16 juillet 2019<sup>31</sup> qui vise à développer des consultations avancées hors hôpital. Ce renfort hospitalier potentiel concerne des spécialités médicales pour lesquelles il y a une demande forte : gynécologie, médecine interne, médecine du sport, neurologie, nutrition, santé publique et psychiatrie. Une voie complémentaire serait d'augmenter l'accueil d'étudiants en phase finale de formation en médecine (internes en phase de consolidation ou docteurs juniors) et d'étudiants en psychologie, sous réserve des capacités d'accueil et d'encadrement. Toutefois, cette capacité à bénéficier d'une médecine hospitalière « hors les murs » suppose la claire inscription des SSU dans le périmètre de l'offre de santé, de la part des ARS notamment.

Le recours à la téléconsultation a été développé par la crise de la Covid-19. Au sein des SSU, elle permet de proposer dans des antennes délocalisées des consultations à distance assistée localement par une infirmière du SSU ou de réaliser des téléconsultations pour certaines activités comme la psychologie – tout en notant que le souhait des étudiants est aussi d'obtenir des consultations présentes. Ainsi en psychologie, une fois les périodes de confinement passées, le recours à la téléconsultation constitue 15 à 20% des actes. Il faut aussi faire attention à l'entrisme de sociétés commerciales sur le marché, induit par les insuffisances de l'offre des SSU, de la médecine de premier recours ou de la psychologie de premier recours. Ces sociétés n'iront perdre ni temps, ni argent sur les questions de précarité, d'accès aux droits, de handicap et d'insertion dans l'université. Et, une fois passée la période de dumping initial ayant pour but la création d'un monopole ou d'un oligopole, la réalité des coûts se révélera.

## **2.6. ... avec un appui politique national et une concertation régionale renforcée**

Un autre constat qui explique l'hétérogénéité des SSU est le faible appui dont ils bénéficient. Or, le contexte des SSU est celui d'une forte rotation des postes de médecin et en premier lieu de médecins directeurs. Les médecins directeurs sont soumis à l'obligation de développement professionnel continu (DPC), sans qu'il y ait de structures supports de ce DPC (voir 3.4). Par ailleurs, le travail d'actualisation des connaissances, les stratégies de diffusion des modalités d'adaptation aux situations sanitaires des étudiants (ce qui a été fait lors de la pandémie de Covid-19), l'identification et la diffusion des bonnes pratiques pour les différentes missions des SSU ne sont que partiellement organisées et coordonnées. L'existence de l'ADSSU permet des échanges nombreux et vivants entre pairs mais ses moyens sont limités et reposent sur la volonté et le bénévolat d'individus. C'est donc un système fragile sur le long terme. Il manque une structuration politique permanente en faveur de la santé des étudiants qui pourrait reposer sur une conférence nationale et des conférences régionales de santé étudiante, avec l'aide d'un pôle national d'appui. La conférence nationale de santé étudiante se substituerait, sur un champ élargi, à l'actuelle conférence de prévention étudiante. Des conférences régionales de santé étudiante<sup>32</sup> devraient également être coorganisées par les Rectorats de région académique et les ARS pour l'adaptation au contexte local des recommandations nationales, elles-

---

<sup>31</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006178708/>

<sup>32</sup> Sous la coprésidence du recteur de région académique et du directeur de l'ARS, la composition de la conférence régionale de santé étudiante devrait notamment inclure, les présidents des universités de la région et une représentation des autres établissements d'enseignement supérieur, les organisations étudiantes, les représentants des principales collectivités territoriales concernées, les représentants des préfets, le directeur du CROUS, les directeurs des CPAM, les responsables des départements concernés du rectorat et de l'ARS, les directeurs des services de santé universitaires ou étudiantes, les représentants des associations menant des actions de prévention en direction des étudiants.

mêmes nourries des initiatives régionales, et la construction de déclinaisons régionales de la politique de santé étudiante. Ces conférences seraient notamment amenées à donner un cadre et un avis sur les plans locaux de promotion de la santé étudiante, site universitaire par site universitaire.

**Proposition 2: Elargir aux différentes composantes de la santé étudiante le champ de l'actuelle conférence nationale de prévention en la transformant en conférence nationale de santé étudiante et faire organiser des conférences régionales de santé étudiante pour créer ou renforcer les liens entre les établissements d'enseignement supérieur et les acteurs du système de santé et de la prévention.**

La contrepartie du renforcement de l'autonomie professionnelle des médecins directeurs, afin d'en faire de réels conseillers de la santé étudiante en direction des présidents d'université comme des directeurs de CROUS est le renforcement des compétences des médecins directeurs que ce soit à la prise de poste ou en termes de formation continue en santé publique, afin de prendre en compte les évolutions réglementaires et structurelles du système de santé et d'échanger et diffuser les bonnes pratiques.

Le **pôle national d'appui** devrait être constitué par la DGESIP, la CPU et l'ADSSU, afin de :

- faire partager le savoir-faire d'ingénierie d'organisation et de fonctionnement d'un SSU qu'il soit centre de santé ou non ;
- aider à réaliser les enquêtes nécessaires au pilotage de la politique de santé en faveur des étudiants, en lien avec les enquêtes de bilan du MESRI, celles de l'OVE sur la situation des étudiants, mais aussi par des enquêtes spécifiques sur des thèmes plus médicaux (enquête COSYS par exemple<sup>33</sup>) ;
- favoriser le déploiement des actions selon les orientations issues, au niveau national, de conférences nationales de santé étudiante<sup>34</sup> ;
- favoriser les échanges de pratiques et mettre en commun les outils et bonnes pratiques ;
- développer un DPC (voir paragraphe 2.6) adapté à la pratique médicale en SSU en direction des professionnels de santé et notamment des médecins et médecins directeurs ; ceci remplirait le vide actuel pour les médecins directeurs qui n'ont pas de DPC adapté à leurs besoins et ne peuvent faire reconnaître comme formation médicale ce qu'ils ont comme formation adaptée.

**Proposition 3 : Constituer, par convention entre le MESRI, la CPU et l'ADSSU, un pôle national d'appui aux SSU chargé d'impulser la mise en œuvre d'une politique nationale de santé étudiante et de faciliter la mutualisation des bonnes pratiques.**

---

<sup>33</sup> <https://www.drogues.gouv.fr/evenements/resultats-de-lenquete-nationale-cosys-ceip-paris>

<sup>34</sup> La composition de la conférence nationale de santé étudiante pourrait être celle de l'actuelle conférence de prévention étudiante (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000038323581/> - arrêté du 12 décembre 2018)

### 3. Des bonnes pratiques de gouvernance et de gestion à généraliser

#### 3.1. Une gouvernance perfectible

L'article D714-23 du code de l'éducation spécifie que le directeur d'un SSU est « *assisté d'un conseil du service* » dont la composition est définie par l'article D714-26 et le rôle par l'article D714-27 (cf. annexe 2). La remontée d'information demandée aux directeurs de SSU dans le cadre de la présente mission a mis en évidence une proportion significative d'universités au sein desquelles ce « conseil du service » ne jouait pas son rôle, voire n'était pas réuni : en effet sur vingt réponses reçues, seules dix incluaient un compte-rendu de réunion de conseil du service ; cela signifie notamment que pour les dix autres le budget de l'université a été adopté sans l'avis requis (article D714-27) du conseil du service pour ce qui concernait les moyens alloués au SSU<sup>35</sup>. Cette situation a certainement des origines très diverses mais reflète un dysfonctionnement de gouvernance. Pour une partie des SSU, tout se passe comme si les modalités de direction des SSU reposant sur l'articulation entre le directeur et le conseil du service, n'avait aucun impact sur la gestion réelle des services. Lorsque la question de l'absence de réunion du conseil du service a été abordé auprès de SSU ne les ayant plus réunis depuis plusieurs années, les réponses ont comme point commun l'expérience d'un conseil dont les propositions se sont retrouvées sans aucune influence sur les décisions prises par l'université quant au SSU ou à la politique de santé.

La question de la gouvernance est indissociable de la question de la direction des SSU. Comme cela sera abordé dans le chapitre suivant, les SSU sont handicapés par une trop forte instabilité des postes de médecins directeurs. Le cas associant un conseil du service de faible impact et une instabilité du poste de directeur est loin d'être rare.

Il ne peut y avoir de politiques de santé si celles-ci ne s'inscrivent pas dans le temps et ne disposent pas de l'autonomie nécessaire. Toute politique de santé doit être inscrite dans la réalité locale et, pour ce qui concerne les étudiants, traduite par le plan local de promotion de la santé étudiante. Son application nécessite une indépendance suffisante pour éviter qu'elle ne soit sujette à des influences n'allant pas dans le sens de la santé des étudiants.

**Il ne serait pas superflu que le Rectorat rappelle le rôle fixé au conseil du service par les dispositions réglementaires, s'assure périodiquement de la bonne mise en œuvre de ces dispositions et alerte la présidence de l'Université d'éventuelles non-conformités.**

Il faut également assurer la remontée au niveau national des plans locaux de promotion de la santé étudiante (ce qui correspond à la mesure 24 du PNVE 2015) avec les dates d'approbation par le conseil de santé étudiante et par le conseil d'administration de l'université, ce qui permettrait de vérifier leur existence. Cette remontée donnerait aussi la possibilité d'en analyser les contenus, ce qui orienterait utilement les travaux du pôle national d'appui.

**Proposition 4 : Faire vérifier par les Rectorats de région académique le plein respect des modalités de gouvernance des SSU, telles que définies par le code de l'éducation, et assurer la remontée au niveau national des plans locaux de promotion de la santé étudiante.**

---

<sup>35</sup> Etonnamment tant le texte circulaire [NOR : ESR1005537C](#) du 4 mars 2010 intitulé « Organisation et missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé » que le plus récent texte circulaire conjoint MSS-MESRI [NOR : ESR1936065C](#) du 14 février 2020 intitulé « Services de santé universitaires (SSU) » passent sous silence cette disposition..

Le rôle du « conseil du service » serait peut-être mieux compris si sa dénomination était plus explicite : le terme « conseil de santé étudiante » serait certainement plus lisible et affirmerait plus clairement l'attention qui est portée sur ce champ de la vie étudiante.

**Proposition 5 : Rendre plus lisible la terminologie en remplaçant dans le code de l'éducation la dénomination « service de médecine préventive et de promotion de la santé » par « service de santé universitaire » et « conseil du service » par « conseil de santé étudiante ».**

Pour les établissements ayant un statut autre que celui d'université, la dénomination pourrait être « service de santé étudiante » et « conseil de santé étudiante »

### **3.2. Un guide pratique pour le recrutement et la gestion des personnels contractuels des SSU à l'impact trop faible**

Les SSU sont confrontés depuis de nombreuses années à une crise majeure de recrutement. Un exemple simple permet de l'illustrer : sur 57 postes de directeurs connus de l'ADSSU, 5 sont vacants (de façon chronique), 54% sont pourvus depuis moins de 7 ans (durée correspondant à la mise en place et à la réalisation d'un programme de santé publique). Autrement dit, seul un tiers des SSU ont une direction stable.

La crise de recrutement n'est pas un problème récent et concerne l'ensemble des postes de médecins, mais aussi les postes de psychologues et de chargés de prévention, puisque médecins et psychologues ne relèvent d'aucun corps de fonctionnaires du MESRI, au contraire des postes d'infirmières, assistantes sociales et secrétaires. Un guide des bonnes pratiques pour le recrutement et la gestion des personnels non statutaires des SIUMPPS et SUMPPS a été établi par l'ADSSU et la CPU et adopté par l'assemblée plénière de la CPU le 16 septembre 2010, avec une actualisation votée le 17 octobre 2020, mais ce guide est peu appliqué.

Les difficultés de recrutement et de stabilité des postes de nombreux SSU résultent en grande partie de la non-application de ce guide par nombre d'universités pour la rémunération. Certes ce guide n'a pas de valeur juridique contraignante, mais, au même titre que les normes AFNOR non obligatoires, il constitue une « bonne pratique » dont la non mise en œuvre nuit à l'image de l'université qui s'en écarte ou l'ignore, et affaiblit le potentiel de recrutement pour son SSU. Bien que le guide ait été approuvé en assemblée générale de la CPU, s'il s'avérait que la majorité des universités considère ses dispositions inappropriées, une révision de celui-ci serait à conduire : une transparence réaliste et assumée sera plus efficace qu'une illusion.

Un autre problème tient aux contrats de nombreux médecins directeurs qui ne passeraient pas le contrôle d'une commission des contrats du conseil de l'Ordre des Médecins tant soit peu attentive, notamment par l'absence de mention de l'indépendance professionnelle des médecins et l'absence de procédure de conciliation. Le respect de cette indépendance professionnelle est une condition majeure pour la mise en place d'une politique de santé en direction des étudiants. Toute politique de santé repose en effet sur l'association entre une volonté démocratique, portée par le conseil d'administration de l'université et d'un savoir technique indispensable à l'identification des problèmes, leur priorisation, la mise en adéquation des objectifs et des moyens et l'évaluation des résultats et l'identification des zones de progrès. Or, le suivi du fil de discussion de l'ADSSU a montré de fortes tensions, lors de la pandémie de Covid-19, qui a agi comme un vrai « *stress test* ». Ces tensions ont parfois pu aboutir à des mises en cause de médecins directeurs, du fait d'une mauvaise compréhension des règles de priorisation en santé publique et d'une interprétation erronée des textes nationaux,

faute de compétence pour les comprendre. Le fil de discussion de l'ADSSU révèle aussi des dysfonctionnements tels que le recrutement de médecins au sein d'un SSU sans l'avis du médecin directeur. Il faut rappeler qu'initialement les médecins directeurs étaient nommés par le ministère sur proposition du président d'université et avis du recteur chancelier, afin de protéger leur autonomie.

La situation actuelle nuit au climat social et au dynamisme de certains SSU, à la pérennité de leurs actions et, par voie de conséquence, cela nuit à la qualité de vie des étudiants.

**Un différentiel positif pourrait être envisagé sur l'allocation des moyens d'une université lorsqu'elle applique le guide de la CPU.**

**Alternativement ou parallèlement la CPU pourrait demander à ses membres s'ils s'engagent à suivre les dispositions du guide et rendre accessible la liste de ceux qui répondent positivement.** Les médecins ou psychologues qui candidatent à une fonction au sein d'un SSU pourraient ainsi s'informer *a priori* sans ambiguïté.

Il est tout aussi fondamental de protéger les médecins directeurs dans leurs fonctions médicales, ce qui peut se faire en suscitant la rédaction d'un contrat-type de médecin directeur par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en partenariat avec la CPU et l'ADSSU<sup>36</sup> intégrant le nécessaire respect de l'autonomie professionnelle.

**Proposition 6 : Mettre en place une adhésion formelle des universités au guide de la CPU sur la rémunération des médecins et psychologues et tenir à jour une liste publique des universités y ayant adhéré ; établir un contrat-type de médecin directeur de SSU en lien avec le CNOM.**

### **3.3. Une responsabilisation à encourager pour la gestion budgétaire**

Si le PNVE ne s'est accompagné d'aucuns moyens supplémentaires, la mise en place de la CVEC a permis une augmentation des financements des SSU en faisant passer le droit obligatoire de 5,10 € à une part de la CVEC reversée à l'université ne pouvant être inférieure à 15%. Mais un problème parfois mentionné dans le fil de discussion de l'ADSSU concerne l'absence de transparence sur les moyens alloués. Ces moyens proviennent de sources diverses : mise à disposition d'emplois titulaires d'infirmières, assistantes sociales et secrétaires, mise à disposition des locaux, dotation globale de fonctionnement fléchée par le MESRI, CVEC, recettes variables issues du paiement des actes de soins et du reversement de la part patronale des cotisations sociales des médecins (amendement Teulade) pour les SSU disposant d'un centre de santé, convention de financement d'actions de prévention par une ARS, la MILDECA ou une collectivité territoriale. Nonobstant une part souvent large de ressources propres, un gel des dépenses est parfois imposé en cours d'année du fait de contraintes extérieures au SSU.

C'est pourquoi, outre la mise en œuvre effective des dispositions existantes en matière d'élaboration de budget pour ce qui concerne le SSU (voir 2.1 supra), **il conviendrait que le budget d'un SSU fasse l'objet d'une présentation globale en coûts complets sur la base d'une comptabilité analytique** (personnels titulaires ou contractuels permanents et ETP correspondants, personnels temporaires et ETP correspondants, dotation aux amortissements pour les locaux et matériels, fonctionnement, dépenses de formation, dépenses de sensibilisation,...). Un centre de santé pouvant dégager un excédent

---

<sup>36</sup> Il y a actuellement 43 contrats types de médecins validés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins – allant de médecin directeur de crèche à médecin coordinateur d'EHPAD, dont certains sont spécifiques de métiers de la santé publique (médecin d'hébergeur de données de santé, médecin de DIM de clinique privée,...)

budgétaire de par les remboursements d'actes par l'assurance-maladie, il conviendrait que l'attribution de cet excédent éventuel soit clairement affectée et qu'il puisse être maintenu au SSU (avec possibilité de report d'une année sur l'autre) pour amplifier son action, notamment en matière de prévention et de sensibilisation.

Une telle transparence et responsabilisation de chacun des acteurs ne peut qu'être bénéfique tant en gestion qu'en qualité relationnelle. Il faut rappeler qu'initialement, les SSU disposaient d'un budget annexe, afin d'assurer l'autonomie d'action dont ils ont besoin sur le long terme.

Un autre intérêt de cette transparence tient à la nécessaire extension de l'action des SSU en direction de l'ensemble des étudiants. Cette extension est naturelle lorsque le SSU est centre de santé (puisque tout centre de santé est ouvert à toutes et tous), mais il convient d'éviter un comportement de passager clandestin lorsque des structures associées à une université, via une COMUE ou un EPE, se contente du reversement d'une partie de leur CVEC comme seule contribution, sans tenir compte de l'effort budgétaire de l'université via l'attribution de la DGF<sup>37</sup>, la mise à disposition d'emplois de titulaires et de locaux. Il ne peut donc y avoir d'extension des missions des SSU à des étudiants non universitaires que si la réalité des coûts des SSU, tenant compte des dotations en personnels et locaux, est connue et transparente. Faute de quoi, tout conventionnement avec l'établissement d'enseignement sera entaché d'inexactitude et d'insincérité.

Enfin, l'extension de liens contractuels avec des ARS et des CPAM<sup>38</sup> nécessitera de garantir que les fonds alloués soient bien affectés aux tâches définies, et qu'il n'y a pas parallèlement de transfert d'imputation de charges (par exemple réduction de la DGF à hauteur des sommes obtenues ou transfert des charges d'emploi en personnel en proportion de ces mêmes sommes).

**Proposition 7 : Rendre obligatoire la présentation globale en coûts complets du budget d'un SSU.**

### **3.4. Une attention à apporter à la formation**

Le cadre et les missions d'un service de santé universitaire étant très spécifiques, il faut veiller à ce que son directeur en ait une connaissance suffisante, pour ce qui concerne tant les rouages internes de l'établissement d'enseignement lui-même que les relations avec les partenaires essentiels de l'action des SSU (CROUS, ARS, CPAM, Région,...). Une formation initiale pour les directeurs nouvellement nommés doit être mise en place et complétée par une formation professionnelle continue.

Tous les professionnels de santé ont une obligation<sup>39</sup> de développement professionnel continu (DPC) avec un compte-rendu triennal de leur parcours individuel (vérifié par le Conseil national de l'Ordre pour les médecins). Le pôle national d'appui proposé ci-dessus pourrait être le pilote de l'élaboration d'orientations et de préconisations pour le programme de DPC des médecins employés au sein des SSU, afin de faciliter le dialogue en la matière avec l'université qui est leur employeur.

Plus largement, un besoin de formations dédiées existe pour l'ensemble des personnels des SSU, afin notamment de les préparer ou les aider à la prise en charge de la diversité de situation des étudiants (handicapés, étrangers, en difficulté psychologique ou psychiatrique, ...). Le pôle national d'appui pourrait être chargé de répertorier les formations existantes et de susciter, en lien avec l'ADSSU, la

---

<sup>37</sup> Dotation générale de fonctionnement

<sup>38</sup> Caisse primaire d'assurance maladie

<sup>39</sup> Articles L4021-1 à L4021-8 du code de la santé publique :

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020897548/>

mise en place des formations qui font défaut, afin de pouvoir disposer d'une offre de formation adaptée aux besoins (et évoluant avec eux).

