

RAPPORT FINAL

Projet de documentation de l'état de santé actuel et des inégalités d'accès à la santé des populations jeunes et étudiantes en France - Destiné à la Fondation Roche

Porté par Pr Corinne Alberti (MD,PhD) et Enora Le Roux (PhD) au sein de l'équipe Inserm 1123
ECEVE

Résumé

Contexte : Cette étude a été développée en réponse au projet de la Fondation Roche visant à obtenir une vision détaillée de la situation sanitaire des jeunes de 18 à 25 ans et des étudiants en France. L'objectif était d'étudier la situation sanitaire de ces populations d'intérêt afin de connaître leur état de santé et leurs éventuels besoins en santé non couverts, les potentielles inégalités d'accès aux soins les touchants et les dispositifs sanitaires existants ; ce dans le but de fournir une aide à la décision pour la sélection de futurs projets pertinents et originaux à mener dans le domaine.

Méthode : Pour répondre à cet objectif, une revue systématique de la littérature publiée entre 2010 et 2016 et des investigations auprès d'experts du domaine ont été réalisées. L'analyse a porté sur 26 articles scientifiques retenus et 12 entretiens semi-structurés d'experts disposant de connaissances et d'expériences en santé leur permettant d'être aux faits des inégalités de santé touchant les jeunes et / ou les étudiants de France.

Résultats : Les entretiens et la littérature sont concordants sur le constat d'une bonne santé générale des jeunes et des étudiants. Les données du baromètre santé jeunes par exemple rapportent que 96 % des personnes de 15 à 30 ans se déclarent en bonne santé. Les défis en matière de santé dans cette population relèvent plutôt des comportements de santé. Cinq thématiques principales sont ressorties de notre étude : la santé mentale, le recours aux soins, la consommation de substances, la vaccination et la santé sexuelle. Ces thématiques ont été abordées selon trois angles : les constats, les inégalités, et les propositions d'améliorations. Outre ces thématiques de santé, le sujet des méthodes adaptées pour la communication et la promotion de la santé auprès de ces populations a été développé.

Ce travail révèle également que les deux populations d'intérêt sont inégalement étudiées. Il existe en effet de multiples enquêtes et initiatives sur la santé des étudiants qui mettent en avant notamment leur fragilité psychique, la complexité du phénomène de non-recours aux soins, l'importance des inégalités de santé et la nécessité d'initiatives innovantes pour l'éducation et la promotion à la santé. En revanche, la question de la santé des jeunes inactifs et des jeunes travailleurs, elle, est quasiment absente de la littérature. Les rares données quantitatives sont obtenues par le biais d'enquêtes menées en population générale ce qui limite l'accès à des connaissances spécifiques et exhaustives sur ces jeunes qui sont parfois en rupture sociale, alors que justement les observations qualitatives des professionnels du champ les identifient comme particulièrement à risque de mauvaise santé.

Conclusion : Il existe des disparités dans les champs de la recherche et de l'action pour la santé des jeunes. D'une part le champ de la santé des étudiants est assez bien circonscrit et il existe un certain nombre d'initiatives locales mais qui nécessite aujourd'hui des efforts particuliers concernant la réduction des inégalités et l'évaluation de l'efficacité des actions. D'autre part, le champ de la santé des 18-25 ans non étudiants, travailleurs ou inactifs, dont la situation sanitaire peut être inquiétante mais qui constitue un domaine de recherche sous-exploité et pour lequel les données manquent.

Le renforcement des initiatives pour la santé des jeunes apparaît fondamental non seulement pour les individus concernés mais aussi pour l'enjeu social de long terme que représentent leurs comportements de santé.

1. Introduction

En France, les adolescents et jeunes adultes ont été régulièrement placés au cœur des politiques de santé publique au cours des dernières années, notamment par le plan ministériel « Santé des jeunes » centré sur les 16-25 ans présenté en 2008 et le Plan d'action interministériel "Bien-être et santé des jeunes" centré sur la tranche d'âge de 11 à 21 ans lancé en 2016. Cette focalisation autour des jeunes trouve en partie son origine dans une forme de sanitarisaiton des questions sociales et d'investissement social (Sommelet, 2007). En effet, bien que les jeunes se considèrent globalement en bonne santé et qu'ils sont moins concernés par les maladies que la population plus âgée, ils construisent leurs perceptions et acquièrent des comportements de santé qui pourront avoir des conséquences à l'âge adulte. C'est également à cette période que les inégalités sociales de santé peuvent apparaître et s'ancrer dans la durée. La jeunesse représente donc une période charnière en matière de santé dans un contexte de changements et d'apprentissage multiples sur les plans sociaux, affectifs et moraux, mais aussi de transgressions (Beck, 2013). Bien que certaines tendances sont communes à l'ensemble de la jeunesse, la distinction de sous populations ayant des caractéristiques particulières permet de mieux appréhender les défis posés en matière de santé aux individus de cette tranche d'âge.

Une des sous population concerne la partie de la jeunesse qui poursuivra ses études après le lycée. Ces jeunes qui se dirigent vers le statut d'étudiant se distinguent des autres jeunes de part certains de leurs comportements et besoins de santé. Ceux-ci seront particulièrement liés aux difficultés d'adaptation à la vie universitaire et à ses exigences : prise d'autonomie, stress des études et de la réussite, isolement géographique et familial, incertitude de l'avenir. Pour certains, ce sont les difficultés financières et sociales qui risquent d'entraîner un fort retentissement sur leur santé. (Vaillant, 2010).

Une autre sous-population pour laquelle se pose des challenges particuliers en matière de santé, est celle des jeunes en situation précaire à la suite d'une rupture sociale: décrocheurs scolaires, jeunes sans emploi. Par rapport à la population du même âge, ils placent moins la santé comme une priorité, ils sont plus à risque de renoncer aux soins pour raisons financières et ont une probabilité moindre d'effectuer des dépistages (VIH, cancer gynécologique...). (Chauvin, 2007).

L'objectif de la présente étude est d'obtenir une vision détaillée de la situation sanitaire des étudiants et des jeunes en France en terme d'état de santé, d'inégalités d'accès à la santé, de dispositifs existants mais aussi de besoins non couverts.

2. Méthodes

Une revue systématique de la littérature a été réalisée. Une enquête complémentaire auprès d'experts proches du terrain et travaillant dans le champ de la santé des jeunes et/ou des étudiants a été menée pour étayer et illustrer les résultats de la littérature.

(a) *Investigation de la littérature*. — La revue systématique porte sur la littérature scientifique publiée entre 2010 et 2016 disponible sur les bases de données bibliographiques spécialisées pertinentes (Medline, Embase, Web of Science). Les articles éligibles exposaient les résultats d'études observationnelles ou interventionnelles menées au niveau national (ou international si la population française étaient incluse et ses résultats présentés isolément) ; traitant de l'état de santé et/ou des inégalités d'accès à la santé ; dans la population cible des étudiants (soit les étudiants de 3^{ème} cycle) et / ou d'une population dont la moyenne/médiane d'âge étaient comprise entre 18 et 25 ans. Ont également été inclus dans la revue des études menées en population générale française mais dont les résultats étaient présentés distinctement pour la population cible des étudiants et / ou des 18 – 25 ans. L'investigation a été conduite selon une méthodologie rigoureuse basée sur la grille de recherche PRISMA (Moher, 2009) et les informations extraites selon une grille standardisée.

La littérature grise (rapports de recherche, thèses, documents officiels et communications à des conférences) a également été explorée au sein l'archive ouverte pluridisciplinaire HAL (<https://hal.archives-ouvertes.fr/>), qui est destinée au dépôt et à la diffusion d'articles scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, et de thèses, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés. Etant donné la grande hétérogénéité des documents, les données de la littérature grise n'ont pas été extraites selon la grille de la revue systématique mais leurs résultats et conclusion ont enrichi la discussion de cet article.

(b) *Entretiens avec des experts*. — Des entretiens avec des experts ont été menées sous forme d'entretien semi-structuré. L'expert était défini comme une personne qui dispose de connaissances approfondies et une solide expérience de la santé et des inégalités de santé des jeunes et / ou des étudiants en France. La littérature exposant principalement les observations des professionnels du milieu académique, la recherche d'experts a été davantage

menée vers les experts non académique – dont le point de vue transparaît plus rarement dans la littérature. Les échanges avec les experts permettent d'enrichir les résultats de la revue et d'identifier des initiatives ou des données originales et non publiées à l'heure actuelle.

Afin d'identifier initialement les experts, une recherche sur internet avec le moteur de recherche Google a été effectuée. Grâce à des stratégies de recherches larges : « santé étudiants France » et « santé jeunes France », différentes parties prenantes exerçant dans ces champs ont été repérées. Dans un second temps, la liste de contacts établie grâce à la recherche internet a été enrichie avec des contacts conseillés par les personnes interrogées. Les entretiens ont été menés en face à face ou par téléphone, enregistrés (audio) et retranscrits. A chaque retranscription a été ajoutée une fiche descriptive des caractéristiques de la personne interviewée.

3. Résultats

I. Recherche dans la littérature scientifique

Les plateformes de bases de données bibliographiques : Pubmed (Medline, Embase) et Web of Sciences ont été investiguées. Les deux stratégies de recherche correspondant à chacune des deux populations (étudiante et jeune) ont permis d'identifier 400 références. Après restriction à la littérature publiée après 2010 un total de 221 référence a été examiné sur titre et résumé pour évaluer l'éligibilité de chacun des articles : 81 références ont été présélectionnées, il s'agissait d'articles remplissant les critères d'éligibilité ou ne donnant pas assez d'information pour juger de leur éligibilité selon leurs titres ou résumés. La présence de doublons a été constatée entre les listes de références issues des 2 recherches. Une liste fusionnant les résultats des 2 recherches a été réalisée. Un total de 68 références uniques a été lue sur le texte intégral (Figure 1). La liste des références est présentée en Annexe 1.

Sur ces 68 articles, 14 ne traitait pas de l'état de santé (voir les références de l'Annexe 1 numéros 16, 17, 21, 22, 35, 36, 42, 48, 51, 53, 58, 64, 67, 68) ; 20 ne présentaient pas de résultats pour les populations spécifiques des 18-25 ou des étudiants (références numéros 2, 5, 9, 11, 12, 18, 20, 25, 28, 30, 41, 44, 46, 49, 50, 52, 55, 56, 57, 65) ; 3 ne présentaient pas de résultats mais un protocole ou un résumé de congrès (références numéros 31, 34, 63) ; 2 ne concernaient pas la population française (références numéros 8,10) ; pour 2 l'accès au texte n'a pas été possible. (références numéros 24, 54), 1 présentait les mêmes résultats qu'une étude déjà incluse (références numéros 39).

D'autre part, l'ouvrage « Les comportements de santé des jeunes : Analyses du Baromètre santé 2010 » (Beck, 2013) a également été utilisé, il s'agit d'une référence dans le domaine de la santé des jeunes. Les enquêtes « Baromètre santé » font partie des plus importantes enquêtes nationales abordant les comportements, opinions, perceptions en matière de santé. L'enquête repose sur un sondage aléatoire à deux degrés (tirage d'un ménage puis d'un individu), réalisé à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur. Par son protocole, la grande taille de son échantillon et sa vocation de représentativité, sa répétition dans le temps et son caractère multithématique, les Baromètres santé offrent de précieuses données de cadrage pour l'observation des comportements de santé. Ces enquêtes permettent également de mettre au jour des inégalités sociales de santé, et constituent une base pour la réflexion autour des actions à engager, de la mise en place des campagnes de prévention et de promotion de la santé. En 2010, la santé des jeunes a fait l'objet d'une analyse spécifique, les données ont été utilisées dans ce rapport.