## **4. L'adaptation aux nouveaux enjeux**

### **4.1. Un renforcement à poursuivre sur les enjeux de la santé mentale**

Un enjeu croissant reflété par les comptes rendus d'activités des SSU est celui de la santé mentale. Cet enjeu était perceptible avant la crise sanitaire du Covid-19 et a été amplifié par celle-ci. A cet égard, dans la foulée du chèque d'accompagnement psychologique, il faut veiller à ce que les moyens humains et les budgets de fonctionnement alloués par les établissements à leurs SSU soient à la hauteur appropriée pour d'une part avoir une offre diversifiée (consultations individuelles avec un psychologue, téléconsultations sans rendez-vous, soutien en groupe), d'autre part permettre la formation et l'appui des personnels volontaires et des étudiants relais pour le repérage et l'accompagnement des étudiants en détresse.

Au plan de la prévention, une campagne annuelle de sensibilisation devrait être menée sur les facteurs influant positivement (nutrition, sommeil, activité physique) ou négativement (addictions) sur la santé mentale ; elle pourrait s'inspirer de la « semaine de la santé mentale » organisée de longue date dans les pays anglo-saxons.

Plus globalement les SSU doivent pouvoir sensibiliser l'ensemble des acteurs au sein des établissements qu'ils servent et de leurs partenaires (tels que les CROUS), sur leur part de responsabilité, directe ou indirecte, vis-à-vis de la santé des étudiants (rythme et horaires des cours, écoute sur les difficultés, équilibre des repas disponibles,...).

Dans le domaine de la santé mentale, le partenariat avec l'offre de soins hospitalière ou de ville souffre des manques de moyens en hospitalisation adaptée aux problématiques psychiatriques étudiantes (anorexie mentale, dépression de l'adulte jeune, psychose débutante,...) et d'un manque d'échange d'information lorsqu'il y a prise en charge, handicapant le SSU dans son rôle d'intégration de ces étudiants dans l'université et les CROUS. Certains SSU ont mis en place des partenariats avec la médecine de ville (*e.g.* réseau Résus+ déjà cité), mais ces mises en place nécessitent une offre de soins en ville étoffée et leur pérennité reste difficile.

### **4.2. Une adéquation à faire entre les priorités et les moyens des actions de prévention**

L'article D. 714-21 du code de l'éducation donne une liste assez détaillée des actions que les SSU doivent mener. Force est de constater que, le plus souvent, les moyens humains dont dispose un SSU, ou qu'il peut s'adjoindre, sont insuffisants pour mener l'ensemble de ces actions. Cet article cible à la fois des actions à mener dont certaines sont précisées (dépistage et traitement des IST courantes, ...) alors que d'autres relèvent de politiques plus générales et à construire (impulser et en coordonner des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé). Il ne faudrait pas qu'apparaisse un déséquilibre en faveur de ce qui est facilement quantifiable (nombre de vaccins faits, nombre de bilans faits, ...).

Or, la capacité des SSU à développer des actions de prévention et d'éducation à la santé est réelle, ce dont témoigne le développement des programmes d'étudiants relais de santé, développements effectués par les SSU eux-mêmes, sans incitation nationale, l'inclusion de cet axe dans le PNVE 2015

venant constater une évolution jugée pertinente et essentielle. En matière d'information, de sensibilisation et d'éducation, le recours aux étudiants relais de santé repose sur un effet de parité, pratique dont l'efficacité est reconnue, mais, comme déjà mentionné, l'enquête menée en juillet 2020 par le MESRI, la CPU et l'ADSSU montre qu'à peine la moitié des SSU font appel à des étudiants relais de santé.

Les SSU sont porteurs d'autres innovations, ce qui a été notamment illustré lors de la crise de la Covid-19 : présence sur les réseaux sociaux étudiants, mise en ligne de vidéos, de podcasts, d'application pour téléphone mobile, mise en place de téléconsultations, de séances d'appui à distance (relaxation, sophrologie, ateliers cuisine, ...) individuelles ou collectives, ... D'autres initiatives seront reprises dès que possible : jeu d'évasion en santé (*escape game*), recours à la réalité virtuelle ou immersive (par exemple pour la réduction de risques festifs, la lutte contre le harcèlement, ...).

Cela étant, **il est aujourd'hui indispensable d'opérer un soutien budgétaire de rattrapage**, tant pour les moyens humains que pour l'équipement et le fonctionnement. En effet, et c'est une limite de la CVEC ou de la contractualisation avec les ARS, il s'agit de rattraper un retard structurel de plusieurs dizaines d'années et pour l'ensemble des SSU. Les réponses conjoncturelles, permettant de développer des actions nouvelles ou temporaires, seront insuffisantes. Par exemple, dans beaucoup de cas, le principal facteur limitant est l'absence de locaux pour effectuer de nouvelles consultations, réaliser de nouvelles activités, réunir les étudiants relais de santé, ... Cette politique de rattrapage doit être conçue sous forme d'un plan à moyen terme, a minima sur six ans et en partenariat avec les acteurs du développement des universités sur les territoires que sont les collectivités territoriales.

Ce rattrapage doit se faire dans un cadre élargissant le concept de santé universitaire au-delà des seuls étudiants des universités. L'enquête réalisée en juillet 2020 montre que de nombreux SSU vont déjà au-delà : via des conventions ad hoc, les étudiants des grandes écoles et écoles d'ingénieurs hors université, des établissements relevant du ministère de l'agriculture (vétérinaires, agronomie, génie rurale et forestier,...), du ministère de la culture (architecture, beaux-arts,...), de chambres consulaires (écoles supérieures de commerce) ou en BTS, peuvent avoir accès aux services des SSU. Il faut donc penser le rebasage des moyens des SSU dans ce large cadre. Ceci est d'autant plus important que, de par la loi, les centres de santé sont amenés à prendre en charge toute personne se présentant à lui. Il faut donc éviter un comportement de « passager clandestin » ou un établissement d'enseignement supérieur non universitaire enverrait ses étudiants consulter au SSU, bénéficierait des actions de prévention faites en distanciel (sur les réseaux sociaux, les applications mobiles,...), sans participer au financement du SSU (ou de façon partielle par le seul reversement d'une partie de la CVEC).

Cette capacité à étendre le périmètre d'action des SSU est particulièrement importante pour les antennes délocalisées des universités : en augmentant de façon importante le nombre d'étudiants bénéficiaires (il est souvent possible de le doubler ainsi), on peut atteindre le seuil de viabilité de ces antennes, ce qui permet de disposer de moyens suffisants pour stabiliser des temps infirmiers, médicaux, psychologiques ou sociaux dans des territoires où la déprise médicale est forte.

**Proposition 8 : Définir et mettre en œuvre un plan d'action pour rétablir l'adéquation entre les missions et les moyens des SSU en évaluant quantitativement les moyens nécessaires pour chacune de ces missions dans le cadre d'une extension de leur rôle à l'ensemble des étudiants post baccalauréats.**

La pénurie actuelle de moyens amène les SSU à chercher de tenter de répondre à ce qui est perçu comme une hiérarchie de priorités. Autant la pratique de bilans de santé indiscriminés est remise en cause dans son efficacité (que ce soit en termes de morbidité ou de comportement de santé), autant celle-ci reste un outil d'entrée dans le parcours de santé pour les étudiants les plus fragiles et souvent en difficulté d'accès à la prévention comme aux soins<sup>40</sup>. Ainsi le *suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers* (alinéa 3 des missions des SSU – cf. article D714-21 en annexe 2) est souvent mis en priorité par rapport à la *réalisation d'au moins un examen de santé intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale au cours de la scolarité* (alinéa 1) pour tous les étudiants, ce, faute de moyens pour mener de front les deux missions ; il arrive aussi que des étudiants ne répondent pas à l'invitation qui leur est faite pour cet examen de santé ou fassent défaut au rendez-vous fixé. Au final, comme cela a déjà été mentionné, seuls 27% des étudiants auront fréquenté au moins une fois un SSU durant leur cursus. En termes d'efficience de politique de santé universitaire, il serait préférable de focaliser cet examen de santé sur les étudiants qui pourraient être identifiés comme restant à l'écart du système de soins (cf encadré n°3 au paragraphe 5.3 infra), tout en faisant bénéficier chaque étudiant d'un bilan de santé pendant son cursus, lorsqu'il le souhaite, ce bilan pouvant le cas échéant être réalisé par un centre d'examen de santé de l'assurance maladie.

A ce titre, une priorité importante concerne les étudiants étrangers extra européens (dit 4E) primo-arrivants. L'état de santé de ces étudiants étrangers primo-arrivants varie bien sûr selon leur pays d'origine, leurs ressources et leur connaissance du système de santé français. L'état des systèmes de santé s'étant considérablement dégradé dans de nombreux pays, les étudiants qui en proviennent ont et continueront à avoir plus de problèmes de santé à prendre en charge, ne serait-ce qu'en termes de prévention primaire (vaccination) et secondaire (dépistage, notamment de la tuberculose et des IST) et d'intégration dans le système de santé français. A cet égard, la loi n°2016-274 du 7 mars 2016 s'est avérée particulièrement péjorative pour ces étudiants, en rompant le lien entre visite médicale et titre de séjour, en coupant tout lien entre l'OFII et les SSU (alors que jusqu'à cette date une convention ADSSU - OFII avait permis des échanges d'information et de bonnes pratiques, certains SSU étant même centres délégués OFII) et en transférant aux services de santé universitaire des obligations sans les moyens règlementaires et budgétaires pour y répondre. Dans le même temps, les étudiants étrangers continuent à payer des droits de visite médicale, droit non transmis aux SSU, pour une visite dont la réalité est trop souvent fantomatique. Il faut rappeler que les SSU ne peuvent identifier que les étudiants dépendant directement de l'université (donc hors écoles, BTS et établissement hors enseignement supérieur) et seulement une fois que l'ensemble des droits a été payé. Il apparaît donc nécessaire de rétablir le lien avec OFII pour l'identification des étudiants étrangers primo-arrivants et de consolider les moyens nécessaires à la réalisation de cette visite. Les modalités de celle-ci seront à déterminer en fonction des moyens du SSU et d'éventuels partenaires locaux (centres d'examen de santé de l'assurance maladie notamment).

---

<sup>40</sup> Cf. à ce sujet la méta-analyse Cochrane de LT KROGSBØLL, KJ JØRGENSEN, CGJ LARSEN, PC GØTZSCHE. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis; BMJ 2012;345:e7191 doi: 10.1136/bmj.e7191. Cette méta-analyse et d'autres études ayant montré les échecs des bilans systématiques (hors dépistage organisé des cancers) sont l'une des raisons de la réorientation des bilans périodiques de santé de l'assurance maladie en direction des personnes précaires et de la prévention du vieillissement pathologique (à partir de 65 ans) qui sont les deux populations pour lesquelles, en France, l'efficacité de l'approche systématique a pu être démontrée – voir notamment SASS C, CHATAIN C, ROHMER JF, et al. (2011). Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examen de santé de l'assurance maladie. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42, 79-87.

**Proposition 9 : Rétablir un lien entre l'OFII et l'université d'accueil des étudiants étrangers, afin que chaque SSU puisse identifier les étudiants étrangers primo-arrivants dès leur arrivée pour procéder à la visite médicale requise, et assurer le financement de cette visite.**

## **5. Renforcer la promotion de la santé**

Si l'on compare l'extension du rôle des SSU et les moyens dont ils disposent eu égard à l'augmentation du nombre d'étudiants, de la précarité étudiante et la réduction de l'offre de soins, il est certain que la politique de promotion de la santé est le secteur le plus en souffrance.

Le cadre de la promotion de la santé est posé par la charte d'Ottawa (OMS, 1986) comme un processus de mise en cohérence pour conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et la façon de l'améliorer, en agissant sur :

- la promotion des modes de vie,
- l'amélioration des conditions de vies,
- les facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui déterminent la santé (ou déterminants de santé).

C'est un processus de mise en cohérence des actions de prévention et d'éducation à la santé, ayant une action au niveau politique (au sens, en l'occurrence, de comment sont déterminées les conditions d'études et de vie étudiante). Cette action politique doit viser dans un premier temps à traquer les ruptures de cohérence (par exemple faire la promotion du bien manger, mais ne pas pouvoir accueillir tous les étudiants en restauration universitaire et s'équiper de distributeurs de junk-food, ou lutter contre l'alcoolisation et laisser les alcooliers organiser la vie festive étudiante), puis dans un second temps à donner un avis d'impact sur la santé des décisions collectives (organisation du rythme d'études, conditions d'études...).

L'action sur la santé ne peut se faire uniquement par la succession d'actions de prévention et d'éducation à la santé et la facilitation de l'accès aux soins. Elle doit se faire aussi en agissant sur les déterminants de la santé, pour ce qui est à la charge des universités et de la vie étudiante (dont les CROUS). Dans leur ensemble, les organisations étudiantes rejoignent ce point de vue lorsqu'elles soulignent le caractère multifactoriel des problèmes de santé des étudiants en insistant sur :

- ce qui est lié à la précarité : alimentation déséquilibrée ou insuffisante, logement à la limite de l'insalubrité, fatigue liée à la conjonction d'un emploi et des études ;
- ce qui est lié aux emplois du temps : pause méridienne insuffisamment préservée, stress lié aux horaires compliquant l'engagement annexe dans un job.

Un des axes de la politique de promotion de la santé est d'assurer le maillage des structures contribuant à la santé des étudiants au sein de l'université et autour de celle-ci. Ce maillage concerne les autres structures de la vie étudiante au sein de l'université, les CROUS et des acteurs majeurs de la santé, en dehors du périmètre des études : l'assurance maladie, les agences régionales de santé, la MILDECA, les collectivités territoriales et les associations agissant en prévention et promotion de la santé.

### **5.1. Les SSU au cœur de la vie étudiante**

L'actuelle crise pandémique n'a pas fait que mettre en avant les carences de moyens des SSU : elle a aussi révélé l'importance de la vie étudiante comme condition de réussite des études. Ainsi que le

rapporte les deux dépositions, au Sénat et au Haut Conseil de Santé Publique, figurant en annexe 5 et 6, l'un des principaux problèmes de cette crise a été l'altération des liens sociaux avec les confinements successifs. Et la crise sociale liée à la perte de « petits » boulots des étudiants, cumule la perte économique et le fait que ces petits boulots sont des lieux de socialisation.

Si les missions de l'université restent l'enseignement et la recherche, la santé des étudiants en est une condition nécessaire. Un étudiant qui va bien est un étudiant qui réussit.

Les facteurs de socialisation sont assurément des facteurs de promotion d'une bonne santé, et aussi des facteurs utiles au repérage précoce des problèmes de santé des étudiants. Tout plan local de promotion de la santé étudiante doit donc s'attacher au renforcement de ces liens sociaux, à tout ce qui met les étudiants en lien entre eux et avec les enseignants et personnels des universités.

Dans ce cadre, les services de la vie étudiante apparaissent comme des partenaires privilégiés des SSU, au sein de l'université.

- Le service université handicap (SUH) est un partenaire naturel du SSU puisque c'est au SSU que revient de réaliser les évaluations visant à déterminer les aménagements d'études et d'examen à mettre en place. Cette évaluation se fait via des médecins du SSU qui sont agréés par la Maison départementale des personnes handicapées et dont les avis sont contresignés par le médecin directeur afin de protéger leur indépendance professionnelle. Les SSU interviennent aussi dans l'établissement de priorités médicales de logement et participent aux équipes plurielles. Il faut prendre en compte la situation de plus en plus complexe du handicap :
  - augmentation importante du nombre d'étudiants handicapés (multiplié par 3 en 10 ans en moyenne), ce qui signe le succès de l'Education nationale et les progrès des universités en matière d'inclusivité, mais ce qui crée une charge de travail supplémentaire pour les SUH comme les SSU, accroissement actuellement non compensé ;
  - complexification et diversification des cas de handicap : à une vision du handicap chronique lié à une atteinte fonctionnelle stable découlant de la période périnatale, s'ajoutent des handicaps fonctionnels plus complexes à évaluer, parfois d'évolution fluctuante ou en lien avec une maladie chronique, ainsi que l'augmentation des handicaps psychiques et des handicaps « temporaires », liés à l'accidentologie ;
  - gestion de plus en plus difficile du respect du secret médical, liée aux handicaps non directement visibles. La question du respect du secret médical a pu faire l'objet de tensions entre SSU et SUH, ce qui a justifié l'organisation d'un travail commun lors des 10<sup>èmes</sup> journées du réseau APACHES (réseau du handicap à l'université) du 31 janvier - 1<sup>er</sup> février 2019.

Une des façons de résoudre cette question a été la création d'un pôle regroupant SSU et SUH, sous autorité médicale (de façon à ce que l'ensemble des personnels puisse être considéré comme faisant partie de l'équipe médicale élargie, au sens du code de la santé publique) ou par la fusion des deux services (solution qui paraît moins conseillable du fait des différences de fonctionnement et de rôle des deux services et de l'assimilation erronée qu'elle peut induire entre handicap et état de santé).

- Le service universitaire d'activité physique et sportive (SUAPS) est un autre partenaire naturel des SSU. Les liens entre activité physique, sport et santé sont nombreux que ce soit en termes bénéfiques de prévention par l'activité physique, mais aussi pour des aspects de prévention des accidents de sport, du dopage et des pratiques de troisième mi-temps. Par contre, il y a peu à

attendre de la prescription de sport par les SSU permettant une prise en charge par l'assurance maladie : cette prescription est liée à la reconnaissance d'un état d'affection de longue durée (ALD), ce qui est rare en population étudiante. De plus, lorsqu'un étudiant a une reconnaissance d'ALD, s'est le plus souvent dans le cadre de maladies rares pour lequel l'étudiant est suivi par un centre de référence ou de ressources qui est son prescripteur principal.

- Le service université culture (SUC) est un lieu de socialisation par les pratiques culturelles proposées. C'est aussi un lieu d'échange et de ressource sur les stratégies et outils de prévention et promotion de la santé. Toute pratique humaine est culturelle et la culture ne cesse d'aborder les questions de la bonne santé, de la sexualité, de la maladie et de la mort.

Sur le terrain, les liens entre ces services et les SSU sont nombreux : mise en place de projets croisés, parfois financée par la partie transverse de la CVEC, unités d'enseignements optionnels, le plus souvent dans le cadre d'UE libres, élaborées et gérées en commun, échanges d'expériences et de pratiques. L'importance de ces liens justifie que ces services soient représentés à la conférence nationale de santé étudiante (via leurs réseaux nationaux respectifs) et dans les conférences régionales de santé étudiante.

## 5.2. Relations avec les CROUS

En tant que gestionnaires de lieux de socialisation entre étudiants (hébergement, repas) et acteurs de l'aide sociale, les CROUS ont une influence significative sur le bien-être étudiant. Leurs missions principales sont l'hébergement, la restauration, l'animation des lieux étudiants qu'ils gèrent, l'accueil-conseil, l'information et l'aide sociale. Ils jouent des rôles importants sur la vie, et donc la santé des étudiants.

Pour autant, la coordination entre CROUS et universités est imparfaite, ce que l'on peut illustrer par la question de la pause méridienne : de son amplitude et du séquençage de libération des étudiants dépend la capacité des restaurants universitaires à accueillir tous les étudiants. Or, cette coordination autour de la pause méridienne est rarement faite. Il est d'ailleurs surprenant qu'au niveau des universités comme des CROUS, il n'existe pas de bureau des temps<sup>41</sup>.

La coopération entre CROUS et SSU est pourtant nécessaire, ce qui a été illustré lors de la crise pandémique de la Covid-19. Traçage de niveau III, isolement des étudiants positifs ou cas contact avec portage de repas, travail commun des services sociaux des SSU et des CROUS pour faire face au volet social de la crise, repérage et orientation des étudiants fragilisés psychologiquement, ont nécessité une coopération au quotidien. Ceci a renforcé des actions déjà existantes, concernant l'alimentation, le repérage des étudiants en difficulté, la coopération des services sociaux. Si de telles coopérations étaient en place sur plusieurs sites, elles n'étaient pas pour autant systématiques, et il existait des lieux plus marqués par la tension que par la coopération.