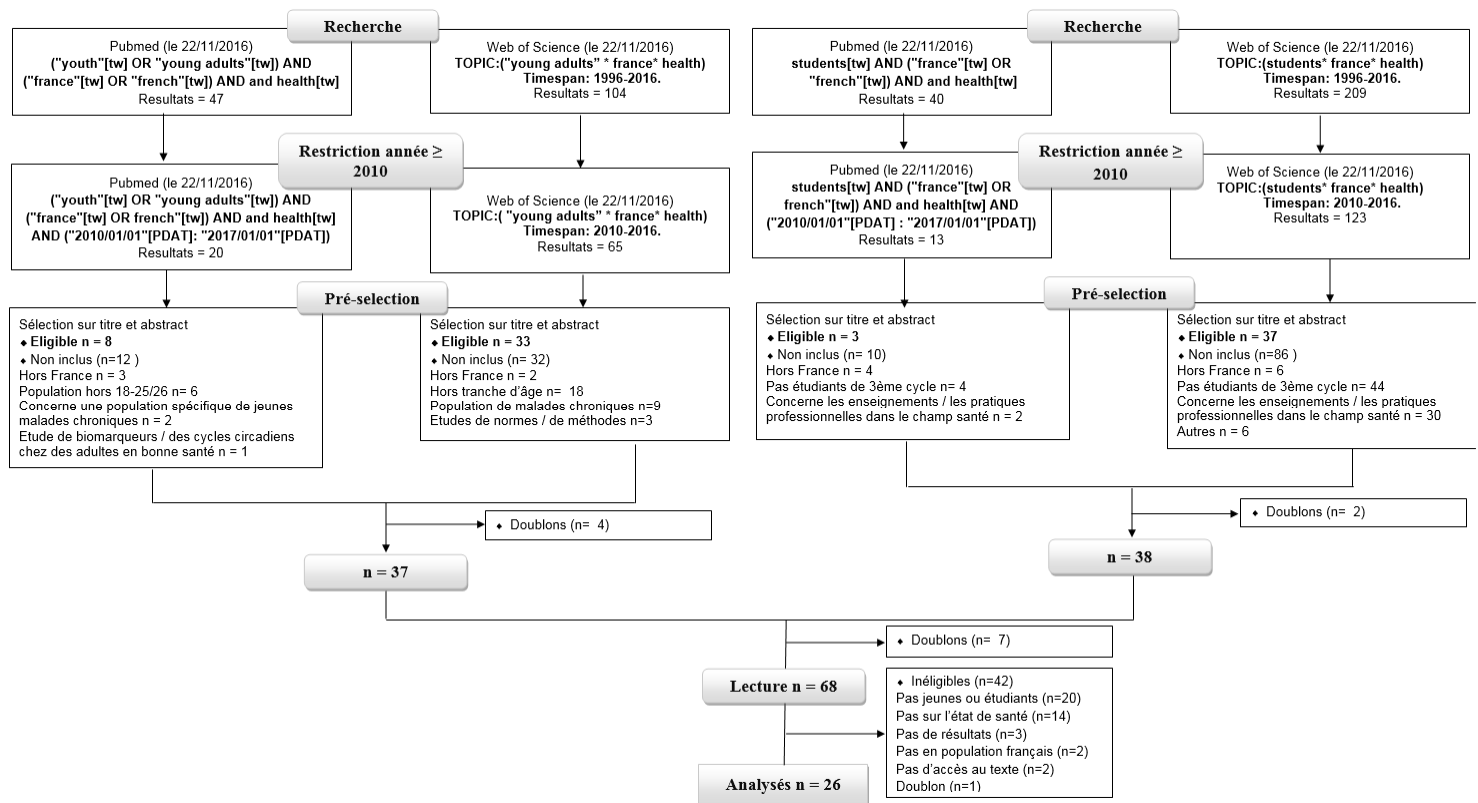


Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche des articles issues des recherches d'articles dans la littérature scientifique sur la santé des jeunes et la santé des étudiants

La thématique de recherche de chacun des 26 articles a été référencée. Le thème le plus représenté est celui de la santé mentale (8/26, 31%) suivi de la consommation de substance (5/26, 19%).

Thèmes	Catégories	Références (voir Annexe 1)
Santé mentale (n=8)	Dépression	13
	Idée suicidaire / Suicide	27
	Stress	19
	Insomnie	14
	Santé mentale / Troubles psy	15, 33, 61, 66
Consommations (n=5)	Alcool / Binge Drinking	3, 59
	Tabac (consommation, arrêt)	7, 47
	E-cigarette	62
Vaccination (n=4)	Rougeole	32
	Grippe	40
	Couverture vaccinale	38
	Connaissance vaccinale	45
Santé sexuelle (n=4)	Contraception/ IVG	1
	Grossesse	29
	VIH (connaissances, pratiques)	6
	Maladies gynécologiques	23
Nutrition (n=2)	Prise alimentaire	43
	Troubles alimentaires	60
Services de santé (n=1)	Accès aux soins	26
Bien-être global (n=1)		37
Internet / écran (n=1)	Pour info sur la santé	4

Table 1 : Thèmes abordés dans les 26 articles analysés

II. Conduite des entretiens qualitatifs

En investiguant les 5 premières pages de résultats du moteur de recherche Google correspondant à la stratégie de recherche « santé étudiants France »: 9 liens vers des documents ou des sites internet ont été investigués pour la recherche d'experts. 5 étaient relatifs aux mutuelles ou réseaux de mutuelles étudiantes et 4 aux organismes publics (Observatoire de la vie étudiante, Observatoire Régional De Santé régional, INPES Santé Publique France, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales) (Annexe 2). Avec la stratégie de recherche « santé jeunes France » et en investiguant les 5 premières pages de résultats, 8 liens ont été investigués pour la recherche d'expert, ils émanaient de l'INPES, l'INSEE, la DREES, l'observatoire des inégalités, de 2 observatoires de santé régionaux, du conseil régional et d'un de magazine d'information économique et sociale (Annexe 3).

Sur chacun des sites ou des documents visités, le contact mail ou téléphonique de l'auteur ou du responsable a été recherché et une sollicitation pour un entretien a été réalisée. L'ensemble des experts a été sollicité par mail – en précisant l'objectif de l'enquête et le contexte dans lequel elle était menée. En cas d'absence de réponse à la sollicitation initiale, une relance a été effectuée au bout de 7 jours. En cas de réponse positive pour la participation à l'enquête un entretien téléphonique ou physique était proposé. La liste des experts à solliciter a été enrichie au fur et à mesure des interviews, les interviewés pouvant suggérer des experts pertinents à enquêter (la plupart du temps, leurs partenaires passés ou présents).

Sur les 19 personnes sollicitées par mail 12 ont participé à un entretien, dont 1 seul mené en face à face. Les entretiens ont duré entre 31 et 66 minutes (moyenne : 49 minutes). Les fiches de renseignements des interviewés et les transcriptions complètes sont présentées dans l'annexe 4.

	Demande de rencontre	Entretien
1	Emevia (Réseau national de mutuelles étudiantes de proximité)	Oui
2	OVE (Observatoire de la vie étudiante)	Oui
3	LMDE (Mutuelle des étudiants)	Oui
4	AGE Paris (Associations Générales Des Étudiants de Paris)	Non
5	Equipe analyse Baromètre santé jeune 2010 (Santé Publique France - Recherche publique)	Oui
6	ORS IDF (Observatoire régional de santé d'Ile de France)	Non
7	Equipe I share – Grande étude en cours sur la santé des étudiants (INSERM - Recherche publique)	Oui
8	Fil santé jeune (Dispositif d'aide à distance en santé pour les jeunes de 12 à 25 ans)	Oui
9	SIUMPPS Paris 1 (Service Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé – Panthéon Sorbonne)	Non
10	Apsytude (Association de prévention de la souffrance psy et promotion de la santé mentale des étudiants)	Oui
11	FSEF (Fondation santé des étudiants de France)	Non
12	FAGE (Fédération des associations générales étudiantes)	Oui
13	SIUMPPS Sorbonne (Service Universitaire de Médecine Préventive et Promotion Sanitaire – Paris 2, Paris 4, Paris 6)	Oui
14	Espace santé étudiant de Bordeaux	Oui
15	C JAAD (Service hospitalier - Centre d'évaluation des difficultés psychologiques des Adolescents et Jeunes Adultes)	Non
16	Espace santé jeune de Villeneuve-la-Garenne	Non
17	IMAJE Santé (Espace Santé Jeunes de Marseille)	Oui
18	Espace santé jeune d'Aubagne	Oui
19	Mission locale jeune Cœur d'Hérault	Non

III. Thématiques de santé des jeunes et étudiants

III.1. Point de vue général

L'enquête menée dans la littérature comme celle menée auprès des acteurs de terrain est concordante avec le constat d'une bonne santé générale des jeunes et des étudiants. Les données du baromètre santé jeunes rapportent en effet que 96 % des jeunes de 15 à 30 ans se déclarent en bonne santé. La moitié d'entre eux considère même que leur santé est excellente (48 %), bien que ces perceptions tendent à diminuer avec l'avancée dans les années : 59,5 % des 15-19 ans se disent en bonne santé, alors que les 20-25 ans ne sont plus que 45 % à avoir cette opinion. (Beck, 2013).

Les défis en matière de santé dans cette population se posent davantage sur les comportements de santé : alors qu'avant 15 ans, les adolescents restent au stade de l'expérimentation, entre 15 et 30 ans, de nombreuses habitudes - bonnes ou mauvaises - peuvent s'ancrer et perdurer à l'âge adulte. En effet au sein de la population générale, les données du Baromètre santé 2010 montrent que les jeunes de 15-30 ans sont les plus nombreux à fumer (44,0 % de fumeurs, dont 36,1 % de fumeurs quotidiens). Ils se distinguent aussi par des consommations d'alcool moins régulières mais plus excessives et les consommations régulières, combinant cannabis et drogues licites (tabac-cannabis ou tabac-alcool-cannabis), culminent entre 20 et 25 ans. Avoir déjà consommé du cannabis concerne ainsi 51 % des hommes et 38 % des femmes âgés de 15 à 30 ans. La consommation de drogues illicites autre que le cannabis demeure aussi plus visible parmi les 15-30 ans, l'expérimentation de quelques produits (poppers, cocaïne, champignons hallucinogènes, ecstasy) concerne entre 5 et 10 % des jeunes, alors que leur consommation est marginale après 30 ans. (Beck, 2013).

Outre les comportements de consommation, les 18-25 ans se distinguent également du reste de la population générale par leur profil de santé mentale et de recours aux soins. Selon les données du Baromètre santé 2010, la prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé est au plus haut chez les 20-34 ans (10,1% dans la population interrogée) et l'absence de recours à un professionnel de santé, à une structure de soin ou à une psychothérapie dans cette situation est également le plus représentée chez les jeunes (soit 49% des 15-24 ans concernés). D'autre part, 0,9 % des 15-30 ans (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes) ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Ces données positionnent ainsi cette tranche d'âge comme la plus concernée. À l'échelle de la vie entière, 5,0 % des 15-30 ans (2,7 % des hommes et 7,3 % des femmes) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide (Beck, 2013).

Ces constats ont été étayés par les propos des experts en ce qui concerne les jeunes ...

« Pour moi y a deux... deux gros enjeux autour des 18-25 : c'est les comportements de santé – comment mettre en place des comportements de santé qui soient plutôt favorables, et puis c'est les difficultés de recours au soin qu'on peut avoir dans ces... dans ces âges-là » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

... et les étudiants :

« Globalement, la population étudiante est une population qui est en bonne santé, [...] Par ailleurs, ils ont aussi une bonne perception de leur santé. Ils estiment être en bonne santé. Pour autant, nous ce qui nous alerte, c'est que la plupart... Enfin déjà je vais donner quelques chiffres. Beaucoup d'étudiants renoncent à se soigner, c'est-à-dire que y a un renoncement au soin qu'est assez important » (Expert(e), LMDE)

« [en parlant des axes à développer dans leur programme santé] les quatre premiers : santé mentale, santé sexuelle, recours au soin, et usage de substances psychoactives dans des contextes de vie étudiante. Ce sont les quatre prioritaires. » (Expert(e), espace santé étudiants Bordeaux)

Mal traduits par la littérature, l'identification de populations particulièrement vulnérables du point de vue sanitaire a été citée par les experts :

Il s'agit des jeunes déscolarisés ou sans domicile...

« Nous, ce qu'on a observé dans nos travaux, c'est que le premier gros écart, il est quand même entre les jeunes qui sont en situation soit de déscolarisation alors qu'ils auraient dans d'autres circonstances pu continuer leurs études,

donc dès le... pratiquement dès le collège, et puis ceux qui sont en situation de recherche d'emploi, plutôt autour de 23-25 ans ; c'est eux qu'on identifie comme les plus vulnérables. Et après, y a les très précaires qui sont... bah des enfants, des ados et des jeunes adultes qui sont en situation d'être des sans domicile, pas complètement identifiés comme tels... [...] enfin les jeunes qui sont déscolarisés ont vraiment des comportements à risques plus forts et des... et une santé déclarée qu'est moins bonne » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

« Alors, sur la santé des jeunes hors étudiants, moi je dirais que les jeunes qui sont le plus dégradés ce sont les jeunes en insertion. Ceux qui ont eu des parcours de rupture scolaire importants, et qui arrivent à 16 ans, qui ne sont plus dans un parcours scolaire... on va dire traditionnel. Voilà, les jeunes qui reprennent un CAP ou qui sont en formation professionnelle, du type, vous savez, les GRETA... les organismes de formation ; ça, ces jeunes-là – ou les jeunes qui sont inscrits à la mission locale et qui... et qui ont des faibles niveaux de diplôme. Voilà, ceux-là, ils ont une santé dégradée, autant physique que psychique. Et sociale n'en parlons pas. » (Expert(e), ESJ Aubagne)

... et des étudiants touchés par les inégalités sociales :

« les étudiants ils sont le reflet des inégalités de l'ensemble de la société, c'est-à-dire que les étudiants qui viennent d'une famille bien structurante, de classe supérieure, ben en gros ils ont pas de problème, et par contre, les étudiants qui sont plutôt en ascension sociale, ben c'est eux qui vont être... Voilà » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

« environ les 2/3 de la population qui se déclare en bonne ou très bonne santé. Après, à l'intérieur, bien sûr, on va avoir, suivant les... suivant les... selon les caractéristiques [...] qui sont apparemment assez classiques : le sexe, par exemple, qui assez systématiquement donne des écarts assez importants en défaveur des femmes ; la nationalité, qui joue aussi beaucoup. Alors, la nationalité, simplement abordée en deux catégories, en Français / étrangers, où là aussi, donc... les étudiants étrangers sont plus nombreux à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé. L'origine sociale, c'est une variable classique, aussi » (Expert(e), OVE)

D'autre part, plusieurs des experts interrogés ont fait mention du fait que la jeunesse soit une période charnière :

« Ils font leurs études, ils ont quitté leurs parents, donc ils prennent en autonomie, et puis en même temps ils sont en train de construire leur avenir. Donc on est à un petit moment-charnière, là, où il s'agit, finalement, de leur donner les ressources pour qu'ils avancent au mieux maintenant et dans les 2-3 années de leurs études, et puis aussi pour les 20 ans, 30 ans, 40 ans qui arrivent » (Expert(e), Espace santé étudiants Bordeaux)

« On a une période charnière qui serait 23-25 ans, qui serait la période la plus... la période de transition. La période où justement les étudiants sont les plus fragiles. Avant ça, en fait, ils sont encore très fortement liés à leurs parents, ils bénéficient, en fait, de tous les avantages, hein, de la famille, et notamment la mutuelle complémentaire des parents, enfin bon, la présence de la famille reste encore très forte. Au-delà, en fait, on a très probablement des... des aides et des solidarités salariales [NB : RSA à partir de 25 ans], qui du coup compensent, et entre les deux, à savoir entre 23-25 ans, on a un petit – assez systématiquement, on a une courbe en cloche, hein, donc... Et 23-25 ans, c'est vraiment l'âge, la charnière où... c'est là où on observe, hein, les fragilités les plus importantes. À la fois en termes de santé, mais en termes... en termes plus généralement sociaux, économiques, vraiment une période un petit peu charnière, où se fait le passage... le passage, donc, de la dépendance familiale à la dépendance salariale, en quelque sorte. » (Expert(e), OVE)

« la particularité de cette tranche d'âge-là, c'est que jusqu'à 25 ans, en gros, quand même, la norme, c'est – enfin pour une grosse partie de la population, la norme c'est d'être encore dans les études. [...] Donc ne pas travailler va être une... une situation en partie normale. Et par contre, au-delà de 25 ans, là on voit que la situation de chômage... est un marqueur fort de précarité, [...]. C'est que entre 18 et 25, bah progressivement, on entre dans une période où le... où la situation de chômage devient de plus en plus critique, quoi. » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

III.2. Santé mentale

III.2.1 Les constats en terme de santé mentale

La santé mentale représente un thème prégnant dans cette enquête, qui a été abordé par l'ensemble des experts et par la majorité des articles analysés.

Une représentation de la situation chez les étudiants peut être appréhendée par une étude transversale explorant la prévalence des troubles psychiatriques chez les étudiants de première année dans six universités du sud-est de la France menée en 2005-2006. La prévalence à 12 mois des troubles anxieux était de 15,7%, celle des troubles dépressifs majeurs de 8,9% (lié notamment au fait d'être en situation économique précaire), et celle des troubles liés à la consommation problématique de substances de 8,1% (lié notamment au fait d'avoir un emploi rémunéré et d'appartenir à une famille dont les parents ont un niveau d'éducation haut). Seuls 30,5% des étudiants avec un de ces troubles psychiatriques avaient eu recours à un professionnel de santé pour cette raison dans les 12 mois. De plus, 21,7% des étudiants avec un de ces troubles psychiatriques rapportaient une déficience dans le travail et les études ce qui peut constituer un handicap et rendre l'échec scolaire plus probable. (Verger, 2012)

Les situations de fatigue, d'isolement, de stress et de crises suicidaires ont en effet été constatées par les experts et ce particulièrement dans la population étudiante:

« en fait, ce qui sort des analyses qu'on est en train de faire est surtout étonnant vis-à-vis de la santé mentale [...] parce qu'on a quand même beaucoup de monde qui a au moins des pensées suicidaires, ou un état de stress très élevé, qui est en manque de sommeil. C'est surtout le stress lié aux études. Et donc aussi, on a une certaine dépressivité, une certaine symptomatologie dépressive qui est importante. » (Expert(e), INSERM Bordeaux)

« Avant de consulter le médecin, en visite systématique, ils répondent à un auto-questionnaire avec une soixantaine d'items. Alors, si je vous livre les... les résultats de ces items, pour la moitié, ils évoquent des problèmes de fatigue. Alors la fatigue, c'est pas grand... c'est pas un symptôme terrible, mais enfin, ça cache beaucoup de choses, en médecine, parfois, hein. Ensuite, y a le stress, quand même, hein. Ils sont stressés, ils sont stressés comme le sont les adultes, comme l'est la société française, comme la société européenne. Ils reproduisent très exactement les maux, les maux de la société, hein, avec les phénomènes de violence, de discrimination ; enfin bon, voilà, ils reproduisent tout, enfin... et c'est parfois même amplifié, à cet âge-là. » (Expert(e), SIUMPPS)

« Donc on a quand même, oui, 61 % des étudiants qui se déclarent épuisés. 59 % pour le stress. Et 45 % qui déclarent des problèmes de sommeil. » (Expert(e), OVE)

« L'épuisement, bah forcément, parce qu'en fait on a des emplois du temps qui ne sont absolument pas faits en sorte d'être pour le bien-être de l'étudiant, mais plus pour savoir... enfin, pouvoir mettre un nombre d'étudiants dans une salle précise avec le prof précis, et du coup on a des horaires où on commence à huit heures, on finit à 20h, avec rien entre les deux. Enfin.. on a aussi des modalités pédagogiques qui font en sorte qu'on a deux examens par an, et que si on se plante, bah... ou même qu'on est malade, d'ailleurs, on a des rattrapages mais c'est tout. On n'a pas moyen de se rattraper en cours de route. Alors qu'on sait très bien aussi que c'est très compliqué, et que... que sans aucun suivi, enfin c'est la faculté, hein, sans aucun suivi à la faculté, bah... forcément, les étudiants ils apprennent – enfin, on apprend à gérer seul au fur et à mesure, mais... enfin, c'est très discriminant socialement, dans le sens où ceux qui doivent travailler ont plus de problèmes, donc plus de stress, donc plus d'épuisement. Et puis on sait très bien aussi que l'éloignement familial, la décohabitation c'est des choses qui peuvent... qui peuvent impacter sur le bien-être de l'étudiant, et qui peuvent infliger des déprimés, de l'isolement, et ça c'est des constats » (Expert(e), FAGE)

Le stress

Le stress a été particulièrement investigué dans le cadre d'une grande enquête sur la santé et les comportements de santé des étudiants de Haute-Normandie. En comparant les étudiants participant à l'enquête qui rapportaient des scores de stress haut (correspondant au 4e quartile des scores obtenus sur la Perceived Stress Scale) aux participants les moins stressés (1er quartile) une relation positive a été observée entre le fait d'être une fille, d'être fumeur, d'avoir des problèmes d'usage d'alcool, d'être à risque de cyberaddiction, de présenter des troubles du comportements alimentaires et l'augmentation du score de stress. A l'inverse, les étudiants pratiquant une activité physique étaient moins susceptibles de présenter du stress (Tavolacci, 2013). La perception du stress par l'étudiant et les professionnels pose le problème de la frontière entre le normal et du pathologique :

« Une grande part des étudiants sont soumis au stress, avec un effet contre-productif sur la mémorisation et le recours aux stratégies parfois inadaptées pour le maîtriser. Voilà. Donc la frontière entre la fragilité psychique passagère, le mal-être durable ou la pathologie psychiatrique est aussi extrêmement difficile à définir. » (Expert(e), Espace santé étudiants Bordeaux)

Le suicide

Vis-à-vis du suicide, d'après le baromètre santé 2010, les idées suicidaires concernaient 3,2% des 15-20 ans et 5% des 21-30 ans et les tentatives de suicides 1% des 15-20 ans et 0.8% des 21-30 ans, ce qui fait de la population des jeunes un groupe particulièrement à risque. Les antécédents d'agression sexuelle et les tentatives de suicide antérieures sont retrouvés comme de puissants prédicteurs des idées suicidaires et de tentatives de suicides, ainsi que certains comportements de consommations de substances ; ces facteurs peuvent permettre d'améliorer le repérage des individus à risque (Husky, 2013). Pour les experts, les questions de l'identification du risque et de la prise en charge se posent particulièrement :

« Avoir une pensée suicidaire à l'adolescence, ça peut être le signe d'une tentative à venir, mais c'est aussi souvent presque constitutif de l'adolescence, c'est-à-dire que c'est des pensées avec lesquelles il faut savoir composer [...] Et par contre, quand ça s'installe... au-delà de 20 ans, ça devient plus un... un symptôme qui rentre dans l'identification de quelque chose qui peut-être une dépression, éventuellement sub-syndromique, mais en tout cas, qui peut nécessiter une prise en charge, ou au moins... une attention particulière. » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

Après le passage à l'acte, la question du recours est adressée - et notamment dans la population étudiante :

« le suicide est la deuxième cause de mortalité sur la tranche d'âge qui est celle de notre population. Et ce qui nous a frappés, c'est de savoir que plus d'un tiers des étudiants qui ont recours à une tentative de suicide dans l'année ne sont suivis par aucun professionnel de santé. C'est-à-dire que... derrière leur TS, ils ont ni psychologue, ni psychiatre, ni médecin, ni infirmière universitaire. Enfin, y a personne, en fait, ils ont pas d'interlocuteur. Donc c'est des étudiants qu'on laisse repartir avec leur mal-être, dans la nature. » (Expert(e), LMDE)

Les troubles du sommeil

Le lien entre troubles du sommeil et pathologies mentales (dépression, anxiété, addictions) est clairement établi, au point que les troubles du sommeil font partie des symptômes repérés dans la détermination de l'épisode dépressif majeur selon le DSM ce qui peut positionner le sommeil comme un indicateur important de santé mentale. Vis-à-vis des difficultés de sommeil, une revue de la littérature menée en 2011 rapportait une prévalence de l'insomnie sévère de 4 % chez les 18 à 24 ans. Les principaux facteurs associés à cette situation sont le stress, la solitude et le décès récent d'un membre de la famille (Chan Chee, 2011).