La genèse de tensions apparaît lorsque la méconnaissance respective se substitue à l'existence de liens directs. L'existence de services sociaux au sein des SSU est parfois vécue comme inutile du côté des CROUS et lorsque ces services n'existent pas, les demandes des SSU pour le travail social en lien avec la précarité en santé ou la prise en charge d'étudiants fragiles est parfois vécue comme une charge excessive. Les CROUS peuvent faire appel à des structures privées d'accompagnement psychologique pour les étudiants qu'ils hébergent, ce qui permet de compenser les difficultés d'accès aux psychologues. Mais si les SSU n'en sont

---

<sup>41</sup> Sur les bureaux des temps une synthèse figure dans <https://www.iew.be/les-bureaux-du-temps-vous-connaissez/>

pas informés, lorsque ces structures ont fini leur activité (en général en fin d'année universitaire), ils se retrouvent à devoir gérer - et au dernier moment - des étudiants en grande fragilité. Si les actions de prévention des SSU ne sont pas coordonnées avec les campagnes d'information et de communication en santé des CROUS, ou lorsque les CROUS ont recours à des dispositifs associatifs d'étudiants relais de santé, le risque de confusion et de concurrence entre actions est élevé. Les SSU jouent un rôle important dans l'établissement des priorités médicales de logement (dans le cadre d'un handicap ou d'une maladie chronique) ou le maintien de bourses pour raison médicale. Les SSU sont toutefois tenus au secret médical, ce qui peut être perçu comme une rétention d'information lorsque cette contrainte n'est pas connue ou comprise. Or, la crise pandémique actuelle, notamment lors du premier confinement, a permis de faire un progrès important dans ce domaine : à la demande d'information sur qui était porteur de la Covid-19, il a pu être répondu que les motifs de confinement en cité universitaire et de portage de repas étaient plus vastes, incluant des étudiants malades, mais aussi des étudiants à risque de contamination sévère (du fait, par exemple, d'un traitement immunosuppresseur ou parce que leur handicap, en situation de confinement, nécessitait un tel support). Il faut également constater que l'absence du CROUS sur une antenne délocalisée de l'université complique la tâche d'accompagnement et de suivi réalisé par les SSU.

Un des acquis de la crise aura été l'amélioration des processus de coordination. Il faudra que cet acquis soit maintenu et amplifié. Ce qui divise nuit et ce qui unit fortifie. Il est donc nécessaire que les CROUS soient représentés au sein des conférences régionales de santé étudiante et que, site par site, le plan de promotion de la santé étudiante permette de coordonner les actions du SSU et du CROUS.

### 5.3. Les synergies avec l'assurance-maladie

La CNAM a, parmi ses objectifs, une action globale vers les jeunes en matière d'information et de communication pour l'éducation au système de santé et la perception de la responsabilité de chacun sur sa santé (notamment en matière de sexualité, nutrition, sommeil, équilibre mental). Elle s'attache à la complémentarité des actions conduites par les différents acteurs an ce domaine.

Une convention cadre vient d'être signée entre la CNAM, la CPU, la CGE<sup>42</sup>, la CGEFI<sup>43</sup>, le CNOUS, le MESRI et l'ADSSU. Ses objectifs sont axés sur trois thématiques (information et communication, accès aux droits et aux soins, prévention) mais leur atteinte dépendra de la capacité d'entraînement que les signataires auront vis-à-vis des acteurs locaux, les établissements et leur SSU pour le MESRI, la CPU, la CGE et la CGEFI, les CROUS pour le CNOUS et les CPAM pour la CNAM.

En effet, cette convention nationale n'est qu'un cadre qui doit être traduit en conventions locales entre CPAM et universités, permettant la réalisation des actions pour l'accès aux droits et aux soins de tous les étudiants. Afin de suivre l'effectivité des collaborations locales qui sont préconisées, **la DGESIP pourrait intégrer à son tableau de bord la proportion d'universités porteuses de SSU qui ont signé une convention avec la caisse primaire d'assurance maladie de leur territoire.**

**Proposition 10 : Suivre annuellement l'indicateur du nombre de SSU pour lesquels leur université a une convention active avec les caisses primaires d'assurance maladie de son ressort.**

#### Encadré n°3 : Une action plus ciblée pour l'accès aux soins

<sup>42</sup> Conférence des grandes écoles

<sup>43</sup> Conférence des Directeurs des Ecoles Françaises d'Ingénieurs.

### Les bases de la convention avec la CNAM-TS...

Une partie de la population étudiante reste à l'écart du système de santé, soit du fait d'une situation de précarité (et d'ignorance des droits), soit par manque de disponibilité (étudiants travaillant parallèlement à leurs études) soit par négligence. La convention qui vient d'être signée entre la CNAM, la CPU, le CNOUS, le MESRI, la CGE, la CDEFI et l'ADSSU inclut, parmi ses thématiques de collaboration, l'accès aux soins en prévoyant notamment sur ce point : « *Les partenaires pourront transmettre aux CPAM (via un formulaire dédié) les coordonnées d'assurés (avec leur accord) qui seraient sans droits, en renoncement aux soins, en fragilité sociale, en difficulté face au numérique..., selon le respect du RGPD tel que décrit en annexe. Les conseillers Mission Accompagnement Santé en CPAM prendront en charge les détections en recontactant les assurés et en leur offrant un service attentionné pour résoudre les difficultés dans lesquelles ils se trouvent.* ».

Trois indicateurs de suivi de la convention y font directement écho :

- Absence d'actes gynécologiques depuis plus d'un an (que ces actes soient faits par des gynécos, des MG ou des sages-femmes...) : % de la population féminine concernée
- Absence de soins dentaires depuis plus de 2 ans : % de la population des jeunes concernée
- Absence de consultation généraliste depuis plus d'un an : % de la population des jeunes concernée.

### ... et les développements attendus

Il n'est cependant pas certain que les établissements d'enseignement supérieur soient en mesure d'identifier efficacement par eux-mêmes les étudiants qui restent à l'écart du système de santé. Il serait donc utile qu'une action inverse soit également mise en place, à savoir une information des CPAM vers les établissements sur leurs étudiant(e)s pour lesquels une absence d'actes a été détectée et les tentatives de prise de contact par les conseillers Mission Accompagnement Santé sont restés sans suite : une invitation par le SSU de leur établissement pourrait alors être transmise à ces étudiant(e)s. La faisabilité de l'échange de données requis pour une cette action complémentaire nécessite cependant un examen complémentaire au regard du RGPD ; une autorisation de la CNIL<sup>44</sup> devra probablement être demandée, mais les moyens nécessaires paraissent proportionnés à l'objectif de santé publique qui est visé :

- Transmission chaque année par les établissements d'enseignement supérieur aux caisses primaires d'assurance-maladie des numéros de sécurité sociale des étudiants inscrits ;
- Détection par les caisses primaires des étudiant(e)s n'ayant pas consulté de médecin depuis un certain temps (à définir) et avec lesquels un contact n'a pu être établi par la CPAM ;
- Transmission en retour par les caisses primaires aux services de santé universitaires des numéros de sécurité sociale étudiant(e)s ainsi détectés ;
- Prise de contact avec ces étudiant(e)s par les services de santé universitaire.

Concernant les centres d'examen de santé de l'assurance maladie, il faut noter que pour quelques SSU des liens préexistent avec certains de ces centres, permettant de proposer un examen de prévention santé à des étudiants en forte fragilité sociale. Cette possibilité pourra être plus facilement étendue grâce aux conventions locales déclinant la convention nationale, à charge pour les SSU de prioriser les étudiants en situation de précarité et de s'assurer de leur orientation ultérieure. Ceci justifie que le CETAF<sup>45</sup>, l'organisme qui accompagne les centres d'examen de santé de l'assurance maladie, fasse partie de la conférence nationale de prévention étudiante et que les réseaux de centres d'examen de santé concernés participent aux conférences régionales.

<sup>44</sup> Commission nationale de l'informatique et des libertés

<sup>45</sup> Centre Technique d'Appui et de Formation

#### 5.4. Des relations hétérogènes et pourtant indispensables avec les Agences régionales de santé

Les Agences régionales de santé ont un rôle important dans la prévention : elles assurent la mise en place du plan régional de santé publique et sont en position de coordonner et financer les différents axes de prévention et promotion de la santé concernant la population étudiante (allant de la vaccination et des dépistages à la lutte contre les addictions et la promotion de la santé mentale). De plus, les ARS sont en position de favoriser l'intégration des SSU dans le système de santé de premier recours – rôle important depuis la loi d'organisation et de transformation du système de santé de juillet 2019. Via le financement des hôpitaux par missions d'intérêt général (MIG), les ARS ont aussi la possibilité de favoriser le développement de consultations hospitalières « hors les murs », ce qui peut permettre de doter les SSU de compétences médicales ou de maïeutique. Cela peut se faire en activant les leviers de la loi de transformation du système de santé de juillet 2019 et aussi en favorisant le respect du droit ancien des praticiens hospitaliers à une demi-journée de service public extra hospitalier qu'ils effectueraient au sein des SSU.

Le texte circulaire conjoint MSS-MESRI NOR : ESR51936065C du 14 février 2020 déjà cité rappelle que « l'article L. 831-1 du Code de l'éducation dispose que les établissements auxquels les SSU sont rattachés concluent une convention avec l'agence mentionnée à l'article L. 1431-1 du Code de la santé publique pour concourir à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé que comporte le programme régional de santé prévu à l'article L. 1434-2 du Code de la santé publique ». Malgré cette circulaire et des missions respectives qui devraient naturellement conduire à des relations denses, le constat fait sur le terrain est très loin de ce qu'il devrait être : seulement 53% des SSU ont une convention avec l'ARS, convention qui n'est souvent qu'annuelle, et seulement 20% bénéficient d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Or, la réalisation d'une politique de prévention ne peut s'appuyer sur des financements annuels renouvelés de façon aléatoire et suivant des phénomènes de « mode » qui font, par exemple que le financement de la prévention de l'alcoolisation est une priorité une année et ne l'est plus l'année suivante. Au sein d'une même région, la situation peut être marquée d'une forte hétérogénéité : par exemple en Auvergne Rhône-Alpes, les SSU des universités de Lyon et Clermont-Auvergne bénéficient de financement ARS annuels (avec, cependant pour Clermont-Auvergne, la perte, lors du processus d'absorption par Rhône-Alpes, du CPOM initialement mis en place par l'ARS Auvergne), alors que le SSU de l'université de Grenoble ne reçoit aucun financement.

La nécessité de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec l'ARS de leur territoire, doit être fortement rappelée au niveau ministériel.

La mise en place de conférences régionales de santé étudiante organisées par les Rectorats de région académique et associant les ARS (voir paragraphe 2.6) devrait initier la systématisation de liens entre les SSU et les ARS et la mise en œuvre d'une politique de moyen-long terme dans le cadre de programmes régionaux de santé publique et de santé mentale ayant un volet adapté à la population étudiante.

**Proposition 8 : Suivre annuellement les indicateurs d'une part du nombre de régions pour lesquelles l'ARS a une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens avec toutes les universités porteuses de SSU sur le territoire régional et d'autre part du nombre de contrats locaux de santé incluant un volet de santé étudiante.**

## 5.5. Des relations avec la MILDECA à renforcer

Placée auprès du Premier ministre, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) a un rôle de coordination interministérielle sur son champ, allant de la recherche et l'observation jusqu'à la lutte contre les trafics en passant par la prévention, la santé et l'insertion. Elle a une action spécifique en direction des jeunes et est donc un partenaire naturel des SSU, notamment pour leurs actions de prévention et de détection sur les addictions. Au plan local la MILDECA s'appuie plus particulièrement sur les Directeurs de cabinet des préfets qui sont les chefs de projet MILDECA sur leurs territoires.

La MILDECA partage le constat de l'hétérogénéité des dynamiques locales, en partie liée au degré de motivation et de proactivité des équipes dirigeantes que ce soit des universités ou des ARS. Elle rappelle la pertinence, soulignée par plusieurs études, de l'action par les pairs, à savoir les étudiants relais de santé, et regrette une utilisation encore trop limitée de ce dispositif, malgré le soutien financier local qu'elle a pu y apporter pour la sensibilisation aux risques addictifs dans une approche populationnelle qui doit d'ailleurs impliquer l'ensemble des acteurs d'encadrement des étudiants et prendre en compte les particularités locales. Le partage et la diffusion des initiatives est également à développer. Concernant l'approche plus individuelle, avec sa composante psychosociale, la MILDECA met l'accent sur les liens entre prévention, bien-être, réussite et insertion professionnelle qui devraient orienter l'action sur la classe d'âge « bac-3 bac+3 ».

La MILDECA est un partenaire habituel de nombreux SSU ainsi que de l'ADSSU. Tous les trois ans, environ, elle finance un colloque de formation et d'échanges des personnels des SSU organisé par l'ADSSU avec l'appui de la CPU et du MESRI. Le dernier (en 2016) a permis de réaliser le consensus sur la formation, l'encadrement et l'évaluation des étudiants relais de santé. De nombreux SSU bénéficient d'un financement MILDECA pour leurs actions de prévention des addictions, certains projets pouvant regrouper plusieurs SSU (comme le récent projet STOP STA, sur les prises festives d'amphétamines, porté par le SSU de Nantes en lien avec ceux de Clermont-Ferrand et de Paris-Sorbonne). Cependant au plan local, les relations des SSU avec les correspondants MILDECA au sein des préfetures sont dans l'ensemble peu développées. Ce point sera à renforcer en intégrant ces correspondants aux conférences régionales de santé étudiante. Ceci permettra d'optimiser les plans de promotions de la santé étudiante de chaque site, notamment pour les antennes délocalisées des universités.

La MILDECA est un partenaire pour la définition et l'orientation de la formation des médecins de SSU sur les problématiques d'addiction, à l'instar de son rôle, via un partenariat avec l'Ecole des hautes études en santé publique, pour la formation des médecins du travail sur ces problématiques. La MILDECA est donc un partenaire naturel du futur pôle national d'appui, ce qui permettra des échanges d'une périodicité plus régulière avec l'ensemble des SSU et une meilleure remontée des productions de prévention ainsi que des informations de terrain réalisées par les SSU.

## 5.6. Les acteurs hospitaliers

Les liens avec les acteurs hospitaliers sont avant tout liés à la prise en charge des étudiants en situation de maladie aiguë et chronique, avec souvent un réseau formalisé pour la santé mentale. L'existence de réseaux de partenariats est encore plus nécessaire sur les antennes des services où le temps médical est souvent faible et compensé par des liens accrus avec les centres hospitaliers.

Dans certains cas les SSU bénéficient de mises à disposition de personnel hospitalier (compensées financièrement ou non compensées dans le cas de la demi-journée de service public extra hospitalier

des praticiens hospitaliers) et de consultations délocalisées (notamment dans le cadre de CEGIDD<sup>46</sup>, CAARUD<sup>47</sup> ou d'addictologie de liaison).

Pour autant, même s'il n'est pas possible d'avoir une vision d'ensemble de ces liens, leur systématisation est un enjeu important du développement des SSU et de leur inscription dans le parcours de santé. Le renforcement de ces liens suppose un appui explicite de l'ARS, y compris pour assurer la cohérence interne de ses actions.

## 5.7. Les collectivités territoriales

La situation des liens avec les collectivités territoriales aboutit au même type de constat que pour les acteurs hospitaliers : des liens existent, notamment dans le domaine de la prévention, peuvent se traduire par le financement d'actions, notamment pour la prévention ou pour amorcer de nouvelles prises en charge, mais ils ne sont pas systématiques. Certaines actions des SSU passent par une reconnaissance dépendant d'une collectivité territoriale (par exemple, la reconnaissance de centre de planification et d'éducation familiale relève du conseil départemental).

Les collectivités territoriales mènent souvent des campagnes d'information en santé ou de prévention, voire ont des partenariats avec des associations mettant en place des programmes d'étudiants relais de santé tel qu'Avenir Santé ou la Croix Rouge. Elles jouent un rôle important dans la vie étudiante (notamment au niveau (inter)municipal ou métropolitain) et nombreuses sont celles qui s'investissent dans l'organisation de semaines étudiantes ou la mise à disposition de moyens de transport collectifs en direction des lieux festifs ; il arrive que les SSU (via notamment leurs étudiants relais de santé) participent à ces événements. La coordination avec les SSU sur ces actions de prévention est nécessaire à l'efficacité globale des moyens.

Les collectivités territoriales ont un autre lien important avec les universités concernant leur développement immobilier. Or, la question du retard des locaux des SSU est l'un des points bloquants du rattrapage des SSU. Il est donc nécessaire d'inclure dans les projets bâtimentaires soutenus par les collectivités territoriales un volet concernant les SSU.

Les liens entre SSU et collectivités évoluent positivement dans le sens d'un renforcement. En quelques années, on est passé de relations difficiles à mettre en place (par exemple la région, ayant en charge les universités mais pas la santé, renvoyant sur le département ayant en charge la santé mais pas les universités) à une attention globale des collectivités territoriales à la santé des étudiants, notamment la santé mentale lors de la crise pandémique de la Covid-19, avec, parfois, le financement d'ETP de psychologues dans les SSU ou de consultations de psychologues ambulatoires par des collectivités territoriales (métropole, intercommunalité, département ou région). Pour autant, il est rare que les contrats locaux de santé comportent un volet étudiant, ce qui est particulièrement défavorable pour les antennes délocalisées des universités. Sur ce point, le renforcement des liens passe aussi par l'action des ARS, en tant qu'organisatrice de l'offre de soins. Ceci justifie que le nombre de contrats locaux de santé incluant un volet étudiant soit un des indicateurs de suivi de la contractualisation avec les ARS.

---

<sup>46</sup> Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

<sup>47</sup> Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Le renforcement des liens entre collectivités territoriales passe par leur participation au conseil de service des SSU rénové en conseil de santé étudiante et à la conférence régionale de santé étudiante.

## 5.8. Relations avec les autres acteurs en santé

D'autres acteurs doivent également faire partie du maillage dont les SSU ont besoin pour développer leur politique de promotion de la santé

Parmi les acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé qui n'ont pas été précédemment mentionnés, il paraît nécessaire d'établir ou de maintenir des liens avec :

- le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) qui est amené à se prononcer régulièrement sur la politique de santé en direction des étudiants et ses orientations ;
- Santé Publique France qui est la ressource principale concernant la prévention et l'éducation à la santé ;
- la Conférence Nationale de la Santé et de l'Autonomie et les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) qui sont les représentations organisées en santé ; si l'ADSSU est représentée au sein du collège prévention de la CNSA (ses représentants font partie du groupe transversal sur le droit des usagers), la représentation des SSU au sein des CRSA (déterminée par les ARS) n'est pas systématique, notamment dans les grandes régions fusionnées, le nombre de places étant globalement inchangé alors que le nombre d'acteurs a augmenté ;
- la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), qui est le principal réseau pour l'éducation et de la promotion de la santé, et les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), qui sont les acteurs de la FNES au niveau des régions ;
- des associations nationales développant des approches d'éducation à la santé par les pairs telles qu'Avenir Santé ou la Croix-Rouge ;
- des réseaux d'écoute tels que *NightLine* ou *Astrée* ;
- la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS) qui est une structure de recours importante pour les SSU ; en effet, dans le cadre de la prise en charge des violences sexuelles chez les étudiants, les SSU ont en charge (avec les autres acteurs du soin) la partie médicale qui est différente des parties institutionnelles et judiciaires : cette prise en charge médicale s'adresse aux victimes et aussi aux auteurs afin de réduire le risque de récurrence ; d'ores et déjà des liens entre SSU et CRIA VS existent (ce qui est illustré par le projet sur « harcèlement et réalité immersive » porté par les SSU de Lyon, Clermont et Tours avec leurs CRIA VS respectifs) ; il est nécessaire de renforcer ces liens, les CRIA VS étant des centres de formation important quant à la prise en charge des auteurs de violences.

Il apparaît important d'associer ces partenaires au niveau de la conférence nationale de prévention étudiante, d'associer les CRSA et IREPS aux conférences régionales de santé étudiante et d'établir des liens entre le pôle national d'appui et le HCSP, Santé Publique France et la FF-CRIA VS.

Par ailleurs, la prévention en France est également structurée autour d'acteurs spécialisés principalement dans trois grands domaines : l'addictologie, la santé mentale et la santé sexuelle. Il n'est pas le lieu ici de faire un catalogue de ces structures, mais il sera important de s'attacher à leur représentation au niveau national comme régional.

## Conclusion

Ce rapport a été rédigé dans un moment particulier, celui de la crise liée à la pandémie à SRAS-Cov2. Pour les SSU, comme pour beaucoup de secteurs de la santé, cette crise a agi comme un révélateur de fragilités anciennes dont la connaissance n'existait que parmi les spécialistes du domaine concerné.