Dans la sous population des étudiants, des enquêtes menées par l'Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales rapportaient que 12 % à 18 % des étudiants rapportaient dormir « mal ou très mal », ces résultats ont été corroborés par une étude de l'ORS Picardie menée en 2004 auprès de 4000 étudiants dans laquelle 14 % ont déclaré avoir des problèmes pour s'endormir et le sentiment de se réveiller trop tôt. Ces études ont mis en évidence que les symptômes d'insomnie étaient plus fréquemment déclarés par les étudiants qui avaient une activité rémunérée, qui fumaient et qui disaient se sentir angoissés face à l'avenir. De plus, l'absence d'activité sportive et la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques étaient plus importantes chez les « mauvais dormeurs » que chez les autres étudiants. (Chan Chee, 2011).

Selon les experts, ces difficultés de sommeil doivent être considérés dans une approche globale de l'individu :

« Avant de consulter le médecin, en visite systématique, ils [les étudiants recourant au service de médecine universitaire] répondent à un auto-questionnaire avec une soixantaine d'items. Alors, si je vous livre les... les résultats de ces items, pour la moitié, ils évoquent des problèmes de fatigue. Alors la fatigue, c'est pas grand... c'est pas un symptôme terrible, mais enfin, ça cache beaucoup de choses, en médecine, parfois, hein. » (Expert(e), SIUMPPS)

L'isolement

Le sujet de l'isolement et de l'échange social chez les étudiants - problématique à la frontière du bien-être social et du bien-être mental - se distingue comme une situation particulière auprès des experts mais est peu traité dans la littérature explorée:

« Quand on parlait, voilà, de santé physique, de santé psychique, y a vraiment cette notion d'isolement qu'est très très forte chez les étudiants, qu'est un constat qu'on partage avec tous les CROUS avec qui on travaille, et qui contraste

beaucoup avec l'image d'Épinal qu'on a de l'étudiant festif, entouré, etc [...], mais ça a ses impacts... un impact énorme sur la santé des étudiants. » (Expert(e), Apsytube)

« ça aussi, beaucoup, difficulté du lien social, oui, c'est... c'est pas très facile à nouer, quand même. L'université, c'est quand même un peu anonyme, malgré les efforts que font les directions vie étudiante, [...] mais... ça n'entraîne pas tout le monde, quoi, hein. Vous avez des étudiants qui restent, oui, isolés. Ça peut être leur nature, aussi, hein. Mais... on rencontre ça, oui, plus fréquemment chez les étudiants étrangers. » (Expert(e), SIUMPPS)

« les promotions changent tous les ans et on doit se ré-acclimater tous les ans, et au final où on n'a aucun suivi de la part de nos professeurs, de la part de nos... enfin, personne ne nous connaît, en fait. On peut passer huit ans en étant un parfait inconnu au niveau de notre faculté, et d'ailleurs on peut passer huit ans sans jamais aller à la fac et que personne ne s'en rendrait compte. » (Expert(e), FAGE)

La consommation de médicaments

La consommation de médicaments pour raison de santé mentale a été étudiée récemment par une enquête menée à l'université de Rouen. Sur les 1482 étudiants participants, 1.3% des garçons et 5.7% des filles rapportaient consommer des anxiolytiques, et 1.3% des garçons et 1.4% des filles des antidépresseurs. (Ladner, 2010). Un des experts de la santé des étudiants parisiens rapportait quant à lui l'usage notable de psychostimulants :

« Et puis y a une pathologie assez nouvelle, [...] qui sont les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité. [...]... Bon, tout le monde est pas d'accord sur ces troubles, toujours est-il qu'ils sont quand même pris en charge, hein ; des étudiants sous traitement, on en a beaucoup. » (Expert(e), SIUMPPS)

III.2.2 Le recours aux soins en santé mentale

Dans la littérature, une étude menée à partir du baromètre santé 2005 a identifié les facteurs associés à l'adéquation des traitements lors d'un épisode dépressif majeur en France. Les 15-25 représentaient 21,8% de la population touchée par un épisode dépressif majeur dans l'année de l'étude (avec une prévalence de 9,3%) mais ils ne représentaient que 15,2% de la population ayant recours aux soins pour des raisons de santé mentale (soit une prévalence de recours de 3,9%). Les étudiants représentaient 15% de la population touchée par un épisode dépressif majeure durant l'année de l'étude (avec une prévalence de 9,1%) mais ils ne représentaient que 11,6% des recours (soit une prévalence de recours de 4,2 %). Les recours aux soins considérés comme étant le recours pour raison de santé mentale à un professionnel quel qu'il soit, spécialiste ou non de la dépression, dans l'année de l'enquête. Quatre variables étaient associées à l'adéquation des traitements : l'adéquation est plus élevée chez les femmes, chez les personnes avec un épisode dépressif majeur sévère, et plus élevé chez les personnes habitant en région parisienne ou Centre-Est. En revanche l'adéquation était plus faible chez les étudiants.

Au-delà des caractéristiques des patients, les proportions de traitements adéquats varient en fonction du professionnel consulté. Cette proportion varie ainsi de 21,5 % chez les personnes ayant consulté uniquement un généraliste à 79,7 % chez celles qui ont eu recours à un psychiatre et un généraliste, ce qui peut expliquer les différences entre populations, qui n'ont pas recours au même type de professionnel de santé selon leur profil. Typiquement les étudiants ont recours prioritairement au psychologue et au médecin généraliste, plutôt qu'au psychiatre même pour un trouble sévère. (Briffault, 2010)

Par rapport au recours aux soins en santé mentale les obstacles majeurs rapportés par les experts dans les populations étudiantes et jeunes sont :

- Le tabou autour du champ de la santé mentale :

Dans les populations étudiantes...

[lors d'une enquête menée auprès d'étudiants montpelliérains, la question du recours aux psychologues avait été posé] « maintenant que tu sais qu'à l'espace santé y a des consultations avec des psychologues, est-ce que tu iras, tu le conseillerais ? » Et là, les avis sont partagés. Parce qu'on a des étudiants qui disent « ah, mais c'est super, on a cette possibilité, j'irai, ou je conseillerai à des copains », et d'autres qui disent « ah mais non, les psychologues c'est pour les fous. » Et là, vraiment, c'est presque... 50/50. » (Expert(e), INSERM Bordeaux)

... Comme dans la population jeune tout venant :

« Le rapport au psy, parfois, est aussi difficile, on est pas – enfin, c'est encore une fois aussi pour ça que l'espace jeunes existe, c'est parce que quand on essaie d'orienter des jeunes vers des CMP, c'est quand même très axé hôpital, ils sont... du coup y en a plein qui veulent pas y aller parce que c'est l'hôpital, parce que « j'suis pas fou », ou parce que... Donc du coup le fait de venir dans une association, dans un lieu différent, c'est plus facile pour certains » (Expert(e), IMAJE)

- Le déni de la pathologie psychiatrique :

« vous savez, y a quand même beaucoup de gens qui sont dans le déni. Vous avez le prob – les grandes difficultés, par exemple pour les maladies mentales, pour les psychologues et pour les psychiatres, c'est quand même des gens qui prennent rendez-vous et qui viennent pas. Ou des pathologies beaucoup plus complexes, type... oui, psychose, où les... où le patient est dans un déni complet. » (Expert(e), SIUMPPS)

- La difficile auto-évaluation du besoin de soins :

« Y a un enjeu, aussi, à définir... qu'est-ce qui relève d'une situation normale, d'une situation pathologique, où... où là y a un besoin de soins, quels qu'ils soient. Et cette question de la reconnaissance... enfin, reconnaître qu'on est dans un état de détresse psychique, de souffrance mentale, c'est quelque chose qu'est beaucoup plus assumé par les femmes que par les hommes. [...] nous on a fait avec une échelle qui s'appelle le CIDI . C'est des symptômes autour de la tristesse, l'atonie, des choses comme ça, et ça, un homme il a toujours plus de mal à dire « bah oui, là en ce moment, c'est dur, et puis... en ce moment, mais même, j'ai du mal, j'y arrive pas. » » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

[en parlant des jeunes dans le besoin qui ne recourt pas aux soins] « à un moment donné aller tellement mal, de ne pas pouvoir même considérer qu'un système de santé leur fera du bien. » (Expert(e), Fil santé jeune)

- La non adéquation de l'offre et de la demande de la population :

Notamment à propos des délais...

« parfois les délais d'attente peuvent être longs. Or, dans certaines situations, on a beaucoup, on a aussi des jeunes qui viennent qu'une fois, en fait. C'est-à-dire qu'ils viennent, ils ont besoin de déposer quelque chose, et puis après voilà, c'est fait, mais il faut pouvoir leur répondre maintenant ; c'est pas dans trois mois qu'on peut lui donner un rendez-vous, ça va pas fonctionner. C'est maintenant. » (Expert(e), IMAJE)

... ou de la population et l'environnement des services de soins « classiques » :

« C'est-à-dire qu'à partir de 16 ans, bah on va plus au CMP enfants, on va plus à la consultation ados, on va chez les adultes, et la santé psychiatrique adulte, c'est quand même pas la même chose. Du coup on se sent pas... à sa place du tout. [...] Y a ça et puis après y a l'hospitalisation, aussi, en psy. Des moments de rupture ou des moments, vous savez, y a des moments, on décompense, on a besoin d'être hospitalisé, on va être hospitalisé en psychiatrie adulte. C'est... [...] donc des lieux où y a vraiment des lieux de réflexion, des activités adaptées pour les jeunes adultes, ça c'est vraiment un truc qui manque. » (Expert(e), ESJ Aubagne)

- L'appréhension du manque de résultats :

« Parce que souvent, leur difficulté c'est de se dire « je sais qu'il faut que j'aille voir le psychologue, mais si ça marche pas ? » ou alors ils ont une expérience de vie, quand ils étaient petits, ils sont allés voir plein de psychologues, et en fait ça a servi à rien. Enfin, ils pensent que ça n'avait servi à rien. Et du coup, ils se disent « ouais, il faut que j'y retourne, mais je sais que ça m'a jamais servi. Et si ça marche pas encore une fois, je vais être encore déçu. Donc le mieux c'est de pas y aller, comme ça je suis pas déçu. » » (Expert(e), ESJ Aubagne)

III.2.3 Les inégalités en santé mentale

Vis-à-vis des inégalités en terme de santé mentale et de recours aux soins en santé mentale, des facteurs multiples ont été relevés par les experts.

Pour l'ensemble de la population jeune, l'effet genre existe, comme dans la population générale :

« reconnaître qu'on est dans un état de détresse psychique, de souffrance mentale, c'est quelque chose qu'est beaucoup plus assumé par les femmes que par les hommes. » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

« dans les pathologies de santé mentale, ce sont des pathologies plutôt féminines. [...] on les identifie chez les femmes, mais... c'est aussi parce que l'expression de cette souffrance, chez des hommes, elle va pouvoir se traduire par des... des formes d'automédication autour des drogues et de l'alcool, notamment » (Expert(e), OFDT / ex- INPES)

Pour les étudiants, un effet filière semble exister :

« Et puis y a des filières, oui, y a des filières ou des universités où... manifestement, c'est plus... c'est plus difficile. Y a des études, y a des filières par exemple où le stress est plus important : c'est les étudiants en médecine et en droit, par exemple, notamment les premières années. » (Expert(e), SIUMPPS)

« là, en analysant des données sur la dépression, par exemple, les étudiants en santé vont bien par rapport aux étudiants en droit. Les étudiants en droit ont des états de dépressivité majeure. Mais en même temps, sur des consommations de drogues, ou... cannabis, on voit presque la tendance inverse. » (Expert(e), INSERM Bordeaux)

« on avait vu que c'étaient les étudiants en droit qui étaient le plus à risque de détresse psychologique » (Expert(e), Association Apsytude)

« c'est vrai qu'y a un problème du côté des étudiants en médecine, avec la très très grosse difficulté d'avoir recours à une demande d'aide pour eux, et à se retrouver en position de patients. » (Expert(e), Association Apsytude)

« Toutes les classes préparatoires aux grandes écoles. Où là les taux de suicide sont un peu plus importants. Bon, évidemment, la pression, la charge de travail... Et là on a souvent, effectivement, des demandes de disponibilité au niveau des points écoute... c'est vrai qu'ils sont assez demandeurs de ça, quoi. » (Expert(e), LMDE)

Les étudiants étrangers ou ceux décohabitants de chez leurs parents à l'occasion de leurs études sont eux aussi identifiés comme plus vulnérables du point de vue du bien-être mental :

« Alors nous on voit beaucoup d'isolement, effectivement, plus chez les étudiants étrangers. Comme on travaille beaucoup en résidence CROUS, on a quand même un public qui est plus précaire, puisque pour être résident au CROUS il faut être éloigné de chez ses parents, et... et puis il faut avoir des ressources, des revenus sociaux moins élevés. Donc on a un public qui est effectivement un peu plus fragile par rapport à ça [l'isolement]. » (Expert(e), Association Apsytude)

« On leur dit qu'il faut faire des études et qu'il faut les réussir, et que de toute façon, même s'ils finissent par décrocher un diplôme, le marché de l'emploi est tel qu'ils risquent de pas retrouver d'emploi à terme. Donc ça amène à une forme de pressurisation extrêmement importante, avec aussi, pour certains, une découverte de l'autonomie, je disais tout à l'heure, notamment sur les primo... sur les étudiants décohabitants [...] Ils doivent gérer leurs démarches administratives, ils doivent gérer leur temps, ils doivent gérer tout un certain... nombre de nouveaux sujets en lien avec leur autonomie, et qui les amènent à des situations parfois très difficiles d'un point de vue psy. [...] y a aussi un nouveau cercle social et affectif à créer. Et tout ça, c'est particulièrement vrai pour les étudiants étrangers. Avec en plus, pour les étudiants étrangers, parfois une mauvaise maîtrise de la langue française, et parfois une mauvaise maîtrise des codes socio-culturels du pays où ils arrivent. » (Expert(e), LMDE)

Enfin, les jeunes en rupture sociale ont été distingués comme particulièrement à risque de mal-être :

« on fait passer des bilans de santé, des consultations de prévention à un certain nombre de jeunes qui sont dans un cursus mission locale [...] au vu du questionnaire de santé qu'on pose, on se rend compte qu'entre 18 et 25 % déclarent qu'ils ont eu dans le passé ou des idées suicidaires, ou qui ont déjà fait des tentatives de suicide. C'est trois fois plus que... même... ouais, presque plus que trois fois plus que la population générale [du même âge]. » (Expert(e), ESJ Aubagne)

III.2.4 Les propositions pour l'amélioration de la santé mentale

Un certain nombre d'actions ou pistes d'améliorations ont été avancées par les experts et la littérature.

Vis à vis du stress il semble qu'il y ait une attitude d'ignorance du stress chez les étudiants, qui peut pourtant représenter un problème grave et peut être un précurseur de problèmes mentaux et psychosociaux. Il paraît donc important que les futurs efforts de prévention et d'intervention tiennent compte de l'environnement social et du stress accru chez les élèves. L'utilisation d'internet comme moyen de transmettre des interventions ciblées de santé ou des programmes permettant le changement de comportement vis-à-vis de situations stressantes pourraient être considérées. L'amélioration de l'environnement universitaire pourraient également contribuer à prévenir les conséquences potentiellement néfastes du stress. (Tavolacci, 2013)

« Le stress, le stress c'est le truc qu'on entend le plus. Alors nous, on a mené des actions comme ça... assez intéressantes à Lyon et à Tours, où on a fait venir des sophrologues, en fait. [...] Alors là, pour le coup, on était vraiment dans les établissements. [...] Là on en organise une à Clermont, une initiation à la sophrologie. Mais c'est dans notre agence. On a déjà plus de 100 inscrits, là. On va devoir refuser des personnes. Donc ça c'est des thématiques qui leur plaisent énormément, pour lesquelles ils sont très demandeurs. La gestion du stress... » (Expert(e), EMEVIA)

D'autre part, une réflexion sur les différentes stratégies d'adaptation aux situations stressantes (ou « coping ») adoptée par les étudiants permettraient de délivrer des interventions plus personnalisées. En effet, une étude psychologique menée au sein de la population étudiante a dessinée quatre grands groupes d'individus ayant recours à différentes stratégies de gestion du stress (dénigement, consommation de substances, religion, discussion, recherche de soutien, abandon, humour, divertissement, autocritique...). Les recherches futures pourraient tenir compte de ces profils d'adaptation au stress pour mieux comprendre les relations entre les stratégies adoptées par les étudiants pour faire face et leurs impacts sur la santé ou identifier les groupes à risque dans lesquels délivrer des stratégies d'intervention ciblées. (Doron, 2015)

La mise en place d'un esprit de convivialité et de décontraction au sein des établissements universitaires est également une piste considérée :

« les CROUS mettent énormément en place des ateliers de psychologie au niveau des résidences universitaires, notamment pour lutter contre l'isolement social. Nous on travaille avec eux énormément là-dessus pour animer les résidences, pour essayer de créer du lien social. C'est tout bête, mais juste de mettre à disposition des lieux où les gens peuvent se rencontrer, ça permet de freiner les premiers signes à la déprime, ce genre de chose. » (Expert(e), FAGE)

« De plus en plus, on voit des burn out au niveau de l'université, alors qu'on a 18 ans, c'est un peu bizarre. Et ils ont mis en place des ateliers nutrition-santé, donc... donc y a des cours de yoga qui sont prodigués, y a ce genre de chose, plein d'ateliers différents, qui permettent d'accéder à un certain bien-être, même si un atelier par semaine ça fait pas tout. Mais c'est quand même un lieu où les étudiants peuvent se détendre et où on les considère autrement que comme des machines à apprendre, en fait, et... et comme des êtres humains, entre guillemets. (rire) C'est un peu drôle de le dire, mais c'est un peu ça. » (Expert(e), FAGE)

Vis-à-vis du sommeil, des stratégies de sensibilisation ludiques peuvent permettre d'informer la population étudiante ; voire d'éduquer aux bons comportements pour la santé :

« donc là on a fait une sleeping room, c'est un... en fait un cube de neuf... une structure de 9m3, dans laquelle on a reconstitué une chambre étudiante, avec tous les artefacts, et éventuellement, au contraire, tous les... toutes les situations positives à l'amélioration du sommeil. Et les sensibiliser, et un quizz sur lequel ils répondent. On avait mis un étudiant en art qui a fait de l'improvisation toute une journée. Il était en pyjama, au milieu de la fac, dans ce cube, pour justement vivre dans ce cube-là. » (Expert(e), espace santé étudiants Bordeaux)

Vis-à-vis du suicide, des populations particulièrement à risque ont été identifiées par les études chez les étudiants. Parmi eux les jeunes issus de minorités sexuelles pour lesquels l'accès à des environnements sociaux soutenant est important à considérer lors du développement d'action de prévention (Husky, 2013). D'autre part, l'association positive qui a été mise en évidence entre consommations de substance et idées ou tentatives suicidaires soulignent la nécessité d'identifier les individus qui se livrent à des consommations problématiques d'alcool et de tabac car ils représentent un groupe à risque plus élevé de symptômes suicidaires. Enfin, les personnes victimes de violence constituent un autre groupe à haut risque, ils devraient représenter une cible pour les efforts de prévention et les initiatives de dépistage du risque de suicide. De plus, certaines données suggèrent que la consommation excessive

d'alcool peut servir de médiation à la relation entre les agressions sexuelles et le risque de suicide chez les adolescents, ce qui laisse supposer que les victimes d'agressions sexuelles qui abusent de l'alcool peuvent être une cible particulière de prévention. (Husky, 2013)

Au niveau des experts, la mise en place de « sentinelles » formées à la détection du risque suicidaire a été organisée :

« la deuxième cause de mortalité, le suicide. Donc on a mis en place dans nos trois universités, parmi les enseignants et parmi les étudiants, des réseaux de détection d'étudiants qui sont en souffrance ou en difficulté. On a aussi inclus, évidemment, dans ce réseau les infirmières, qui sont sur les campus, les assistantes sociales, et les personnels de scolarité et des services handicap » (Expert(e), SIUMPPS)

Au-delà de l'idée de détection, il apparaît important de mettre en place des actions, utilisant l'« aller vers » particulièrement pour les étudiants ne recourant pas à l'aide vis-à-vis de leur problèmes mentaux :

« C'est-à-dire que vous pouvez ouvrir tous les centres, toutes les permanences psychologiques que vous voulez, ça marchera. Y a pas de sujet là-dessus. Parce qu'y a un vrai besoin. D'ailleurs, la preuve : toutes les permanences qui ouvrent sont saturées en deux mois.[...] mais y a des étudiants que de toute façon vous ne toucherez pas. Parce qu'ils sont pas dans la démarche d'aller, d'aller consulter ou d'avoir recours aux professionnels de santé du fait du tabou, du fait de la peur, du fait de la honte, du fait... voilà, de la négation aussi. Et c'est ces étudiants-là qu'il faudrait réussir à toucher. Donc pour nous, la démarche qu'on a souhaité initier sur ce truc de l'aller vers, en résidence universitaire, c'est-à-dire dans un moment où ils sont dans leur intimité, ils sont chez eux, et où ils sont disponibles, a priori, pour nous parler s'ils le souhaitent, bien sûr, hein, y a pas d'obligation, ça nous a semblé aussi important à développer. » (Expert(e), LMDE)

« Ils [les étudiants] répondent à la proposition qui leur est faite pour un peu qu'on arrive à leur donner l'information et aussi à être dans un discours assez déstigmatisant, donc c'est vrai qu'on fait un travail sur la communication, sur la manière de leur parler. On va au-devant d'eux, on va directement – voilà, quand on est dans l'aller vers, comme on disait, jusqu'au porte-à-porte, parce que quelqu'un qui va pas bien, bah il faut aussi pouvoir... l'aider à faire sa démarche, parce qu'il a même plus la capacité de la faire. » (Expert(e), Association Apsytude)