Ainsi, cette crise illustre la très forte contradiction entre, d'une part, une capacité d'adaptation des SSU poussée à son maximum, avec le développement des téléconsultations, des liens avec les partenaires naturels de la réponse à cette épidémie (les autres composantes de l'université, les CROUS et ARS, les laboratoires de virologie,...), du traçage des étudiants, de la capacité à alerter et gérer en cas de foyers, tous ces éléments ayant, par exemple, permis que le troisième confinement touche moins les universités, et d'autre part un manque global de moyens nous mettant très loin des standards des pays de l'OCDE et une forte hétérogénéité de ces mêmes moyens ne permettant pas d'assurer aux étudiants une égalité d'accès aux services des SSU.

Les directeurs de SSU ont d'abord réagi comme des médecins, ne comptant pas leurs heures, analysant au quotidien quelle pouvait être la meilleure politique, compte tenu des moyens et des contraintes locales. Ils ont perçu mieux que les autres, et avant eux, toutes ces insuffisances anciennes et ils ont tenté d'y pallier en priorisant au mieux les demandes d'actions qu'ils recevaient.

Pour autant, les tensions se sont accrues, les universités se trouvant confrontées à un risque qu'elles ne percevaient pas auparavant comme prioritaire : celui de la santé des étudiants. Ainsi, de question secondaire, la santé s'est affirmée comme condition nécessaire de l'université : des étudiants en mauvaise santé ne sont pas des étudiants pouvant réussir leurs études. Et si dans beaucoup d'endroits les circuits de décision et de coopération entre le SSU et les autres services de l'université ont fonctionné, il en existe d'autres où les tensions liées à l'incertitude et aux manques de moyens se traduisent par des départs de médecins directeurs. A la date du 20 mai 2021, ce sont près de 10 médecins directeurs pour lesquels le conflit avec leur université se traduit par des démissions, des actions en justice ou des convocations en conseil de discipline.

L'établissement d'une adéquation entre les missions et les moyens des services de santé universitaires nécessite une volonté politique ministérielle comprise et relayée par les présidences d'universités. L'injonction déclarative ne suffira pas et la seule façon de se doter d'une politique de santé en direction des étudiants est de l'inscrire dans le temps et de la baser sur le respect de l'autonomie professionnelle des médecins qui doivent la diriger, telle que prévu par le Code de Déontologie. Si cette autonomie est nécessaire, c'est parce qu'une politique de santé se construit au cours du temps, patiemment, continuellement et indépendamment des conflits d'intérêt. Elle demande une expertise professionnelle et ne peut être soumise à des effets de mode ou de personnes.

La mise en place de concertations opérationnelles, basées sur des objectifs partagés, d'une part entre les parties prenantes au sein des universités, en y associant les CROUS, d'autre part entre acteurs du système de santé aux niveaux national et régional (dont les ARS) est une condition nécessaire, de même que la transparence du management et de la gestion des SSU. C'est dans cet esprit que sont faites les propositions énoncées dans ce rapport. Ces onze propositions ont des objectifs à court ou moyen termes. Mais quel que soit le terme, leurs mises en œuvre doit débiter rapidement. Leur application concrète nécessite de prolonger cette mission en constituant un groupe de travail associant, a minima, le MESRI, la CPU et l'ADSSU et en l'étendant, selon les thèmes et propositions abordées, aux autres acteurs cités dans ce rapport

## Annexe 1 : Lettre de mission



*Le Directeur de cabinet*

REÇU LE 09 NOV 2020

Paris, le 04 NOV. 2020

Monsieur le professeur,

La crise sanitaire a mis en évidence la place importante du service de santé universitaire (SSU) dans la prévention et la prise en charge des étudiants sur le plan somatique, psychique et social. Son action, en synergie notamment avec les CROUS et les services sociaux, a été particulièrement remarquable dans la gestion de la situation sanitaire.

Cependant les modalités d'organisation du SSU, les conditions d'accès aux soins, les actions de prévention et de réponse aux problèmes de santé mentale sont inhomogènes sur le territoire. Une évaluation et des propositions d'amélioration sont donc dans le cadre d'un axe « Priorité Santé Etudiante » que nous souhaitons développer dès cette année.

C'est pour répondre à cette demande que nous vous confions la mission d'évaluer l'existant et de proposer des pistes d'amélioration. Vous réaliserez cette mission avec un inspecteur général de l'éducation, du sport et de la recherche que je demande à la cheffe de l'IGESR de désigner.

Votre évaluation prendra en compte les modalités de fonctionnement dans d'autres pays européens et vous ciblerez votre étude nationale notamment sur les objectifs suivants :

- Faire une cartographie des SSU sur le territoire national en rapport avec le nombre d'étudiants concernés :
  - Modalités d'implantation
  - Personnels concernés (nombre, qualification, temps de présence)
  - Nombre d'étudiants concernés
  - Activité
  - Traçabilité

.../...

**Monsieur Laurent GERBAUD**  
Service de la santé publique  
CHU de Clermont-Ferrand  
7 place Henri Dunant  
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 01

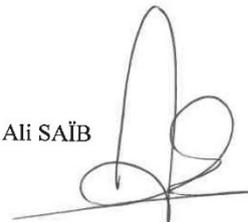
21 rue Descartes – 75231 Paris cedex 05 -Tél : 01 55 55 90 90

- Relations avec le service social
- Capacité d'adaptation des SSU (à partir de l'expérience de la covid19, mais aussi d'autres urgences sanitaires : méningocoque, tuberculose, ...)
- Relations avec les services université handicap et la place du SSU dans l'inclusion des étudiants en situation de handicap
- Evaluer la lisibilité des SSU pour les étudiants et la place des SSU dans le réseau d'information à destination des étudiant(e)s
- Analyser la place du SSU dans le parcours de santé des étudiant(e)s, ainsi que le positionnement du SSU en tant qu'acteurs de la santé étudiante
- Analyser la façon dont la politique de santé étudiante est déterminée et mise en place au sein des universités, les freins et leviers existants et les modalités de pilotage des SSU (direction, budget, conseil de service...)
- Evaluer les modalités de prise en charge des problèmes de santé mentale :
  - Lisibilité d'un numéro d'appel et partenariat au sein de l'université et avec les CROUS en vue du repérage des étudiant(e)s en difficulté
  - Modalités de la réponse, stratégie de prise en charge et coordination avec les acteurs locaux de santé mentale
  - CNA pour les étudiants en santé, cellule de veille pour les autres étudiants, lien avec les cellules « harcèlement »
  - Politiques et actions menées dans le domaine des addictions et de la politique de réduction des risques, notamment festifs
- Evaluer les politiques de prévention en direction des étudiant(e)s et notamment la place des pairs (organisation, encadrement, objectifs, évaluation)
- Evaluer les besoins actuels couverts par le système /non couverts
- Déterminer les grands enjeux concernant la santé étudiante et les orientations à mettre en œuvre pour y répondre, à court, moyen et long terme.

Les pistes d'amélioration proposées doivent être concrètes et réalisables à court, moyen et long terme. Vous voudrez bien me remettre vos travaux à la fin du mois d'avril 2021.

Vous remerciant pour votre engagement dans cette mission, je vous prie de croire, Monsieur le professeur, à l'expression de toute ma considération.

Ali SAÏB



## Annexe 2 : Articles D714-20 à 27 du Code de l'Éducation concernant les SSU

### Article D714-20

Chaque université organise, conformément aux dispositions de l'article L. 831-1, une protection médicale au bénéfice de ses étudiants. Elle crée, à cet effet, un service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé par délibération statutaire du conseil d'administration qui en adopte les statuts dans les conditions fixées par la présente section.

Plusieurs universités peuvent avoir en commun un même service, appelé service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé.

Les missions mentionnées à l'article D. 714-21 peuvent être exercées dans le cadre d'une communauté d'universités et établissements. Le service chargé de la médecine préventive et de la promotion de la santé est organisé et fonctionne comme un service universitaire. Pour l'application des articles D. 714-24 à D. 714-27, la communauté d'universités et établissements est substituée à l'université.

Les autres établissements publics d'enseignement supérieur assurent également à leurs étudiants les prestations correspondant aux missions indiquées à l'article D. 714-21. L'exécution de ces prestations peut être confiée par voie contractuelle à un service universitaire de médecine préventive et de promotion la santé de leur choix, moyennant une contribution aux frais de fonctionnement fixée par le directeur du service.

### Article D714-21

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique d'établissement, les services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont chargés, dans la continuité de la politique de santé en faveur des élèves, d'organiser une veille sanitaire pour l'ensemble de la population étudiante :

1° En effectuant au moins un examen de santé intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale au cours de la scolarité de l'étudiant dans l'enseignement supérieur ;

2° En assurant une visite médicale à tous les étudiants exposés à des risques particuliers durant leur cursus ;

3° En assurant le suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers conformément à l'article L. 313-7 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

4° En contribuant au dispositif d'accompagnement et d'intégration des étudiants handicapés dans l'établissement ;

5° En participant aux instances de régulation de l'hygiène et sécurité ;

6° En impulsant et en coordonnant des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé, en jouant un rôle de conseil et de relais avec les partenaires, notamment dans le cadre du plan régional défini à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique ;

7° En développant des programmes d'études et de recherches sur la santé des étudiants avec les différents acteurs de la vie universitaire et notamment des études épidémiologiques ;

8° En assurant la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence auprès des étudiantes ;

9° En assurant la prévention des risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle ; à ce titre, il peut prescrire des moyens de contraception, un dépistage de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites, orienter vers des professionnels de santé pour une prise en charge adaptée, prescrire un dépistage des infections sexuellement transmissibles et, le cas échéant, leur traitement ambulatoire ;

10° En assurant la prescription et la réalisation de la vaccination dans le respect du calendrier des vaccinations en vigueur ;

11° En assurant la prescription d'un traitement de substitution nicotinique ;

12° En assurant la prescription d'une radiographie du thorax.

En outre, les services peuvent, à l'initiative de l'université ou des universités cocontractantes :

1° Se constituer en centre de santé conformément aux dispositions prévues à cet effet ;

2° Contribuer, lorsque les moyens appropriés sont mis à leur disposition, aux actions de médecine du sport et à la médecine de prévention des personnels.

Ils peuvent également contribuer à l'organisation de la gestion de dispositifs d'urgence et d'alerte sanitaire.

#### **Article D714-22**

Lorsqu'un service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est créé, conformément aux dispositions prévues par la présente section, les universités intéressées règlent par convention l'organisation et les modalités de gestion de ce service. Cette convention mentionne l'université au sein de laquelle le service établit son siège, appelée université de rattachement, ainsi que les droits et obligations des universités cocontractantes.

#### **Article D714-23**

Le service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est dirigé par un directeur assisté d'un conseil du service.

#### **Article D714-24**

Le directeur du service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est un médecin. Il est nommé par le président de l'université après avis du conseil d'administration ou par le président de l'université de rattachement du service, après avis des conseils d'administration des universités cocontractantes. Il est choisi parmi les médecins titulaires d'un diplôme de spécialité en santé publique et médecine sociale, ou du certificat d'études spéciales de santé publique ou possédant une qualification en santé publique. En l'absence de candidat possédant de tels diplômes ou qualifications, il pourra être fait appel à un médecin du secteur libéral.

#### **Article D714-25**

Sous l'autorité du président de l'université ou du président de l'université de rattachement, le directeur du service met en œuvre les missions définies à l'article D. 714-21 et administre le service.

Le directeur du service est consulté et peut être entendu sur sa demande, par les instances délibérantes et consultatives de l'établissement ou des établissements cocontractants, sur toute question concernant la protection de la santé des étudiants.

Il rédige le rapport annuel d'activité du service qui sera présenté au conseil du service et à la commission de la formation et de la vie universitaire du conseil académique et transmis au président de l'université et, le cas échéant, aux présidents des autres universités cocontractantes.

#### **Article D714-26**

Le conseil du service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé est présidé par le président de l'université ou son représentant, ou par le président de l'université de rattachement ou son représentant, assisté du directeur du service et du vice-président étudiant du conseil académique de l'université ou de l'université de rattachement.

Le conseil d'administration de l'université ou les conseils d'administration des universités cocontractantes fixent le mode de désignation, la durée du mandat et le nombre des membres du conseil du service.

Lorsqu'un membre du conseil vient à perdre la qualité au titre de laquelle il a été désigné, il est procédé à son remplacement selon les mêmes modalités pour la durée du mandat restant à courir.

Le conseil comprend, outre un médecin et un membre du personnel infirmier exerçant des fonctions dans le service, des membres désignés parmi les représentants des personnels administratifs techniques ou sociaux, des personnels enseignants et des étudiants élus aux conseils de l'université ou des universités cocontractantes. Il comprend également des personnalités extérieures désignées en raison de leurs compétences.

Le conseil peut, sur proposition de son président, inviter toute personne dont il juge la présence utile à assister à ses séances.

#### **Article D714-27**

Le conseil du service est consulté sur :

1° La politique de santé de l'établissement ou des établissements associés au service ;

- 2° Les moyens mis à disposition du service, préalablement à leur adoption par le conseil d'administration de l'université ou par le conseil d'administration de l'université de rattachement du service ;
- 3° Le rapport annuel d'activité du service ;
- 4° Le cas échéant, les conventions liant le service à d'autres organismes extérieurs à l'université, préalablement à leur adoption par le conseil d'administration de l'université ou par le conseil d'administration de l'université de rattachement.

Le conseil approuve le règlement intérieur du service.

*Document généré le 17 septembre 2020, Copyright (C) 2007-2020 Légifrance*

## Annexe 3 : Liste des personnes consultées dans le cadre de la mission

### Organisations étudiantes

- **FAGE**
  - Mamadou NDOYE, Vice-Président en charge des Affaires de Santé
  - Anniela LAMNAOUAR
- **UNEF**
  - Maryam POUGETOUX, Vice-Présidente
  - Marowan MOHAD

### Caisse nationale d'assurance maladie

- **CNAM-DDO/DISAS**
  - Fanny RICHARD, Directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins
  - Frédéric NAPIAS, Directeur de Mission Accompagnement des publics Jeunes 16-25 ans
- **CNAM-TS**
  - Said OUMEDDOUR, Responsable du Département de la Prévention
  - Isabelle VINCENT, Adjointe du responsable du Département de la Prévention
  - Stéphanie DUBOIS, Chargée de prévention DPPS
  - Angélique NUGIER, Chargée du Plan Jeunes

### Universités

- **Conférence des Présidents d'Université (CPU)**
  - Alain BUI, Président de l'UVSQ, Président de la Commission de la Vie de l'étudiant et de la vie de campus de la CPU
  - Macha WORONOFF, Présidente de l'Université de Franche-Comté, Présidente de la Commission des questions de Santé de la CPU
  - Clotilde MARSEAULT, Chargée de mission à la Commission de la Vie de l'étudiant et de la vie de campus

### Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

- **DGESIP**
  - Christine SALOMÉ, Chargée de mission au Département de la vie étudiante et de campus

## **Autres acteurs de la politique de santé**

- **MILDECA**
  - Dr Nicolas PRISSE, Président
  - Valérie SAINTOYANT, Déléguée
  - Denis LEJAY, chargé de mission Prévention
  - Corinne DROUGARD, chargée de mission Santé

## Annexe 4 : Diaporama de présentation de l'enquête MESRI-CPU-ADSSU de 2020 sur les SSU



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**WEBINAIRE sur les Services de Santé Universitaires**

Organisé par la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle,  
l'Association des directeurs de services de santé universitaires et la Conférence des présidents d'université  
Le mardi 6 octobre 2020 de 9h30 à 12h

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

A.D.S.S.U.

**PU** CONFÉRENCE  
PRÉSIDENTS  
UNIVERSITÉ

# Les Services de Santé Universitaire en 2020

Laurent GERBAUD, Nicolas GAUTIER, Hugo FLORID  
SSU Université Clermont Auvergne



SERVICE DE SANTÉ  
UNIVERSITAIRE

Christine SALOMÉ DGESIP MESRI

1

### L'enquête

- Partenariat MESRI-CPU-ADSSU (dernière enquête : 2015)
- Questionnaire internet (site MESRI) du 26-06 au 15-07 2020
  - *activité 2018-2019*
  - *données financières année 2019*
- 61 services interrogés : 57 répondants (48 complets, 8 partiels) – 93 %
- Première analyse
- Présentation quantitative ( $\pm$  structurelle) et qualitative

## Structure des SSU

- Une seule université : 75%
- 91% directeur (toujours par un médecin)
- Commission CVEC université: 84%, CROUS: 13%

	ETPT	Nb d'étudiants/ETPT
<b>Médecins</b>	2,4	15.813
<b>IDE</b>	4,0	9.583
<b>Psychologues</b>	1,3	29.882
<b>AS</b>	1,0	39.947

3

Analyse structurelle	Centre de santé	Non centre de santé	p
Nombre d'étudiants	43 605	34 932	0,195
<b>Nombre ETP de médecins</b>	<b>3,4</b>	<b>1,8</b>	<b>0,002</b>
Nombre d'étudiant / ETP de médecin	16 846	44 014	0,210
<b>Nombre ETP personnels infirmiers</b>	<b>5,1</b>	<b>3,2</b>	<b>0,031</b>
Nombre ETP assistantes sociales	1,4	0,7	0,060
<b>Nombre ETP totaux</b>	<b>16,9</b>	<b>9,7</b>	<b>0,006</b>
<b>Présence d'un service social</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>0,020</b>
Présence ERS	58%	43%	0,220
Nombre ERS (si présence d'ERS)	11,1	8,9	0,362
Nombre total de consultations	14 291	7 192	0,221
Nombre d'étudiants vaccinés	317,2	205,9	0,339
Dépenses par étudiants (médiane)	12,42	7,58	0,131

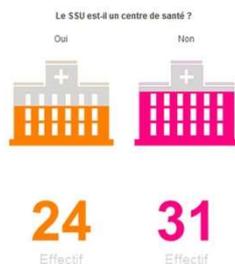
## Centre de santé

44% des SSU –  
24+2 Centres

16% en projet

4

## Les SSU érigés en centre de santé



24 services de santé érigés en centre de santé ont répondu à l'enquête, au total, ils sont 26

La motivation principale à se constituer en centre de santé est le constat des difficultés d'accès aux soins pour les étudiants, pour des raisons économiques, sociales ou géographiques (étudiants arrivant d'autres régions, étudiants étrangers, étudiants ultramarins)

Il s'agit d'élargir l'offre de soins et les possibilités de prescription pour faciliter la prise en charge des étudiants

5

## Les SSU érigés en centre de santé

Quelles sont les retombées positives pour le service ?



6

Quelles sont les retombées positives ?

### Pour les étudiants :

Réponse à l'augmentation de la demande de soins,  
 Au besoin de soins notamment des plus précaires,  
 Gratuité/tiers payant  
 Accès aux soins, service rendu aux étudiants, proximité des lieux de vie étudiants,  
 Bonne synergie soins/prévention et offre de santé globale pour les étudiants  
 Renforcement de l'aspect préventif des missions du SSU : point d'appel somatique qui permet d'identifier des problématiques psy, sociales, handicap ou d'orienter précocement  
 Repérage du service par les étudiants  
 Etre médecin traitant pour les étudiants  
 Accueil d'internes

### Pour le service :

Elargissement des compétences du service  
 Légitimité du soin  
 Dynamique dans le service  
 Pluridisciplinarité, diversification et innovation  
 Partenariats  
 Des recettes : CPAM et mutuelles reversent au service les remboursements part obligatoire et ticket modérateur  
 Reconnaissance des étudiants et de l'université  
 Légitimation de la prévention  
 Mise en place de projet de prévention individuels  
 Exercice mixte pour les médecins

7

## Les SSU érigés en centre de santé

Quelles ont été les difficultés rencontrées lors de la constitution en centre de santé ?



8

Quelle sont les retombées négatives pour le service ?

**Temps :**

- Surcharge administrative
- Temps de formation
- Observatoire
- Équipe de soins insuffisante
- Assurer une consultation sans rendez-vous

**Prévention :**

- Préventif/curatif
- Manque de lisibilité et confusion SUMPPS/centre de santé
- Diminution du temps dédié à la prévention

**Budget :**

- Constant (ressources intégrées dans le budget global)

Attente d'une reconnaissance financière

Autre : décret de 2019

Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la constitution en centre de santé ?

**Difficultés administratives :**

- Complexité du dossier d'agrément à construire ;
- Démarches lourdes à effectuer notamment en cas de déménagement
- Fonction administrative dédiés : assurer un recrutement
- Mise en place d'un nouveau système d'information et formation à assurer
- difficultés d'obtention FINESS

**Étudiant :**

- Population privilégiée : nécessité de s'ouvrir à d'autres publics
- Ouverture (pendant les périodes de présence des étudiants)
- Médecin traitant

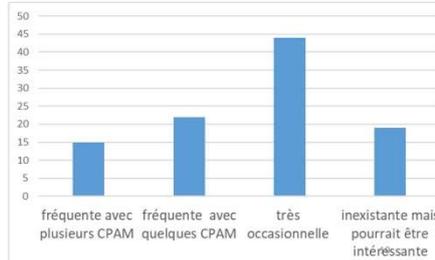
**Médecin :**

- Recrutement
- Intérêt à être médecin traitant d'étudiants présent partiellement
- Salaires des médecins/démographie médicale/existence de zones de tensions
- Contexte territorial : présence de cabinets libéraux, possibilité de constituer des partenariats

9

## Collaborations

- CROUS: 89% - jugée 6,8/10
  - social, prévention, handicap et gestion de crise (Covid-19 ++)
  - *manque de communication sur le devenir des dossiers*
- ARS: 53% convention annuelle, 19,6% CPOM
- CPAM : 57%
  - dont 37% avec plusieurs CPAM
    - *carte vitale/ accès aux droits*
    - *Étudiants précaires*
    - *Étudiants internationaux*



## Agréments/conventions: 71%

	Agrément	Convention	Total
Centre de planification familiale	12,5%	25,0%	<b>37,5%</b>
Centre de vaccination	14,3%	21,4	<b>36,7%</b>
Centre de dépistage	07,1%	25,0%	<b>32,1%</b>
CLAT	03,6%	23,2%	<b>26,8%</b>
Laboratoire d'analyse biologique		19,6%	<b>19,6%</b>
MILDECA		17,9%	<b>17,9%</b>
BAPU	01,8%	10,7%	<b>12,5%</b>
Centre d'orthogénie	01,8%	03,6%	<b>05,4%</b>
CAARUD		05,4%	<b>05,4%</b>

11

## Activité<sup>1</sup>

- Nombre d'actes et nombre d'étudiants reçus

Nb d'étudiants/ETPT	Centre de santé	Non centre de santé
Nombre d'actes	14.291	7.192
Nombre d'étudiants reçus	4.127	2.540
% étudiants	11%	7%

- Étudiants internationaux: 28 réponses (et données fragiles: identification)
  - problèmes affiliation CPAM
  - dégradation des bilans (suppression du dépistage obligatoire organisé)
- Handicap
  - 3,4 médecins agréés MDPH: 69% >1 ; 18% un seul
  - intégration MPDH 16%
  - 1 pôle Santé Handicap Étudiant

12

## Activité<sup>2</sup>

Bilan de santé	Non centre de santé	Centre de santé
Contrôle des vaccins	96%	96%
Education à la santé	96%	91%
Examen infirmier	86%	91%
Tests biométriques	96%	87%
Contrôle de vision	86%	83%
Bilan de contraception	82%	83%
Examen médical	89%	61%
Réalisation des vaccins	71%	74%
Audiométrie	57%	57%
Analyse d'urine	21%	22%

13

## Activité<sup>3</sup>

- Vaccinations (données incomplètes)

Nb	DT Polio	DTP Coq	ROR	HVB	Méningo	PapilloV	Autres	Total
Non centre de santé	13	66	23	73	30	8	122	325
Centre de santé	42	144	80	200	72	42	88	521

- Consultations gynécologiques

	Non centre de santé	Centre de santé
Prescription contraception	85%	100%
Dépistage des IST	77%	91%
Diagnostic des IST	65%	95%
Traitement IST	62%	91%
Nb moyen d'actes	93	808
	1/181	1/111

14

## Santé mentale



- **consultations psychologues: 84%**
  - *mais 1,27 ETPT psychologue = 29 882 étudiants par ETPT*
- Lien avec **structure de prise en charge psy: 79%**
- dispositif de repérage précoce: 44%
- activités de groupe (relaxation, sophro, MPC,...) : 27%
- premiers secours en santé mentale : 25%
- BAPU (agrément / convention) : 13%
- CAARUD (convention) : 5%

15

## La santé mentale des étudiants

Un dispositif de repérage précoce coordonné par le SSU a-t-il été mis en place ?



Si "Oui", décrivez le dispositif :



16

## Santé mentale des étudiants

### Des pratiques et des outils

**formation** (des professionnels, des pairs, des personnels enseignants secrétaires, PSSM)

### L'information

**La prévention** : gestion du stress, sophrologie et autres techniques

**Collaboration avec des professionnels** (psychologues, psychiatres, infirmiers, la mobilisation des équipes au sein du SSU, du BAPU en lien avec les équipes des centres hospitaliers ou centres liés par une convention

### Des exemples :

- Utilisation de l'examen de prévention,
- Entretien infirmier,
- Utilisation d'un questionnaire (SQVE Santé qualité de vie étudiante utilisé comme outil de repérage précoce),
- formation des intervenants aux premiers secours en santé mentale PSSM,
- Lien avec l'équipe du BAPU,
- Repérage de l'absentéisme, de l'échec,
- Communication auprès des composantes de scolarité et des enseignants pour orientation et alerte sur les étudiants en difficulté ;
- Formation-information sur le Mal-être étudiant : "Que faire ? Vers qui orienter ?" proposée au personnel de l'université volontaire,
- formation des personnels de première ligne (scolarité, enseignants) et de certaines associations étudiantes (tutorat PACES) afin qu'ils puissent repérer et orienter les étudiants.

17

## Santé mentale des étudiants



18

## Santé mentale des étudiants

### Commentaires libres :

- Constat partagé d'augmentation du nombre d'étudiants présentant des troubles de santé mentale et d'une insuffisance de l'offre de soins psychiatrique ou psychologique sur les territoires
- Mobilisation des SSU qui déploient des équipes pluridisciplinaires constituées notamment de psychologues ou psychiatres afin de répondre aux besoins des étudiants
- Mise en place de cellules d'aide psychologique en situation dramatique (décès d'un étudiant)
- Mise en place de commissions étudiants en difficulté (remarque du SSU de Tours : cela concerne les étudiants en santé)

Les SSU doivent demeurer au cœur du dispositif, non pour monopoliser la prise en charge mais pour permettre une vision globale et l'articulation avec les soignants externes

### Initiatives sur le champ de la prévention, des exemples :

- Ateliers Zen études, en partenariat avec U sport et les BU ;
- Ateliers de psychoéducation ;
- ateliers de gestion du stress et des émotions, affirmation de soi, relaxation, pleine conscience, etc...

### PSSM

- Lorraine : projet contractualisé avec l'ARS bientôt 0,5 ETP pour ces formations. Embauche sur CVCEC d'un temps psychologue de 0,5 ETP supplémentaire pour les consultations et pour renforcer les formations PSSM aux personnels de l'université en contact direct avec les étudiants

### étudiants en situation de handicap

- Les ESH avec problématiques psy sont en constante augmentation et l'aménagement des études est une réalité difficile à appréhender dans certains cas avec un manque de fluidité et de communication entre les intervenants (y compris au sein du SUMPPS)

19

## Service social: 47%



	Non centre de santé	Centre de santé
<b>Nb d'entretiens</b>	2.056	1.460
<b>Nb d'étudiants</b>	918	837
<b>% d'étudiants</b>	5%	3%

Analyse structurelle	SSU avec AS	SSU sans AS	p
<b>Centre de santé</b>	<b>65%</b>	<b>35%</b>	<b>0,016</b>
<b>Nb étudiants</b>	33 339	40 441	0,370
<b>ETP médecins moyen</b>	<b>3,1</b>	<b>1,9</b>	<b>0,032</b>
<b>ETP infirmiers moyen</b>	4,9	3,3	0,108
<b>Note collaboration CROUS</b>	7,2	6,3	0,135

20

## Prévention et promotion de la santé

- **Chargé(e) de prévention: 18%** (ETPT moyen = 0,9)
- **Service sanitaire: 44%**
- **ERS: 49%** en moyenne 10,1 ERS (min 3 – max 25)



Analyse structurelle	SSU avec ERS	SSU sans ERS	p
Centre de santé	54%	36%	0,220
Nombre d'étudiants	36 265	41 075	0,550
ETP médecins moyen	3,4	1,5	5,6E-04
ETP infirmiers moyen	5,4	2,6	3,0E-03

- **Thématiques** : addictions, conduites à risques, santé sexuelle (discrimination, IST, contraception, consentement), santé mentale, vaccinations
- **Partenaires** : ARS, MILDECA, CROUS, villes, collectivités, CRIAVS

21

## Les étudiants relais santé

Existe-t-il un dispositif d'étudiants relais santé ?



### Les SSU assurent

le recrutement, la coordination, l'encadrement et l'accompagnement des ERS dans les projets de prévention  
La recherche de subventions, le suivi financier....

### Partenariats :

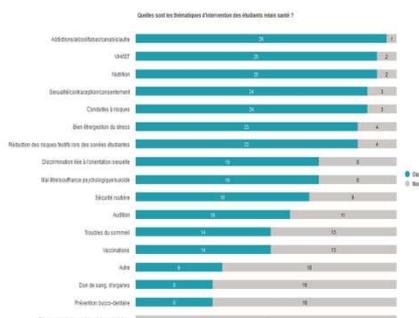
Mutuelles, CROUS, associations étudiantes, planning F, ARS, Région, villes, SUAPS, professionnels de santé ou de bien être....

### Formations :

Système de couverture de santé, PSC1, harcèlement, Sexualité : IST, IVG cadre légal, genre, égalité F/H, violences, TROD, LGBTQI+, consentement  
Bien être : alimentation, santé mentale  
Soirées : Produits, comportements, tendances de consommation, gestion de bar, prise en charge de la personne alcoolisée...

22

## Les étudiants relais santé



Les ERS impulsent et participent à la mise en place d'actions de prévention ;

Soutiennent et dynamisent par un regard neuf les projets déjà pérennisés dans un objectif d'amélioration ;

Font le lien avec les associations étudiantes, évaluent leurs besoins en terme de prévention ;

Développent des liens avec les services de vie de proximité pour améliorer la lisibilité du SSU ;

Entretiennent et développent des liens avec les partenaires extérieurs ;

Améliorer la visibilité du SSU auprès des étudiants (Caen-Normandie)

23

## Les étudiants relais santé



Quantité de CROUS des départements d'étudiants relais santé (données actualisées, normalisées, coordonnées...)

**33 135,1**

Moyenne

**894 648,0**

Somme

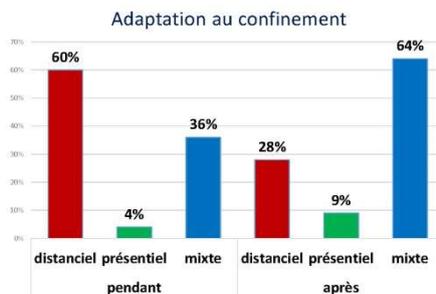
Min : 0 Maximum 114 000 €

24



## Covid-19

+ Enquête flash ADSSU juin 2020  
46 répondants et 41 estimations:  
1.510 étudiants covid « possible »  
suivis (m= 36,8/service)



- **Suivis psy** : 89% à distance, activité moyenne stable (56 à 148% )
  - 43% ont également renvoyé une partie des demandes à d'autres structures
- **Aide sociale** : 85% à distance, activité +183% (0,5 à 3)
  - dans tous les cas, le CROUS a été associé au suivi social des étudiants

## Annexe 5 : Audition du 25 mars 2021 par le Sénat sur la santé et l'offre de soins à destination des étudiants



MISSION D'INFORMATION  
SUR LES CONDITIONS  
DE LA VIE ETUDIANTE

**A.D.S.S.U.**  
Association des Directeurs  
des Services de Santé Universitaire

Réponses écrites de l'ADSSU à l'audition du jeudi 25 mars à 11 h 00  
A l'attention de M. Laurent Lafon, rapporteur

### **1. Bilan de l'état de santé des étudiants et de l'offre de soins avant la crise sanitaire**

1.1 Quel est l'état de santé général des étudiants et la perception qu'ils ont de leur santé ? Constatez-vous des évolutions depuis plusieurs années ? Au sein de la population étudiante, existe-t-il des différences dans l'état de santé selon le genre, le niveau ou le type d'études, le milieu social, le lieu de résidence ?

L'état de santé des étudiants de façon quantitative peut être perçu à travers de nombreuses enquêtes. Toutefois, il est important de noter que ces enquêtes, du fait de leur méthodologie, des taux participation, des questions posées, ne donnent que des informations parcellaires. Nous nous appuyerons sur celles de l'Observatoire de la Vie Etudiante (OVE) menées en 2013, 2016 et 2020, l'enquête ADSSU MILDECA de 2013, les enquêtes COSYS de 2017 et 2018 et sur le « baromètre santé monde universitaire » de la MGEN de 2021. Les données de la cohorte I-Share seront présentées par le Pr Tzourio, tout comme les enquêtes des mutuelles étudiantes seront portées par leurs représentants. La question doit aussi poser ce qui est constitutif de la notion d'état de santé : état de santé actuelle perçue, comportements protecteurs ou non d'un état de santé futur, limitation d'accès aux soins,..., et sur la façon dont sont menées les enquêtes. Le sujet est donc vaste et il est proposé une vision très synthétique.

Tout d'abord, il convient de rappeler que les étudiants appartiennent à une classe d'âge très peu consommatrice de soins, ce qui est normal compte tenu de l'état de santé attendu pour cette classe d'âge. Ce point doit être fortement modulé par le fait qu'en termes de prévention et d'états de santé, nous sommes à l'âge où se stabilisent des pratiques et des comportements adultes. Il faut ensuite considérer que les étudiants, en particulier ceux inclus dans l'université, ont, en moyenne, un état de santé et des comportements de santé meilleurs que les jeunes du même âge, qu'ils soient jeunes travailleurs, apprentis ou suivis en missions locales, ce que montrent les enquêtes de l'OFDT, du conseil national des missions locales ou du CETAF, à partir des données des centres d'examen de santé de l'assurance maladie.

L'état de santé tel que perçu par les étudiants est contrasté avec une partition relativement stable depuis que des enquêtes de même méthodologie sont menées :

- entre 62 et 71% des étudiants déclarent que leur état de santé est satisfaisant,

Page 1 sur 12

n'ont pas de difficulté à gérer le stress (essentiellement liés aux études, examens et stages) et n'expriment pas de difficultés d'accéder aux soins

- entre 25 et 38% des étudiants, selon le type de questions et d'enquête, expriment un état de santé perçue dégradé, une gestion du stress difficile et un moindre accès aux soins, situation aggravée par l'existence de facteurs sociaux tels qu'une rupture familiale, le fait de devoir travailler pour financer ses études,...

Pour aller plus loin dans le détail des différences d'état de santé, il faut reconnaître que les études sont très limitées du fait des questions posées, des problèmes d'échantillonnage et des méthodes d'analyse de données. Ainsi, la définition même d'étudiant peut amener à de larges variations suivant que l'on ne retient que les étudiants inscrits à l'université, ceux inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur (incluant les grandes écoles, écoles d'ingénieur et établissements relevant d'autres ministères que l'enseignement supérieur - agriculture, culture) ou tous ceux inscrits en formation post baccalauréat (incluant les étudiants en BTS). Il faut donc être prudent sur les conclusions proposées et l'une des conclusions pourrait être de disposer de modalités d'enquête régulièrement menées, fiables et répondant aux questions posées.

Néanmoins, il est possible de caractériser des tendances communes à toutes ces enquêtes, à savoir :

- l'existence d'un fort gradient social et de revenu, les étudiants les plus défavorisés (notamment si on utilise le score EPICES comme marqueur de gradient social) cumulant un moins bon état de santé perçu, une plus grande exposition au stress (notamment en cas de cumul travail - études) et un moindre accès aux soins. Les principaux motifs de non accès aux soins en cas de besoin ressenti sont le manque de temps et le manque de moyens,
- concernant les étudiants étrangers primo-arrivants, leur état de santé varie selon leur pays d'origine et, de nouveau, leurs ressources. Il faut noter que l'état des systèmes de santé s'étant considérablement dégradés dans de nombreux pays, les étudiants provenant de ces pays vont avoir plus de problèmes de santé à prendre en charge, ne serait-ce qu'en termes de prévention primaire (vaccination) et secondaire (dépistage, notamment de la tuberculose et des IST). A cet égard, la loi n°2016-274 du 7 mars 2016 s'est avérée particulièrement péjorative pour ces étudiants, en rompant le lien entre visite médicale et titre de séjour et en transférant aux services de santé universitaires des obligations sans les moyens réglementaires et budgétaires pour y répondre.
- tous les étudiants n'ont pas accès à un service de santé universitaire (SSU) et tous les SSU ne proposent pas les mêmes services. Ce point sera repris infra, mais il est notable que les étudiants hors universités et les étudiants des universités étudiant dans des petites antennes universitaires délocalisées, sont pénalisés, sans parler des étudiants en BTS dont la prise en charge par la santé scolaire dépend des moyens qu'elle peut proposer, quand il n'y a pas de convention avec un SSU.

1.2 Quelles difficultés particulières de santé sont les plus importantes au sein de la population étudiante (nutrition, addictions, santé sexuelle et reproductive,

difficultés psychologiques, dentaire, optique) ? Quels dispositifs de prévention et d'accompagnement sont mis en place pour les résoudre ?

Les difficultés de la population étudiante n'en font pas une population caractérisée par un type de risque particulier, par rapport aux jeunes de même âge et l'ensemble des axes de prévention sont ici concernés.

Concernant les addictions, les principales enquêtes générales propres à la population étudiante, reprenant les normes de consommation telles que définies par l'OFDT, sont peu nombreuses (enquête de l'OFDT en 2008, de l'ADSSU en 2013, COSYS en 2017-2018) :

- la première des addictions reste l'alcool, consommé de façon stable à plus de 80% avec, comme caractéristique propre au milieu étudiant, la faiblesse des consommations quotidiennes (de l'ordre de 10%) et l'importance des alcoolisations ponctuelles importantes (entre 15 et 27% de pratiques régulières, pour les 2/3 chez les étudiants) qui, par leurs répétitions, sont actuellement le principal mode d'entrée dans l'alcoolisme, ce qui concerne 7,2% des étudiants ; la situation vis-à-vis de l'alcool reste non contrôlée ;
- le tabac est la deuxième addiction, avec environ 1/3 de consommateurs, étudiants et étudiantes étant à peu près à égalité, avec une tendance à la baisse sur le long terme ;
- le cannabis consommé de façon régulière concerne 18 à 27% des étudiants, avec une prédominance masculine, toutefois moins marquée que pour l'alcool, et avec une tendance à la baisse sur le long terme ;
- pour les autres addictions illicites ou le mésusage de médicaments, les comportements sont plus fluctuants, toujours avec une prédominance masculine, et nécessite un suivi continu des incitations, notamment via les réseaux sociaux, compte tenu de la rapidité de la diffusion de ces comportements et de leurs risques potentiels ;
- enfin, pour la consommation de médicaments psychoactifs, la prévalence d'usage est plus élevée chez les femmes (F 22,5% vs H 15,1%).

Concernant l'alimentation, plus de la moitié des étudiants déclarent avoir connu au moins un problème d'alimentation (56% dans l'enquête MGEN), et un quart (entre 25 et 28% dans l'enquête MGEN) déclarent avoir des problèmes récurrents. Un autre problème tient à la qualité de l'alimentation qui, hors des efforts faits par la restauration universitaire, relève de la même médiocrité que ce qui est proposé comme alimentation bon marché à une population jeune.

La question de l'activité physique reste trop souvent résumée à la pratique d'activité sportive (méconnaissant la question de la sédentarité). L'activité physique apparaît comme insuffisante pour une majorité d'étudiants et la sédentarité, lorsqu'elle est étudiée, révèle des plages de sédentarité trop longues, pour beaucoup en lien avec les modalités d'études.

Concernant la santé affective, sexuelle et reproductive, les thèmes sont nombreux et nécessiteraient des développements approfondis. La synthèse proposée sera nécessairement réductrice et simplificatrice :

- concernant les infections sexuellement transmissibles, les enquêtes de prévalence,

reposant sur des dépistages volontaires, montrent entre 3 et 7% de prévalence des IST courantes (Chlamydia principalement), le nombre cumulé de partenaires étant le principal facteur de risque ; la prévalence du VIH est très faible, voire anecdotique ;

- la question de l'identité sexuelle concerne en nombre peu d'étudiant(e)s, mais elle est source de fortes difficultés amenant à une prise en charge nécessaire et fréquente sur le plan psychologique ;
- l'accès à la contraception est dans l'ensemble satisfaisant, avec toutefois un recours sur-dominant à la contraception orale, ce qui restreint les capacités de choix, alors que celles-ci peuvent ne pas être adaptées aux modes de vie de certaines étudiantes, ou lorsque ces étudiantes ne souhaitent pas que cette contraception soit connue de tiers, le plus souvent familiaux ; si les étudiantes recourent deux fois moins à l'IVG (entre 5 et 7 pour 1.000) que les françaises du même âge, le taux d'IVG reste stable et traduit une difficulté d'accès à la contraception pour une partie des étudiants, le problème ne relevant pas de l'information sur la contraception, mais de sa représentation (en termes de morale comme de risque allégué).