« on met en place surtout Bouge ton Blues qu'est une action qui vise à repérer un peu le mal-être des étudiants ; donc là on est en association avec l'IAPR qu'est une association de psychologues, où nos fédérations peuvent mettre en place des journées où on établit des questionnaires, et la personne remplit un questionnaire qui va être sur quatre thématiques différentes, et le but c'est un peu de faire un état diagnostique de son état de santé mentale. D'un point de vue... d'un point de vue est-ce qu'il se sent seul, est-ce qu'il a des conduites à risques, ce genre de chose. Et par la suite de l'orienter, s'il le souhaite, et si le psychologue le juge nécessaire, vers une personne adaptée. Donc là ce sera majoritairement les... les bureaux d'aide psychologique universitaires, ou les SIUMPPS qui proposent des psychologues gratuits ou des psychologues libéraux s'il y en a pas, le cas échéant. » (Expert(e), FAGE)

Enfin l'importance d'évaluer les actions de prévention du mal-être semble primordiale :

« je crois qu'aujourd'hui il faudrait évaluer les actions, parce que les problèmes c'est qu'on a aussi beaucoup d'acteurs terrain qui mettent en place des actions parce que ça leur fait plaisir, sans vérifier si c'est efficace ou pas et si c'est utile ou pas. Donc, je pense, voilà, évaluer les actions, pousser aussi vers la prévention. Comme je le disais, je trouve qu'on est encore beaucoup beaucoup dans le soin. Et puis la prévention pas que des addictions, [...] mais... aujourd'hui, c'est facile de dire « on fait de la prévention des addictions » parce qu'on sait mesurer combien de clopes sont fumées par jour, combien de boissons sont bues par jour. Mais savoir mesurer, évaluer, que quelqu'un était en mal-être et va mieux, c'est plus compliqué. [...] le problème derrière, il est quand même plus celui du mal-être, qu'est beaucoup plus difficile à évaluer, sur lequel il est beaucoup plus difficile d'agir, mais c'est quand même finalement le substrat à toute cette... tout le développement des addictions. » (Expert(e), Association Apsytude)

L'idée de former les professionnels travaillant auprès des étudiants à la détection, à la communication et à l'accompagnement en cas de risque suicidaire identifié, a été relayé par deux autres experts et semblent donc constituer une priorité dans ce champ :

« peut-être les enseignants en université sont oubliés, aujourd'hui, sur détecter quelque chose qui n'irait pas, effectivement, auprès d'un jeune étudiant » (Expert(e), fil Santé jeune)

« je crois que les freins, ils sont aussi beaucoup du côté des personnes qui vont parler du dispositif, le proposer, et leurs craintes à eux. Nous on travaillait beaucoup, aussi, sur le fait de pouvoir parler, mentionner le mot suicide, poser des questions directes. Et les gens ont peur de ça. Alors qu'en fait ça ne crée pas les idées. » (Expert(e), Association Apsytude)

« Et puis dernier point, organiser les réponses utiles dans la communauté universitaire à la prise en considération d'événements complexes en matière de santé mentale. [...] c'est-à-dire c'est d'aider à gérer les situations un peu complexes, parce qu'il y en a, quelquefois. Et toujours dans ce souci de... de destigmatisation et en même temps d'accès au soin, voilà, on a quelque chose à penser avec eux. [...] Donc c'est un travail en soi, que de commencer à réfléchir avec communauté universitaire sur ces questions-là. De la souffrance des étudiants, voilà, qui sont pas bien, et de leur permettre d'accéder au soin, sachant qu'en matière de santé mentale l'accès au soin est aussi un problème en soi. [...] on veut développer un réseau d'intervenants sentinelles sensibilisés à la prévention du risque suicidaire» (Expert(e), espace santé étudiants Bordeaux)

Cela met également en évidence la nécessité de mettre en place des réseaux de professionnels pour prendre en charge les jeunes ou étudiants identifiés. D'après un des experts, cela semble permettre d'améliorer le recours et diminuer les perdus de vus potentiels, déçus par une prise en charge qui ne leur conviendrait pas :

« quand on oriente vers les CMP, les centres médico-psychologiques, vers des psychologues libéraux, vers d'autres dispositifs, vers un éducateur spécialisé, ou vers la prévention des addictions, ou vers le médecin traitant, hein, peu importe, on les connaît, physiquement. Parce qu'on est à une petite échelle. Et en plus, on sait que ça marche. Parce qu'on a les retours. Parce qu'on sait qu'ils sont allés. Et si on voit que ça échoue, on leur dit, aux jeunes. « Voilà, on t'oriente là, on les connaît, tu vas faire ça, tu vas rencontrer telle personne, tu vas voir, ça correspond bien à ta demande, à ton problème. » On leur dit « mais si ça marche pas avec la personne, tu reviens, on trouvera une autre solution. » » (Expert(e), ESJ Aubagne)

III.3. Recours aux soins

III.3.1 Les constats vis-à-vis du recours aux soins

Une seconde problématique qui apparaît comme caractéristique de la population jeune est le rapport à la demande de soins. Les notions de manque de repères dans le système, le manque d'autonomie, la non perception des besoins de soins, le renoncement pour raisons financières sont avancées. Le sujet du recours est beaucoup traité par les experts mais relativement peu couvert par la littérature scientifique récente.

La complexité du phénomène de non recours aux soins, d'origine multiple, a été appréhendée par les experts en ce qui concerne les étudiants:

« ils ne sont pas au courant de l'offre de soin qu'ils ont à disposition [...] Et la plupart, par exemple, ils... ils vont voir leur médecin le weekend, en rentrant chez eux. Ou ils se font conseiller par les parents pour se soigner. Et sinon, ... ils cherchent éventuellement sur internet, ou ils demandent à des copains où ils peuvent aller, s'ils ont des urgences, là pendant la semaine. Mais sinon, ils ne sont vraiment pas au courant de... comment la ville peut offrir des services. [...] On croyait vraiment que la raison économique était primordiale, le principal dans le renoncement aux soins. Et en fait, les étudiants [...] disaient « non, nous on va pas voir le médecin, on renonce, on pousse vraiment jusqu'à... jusqu'à la situation d'urgence notre condition parce qu'on n'a pas le temps. On a les examens, on a les cours, et... » Voilà. » (Expert(e), INSERM Bordeaux)

« Moi je crois que... ou c'est un défaut de temps, ou ils sont pris dans les études, ou... ils ont quand même beaucoup de mal à gérer leur temps et puis surtout leurs finances, les étudiants, hein, c'est... Ils ont quand même des... des problèmes d'argent, de loyer, de... d'alimentation, de... certains travaillent, hein. [...] Alors tout ça combiné, est-ce qu'il se dit « de toute façon j'aurai pas le temps d'y aller », « de toute façon ça va coûter » – si on leur met dans la tête que l'accès aux soins est... n'est pas à leur bourse et qu'ils n'y arriveront pas, et que... et qu'ils ont intérêt à se placer tout de suite dans les 30 % et qu'ils doivent renoncer sans même chercher, bah c'est sûr que... » (Expert(e), SIUMPPS)

« Pour vous donner un ordre d'idée, on a quand même une proportion assez importante d'étudiants... significativement importante, puisqu'elle nous a quand même obligés à recruter, nous, des intérimaires pour appeler un certain nombre d'étudiants pour leur demander de nous envoyer des documents type une photocopie de leur carte

d'identité et un relevé d'identité bancaire pour qu'on puisse les rembourser. Donc c'est une population qu'est un peu dilettante, et qui, bon, va se dire « attends, j'veais pas voir le médecin, ça ira, en fait ça va passer, j'me sens pas si mal que ça donc ça va aller. » (Expert(e), LMDE)

« Je pense que le plus gros problème sur le recours au soin, c'est notre système de sécurité sociale qu'est absolument pas... enfin qu'est absolument pas efficient, aujourd'hui on a un étudiant sur trois qui renonce au soin, et... et avec notre système de sécurité sociale, c'est encore plus compliqué. On a énormément de retards de remboursement, énormément de ruptures d'affiliation, de retard d'envoi de carte vitale, qui fait que... bah oui, si on a un problème, même physique ou mental, bah si on est pas... si on est pas remboursés, déjà qu'on a un budget qui est bien moindre que les populations qui travaillent, bah ça va être encore moins possible. [...] Et après, sur les services universitaires, aujourd'hui, y a que 20 centres de santé universitaires sur une quarantaine, une cinquantaine d'universités. Le but c'était de le monter à 30 avec le plan national de la vie étudiante, là, mais y a pas eu grand chose qu'a été fait. Donc là le but c'est de passer de... de services qui sont uniquement préventifs à de l'accès sur tiers-payant généralisé, qu'est un énorme accès au soin, et notamment aux psychologues dans certaines villes. Sauf que... en fait, le problème c'est qu'aujourd'hui, déjà d'une, le passage de SUMPPS à CSU il est uniquement conditionné par la décision de l'université, [...] on a un nombre de médecins qui est, par rapport à la population étudiante, ridicule. Si on doit attendre – et pour le coup ça a été mon cas – quand on doit attendre une semaine et demie pour avoir accès à un médecin [...] Ben on en voit pas trop l'utilité, quoi. (rire) Et c'est pareil pour tout. Après, ça dépend énormément des spécialistes, ça dépend des villes, pour le coup ça dépend vraiment de la politique de l'université. » (Expert(e), FAGE)

« Donc là-dessus, on a 30 % des étudiants qui déclarent avoir renoncé, donc au moins une fois, à aller voir un médecin. [...] Et donc les... les principales raisons, donc ne sont pas financières, en fait : c'est vraiment l'automédication, donc avoir choisi de se soigner soi-même, ou simplement avoir attendu que les choses aillent mieux. Ce sont vraiment les deux principales réponses. Et puis, donc on a, à côté, le renoncement au soin cette fois-ci pour raisons financières, [...] 13 % des étudiants qui déclarent avoir renoncé à voir un médecin pour des raisons financières. Enfin, renoncé au moins une fois à voir un médecin pour des raisons financières. » (Expert(e), OVE)

Le manque d'information

Pour les étudiants, le manque d'éducation à la santé ou l'incapacité à distinguer l'information pertinente pour eux amplifie le phénomène de non-recours :

« On a aussi une grosse problématique autour de la compréhension du système de santé. C'est-à-dire que y a beaucoup d'étudiants, pour la sécurité sociale, ils savent pas ce que c'est, le parcours de soins coordonnés n'en parlons pas, la déclaration de médecin traitant, bon alors là... on a déjà perdu 70 % de notre population. Tout ce qui concerne le tiers-payant, la mise à jour de la carte vitale, ça les dépasse complètement. » (Expert(e), LMDE)

« Il faudrait peut-être développer aussi une sensibilité à... de l'étudiant, dans la volonté de rechercher cette information. Parce que peut-être que les dispositifs sont déjà là [...] mais... il manque vraiment... il y a un gap entre l'offre, et après, l'explicitation de la demande » (Expert(e), INSERM Bordeaux)

« Donc le discours ambiant qu'est souvent divulgué par les mutuelles, ou par d'autres, selon lequel 30 % des étudiants renoncent aux soins pour des raisons financières, en ce qui nous concerne, à Paris, s'ils renoncent aux soins, c'est par défaut d'information » (Expert(e), SIUMPPS)

« C'est difficile pour eux de se retrouver dans la jungle de ce qui existe, ils ne captent pas l'information, ils sont noyés sous l'information. » (Expert(e), Association Apsytude)

« Et quand eux ils se reconnaissent pas dans une structure qui s'appelle « truc jeunes. » Ils se reconnaissent, par contre, dans le statut étudiant, et nous on en a encore beaucoup qui viennent nous voir parce qu'ils sont dans ce statut étudiant, pas parce qu'ils vont pas bien, mais parce qu'ils sont étudiants. Et ça, ça facilite la démarche, et que sur les structures jeunes, parfois ils s'y reconnaissent pas. Parce qu'eux se considèrent déjà comme des jeunes adultes.» (Expert(e), Association Apsytude)