Concernant la santé psychique, les enquêtes montrent que 25 à 38% des étudiants évoquent des difficultés psychologiques dont le contenu varie selon les questions posées : souffrance chronique, difficulté à gérer le stress, conflits familiaux, sentiment d'isolement,... Il faut tenir compte des facteurs anxiogènes propres à la condition étudiante : scansion du temps par la passation d'examens, peur du redoublement, mobilité induite par les études, incertitude quant à la capacité à choisir les études que l'on veut, trouver des lieux de stages, quant à la valeur du diplôme que l'on obtiendra, quant à la capacité à avoir une vie future satisfaisante,.. Ces difficultés sont aussi souvent liées (mais de façon non exclusive) à des difficultés sociales de revenu, de logement ou d'alimentation et au recours à un travail de subsistance. Elles sont présentes dans un contexte où l'offre de soins est notoirement insuffisante, que ce soit en termes de maisons des adolescents ou de CMP, effet renforcé par le non remboursement par l'assurance maladie des consultations de psychologues. La période des études est aussi la période de révélation de beaucoup de maladies psychiatriques chroniques qui nécessite un accompagnement important rapidement mis en place.

L'accès aux soins dentaires et l'état buccodentaire sont bons, notamment pour les étudiants ayant accès au programme MT'dents. Toutefois, pour des étudiants provenant de pays tiers dont le système de santé s'est dégradé au cours des 20 dernières années, l'accès à des soins nécessaires reste problématique faute de couverture assurantielle suffisante, du fait de l'absence de complémentaire santé ou du recours à des assurances privées hors sécurité sociale (comme pour certains boursiers du gouvernement français).

Le même constat peut être fait pour l'optique, aggravé par la difficulté à accéder rapidement à un rendez-vous d'ophtalmologie.

1.3 Comment est organisée l'offre de soins au sein des établissements ? Quelles différences existe-il selon les types d'établissements, les territoires, etc. ? Cette

offre de santé (présences de professionnels au sein des établissements, services de santé universitaire, étudiants relais-santé) vous paraît-elle adaptée ?

Il convient bien de parler d'offre de santé (incluant la prévention et l'éducation pour la santé) et de ne pas limiter la question de la santé des étudiants à la seule question du recours aux soins. La situation est différenciée selon l'établissement auquel appartient l'étudiant :

- Les étudiants des universités relèvent d'un service de santé universitaire (aussi appelé service universitaire de médecine préventive et promotion de la santé). Ces services ont un périmètre qui n'a guère changé depuis 50 ans et sont maintenant dans une situation de profonde sous dotation en moyens, en termes de locaux notoirement insuffisants et de personnels : un équivalent temps plein (ETP) d'infirmière pour 9.583 étudiants, 1 ETP de médecin pour 15.813 étudiants (médecin directeur compris) et 1 ETP de psychologue pour 29.882 étudiants. A ces insuffisances globales de moyens, il faut aussi ajouter une très forte hétérogénéité entre services : 44% des SSU sont également centre de santé, 84% proposent des consultations psychologiques et 13% sont en convention ou intègre un BAPU. Si seulement 38% des SSU sont centres de planification familiale, 92% proposent de la contraception, 72% le traitement des IST courantes mais seulement 4% de l'orthogénie. Si l'on considère les besoins de gynécologie courante, ceux-ci sont assurés par des médecins généralistes, conformément à l'évolution des pratiques en médecine de ville. 37% des SSU sont centres de vaccination, 47% disposent d'un service social et 89% travaillent en lien avec le service social du CROUS. 44% des SSU participent au service sanitaire et 49% ont un dispositif d'étudiants relais de santé – alors que c'est l'un des outils les plus puissants et validés scientifiquement de développement de la prévention et de l'éducation à la santé et seulement 18% ont au moins une chargée de prévention. Enfin, l'intégration des SSU dans l'offre de soins est lié à l'accueil d'internes (de médecine générale, santé publique ou de psychiatrie), d'étudiants en médecine ou infirmiers.
- Les étudiants en grandes écoles, d'écoles d'ingénieurs, ou établissements relevant des ministères de l'agriculture (vétérinaire, agronome) ou de la culture (Beaux-arts, architecture) peuvent relever d'un service de santé étudiant propre, avoir accès à un SSU par convention avec une université ou n'avoir accès à aucun service de santé.
- Les étudiants en BTS peuvent être pris en charge par la santé scolaire, ce qui est loin d'être la règle, avoir accès à un SSU par convention avec une université ou n'avoir accès à aucun service de santé.
- Les étudiants des autres formations post baccalauréat (travailleurs sociaux, écoles de commerce,...) peuvent avoir accès à un SSU par convention avec une université, mais le plus souvent n'ont accès à rien.

Le paysage est donc celui d'une très grande inégalité entre étudiants que ce soit dans l'accès à un service de santé ou dans ce que propose ce service de santé.

1.4 Quels dispositifs sont mis en place pour orienter les étudiants vers des professionnels de santé (ville ou hôpital) ? L'articulation entre dispositifs

spécifiques aux étudiants et offre de soins généraliste (ville et hôpital) est-elle satisfaisante ?

Les SSU sont intégrés aux réseaux de santé de proximité comme toute structure de santé primaire, même quand ils ne sont pas centre de santé. Par exemple, 79% sont insérés dans un réseau formalisé de prise en charge psychologique et psychiatrique. Cependant, dans le domaine de la santé mentale, le partenariat avec des réseaux ou structures intervenant en santé mentale souffre des manques de moyens en hospitalisation adaptée aux problématiques psychiatriques étudiantes (anorexie mentale, dépression de l'adulte jeune, psychose débutante,...) et d'un manque d'échange d'information lors de la prise en charge, handicapant le SSU dans son rôle d'intégration de ces étudiants dans l'université et les CROUS. Certains SSU ont mis en place des partenariats avec la médecine de ville (type réseau RESUS), mais ces mises en place nécessitent une offre de soins en ville étoffée et leur pérennité reste difficile. Il faut voir que les étudiants, lorsqu'ils étudient en dehors de leur ville d'origine, sont les premiers atteints par la réduction de l'offre de soins primaires : il ne restent que 6 à 8 mois dans leur ville d'étude, ont des besoins spécifiques (contraception, santé sexuelle, difficultés psychologiques, sociales,...) et un cadre (l'intégration dans un système d'études) complexe à percevoir. Ils sont donc rarement prioritaires dans la constitution de clientèle.

Quelques SSU ont mis en place des liens avec des centres d'examen de santé de l'assurance maladie permettant de proposer un examen de prévention santé à des étudiants en forte fragilité sociale.

Un point noir est l'hétérogénéité des liens avec les agences régionales de santé qui ont, a priori, un rôle important dans la promotion de la prévention, de la vaccination et des dépistages. Or, les relations vont de la mise en place de contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens à l'absence de toute relation contractuelle et de financement.

1.5 Observe-t-on des phénomènes de renoncement aux soins dans la population étudiante ? Touchent-ils des publics plus particuliers et pour quelles raisons ?

Concernant l'accès aux soins, on retrouve une proportion de 25 à 40% de renoncement aux soins, selon les enquêtes. Les deux principaux facteurs de renoncement sont les questions de coût, en termes de reste à charge, et le manque de temps. Ce dernier facteur est lié à la réduction de l'offre de soins en ville possible pour les étudiants (les rendez-vous sont complexes à prendre, les horaires sont peu souples et peuvent entrer en conflit avec les horaires d'études et d'examen) et traduit aussi un gradient social, puisque touchant principalement les étudiants ayant besoin de travailler pour poursuivre leurs études.

On trouve ici l'un des effets négatifs de la fin de la visite médicale obligatoire pour les étudiants étrangers primo-arrivant : en effet celle-ci permettait d'effectuer les dépistages et vaccinations nécessaires et jouait un rôle majeur dans l'intégration dans le système de santé français.

L'accès aux SSU ne permet que partiellement de répondre au renoncement aux

soins : seuls 27% des étudiants auront fréquenté au moins une fois un SSU durant leur cursus. Mais il ne faut pas se tromper dans l'interprétation de ce chiffre : ce n'est pas un problème de manque de connaissance des SSU, cela traduit avant tout le manque de moyens des SSU. Ceux-ci sont en effet à saturation la plus grande partie de l'année universitaire (de septembre à avril), avec comme principal facteur limitant le manque de locaux et comme second facteur limitant la forte médiocrité des statuts (rémunération, carrière, considération, respect de l'indépendance professionnelle et des règles déontologiques) des médecins (y compris médecins directeurs), psychologues et chargées de prévention. Cette situation de déficit structurel chronique et ancien explique avant tout le faible impact du plan national de vie étudiante de 2015 ou de la mise en place de la CVEC en 2018.

1.6 Comment sont accompagnés les étudiants recevant des soins ou traitements lourds dans la poursuite de leurs études, en particulier lorsque cela ne leur permet pas de suivre la totalité des enseignements dans les conditions habituelles ?

Les étudiants atteints de pathologies nécessitant des traitements chroniques ou lourds, tout comme les étudiants handicapés, que ce handicap soit permanent ou temporaire (par exemple lié à un accident) peuvent bénéficier de dispositifs destinés à permettre la réalisation des études en tenant compte de leur état de santé et de leurs capacités. Ce dispositif peut comporter des aménagements d'études (y compris avec des preneurs de notes, des adaptations des documents de cours, cours à distance,...) et d'examens (tiers temps, adaptation des modalités de composition,..., visant à mettre à égalité les étudiants concernés avec les autres étudiants), un découpage pédagogique (permettant d'étaler sur le nombre d'années nécessaires la réussite des études. Il repose sur les SSU chargés d'évaluer les besoins des étudiants, via l'agrément des médecins des SSU par les maisons départementales des personnes handicapées, et les services universités handicap (SUH), chargés de mettre en place les accompagnements pédagogiques nécessaires.

1.7 Quelle appréciation faites-vous du niveau de protection sociale des étudiants et quelles inégalités constatez-vous en ce domaine ? Quel bilan tirez-vous de la disparition du régime de sécurité sociale des étudiants depuis la rentrée universitaire de 2019 ?

Si la couverture sociale des étudiants est dans l'ensemble bonne, il existe des étudiants ayant des problèmes d'accès à une bonne couverture, par absence de complémentaire santé ou par retard des processus d'immatriculation pour les étudiants étrangers primo-arrivant, amenant à faire des procédures de demandes de CMU en urgence en cas de problèmes de santé.

Il a fallu deux ans pour que le rapatriement des régimes étudiants dans le régime général d'assurance maladie soit stabilisé. Une convention entre la CNAM-TS, la CPU, la CGE, la CDEFI, le CNOUS et l'ADSSU est en cours de signature et sera décliné en conventions locales avec les CPAM, afin de favoriser la connaissance des droits, leur accès mais aussi d'associer les SSU aux actions de prévention de

l'assurance maladie, en termes de vaccination ou découlant de la gestion du fond addiction.

Actuellement, du point de vue des SSU, le principal point noir de l'accès aux droits en santé a été posé par la fin des visites médicales obligatoires pour les étudiants étrangers primo-arrivants, votée en mars 2016 et effective après janvier 2017, impactant fortement l'information et l'accès aux droits de ces étudiants. En passant à un régime unique gestionnaire, cela simplifie la tâche de nos services sociaux (et de ceux de CROUS lorsque le SSU n'a pas gardé de service social), avec un interlocuteur unique et cette simplification est au cœur de la convention en cours, avec l'établissement de guichets pour les étudiants en difficulté et leur accompagnement au niveau de chaque CPAM, la centralisation des dossiers initialement effectuée ayant montré de trop nombreuses limites et difficultés de gestion.

## **2. Effets de la crise sanitaire sur la santé des étudiants et leçons à en tirer pour l'avenir**

**2.2** Quels sont les effets de la crise sanitaire sur l'ensemble des aspects de la santé des étudiants ? Dans le contexte des restrictions imposées pour faire face à la crise, comment l'offre de santé destinée aux étudiants a été affectée ? Des réorganisations des services de santé universitaires ont-elles été effectuées pour recevoir les étudiants ?

De nombreuses études ont été menées sur l'impact de la crise et leur constat rejoint le constat de terrain des SSU. Les effets de la crise tiennent à la combinaison de trois facteurs principaux :

- Une fragilisation sociale liée à la perte d'emplois accessibles aux étudiants, ce qui a encore plus fragilisé les étudiants en situation socioéconomique précaire. Cet impact a été renforcé par la perte de revenu ou de travail de l'un des deux parents (voire les deux) amenant à mettre en place des procédures urgentes d'aide financière - puisque le calcul de bourses est décalé d'un an par rapport aux revenus des parents- parfois avec des niveaux d'endettement étudiant importants.
- Une fragilisation des liens sociaux, liés au confinement, à l'arrêt des cours et de la venue à l'université, ce qui constitue des modes de socialisation importants, de même que la fin des autres modes de socialisation de la vie universitaire : ateliers de pratiques sportives des SUAPS et des CROUS, de pratiques culturelles des SUC et des CROUS, restauration collective, fermeture des lieux de vie collectifs dans les universités, les CROUS,... Cet impact a été plus important pour tous les étudiants primo arrivants à l'université. En effet, ils avaient connu un premier confinement en mars - mai, avant de passer le bac. A ce moment, la distension des liens sociaux était jugée tolérable, les lycéens passant le bac se projetaient dans leur avenir à l'université où ils savaient qu'ils allaient devoir (ou avoir l'occasion) de créer de nouveaux liens sociaux. A la rentrée à l'université, il faut environ un mois et demi pour comprendre le système universitaire, savoir s'orienter, commencer à repérer ce qui peut constituer son groupe de sociabilité. Or, c'est à la fin de cette phase de stabilisation que le deuxième confinement s'est

profilé. Nous avons donc été confrontés à une demande de soutien psychologique particulière et nettement plus importante de ces étudiants.

- Une fragilisation psychologique qui se combine avec les deux premiers facteurs et repose sur des mécanismes propres : anxiété due à l'incertitude (de la gravité de la maladie, du moment où « cela finira »,...), conséquences de l'enfermement (en particulier dans des conditions d'habitats dégradés, des environnements urbains de piètre qualité,...), inquiétude pour soi ou pour ses proches, dans un contexte de discours culpabilisateurs stigmatisant les étudiants pour être à l'origine de la reprise d'épidémie parce qu'ils avaient fait la fête (alors que les étudiants se contaminent comme le reste de la population, par la famille (28%) ou la colocation (27%), les événements festifs ne représentant que 12% des cas. Une partie des étudiants, pour des raisons de mauvaise qualité du logement et/ou financière, ont dû retourner chez leurs parents, ce qui a pu être protecteurs mais a aussi été négatif lorsque le contexte familial est dégradé ou toxique.
- Il y a eu un effet différencié des confinements :
  - le premier a pris les étudiants par surprise et une partie des tensions psychologique se sont projetées sur le futur, le monde d'après qu'il était question de construire ;
  - le deuxième confinement a été pressenti de façon anxiogène bien avant sa mise en place, dès mi-septembre avec une forte hausse de la demande en consultations pys qui n'a cessé de s'amplifier jusqu'à la fin octobre ;
  - l'actuel troisième confinement passe (et passera) difficilement : en effet l'expérience de la maladie commence à être importante dans la population étudiante et cette expérience est celle d'une maladie massivement peu grave (ce qui correspond aussi aux données de gravité publiées par Santé Publique France) ; les discours anxiogènes répétés sous forme de litanies ne passent plus ; ceci se traduit par le refus actuel des campagnes de dépistage (qui mobilisent, pour la quasi-totalité, entre 0,5 et 13% des étudiants présents), alors que les étudiants restent mobilisés et conscient de leurs rôles, ce que traduit l'ampleur du dépistage en réseau, au fil de l'eau, lié au traçage des cas à l'université (qui aboutit à peu près aux mêmes ordres de grandeur de dépistage pratiqués, entre 1 et 4%, mais de façon ciblée).

Actuellement la mise en place des 80 ETP de psychologues au sein des SSU permet d'augmenter les moyens et les « chèques psy » sont en cours de montée en charge, l'un des principaux facteurs de retard de mise en place tenant à l'inexactitude trop fréquente des numéros ADELI des psychologues volontaires.

**2.3** Quelles difficultés particulières de santé ont émergé depuis la crise sanitaire au sein de la population étudiante (nutrition, addictions, santé sexuelle et reproductive, difficultés psychologiques, dentaire, optique) ? Quels dispositifs de prévention et d'accompagnement sont mis en place pour les résoudre ?

La distanciation sociale et le confinement ont un impact plus fort dans les populations jeunes, car c'est l'âge de la fin d'autonomisation par la construction de liens sociaux. Il y a eu une forte augmentation de demande de soutien psychologique lors du premier confinement et surtout lors de la mise en place du deuxième. Cela

s'est notamment traduit par un fort accroissement du recours aux lignes de soutien psychologique. Du point de vue des SSU, le bilan est mitigé, tout d'abord par le fait que la plupart des SSU sont très limités dans l'augmentation de l'offre psy (du fait des locaux, des mauvaises conditions salariales mais aussi du fait de facteurs indirects tels que la cape de masse salariale empêchant tout recrutement dans une université) mais aussi par l'éloignement d'étudiants étant rentrés chez eux. Ceci dit, les SSU ont su se réorganiser au maximum, recruter lorsqu'ils le pouvaient, développer la téléconsultation (pour 89% des SSU, tout en expérimentant les limites) et lorsque cela a été le cas, la prise en charge psychologique a fortement augmenté de +56 à +148%. Parallèlement le travail social a très fortement augmenté (précarité sociale, numérique, soutien social) tant au niveau des SSU (+183%, dont 85% en téléconsultation) que des CROUS, avec un renforcement notable et apprécié des liens SSU - CROUS.

Concernant les étudiants handicapés, un effort notable d'accompagnement a été effectué avec les SUH pour ceux étant restés sur les campus, en partenariat avec les CROUS à chaque fois que c'était nécessaire (logement, portage de repas,...).

Le constat est moins bon pour les étudiants atteints de maladies chroniques lors du premier confinement où l'accès à l'hôpital a été limité, non pas par réduction de l'offre de soins, mais par peur des étudiants de se contaminer à l'hôpital compte tenu du discours anxiogène sur le risque de contamination dans les locaux hospitaliers, délivré à ce moment.

Si les SSU ont développé à 89% de la téléconsultation (consacré notamment au suivi d'étudiants malades de la Covid, fragiles, en situation de handicap ou pour la réalisation de consultations de psychologie/psychiatrie à distance), ceux qui étaient centre de santé sont restés ouverts en accueil présentiel, avec une réduction forte de l'activité liée au retour d'étudiants au domicile parental mais aussi aux modalités de contrôle des attestations de déplacement, le motif de déplacement pouvant être contesté. Ceci a été parfois le cas (par exemple une étudiante venant pour IVG médicamenteuse se faisant verbaliser parce qu'elle ne veut pas dire son motif de venue au SSU, une autre étudiante venant pour pose d'implant contraceptif dont le motif n'a pas été considéré comme urgent par la personne la contrôlant).

Plusieurs études ont mis en lumière une tendance à l'augmentation de la consommation d'alcool, de benzodiazépine dans la population étudiante.

**2.4** Quelles leçons tirez-vous de la crise et quelles préconisations feriez-vous pour assurer une prévention en santé et un accès aux soins satisfaisants dans le cadre du campus de demain ?

Un certain nombre de points positifs ont été révélés par la crise sanitaire actuelle :

- Du point de vue des SSU, la capacité d'adaptation a été réelle, poussée au maximum, avec la mise en place de nouvelles activités (suivis d'étudiants confinés malades, traçage des cas de niveau III à l'université, téléconsultations,...). Toutefois, les SSU sont allés aux limites de leurs capacités, tout en étant sous pression d'injonctions contradictoires entre le ministère de l'enseignement supérieur, l'université, le rectorat et les agences régionales de

santé (qui pouvaient à la fois les ignorer quand elles étaient sollicitées et être porteuses d'injonctions).

- Les liens avec les CROUS ont bien fonctionné (portage de repas, aménagement de logement en cas d'isolement, référents dans les cités universitaires, repas à un euro - même s'il eut été souhaitable que les espaces de restauration soit mis à disposition plus rapidement afin d'éviter les prises de repas dans des halls surchargés,...).
- La mise en place ou le renforcement de réseaux d'aide psychologique (lignes d'écoute, renforcement des réseaux locaux de prise en charge), les ETP de psychologues (mais freiné par le manque de locaux et la médiocrité des conditions salariales proposées) ont permis de renforcer les équipes et de mieux faire face à la situation. Cependant, l'existence d'une réponse incomplète à la demande c'est aussi traduite par un entrisme dans le domaine psy de type commercial ou sectaire.

Les principaux points négatifs tiennent aux faits que :

- La crise survient sur des SSU n'ayant fait l'objet d'aucun investissement global au cours des 50 dernières années, alors que le nombre d'étudiants augmentait, que le nombre de ceux à besoins spécifiques (étudiants en situation de handicap, en situation de précarité,...) augmentait proportionnellement de façon plus importante.
- Trop souvent les SSU sont en dehors du radar du système de santé, à commencer vis-à-vis des ARS. Les liens avec les ARS ont parfois fonctionné mais trop souvent ils ont été dysfonctionnels ou inexistantes se traduisant par l'absence de soutien pour la fourniture des équipements de dépistage individuel, des demandes de dépistage « de masse » inadaptés et de ce fait absurdes, un échec général du lien pour le traçage des cas de Covid en milieu étudiant laissant les SSU se débrouiller seuls et sans la transmission d'information dont ils avaient besoin pour permettre une réaction rapide et adaptée des universités, l'absence de considération des compétences acquises pour le traçage de niveau III ou pour la formation des médiateurs TAP, une réduction brutale des budgets de prévention lorsqu'ils existaient, y compris, parfois, pour les risques psychosociaux,....
- Sur le fond, ce qui manque c'est une politique de santé développée pour et appliquée dans les universités. A ce titre, il convient d'interroger l'absence d'impact (tel qu'attendu) du volet santé du plan national de vie étudiante de 2015, et l'impact (réel mais) limité de la mise en place de la contribution de vie étudiante et de campus en 2018. Si les universités ont comme mission l'enseignement et la recherche, il convient de rappeler que, faute d'état de santé satisfaisant, il ne peut y avoir d'enseignement efficace, faisant de la santé des étudiants une condition nécessaire (mais non suffisante) du succès des universités.

Il est donc nécessaire de construire sur des bases stables une politique de santé étudiante (ce qui suppose aussi de repenser les conditions de travail et de statut des équipes des SSU). La construction d'une politique de santé suppose des compétences de santé publique qui ne s'improvisent pas, une autonomie de décision qui évite les

revirements brutaux liés à des changements de direction politique des universités ou des ministères, demande du temps, de la constance et la capacité d'analyser l'impact des décisions publiques sur le mode de vie et la santé des étudiants. La crise des confinements successifs a mis en avant la nécessité impérieuse de travailler sur la sociabilité étudiante comme outil de prévention, ce qui inclut aussi la question du développement des pratiques sportives, culturelles, mais aussi des pratiques festives (que l'on ne peut laisser uniquement gérer par les alcooliers). Développer les liens sociaux, c'est aussi développer le repérage précoce des comportements et situations à risque – ainsi que la politique de réduction des risques à mettre en place autant que de besoin. C'est aussi d'aider au repérage précoce des étudiants en difficulté médicale, sociale ou psychologique par tous les acteurs de la vie universitaire (enseignants chercheurs, personnel administratifs universitaires et de scolarité, personnels des CROUS), pour permettre une prise en charge rapide, de proximité, adaptée et orientée vers le maintien ou la ré entrée des étudiants les plus fragiles dans le système d'étude qu'ils souhaitent.

*Pièce jointe : diaporama de présentation des services de santé universitaire, MESRI, CPU ADSSU, 06 octobre 2020*

**Pr. Laurent Gerbaud**, Président de l'Association des directeurs des services de santé universitaire

Chef du pôle Santé Handicap Etudiant – Université Clermont-Auvergne

Chef du pôle de Santé Publique – CHU de Clermont-Ferrand

Médecin directeur du service de santé universitaire - Université Clermont-Auvergne

Institut Pascal UMR 6602 UCA- CNRS

## Annexe 6 : Audition du 14 avril 2021 du HCSP sur l'impact du Covid-19 sur la santé mentale



1

### Trame pour l'audition

#### Saisine relative à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale

*La personne auditionnée comme toute personne apportant son concours au Haut Conseil de la santé publique (HCSP) susceptible d'avoir un lien d'intérêts privé ou public constitutif d'un conflit d'intérêts avec l'objet de la saisine en informe le président de séance.*

*La personne auditionnée est également soumise à une obligation de confidentialité, qui couvre non seulement ce qui lui a été confié au cours de l'audition, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.*

*Le HCSP s'engage à préserver le caractère confidentiel des informations données et propos tenus par l'intéressé dans le cadre de la présente audition.*

Dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 3 mars 2021 par la Direction générale de la santé (DGS) sur l'impact de la Covid-19 sur la santé mentale. Il s'agit en particulier d'identifier les actions à mettre en œuvre pour améliorer la réponse dans le champ de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles psychiques dans le contexte de la Covid-19 et d'examiner l'évolution des principaux déterminants de santé mentale de la population pendant la crise du Covid-19.

Cette saisine porte à la fois sur des personnes suivies pour des maladies psychiatriques, et également une très grande partie de la population générale, qui ne nécessite pas une prise en charge psychiatrique mais justifie d'une attention particulière. La réponse du HCSP est demandée pour le 15 juin 2021.

En pratique, il s'agit d'émettre des recommandations supplémentaires aux mesures proposées par le Ministère en charge de la santé en vue d'améliorer la santé mentale de la population française, en prenant en compte les données après évaluation des démarches innovantes à partir des initiatives territoriales et des interventions à l'étranger (benchmark).

Cette réflexion devra s'inscrire dans la volonté de réduire les inégalités sociales de santé.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail *ad hoc* piloté par Philippe Michel, président de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » du HCSP (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/personne?clef=2150>) et Liana Euler-Ziegler, présidente de la Commission spécialisée « Maladies chroniques » du HCSP (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/personne?clef=2672>).

Le GT dans un premier temps a défini 5 questions évaluatives :

Question 1 : Quels sont les principaux déterminants modifiables à prendre en compte ? Et quelle est l'évolution des principaux déterminants pendant la crise Covid-19 ?

Question 2 : Quelles sont les interventions probantes en France et à l'étranger ? Quelles sont les actions de promotion et de prévention en santé mentale ?

Question 3 : Quelles sont celles qui permettent de favoriser le repérage, la prise de conscience de la souffrance psychique par la population, et le recours aux soins ?

Question 4 : Quelles sont les interventions prometteuses les plus fréquentes dans le cadre des contrats territoriaux, état des lieux des PTSM (Projet territorial de santé mentale) ?

Question 5 : Quelles mesures sont susceptibles de diminuer les ISTS (inégalités sociales et territoriales de santé) ?

**Date de l'audition :** 14 avril 2021

**Nom(s) et qualité de la ou des personne(s) auditionnée(s) :**

- 1) Présentation de la personne auditionnée, de ses fonctions et missions, et de ses éventuels liens d'intérêts en rapport avec la saisine

Pr Laurent Gerbaud, chef du pôle santé handicap étudiants (PSHE) de l'Université Clermont-Auvergne, médecin directeur du service de santé universitaire (SSU) de l'Université Clermont-Auvergne, chef du pôle de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand, président de l'association des directeurs de services de santé universitaire (ADSSU), association reconnue par la conférence des présidents d'universités et les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, qui regroupent 49 directeurs sur 54 services existants.

- 2) Quelle est votre expérience dans le champ des questions concernant la santé mentale en lien ou non avec le Covid-19 ?

L'expérience est double :

- localement, en dirigeant le PSHE et le SSU (qui comporte en son sein un bureau d'aide psychologique universitaire) qui me donne à la fois une vision d'ensemble de ce qui se fait dans le service et une pratique, notamment lors des hospitalisations psychiatriques en urgence (pour tentative de suicide, état délirant, ruminations suicidaires, état d'agitation hétéro-agressive), lors de la réalisation de cellules de soutien psychologiques ou la participation aux équipes plurielles pour les étudiants reconnus handicapés en lien avec une pathologie psychiatrique ;
- nationalement par les remontées formelles (par enquête) ou informelles, lors des réunions et échanges nationaux, notamment pour la mise en place de dispositifs nationaux de soutien psychologique et en notant que 84% des SSU proposent des consultations de psychologie (dans 2 cas en intégrant un bureau d'aide psychologique universitaire) ; pour information sur les modalités des échanges internes à l'ADSSU, nous avons une à trois réunions de 2 heures par mois en visio (destinées à faire le tour des problèmes actuels) et une messagerie commune.

- 3) Dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19, quels sont à votre avis les principaux déterminants qui ont été impactés ? (en distinguant les déterminants modifiables et non modifiables)

Quelle en a été l'évolution depuis le début de la crise ?

Avez-vous des informations sur ces déterminants selon les publics ? (population générale, patients pris en charge en psychiatrie, population des enfants, jeunes, des étudiants, des personnes âgées, personnes en situation de handicap, en situation de précarité, ...) ?

Je ne parlerai que de la situation des étudiant(e)s, à partir des enquêtes menées dans cette population (références 6,10). Cette situation recoupe des éléments que l'on retrouve dans la population générale (1,3,8,9).

Il y a plusieurs particularités qui se sont révélées lors des différents confinements. Ces particularités ont été constatées au niveau des SSU (*échanges internes à l'ADSSU – sauf précision contraire*), sachant que la demande qui est accueillie ne peut concerner qu'une minorité d'étudiant(e)s du fait des très faibles moyens des SSU et parce qu'elle n'est exprimée que par les plus fragiles.

- Un impact différencié des différents confinements. Le premier confinement a été subi sans anticipation et a entraîné une demande accrue du fait de l'isolement. L'augmentation de la demande a été variée suivant les capacités des étudiants à retourner dans un milieu familial sécurisant, la capacité des SSU de s'organiser en conséquence (notamment par la mise en place de téléconsultations), la qualité de l'hébergement étudiant et des conditions de confinement – facteur agissant au détriment des plus grandes métropoles. Cela a été toutefois assez peu prolongé (à partir de mi-avril, la demande se stabilisait), l'espoir étant fort qu'à la sortie de ce confinement, on allait basculer dans le « monde de demain » nécessairement meilleur. Le deuxième confinement a entraîné une demande plus forte,

surtout de mi-septembre à mi-octobre, avant celui-ci, en lien avec l'anxiété générée par l'incertitude du futur immédiat. Pour le troisième confinement, il y a eu une nouvelle augmentation de la demande ; moindre que pour le deuxième, et, là aussi, au fur et à mesure que l'inquiétude générale augmentait, avant la mise en place du confinement,

- L'importance de l'atteinte aux liens sociaux et l'étendue du champ de ses liens. Globalement, il y a eu une forte et rapide adaptation des universités aux confinements avec la mise en place massive de cours à distance, montant en charge d'un confinement à l'autre. Dans le même temps, les services de santé universitaires ont à peu près tous mis en place des systèmes de téléconsultations (consultations de psychologie, pour le suivi des étudiants malades, notamment suspects de Covid-19 lors du premier confinement, pour le traçage des étudiants,...). Or, cette mise en œuvre massive a permis aussi d'en illustrer les limites, au point que la perception de ces limites en vient à masquer la capacité d'adaptation aux conditions imposées aux études. Etudier comporte comme élément majeur l'existence d'un tissu social multiple, pas nécessairement formel : avec les autres étudiants et les enseignants lors des cours et interours, via les activités de groupe de sport, de pratiques culturelles,... Le moindre impact du troisième confinement est à mettre en lien avec le fait que la jauge présentielle des étudiant(e)s fluctue autour des 50% de présence au moins une fois par semaine (*données des remontées RIAC MESRI*). Toutefois, lors du troisième confinement, il a été constaté une moindre tendance des étudiants à s'auto-déclarer sujets positifs ou contacts, du fait de l'allongement des durées d'isolement (passant de 7 à 10 voire 14 jours). Or cet auto-signallement est essentiel pour le traçage de niveau III et la mise en place mesures adaptés à l'université, et le retour provenant des ARS est notoirement insuffisant (inférieur à 40% des cas et parfois nul).
- Une atteinte propre aux étudiants de première année, ayant entraîné une augmentation de la demande parmi ces étudiants (données BAPU Clermont et échanges ADSSU) : ceux-ci ont vécu le premier confinement avant le baccalauréat et la dégradation des liens sociaux constitués au lycée ont été vécus comme secondaires puisque le fait de passer le bac signifie anticiper une reconstruction des liens sociaux. Sachant qu'il faut un à deux mois pour stabiliser sa vie d'étudiant(e) primo-arrivant(e), comprendre comment fonctionnent les cours et ED, l'espace numérique de travail, où ont lieu les différents enseignements,..., le deuxième confinement est intervenu au moment où se reconstruisait une nouvelle sociabilité.
- L'importance de l'impact des discours anxiogènes. Si l'on regarde l'expression de la demande on constate deux périodes de forte augmentation, avant les deuxième et troisième confinement, à la fois du fait de l'attente de cette décision (et de ses modalités d'application) et aussi de l'inquiétude générale quant à la capacité de contrôler l'épidémie.
- L'impact des discours culpabilisants. Les étudiants, très tôt et en l'absence de données probantes, ont été accusés d'être à l'origine de la reprise d'épidémie, parce qu'ils avaient faits la fête lors de la rentrée. Une des conséquences a été l'existence de rumeurs de contaminations de masse qui (expérience université Clermont-Auvergne) nous ont amené à explorer 5 « foyers » liés à des fêtes, tous imaginaires (2 en médecine, 1 en maïeutique, 2 dans deux écoles d'ingénieur ou apparentée) au cours du mois de septembre. Cela nous a amené, à l'Université Clermont-Auvergne, à mettre en place notre propre système d'information, basé sur le traçage des cas de niveau III (montrant que 12% des cas étaient liés directement ou indirectement - par des cas secondaires - à des fêtes, au maximum 16% en octobre). Un autre discours culpabilisant a été de dire que la contamination des personnes âgées se faisait par les jeunes (dont les étudiants), là aussi sans données probantes (permettant, par exemple, de différencier l'effet du nombre d'interactions sociales du statut d'étudiants)

Qu'en est-il des déterminants individuels du recours aux soins dans le cadre de la souffrance psychique ? (en distinguant la capacité d'auto-évaluation et la possibilité d'accès réel à une prise en charge effective),

Le recours aux soins est évalué à partir de ce qui est constaté au niveau des services de santé universitaire (*échanges internes à l'ADSSU – sauf précision contraire*), mais aussi de structures partenaires (type « Nightline »).

Lors du premier confinement, on dispose d'une enquête flash de l'ADSSU du 30 avril 2020 qui montre une augmentation hétérogène pouvant aller jusqu'à +148% de l'activité habituelle. Le principal facteur d'hétérogénéité a été la capacité des SSU à recruter du temps supplémentaire de psychologues et d'organiser des téléconsultations. Dans le même temps, les SSU ont été amenés à gérer une augmentation des hospitalisations psychiatriques en urgence, par rapport au niveau habituel, sans que l'on ait de données nationales. Sur l'UCA, l'augmentation a été de 1 à 2 hospitalisations via les urgences psychiatriques mensuelles à 1 à 2 hospitalisations hebdomadaires.

Pour le deuxième et troisième confinement, il n'y a pas eu d'enquête faite du fait du débordement des moyens des SSU lié aux autres tâches – traçage de niveau III, dépistage, réponse à la demande étudiante, ... Pour le deuxième confinement, sur l'UCA, la liste d'attente du BAPU (régulée, une fois vérifié que les étudiant(e)s sont en situation d'attendre), est passée de 5 à 7 habituellement à 20 mi-septembre et 80 mi-octobre. Début octobre, le nombre d'hospitalisations psychiatriques en urgence a atteint une moyenne de 4 par semaine. Lors de ce deuxième confinement, il y a eu un début de renforcement des postes de psychologues au niveau des SSU (avec une cible de 80 ETP sur l'ensemble du territoire), à partir de décembre 2020 et surtout à partir de janvier 2021. Ce renforcement, s'il est proche de doubler le nombre d'ETP de psychologue dans les SSU, part d'un niveau très bas (1 ETP de psychologue pour 29.882 étudiants) et il n'est pas certain que tous les postes soient effectivement recrutés (pour des questions de manque de locaux et de médiocrité des salaires et statuts proposés par les universités).

Pour le troisième confinement, il n'y a pas eu d'augmentation de la liste d'attente, mais dans un contexte où l'offre de consultations de psychologues est passée de 1,5 ETP à 2,8 ETP, avec des consultations pleines. Il a été noté une augmentation des hospitalisations psychiatriques urgentes sur un rythme de 1 à 2 hospitalisations par semaine de début mars à début avril.

La façon dont les étudiants ont été pris en charge par les SSU, comporte à part environ égale une demande directe des étudiants, une orientation ou un signalement par les personnels universitaires (principalement enseignants) et une orientation ou un signalement par les personnels des CROUS.

Il convient de signaler que la situation révèle une demande qui n'apparaît pas massivement ponctuelle, même s'il est trop tôt pour en faire un bilan. Les étudiants pris en charge le seront pour un temps prolongé, la crise touchant les plus fragiles. Il faut tenir compte du fait que la crise « psychologique » est associée à une crise sociale, liée aux pertes de revenus par perte d'emplois étudiants ou par chômage, partiel ou définitif, des parents, dans un système où le calcul des bourses reste basé sur la dernière déclaration d'impôt.

Ces données ne doivent pas faire oublier un phénomène de décrochage beaucoup plus difficile à mesurer mais pour lequel (par exemple lors des contrôles des vaccinations hépatite B pour les étudiants en PAS / LAS), des alertes fréquentes sont données par les infirmières des SSU.

*Merci de préciser sur quelles sources vous appuyez votre réponse (études publiées/non publiées/expérience personnelle)*

- 4) Sur quels déterminants, vous semble-t-il nécessaire et possible de mettre en place des actions de façon prioritaire, à court terme, moyen terme ?  
Question déclinée si possible par type de publics (population générale, patients pris en charge en psychiatrie, population des enfants, jeunes, des étudiants, des personnes âgées, personnes en situation de handicap, en situation de précarité, ...) ?

Ce que met en évidence la situation actuelle est l'importance de la qualité des liens sociaux et que ces liens sociaux sont avant tout basés sur des contacts physiques. Les mises en place de téléconsultations, d'actions de soutien à distance (relaxation, sophrologie, méditation pleine conscience et même ateliers cuisine à distance) sont des pis-aller et la demande de présentiel est forte auprès des SSU, comme elle est forte pour les cours et TD.

Le point central est de favoriser la construction des liens sociaux de proximité et du quotidien, lors des enseignements, des inter-cours, des repas et de toutes activités génératrices de liens sociaux : activités physiques et sportives, activités culturelles, notamment lors des pratiques de spectacle vivant.

L'importance des liens sociaux est illustrée par la façon dont les étudiants qui ne vont pas bien sont signalés aux SSU : enseignants, personnels de scolarité des universités, personnels des CROUS (notamment dans les résidences universitaires), collègues étudiants s'inquiétant pour l'un des leurs jouent des rôles à peu près équivalents et bien plus fréquents que les cellules de lutte contre le harcèlement ou de soutien aux étudiants (en santé comme pour les autres).

A ce titre, l'une des conséquences de la crise sociale, avec perte d'emplois étudiants, a été, en plus de la perte de revenu, de supprimer des lieux de socialisations connexes à la vie universitaire (bar, restaurants, activités touristiques en contact avec le public,...)