« y a quand même pas mal de dispositifs qui existent, le problème c'est que... parfois, j'ai la sensation que l'étudiant, il est... il est noyé, en fait, dans les sources d'information qui viennent jusqu'à lui. [...] Donc c'est vrai que parfois on a l'impression qu'y a trop d'information qui arrive en même temps. » (Expert(e), EMEVIA)

« ce qui étonne un peu tout le monde et notamment les personnes qui interviennent dans ce domaine-là, c'est l'accès aux services de santé universitaire, qui reste très très faible. Là pour le coup, donc nous on est, sur la dernière enquête, on évalue ça à 13 %. Donc 13 % des étudiants... déclarent avoir accès et être allés au service de santé universitaire. [...] c'était aussi le fait... le manque de visibilité. Alors là, la question telle qu'elle est posée, en fait, elle permet pas réellement de distinguer... ceux qui ont pas l'information de ceux qui avaient l'information et ont décidé de pas y aller. » (Expert(e), OVE)

« c'est-à-dire que les étudiants économiquement les plus fragiles sont pas tous au courant de... des systèmes d'aide, par exemple. Enfin je pense notamment aux aides d'urgence, à ce genre d'aides-là. On est assez frappés de voir que beaucoup d'étudiants ne connaissent pas ces aides-là. Ça reste quand même assez confidentiel. Là-dessus, y a en effet un travail à faire. Mais les universités, en tout cas, le reconnaissent et essaient de faire un petit peu le travail en essayant un petit peu de généraliser – au moins que l'information circule, et que ces informations-là arrivent jusqu'aux étudiants. [...] plus les structures sont... grosses, moins... enfin, plus il semble difficile de faire circuler l'information jusqu'aux étudiants. J'ai vu ça parce qu'en comparaison avec des... des... Enfin, nous dans notre enquête, par exemple, on a des classes préparatoires, ou des... des sections de techniciens supérieurs, donc qui sont en lycée, et où là on est dans un tout autre fonctionnement. On est beaucoup plus dans un fonctionnement de classes, avec une intégration, donc, des classes au sein de l'établissement, qui semble faciliter quand même la... la circulation de l'information par rapport à des universités, à des amphithéâtres remplis » (Expert(e), OVE)

L'accès

Dans le problème du non-recours, la notion d'accès est traitée très différemment chez les étudiants et chez les jeunes issus de quartiers à inégalités sociales fortes mais la question doit se poser dans la réflexion de création de dispositifs, notamment ceux offrant une aide psychologique.

Pour les étudiants il semble primordial que le service de soins se situe au sein de leur lieu de vie ou d'études...

« [pour les étudiants] Je vais vous donner un exemple très précis, à Lyon on est sur deux résidences différentes qui sont éloignées... y en a deux qui sont éloignées de 400 m, à peu près. Eh bah ils préfèrent être sur liste d'attente que d'aller 400 m plus loin à un rendez-vous disponible. » (Expert(e), Association Apsytude)

... pour les jeunes adultes de quartiers défavorisés, le lieu de soins doit être facilement accessible mais doit offrir une certaine discrétion pour le jeune s'y rendant :

« dans les quartiers nord, pour le coup... c'est compliqué parce que là on est... là on est vraiment dans la problématique des inégalités de santé, parce que les gens vont avoir du mal à être mobiles. [...] voilà, ils descendent pas forcément jusqu'au centre-ville, [...] et en fait les gens ne vont pas ne serait-ce que dans le quartier d'à côté. [...] Mais effectivement, le but c'est aussi de réussir, sans doute, à créer différents lieux, au moins des permanences. Déjà la permanence permet quand même de se rapprocher, et en tout cas aller faire des actions, aller faire des actions dans les collèges, aller faire des actions dans les centres sociaux pour se faire connaître, pour faire connaître les lieux, avec toujours la problématique aussi que si on décide de se mettre dans un quartier précis [...]... si on décide de se mettre dans un quartier, il faut faire attention parce que y a le côté être vu. [...] y a aussi parfois la notion de... de préférer aller dans un endroit neutre, et de pas être vu en train d'aller voir un psy dans le quartier. Enfin voilà, après y a toutes ces questions-là, aussi, qui sont un petit peu... un petit peu complexes. » (Expert(e), IMAJE)

L'aspect financier

Si les raisons financières ne semblent pas être la barrière majeure à l'accès aux soins elles en restent un déterminant important :

« On a 9 % de la population étudiante, par ailleurs, qui n'est pas couverte par une complémentaire santé. Donc... le chiffre dans la population générale, c'est 6 %. donc ça, ça amène aussi à un renoncement. » (Expert(e), LMDE)

Notamment pour les prises en charge psychologiques :

« Oui, c'est quand même un frein réel, puisque faut parler de l'Happsyline [consultation en ligne par webcam avec des psychologues]... nous ces dispositifs aujourd'hui, on n'a pas de financement dessus, et on a très peu de demande. Et je pense que c'est pas qu'y a un manque de besoins, parce que on l'a créée notamment pour les étudiants à

international... C'est parce que nos consultations elles sont à 30 € [NB : non remboursé car psychologue] et que c'est beaucoup trop cher. Donc je pense que c'est un vrai frein. Une fois que celui-là est levé, y en a d'autres qui sont peut-être amenés. Mais c'est vrai que ça c'est... c'est essentiel. » (Expert(e), Association Apsytude)

« Nan, ça [la gratuité des consultations] permet pas de cibler, je pense que ça permet, en fait, une première démarche, si c'est une entrée pas faite, et dans le cas de étudiants ça permet quand même une autonomisation. » (Expert(e), Association Apsytude)

L'expérience des soins

Parce que le non-recours peut aussi être expliqué par une non satisfaction des soins, une large enquête internationale a été menée dans le but d'étudier l'accès aux soins et l'expérience des soins vécus par les jeunes adultes de 18 à 24 ans. Les jeunes français étaient 65,1% à déclarer recevoir globalement de très bons soins, 58,8% pensaient que le médecin leur expliquait toujours bien les choses, 48% pensaient que leur médecin avait toujours l'information qu'ils étaient venu chercher, 33,8% pensaient que le médecin les impliquait toujours dans la décision, 33,5% pensaient que le médecin passait suffisamment de temps en consultation avec eux et 27,1% rapportaient une barrière financière pour l'accès aux soins. (Hargreaves, 2015)

Le recours à internet

Enfin, dans le thème du recours aux soins, apparaît depuis plusieurs années le phénomène de recours à l'information en santé sur internet, qui influencent plus ou moins le recours aux professionnels.

A partir du Baromètre santé 2010, une description des caractéristiques des internautes âgés de 15 à 30 ans qui utilisent le Web comme ressource d'information sur la santé a été réalisée. En 2010, 48,5% (474/977) des internautes âgés de 15 à 30 ans utilisaient Internet pour des raisons de santé. Environ 80% (371/474) des internautes santé considéraient que les informations disponibles en ligne étaient fiables. Les femmes et les personnes ayant des situations sociales plus élevées étaient plus susceptibles d'utiliser l'Internet à des fins de santé.

Chez les internautes santé, un tiers (33,3%, 157/474) signalaient avoir modifié leurs comportements en matière de santé du fait de leurs recherches sur internet, cela impliquait pour 4,9% de consulter un médecin plus souvent et pour 6,5% de consulter un médecin moins souvent. Les facteurs les plus fréquents associés au changement de comportement après une recherche internet était la détresse psychologique, la mauvaise qualité de vie et le faible niveau de revenu. (Beck, 2014)

Ce constat était corroboré par un des experts :

« on a un problème, on regarde sur son smartphone, on a une réponse – pas forcément qui nous guide vers un professionnel de soin, [...] finalement on a l'information, on... au mieux, on va voir un pharmacien pour se soigner... Mais effectivement, l'accès à l'information sur internet, s'il y a un changement de comportement sur la santé, ça c'est... » (Expert(e), Fil Santé Jeune)

III.3.2 Les inégalités de recours aux soins

Dans la population étudiante de nombreuses inégalités de recours ont été observées par les experts. La population des étudiants étrangers se distingue comme particulièrement touchée, notamment pour des questions de compréhension du système de soins :

« On peut remarquer un peu plus une sous-population intéressante qu'on a ici, à Bordeaux : la population des étudiants qui viennent des DOM-TOM. Et les étrangers.[...] Donc là c'est quelque chose sur laquelle on essaie aussi de travailler, parce que ils ont des difficultés, bien sûr, notamment sur l'accès aux soins, parce que ils connaissent pas le système français. » (Expert(e), INSERM Bordeaux)

« Ah bah c'est évident, les étudiants étrangers, par exemple, sont... C'est 20 % de nos effectifs. Ils sont... ils sont quand même assez isolés. Ils n'ont pas été habitués à des parcours de soin. Donc ça... » (Expert(e), SIUMPPS)

« on a aussi beaucoup d'étudiants qui sont des étudiants étrangers. [...] ils maîtrisent pas forcément le système – et d'ailleurs, pas du tout, souvent, le système administratif français. Déjà, quand on vit en France depuis très longtemps, on a déjà du mal à tout comprendre, alors autant vous dire que quand on est étranger, qu'on arrive dans un système nouveau, dans un pays, parfois qu'on connaît pas, avec un certain nombre de codes socio-culturels qu'on ne maîtrise

pas, et avec un système administratif qu'est quand même assez kafkaïen, par endroits, c'est toujours plus compliqué pour eux. Ensuite, vous avez aussi d'autres facteurs. C'est vrai que nous, ce qu'on constate, globalement, c'est que les étudiants... enfin, décohabitants sont quand même moins bien couverts que les étudiants qui vivent encore chez leurs parents » (Expert(e), LMDE)

Les décohabitants, « primo-arrivant » à l'université sont aussi plus susceptibles de connaître des difficultés de recours aux soins pour des questions de difficultés d'information :

« Ce qu'on a pu identifier dans les enquêtes, c'est qu'effectivement, ils [les primo-arrivants post-bac et décohabitants »] ont à reconstruire un maillage. Un maillage sanitaire, aussi, c'est-à-dire ils ont plus leur médecin généraliste, maman elle est un peu loin, et puis ben comment on fait quand on est malade, est-ce qu'on va devoir avancer des sous... » (Expert(e), Espace santé étudiant Bordeaux)

«mais sur le recours au soin, on avait, voilà, les sous-population les plus exposées au renoncement au soin sont les étudiants éloignés de leur domicile familial d'origine, sans soutien financier ou en nature de leurs proches, d'origine sociale modeste, ou de nationalité étrangère, mais pas tous non plus» (Expert(e), Espace santé étudiant Bordeaux)

« Y a énormément de désinformation qu'est fait sur les stands de rentrée, par exemple sur l'accès à la complémentaire. Aujourd'hui y a un étudiant sur 10 qui s'affilie à une mutuelle étudiante alors qu'ils sont couverts par la complémentaire de leurs parents. Et... et ça c'est aussi quelque chose qui... Enfin, sur l'information, y a plein de gens qui ne savent pas qu'ils pourraient avoir accès à la CMU complémentaire, ou à une aide complémentaire santé. Comme leurs parents ne le savent pas non plus, d'ailleurs, forcément. Et ça, en fait, c'est un peu compliqué, parce que à partir du moment où y a une inégalité d'accès à l'information, y a une inégalité d'accès au soin. » (Expert(e), FAGE)

Les étudiants qui occupent un emploi et les étudiants « âgés » sont également plus touchés par le non-recours, davantage pour des raisons financières :