- 5) Connaissez-vous des interventions probantes (évaluées) de type actions de promotion et de prévention en santé mentale en France et à l'étranger qui pourraient être déclinées sur le territoire français ?  
Visant des déterminants de santé mentale de manière directe ou indirecte

Ce qui est en général mis en avant comme stratégie de prévention et promotion de la santé mentale sont :

- Des programmes type « premiers secours en santé mentale-PSSM », programme australien développé dans différents pays, dont le Canada et développé en France par l'INFIP. Ce n'est toutefois pas le seul programme développé (voir par exemple le réseau Apsytude qui travaille surtout avec les CROUS). Certains services de psychiatrie ont, de façon coordonnée au niveau d'une région et souvent à l'initiative de l'ARS, mis en place des programmes de même nature. Il est à noter que 44% des SSU ont mis en place des programmes de ce type, 25% en relayant PSSM
  - Le contenu de ces programmes comporte toujours des stratégies de repérage des situations de souffrance psychologique et de déstigmatisation des pathologies psychiatriques.
  - Ces programmes peuvent poser des problèmes de cible : former les étudiants pour disposer d'étudiants relais de santé mentale amène à faire des formations continues en volumes importants, puisque la durée de présence d'un étudiant à l'université est limitée dans le temps (entre 3 et 5 ans en moyenne). De nombreux programmes ciblent également les personnels universitaires (enseignants, scolarités) et des CROUS, qui sont des personnels plus stables et tout autant au contact des étudiants. D'ailleurs, la pratique courante montre que l'essentiel des signalements vient de ces personnels-là.
  - La concentration des formations sur un temps court (2 à 3 jours suivant les programmes pour être « secouriste », 7 à 10 jours pour être « formateur ») est un frein non négligeable au recrutement, notamment dans des filières sélectives ou ayant un double cursus de formation (prépa, santé,...). Pour y répondre, de nombreux SSU ont développé, souvent en lien avec des BAPU des journées de l'étudiant « en difficulté » ou « différent » associant personnels des universités et des CROUS, sur une journée dans l'année répétée annuellement ou biannuellement.
  - La principale limite de ces programmes est qu'ils ne répondent pas au problème prioritaire qui est celui du manque de moyens de prise en charge : les délais de rendez-vous dans la plupart des CMP et des BAPU est de 2 à 3 mois, les hospitalisations en urgence sont de plus en plus difficiles à obtenir, les centres régulateurs refusent souvent de prendre en charge des étudiants signalés à risque suicidaire, les durées d'hospitalisations en psychiatrie ont été fortement réduites, laissant sortir des patients pour lesquels l'évènement critique n'est pas terminé et sont renvoyés à des SSU pas nécessairement dotés des moyens de suivi et déjà eux-mêmes saturés. Tant que l'exercice de la psychiatrie ambulatoire est avant tout un exercice de gestion de la pénurie, le risque de ce type de programme est d'induire un besoin que l'on sera matériellement incapable de prendre en charge.
- L'action des étudiants relais santé, agissant, une fois formés, par effet de parité, et qui ont, le plus souvent, une formation en santé mentale surtout orientée sur la réduction de risque par rapport aux addictions, au harcèlement, phénomènes de violence et au repérage et orientation des étudiants. Seul 48% des SSU ont des étudiants relais santé. A ce dispositif, il convient d'ajouter, la formation de plus

en plus généralisée (en échange de la reconnaissance par l'Université) des bureaux des associations étudiantes, sur une formation à la réduction de risques festifs (essentiellement alcool et autres toxiques dit festifs, violences sexuelles et harcèlement) qui permet d'aborder les nécessités de prise en charge en santé mentale – notamment lors des répétitions de conduites à risque.

- Les équipes plurielles menées dans le cadre du handicap psychiatrique (environ 12% des reconnaissances de handicap, et hors troubles de la sphère autistique) par les SUH avec les SSU et associant les enseignants et parfois des personnels du CROUS, contribuent à la déstigmatisation et à la diffusion d'une culture de la prise en charge précoce des problèmes psychiatriques. Dans le même cadre, il faut souligner l'importance des assistants sociaux des SSU dans la prise en charge des étudiants en échec, pour les maintenir dans le circuit universitaire. Mais seuls 47% des SSU ont pu conserver un service social.
- La mise en place de cellules d'écoute ou de lutte contre le harcèlement (trop souvent limité au harcèlement sexuel) se diffuse lentement, surtout en UFR de santé (cellule d'écoute). Les cellules anti harcèlement sont trop souvent limitées au harcèlement à connotation sexuelle directe et provenant d'un enseignant masculin, sans prendre en compte des harcèlements non sexuels beaucoup plus fréquents, ou relevant de harcèlements entre étudiants.
- Le développement d'outils, tels que les lignes d'écoute, les jeux d'évasion (*escape game*) sur le risque suicidaire, les addictions (notamment en situation festive), la mise en place de site internet d'incitation brève avec feedback normatif sur les addictions ou le bien être (par exemple *addict'prév*) ou le recours à des outils de réalité virtuelle ou immersive (pour le harcèlement, l'alcoolisation, et la prise d'autres psychotropes,...), est souvent également mis en avant comme politique de santé mentale. Cela suppose toutefois que leur développement soit fait dans un cadre cohérent localement, évitant des effets de gestion par la concurrence entre acteurs, avec comme principal point bloquant la capacité à prendre en charge les étudiants en souffrance.

Il y a très peu de réelles réflexions sur le bien vivre ensemble, la façon dont les études sont sanctionnées, le rythme des études (par exemple, le respect de la pause méridienne, temps de socialisation, la façon dont les étudiants précaires peuvent travailler en job d'été compte tenu des périodes de partiels,...), la capacité à accéder à des pratiques sportives ou culturelles (par exemple par le respect d'un demi-journée banalisée,...). Ce qui manque est une politique structurée de promotion de la santé mentale, axée sur le bien-vivre ensemble et le renforcement des processus de socialisation, comportant une analyse systématique des impacts sur la santé mentale des décisions collectives à l'université comme au CROUS.

6) Connaissez-vous des interventions prometteuses ou des innovations de terrain et développées dans les territoires pendant la crise Covid ?

Visant des déterminants de santé mentale de manière directe ou indirecte

Dans quel cadre ont-elles été développées ?

Y a-t-il des données d'évaluation ?

Quel type de public est visé ? (y compris les professionnels en contact avec les patients, les publics vulnérables, milieux médico-sociaux, sociaux, éducatifs).

Pendant la crise de nombreuses initiatives ont été développées :

- mise en place, par les SSU, de téléconsultations médicales, psychologues et psychiatriques, avec comme limite le souhait des étudiants d'une retour au présentiel, au moins en partie, dès la rentrée 2020,
- renforcement des moyens en ETP de psychologues, partiellement atteint du fait de problèmes de locaux, de salaires proposés,..., et des lenteurs inhérentes à toute politique administrativement déployée,
- développement des lignes d'écoute et de soutien psy (Nightline, Astrée,...) avec une tentative de renforcement des liens entre ces lignes et l'offre de soins mentaux disponibles sur chaque territoire,

- mise en place d'ateliers à distance de relaxation, gestion du stress, sophrologie, méditation pleine conscience,..., mais aussi cuisine, activité physique à domicile, par les SSU, parfois les SUAPS et d'autres acteurs tels que les CROUS ou collectivités territoriales,
- mise en ligne, par les SSU et parfois les CROUS ou les SUAPS, de vidéos et podcasts sur comment vivre le confinement, les questions d'addiction en période de confinement (en premier lieu l'alcool et le cannabis), la gestion du stress,... Des jeux d'évasion (escape games) ont également été transformés en jeux à distance. Il y a eu une tentative de centralisation de ces outils par le MESRI, mais elle reste très imparfaite (par manque de moyens du côté des SSU comme du MESRI),
- mise en place des « chèques psy » - prise en charge de 3 à 6 consultations par des psychologues libéraux. Ce dispositif se déploie lentement (1.694 consultations le 13-04 pour 220 le 26-03, 700 le 02-04, et 1.162 étudiants pris en charge le 13-04) pour plusieurs raisons :
  - L'absence de normation de la profession de psychologue : les SSU n'ont pas la compétence pour juger de la qualité de psychologues cliniciens et se sont retrouvés, dans le même temps confrontés à l'entrée sur le « marché » de structures commerciales de téléconsultations, de structures suspectes d'être portées par un mouvement sectaire (scientologie,...), développant des approches non validées (énergéticien,...) parfois portées par des collectivités territoriales.
  - Il a été décidé en accord avec la fédération française des psychologues et de psychologie de se baser sur le numéro ADELI des psychologues – or en expérimentation, il s'est avéré que 30% des numéros sont erronés (changement de domicile, de nom marital,...), ce qui est à mettre en lien avec le fait que ce numéro n'est ni contrôlé par un Ordre, ni ne sert de support à une télétransmission d'actes. La vérification des numéros ADELI a fait perdre, au bas mot, 3 semaines et continue à ralentir le processus d'intégration de nouvelles psychologues.
  - Le processus retenu, à la demande du MSS, est celui de l'expérimentation des remboursements de psychologues par l'assurance maladie dans quatre départements. Or, le mécanisme de remboursement par l'assurance maladie est très différent de ce qui peut se faire pour un EPST (où il faut bon de commande, validé par un service financier, puis une facturation, puis une validation du service fait par la personne ayant effectué le bon de commande – or une partie des chèques psy sont initiés par le médecin traitant qui n'est pas une composante de l'université...). Il a donc fallu plusieurs semaines pour mettre en place un mode de fonctionnement encore fragile à ce jour dans beaucoup d'endroits.
  - La limitation des consultations à 3 renouvelables une fois commence à poser problème. Le chiffre de 3 consultations serait issu de l'expérimentation du remboursement par l'assurance maladie, la plupart des consultations n'allant pas au-delà – sans que l'on sache quelles étaient les problèmes ainsi résolus et si l'arrêt ne venait pas aussi de l'insatisfaction quant à la prise en charge proposée. Par ailleurs :
    - rien n'indique que l'extrapolation de la population générale à la population étudiante se fasse aisément ;
    - dans l'idée du MSS, au-delà de 6 consultations, il s'agit d'une prise en charge « lourde » nécessitant un renvoi à un CMP ou un BAPU ; or, c'est oublier que les CMP et BAPU sont en général débordés, avec des délais de rendez-vous frôlant souvent les 2 à 3 mois, que les prises en charge en CMP sont souvent faites par des infirmières, faute de temps psychologues ;
    - il est perturbant de commencer un premier travail avec un premier professionnel et de devoir recommencer au bout de 6 consultations : il y a plus souvent rupture que continuité du suivi ; cet argument est la raison pour laquelle le SSU de Clermont-Ferrand a ouvert un BAPU en son sein (auparavant, les prises en charge étaient limitées à 3 consultations pour un étudiant, suivant la règle en vigueur à l'époque par l'Education nationale)

L'accumulation d'actions probantes mais décontextualisées, sans temporalités et déliées du rythme de l'université, sans étudier les facteurs de transférabilité et de façons non coordonnées, aboutit à une politique inefficace de concurrence entre stratégies (ce que l'on voit actuellement sur les lignes d'écoute ou les téléconsultations). La multiplicité d'actions par de acteurs différents crée une confusion rendant illisible le dispositif dans son ensemble, favorise la fragmentation des prises en charge, sans coordination des soins, annihilant toute notion de parcours de soins en santé mentale.

Une des actions les plus efficaces est la création de cellules d'écoute ouvertes à toutes problématiques, respectant la confidentialité et la parole des personnes y recourant, construites en lien avec les partenaires locaux du parcours de soins en santé mentale et sans conditionnalité (devoir porter plainte,...)

La formation des personnels universitaires et des CROUS est une autre action structurante majeure, à condition qu'elle soit territorialisée, construite avec les partenaires locaux, adaptée aux moyens et comportant un axe de formation continue et permanente, basée sur des rétro-actions (et non des formations uniques en un temps).

A votre avis, est-ce qu'elles pourraient être développées, pérennisées et déclinées sur les autres territoires ? Dans quelles conditions ?

Le principal problème des SSU est leur manque de moyens en personnel (1 ETP de médecin pour 15.813 étudiants, d'IDE pour 9.583, de psychologue pour 29.882 et d'assistante sociale pour 39.947 – mais 47% des SSU ont gardé au moins une assistante sociale) et de locaux – en général inchangé depuis 30 ans. Cette pénurie se traduit aussi par une difficulté à développer des activités : si 84% des SSU proposent des consultations de psychologues et 79% sont insérés dans un réseau de santé mentale, seuls 44% ont développé des programmes de repérage précoce en santé mentale, 48% ont des étudiants relais santé et 13% ont un BAPU intégré ou ont développé une convention avec un BAPU. L'une des conséquences du manque de moyens est que les SSU n'ont pas le temps de faire la promotion de leurs actions, ce qui amène à croire qu'ils ne font rien – ou pas grand-chose – et à appliquer des programmes conçus ailleurs, dans d'autres contextes et pas toujours applicables. Il est fréquent que la perception par les SSU sur le terrain de ce qu'on leur propose de faire, est que « l'on nous impose la redécouverte de l'eau froide, alors que nous en sommes depuis longtemps à l'eau chaude », mais que cela ne se sait pas.

Le deuxième problème tient à l'absence de politique de promotion de la santé mentale en faveur des étudiants, que ce soit à l'université ou au CROUS, avec comme axe principal le renforcement des liens et lieux de socialisation (que l'on a trop tendance à laisser aux alcooliers), le développement du bien-être et de la bienveillance et l'éviction des maltraitances, institutionnelles ou liées à des processus de harcèlement.

Le troisième problème est que les SSU sont trop souvent en dehors du radar du système de santé : trop de SSU sont inconnus des ARS et n'ont aucun lien, y compris en termes de politique de santé mentale, et n'ont aucun financement ARS. Et quand celui-ci est présent, il s'agit de financements annuels sur appel d'offre, victimes d'effets de mode avec des thèmes changeant d'une année sur l'autre. La pratique de contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens est l'exception et non la règle.

Le quatrième problème est que les SSU devraient couvrir l'ensemble des étudiants post bac, ce qui permettrait une mutualisation de moyens à même aussi de répondre au fait que les étudiants ont de plus en plus de mal à trouver un médecin traitant, quel que soit le territoire, dès qu'ils changent de ville.

Le cinquième problème est qu'il faut une structure nationale (type pôle national d'appui) capable d'aider à former les médecins directeurs et personnels des SSU sur les interventions probantes, leurs adaptations aux différents terrains, d'échanger sur les pratiques et d'aider à diffuser les bonnes pratiques, de faire remonter les données utiles au pilotage de la santé mentale en population étudiante.

Avez-vous aussi des idées d'interventions qui pourraient être proposées ?

Avez-vous des documents que vous pourriez nous transmettre ?

Nom des personnes contacts éventuels ?

- 7) Connaissez-vous des interventions probantes susceptibles de favoriser le repérage, la prise de conscience de la souffrance psychique par la population, et le recours aux soins, et développées dans les territoires pendant la crise Covid ?

Visant des déterminants de santé mentale de manière directe ou indirecte

Abordé au point 5

Ces actions sont-elles déclinées selon les publics (population générale, patients pris en charge en psychiatrie, population des enfants, jeunes, des étudiants, des personnes âgées, personnes en situation de handicap, en situation de précarité ...) ?

Dans quel cadre ont-elles été développées ?

A votre avis, est-ce qu'elles pourraient être développées, pérennisées et déclinées sur les autres territoires ? Dans quelles conditions ?

Avez-vous aussi des idées d'interventions qui pourraient être proposées ?

Nom des personnes contacts éventuels

Une demande peut-être passée à l'ensemble de la liste ADSSU (environ 49 directeurs sur 54 services), mais la surcharge de travail et le manque majeur de moyens fait que je doute que l'on ait des réponses massives et rapides.

- 8) Quelle stratégie vous semble pertinente pour prendre en compte les ISTS (inégalités sociales et territoriales de santé) et veiller à ne pas les accroître via les mesures qui seraient mises en place ?

Il existe de fortes inégalités d'accès concernant les étudiants :

- les étudiants des universités ont accès à un SSU, sachant que ceux-ci sont sous dotés avec des moyens ayant peu évolué au cours des quarante dernières années ; si l'offre de soins est présente dans les villes de siège d'une université, les antennes délocalisées des universités ne proposent souvent que des consultations infirmières parfois renforcées de quelques vacations médicales et psychologiques mensuelles ; il faut rappeler que, au cours de leurs études, seuls 27% des étudiants fréquenteront au moins une fois un SSU, alors que, dans le même temps, ceux-ci sont à saturation ;
- les étudiants des grandes écoles et écoles d'ingénieur et des établissements hors MESRI (agriculture – agronomie, vétérinaire, génie rural et forestier, culture – beaux-arts, architecture) peuvent avoir accès à un SSU, notamment si l'école d'ingénieur est une école universitaire, ou par convention avec une université ayant un SSU, peuvent avoir accès à un service de santé étudiant propre à l'école ou n'ont accès à rien ;
- les étudiants en BTS peuvent accéder à un SSU par convention avec une université – cas peu fréquent, relever de la santé scolaire – si celle-ci est en mesure de le faire – et le plus souvent ne relèvent de rien.

La réponse est d'étendre le dispositif des SSU (dotés d'un minimum décent de moyens) à l'ensemble des post-bacs, ce qui aiderait aussi à résoudre la question des antennes délocalisées (où il y a peu d'étudiants, mais dont le nombre double en général si l'on prend en compte les BTS). Cela suppose une extension de la CVEC et une contribution au service public que constitue le SSU (puisque les universités fournissent des emplois et locaux)

- 9) Avez-vous des références, documents, expériences y compris internationales en matière de prévention/promotion de la santé mentale dans le contexte de la pandémie de Covid-19 ?

Ci-après les éléments sur lesquels je me suis appuyé.

1- ASSOCIATION ADDICTIONS FRANCE (2021) : Addictions et crise sanitaire - Enquête nationale BVA/ Addictions France <https://addictions-france.org/actualites/addictions-et-crise-sanitaire-enquete-bva-addictions-france-2-4453/>

- 2- BORIE C, KRICHE A, GAUTIER N, GERBAUD L. : Évolution des taux de retours du traçage de niveau III et contribution à la complétion des données de suivi étudiants – Service de Santé Universitaire – SSU – Université Clermont-Auvergne, avril 2021.
- 3- BROOKS SK, WEBSTER RK, SMITH LE, WOODLAND L, WESSELY S, GREENBERG N, RUBIN GJ (2020) : The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912–20, doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)30460-8
- 4- CENTRE NATIONAL D’APPUI POUR FAVORISER LA QUALITE DE VIE DES ETUDIANTS EN SANTE (2020) : Résultats préliminaires du premier volet de l’étude CNA-CORE, 26 juin 2020 <https://cna-sante.fr/project/cna-core-texte-vfm>
- 5- COHORTE CONFINS (2020) : Premiers résultats de l’étude CONFINS, 19 novembre 2020 <https://www.confins.org/premiers-resultats-confins/>
- 6- FERRY O, PATROS T (2020) : La vie d’étudiant confiné - Résultats de l’enquête sur les conditions de vie des étudiants pendant la crise sanitaire - volet santé. Observatoire national de la vie étudiante - OVE <http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/10/La-vie-detudiant-confine-Sante.pdf>
- 7- GANDRE C, ESPAGNACQ M, COLDEFY M, RADOSZYCKI L, TESTA D (2021) : Détresse psychologique pendant le premier confinement lié à la Covid-19 : des facteurs de vulnérabilité spécifiques aux personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap. *IRDES, Questions d’économie de la santé* n° 25, février 2021 : 1-8.
- 8- GERBAUD L (2020) : Bilan d’activité des SSU depuis le confinement du 16-03 au 30-04-2020. Association des Directeurs de service de santé universitaire, le 30-04-2020.
- 9- GERBAUD L, GAUTIER N, FLORID H, SALOME C (2020) : Les Services de Santé Universitaire en 2020 : présentation de l’enquête nationale de juillet 2020. Direction Générale de l’Enseignement Supérieur de l’Insertion Professionnel – Ministère de l’Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l’Innovation. Webinaire du 06 octobre 2020.
- 10- RATINAUD MC, BIAT I, LUCAS V, ALLAUZE C, BIBILY C, MARIE N, SAULZE V, GERBAUD L, CHABANAS B, BORIE C, GAUTIER N, KRICHE A (2021) : Suivi de l’évolution du nombre de personnels et d’étudiants Covid + et analyse de l’origine de leur contamination à l’Université Clermont Auvergne. Direction Générale, Université Clermont-Auvergne.
- 11- WANG Y, KALA MP, JAFAR TH (2020): Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population - A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 15(12): e0244630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>
- 12- WATHELET M, MD; DUHEM S, VAIVA G, BAUBET T, HABRAN E, VEERAPA E, DEBIEN C, MOLENDAS, HORN M, GRANDGENÈVRE P, NOTREDAME CE, D’HONDT F (2020) : Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3(10):e2025591. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25591

**Informations :** Les éléments recueillis lors des auditions sont utilisés pour la rédaction de l’avis du HCSP mais ne figurent *pas in extenso* dans le document, seuls les noms et fonctions des personnes auditionnées y sont indiqués.