« Le problème de cette question des moyens, notamment chez les étudiants, et c'est ce qu'on retrouve dans le problème des bourses, c'est-à-dire que c'est des calculs qui sont faits, bah... bien entendu, on est bien obligés d'avoir des critères, de se baser sur quelque chose, mais... il peut y avoir un étudiant qui d'après les revenus de ses parents est pas du tout dans le besoin, et puis qui finalement est en conflit avec sa famille, qui n'est pas du tout aidé, qui bosse à 30 %, et qui du coup n'est pas du tout aidé alors qu'il est bien plus en difficulté qu'un étudiant lambda qui pour le coup a du soutien parental... Voilà, on voit, y a ce côté parfois un peu paradoxal d'étudiants qui... travaillent avec un job d'étudiant, sans arriver à s'en sortir parce qu'ils sont pile poil dans les... les niveaux de bourse où ils ne sont pas aidés » (Expert(e), Association Apsytude)

« C'est-à-dire qu'y a des étudiants, globalement, on va dire, la population étudiante elle se situe entre 18 et 25 ans. Cependant, on a des étudiants qui sont un peu plus âgés... donc ce qu'on appelle, nous, les étudiants de plus de 25 ans, globalement, qui sont les, entre guillemets « plus vieux » étudiants, eux ils sont plus exposés... Ils ont moins – enfin, ils ont moins fréquemment recours à une complémentaire santé, et ils renoncent. Disons que l'analyse qu'on en fait, c'est qu'ils sont plus âgés, et parfois, des étudiants qui poursuivent leurs études pour garder le statut étudiant, alors qu'en fait ils cherchent du travail pour pouvoir prétendre par exemple à des stages ou des choses comme ça, qu'ils ont moins le soutien parental parce que ça fait déjà, pour beaucoup, un certain temps qu'ils sont engagés dans un cursus d'études. Et donc effectivement qui sont plus précaires, ou qui choisissent d'investir leur argent ailleurs. Enfin en tout cas, ils renoncent plus facilement aux soins, ils ont davantage recours à l'automédication.» (Expert(e), LMDE)

Les inégalités de genre, sont aussi marquées vis-à-vis du renoncement :

« c'est que les femmes s'estiment être en moins bonne santé que les hommes, qu'elles renoncent plus fréquemment à la consultation, notamment sur ce qui concerne les consultations gynéco, sur un certain nombre de villes, parce que les délais d'attente sont très importants, parce que les dépassements d'honoraires sont très importants... donc y a un renoncement au soin qu'est plus important sur la population étudiante féminine que masculine, pour des raisons financières, et que par ailleurs, les filles ont davantage tendance, chez nous en tout cas, à recourir à l'automédication que les garçons » (Expert(e), LMDE)

« ce qui est malheureusement étonnant, c'est que beaucoup de filles renoncent, ne vont pas chez le gynécologue. Donc on a vraiment des gros gros pourcentages de filles qui vont pas chez le gynéco au moins une fois par an. » (Expert(e), INSERM Bordeaux)

Enfin, pour les étudiants, un effet filière assez complexe est observé par les experts:

« Sur la population étudiante en tant que telle, ce qu'on constate sur notre enquête, c'est que les étudiants des filières littéraires, et ce qu'on appelle les filières d'administration et de droit présentent des comportements qui sont plus à risques que les étudiants de filières scientifiques ou des filières santé. Ils déclarent un moins bon état de santé. Ils ont plus recours à l'automédication. Ils renoncent, d'un point de vue financier, plus à la consultation que les autres. Et donc ils renoncent plus aux soins que les autres. Et ils consomment davantage de tabac, d'alcool, et de cannabis que les autres. » (Expert(e), LMDE)

En dehors de la population étudiante, les jeunes en situation précaire ou déscolarisé constituent une population particulièrement en besoin de soins, avec des demandes composites et un parcours de soins non balisé qui peuvent constituer un frein au recours ou à la satisfaction de l'ensemble des demandes:

« ils sont sortis du système scolaire, et que donc le suivi santé, il s'est arrêté avec... à la médecine scolaire quand ils ont arrêté l'école. Et que depuis, ils ont plus eu de suivi santé, si ce n'est leur médecin généraliste qu'ils ne vont voir que pour le rhume ou pour l'arrêt maladie. Y a pas, y a vraiment pas de parcours de santé réfléchi pour ces jeunes-là. » (Expert(e), ESJ Aubagne)

« c'est sûr qu'un jeune qui a pas de logement... il va venir pour plusieurs raisons, il va franchir le pas de l'espace jeunes pour plusieurs raisons : pour qu'on l'aide à trouver un logement, en général, du coup pour qu'on l'aide aussi à faire une CMU, et ensuite, on pourra voir, effectivement, des consult' psy ou des choses comme ça. C'est évident qu'il y a une corrélation entre... la situation précaire et effectivement la demande, qui va être plus large que... que un jeune qui est pas dans une situation précaire va venir moins de fois, j'veux dire, c'est sûr » (Expert(e), IMAJE)

III.3.3 Les propositions d'amélioration du recours aux soins

Pour améliorer le recours aux soins auprès des étudiants, des initiatives ont été lancées par les experts, notamment d'éducation et d'information sur le système de soins :

« quand ils arrivent dans des nouvelles villes, comme ça, ils savent pas forcément où se faire soigner, comment ça marche, enfin voilà, c'est... c'est un public un peu particulier, donc c'est vrai qu'on travaille beaucoup sur la communication sur les dispositifs de soin. [...] Mais c'est plus un travail de fond, si vous voulez. Enfin c'est... c'est vraiment quelque chose d'annuel, enfin on... deux fois par an, on communique vraiment là-dessus. Parce qu'en plus, nous on a un turn over important. Forcément, notre public il change tout le temps. » (Expert(e), LMDE)

Pour les jeunes ou les étudiants étrangers des consultations avec un interprète ou un soignant bilingue peut augmenter le recours :

« Une consultation transculturelle c'est quand on prend en compte l'accès culturel, donc ça va être par exemple des gens pour qui la langue natale n'est pas le français, qui vont pouvoir du coup exprimer leurs difficultés dans leur langue natale. Donc c'est en fait des consultations avec un interprète, c'est plutôt une consultation un peu groupale, donc interprète, deux pro – deux psys, en général, la personne qui l'a accompagné. » (Expert(e), IMAJE)

« Nous dans le public qu'on rencontre on a à peu près un tiers de consultants qui sont internationaux. Et pour beaucoup, en fait, y a quand même le frein de la langue. Donc nous on essaie d'avoir des psys qui parlent différentes langues, et on voit d'ailleurs que quand la langue est proposée, on a une recrudescence des étudiants qui parlent cette langue-là qui viennent en consultation. [...] Donc ça c'est... c'est vrai que dans les services de médecine préventive, pour le coup, c'est pas... c'est pas proposé. Donc je pense que ça c'est un vrai frein pour un certain nombre d'entre eux. » (Expert(e), Association Apsyttude)

Pour les jeunes les plus vulnérables ayant besoin d'accompagnement dans le système de santé un système de « médiation santé » peut être mis en place :

« la mission locale va nous transmettre la liste des jeunes pour qui ils ont préconisé ou ils ont pris un rendez-vous, en tout cas, pour le bilan de santé. Nous on va envoyer un texto au jeune la veille, pour le lui rappeler. On va lui donner rendez-vous au métro pour l'accompagner ensuite, concrètement, du coup, faire le bilan de santé, on reste avec lui sur place pendant la matinée où il fait le bilan de santé. Donc ils sont plusieurs, en général, à avoir rendez-vous, donc ça constitue un petit groupe, avec lequel on discute, du coup, un petit peu de toutes les choses qui ont trait à la santé sur place, et ensuite, c'est comme ça que le contact est instauré. Et du coup quand on les rappelle suite au bilan de santé, ou même quand ils... Parce qu'après, c'est pas forcément quelque chose qui va être détecté dans le bilan de santé ; voilà, un problème aux yeux, quelque chose comme ça. Il peut y avoir aussi, en général, des demandes qui vont s'exprimer sur place, donc soit demande d'écoute psychologique, soit des problèmes d'hébergement, des conflits, enfin... Et c'est ce contact qui ensuite va donner lieu à une médiation santé ou à d'autres rendez-vous sur IMAJE santé. » (Expert(e), IMAJE)

Pour tous les jeunes, la notion d'immédiateté doit être prise en compte et satisfaite pour favoriser le recours :

« on se rend compte que les ados et les jeunes adultes, surtout les jeunes adultes, y a un recours au soin tardif. À cause de ça. Y a un recours au soin tardif parce qu'on se dit « nan mais je vais y arriver tout seul. Je vais me débrouiller. » Et en fait, se débrouiller, ben c'est reculer, et à un moment donné, on est acculé. Acculé par le problème. Donc c'est pas tant que y a pas de dispositif – ça manque un peu, des trucs qui sont adaptés pour les adolescents, avec l'immédiateté, voilà. Nous on reçoit sans rendez-vous, les jeunes ils viennent comme ils sont ; ils sortent de cours, ils ont un problème, hop, ils peuvent venir, y a toujours quelqu'un pour les... pour qu'ils se posent et qu'ils racontent ce qui va pas. Y a pas de besoin de prendre des – enfin, y a la possibilité de prendre rendez-vous, mais c'est pas obligé. Donc on répond à leur besoin d'immédiateté. C'est pas le cas partout. » (Expert(e), ESJ Aubagne)

III.4. Consommation de substances

Bien que particulièrement présente dans la population jeune, la question de la consommation de substance est relativement peu traitée par les sources investiguées dans cette étude. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que les consommations ne sont majoritairement pas considérées comme problématiques – mais « normales » à cet âge – et que le recours aux soins pour des raisons de consommations de substance est rare :

« On a un certain nombre d'étudiants où on voit qu'ils ont une problématique avec des consommations, en général c'est pas leur première demande. On peut repérer ça mais c'est pas toujours ce qu'on peut travailler en premier lieu parce qu'ils sont encore dans un état qu'on appelle de précontemplation, donc... Après nous ça peut être aussi d'amener vers ça, parce qu'on voit bien que c'est lié, le problème, mais c'est pas leur première demande. En général.[...] Ils sont même pas encore prêts à se dire que c'est un problème, en fait. [...] Nous quand on les a, en général, c'est voilà, c'est un choix, ils le vivent bien... Ils considèrent que c'est une chose qui leur permet de se calmer, de se faire du bien, de socialiser, de... de peu importe. C'est pas... c'est pas un problème. Voilà.» (Expert(e), Association Apsytude)

Différents profils de consommations plus ou moins à risque d'addiction, sont présentés par un des experts. Ces profils sont très marqués par les inégalités sociales et peuvent s'interpréter de manière très différente selon les groupes sociaux :

« les usages qu'on va observer dans les quartiers plus difficiles, dans les milieux plus défavorisés, y a plutôt moins d'expérimentations dans ces quartiers-là. Par contre, ces jeunes-là [...] qui sont amenés à consommer, ont un risque plus fort d'aller vers des usages problématiques, des usages réguliers, de plus arriver à réguler leurs usages » (Expert(e), OFDT / ex-INPES)

La consommation de substances peut se traduire comme un moyen de résoudre des problèmes pour les jeunes ne trouvant pas d'autres ressources...

« Il arrive que ceux qui sont les individus qui ont un recours au soin moindre, et en général, ça, c'est une problématique très sociale, culturelle et sociale, eux les produits, les addictions, les comportements à risques, soient des réponses à... à cette difficulté-là.[...] Enfin, une réponse au sens peut-être plus large qu'automédication.[...] C'est-à-dire une recherche de sensations, aussi, ça peut être... une manière de gérer le stress, ou une manière de retrouver... je sais pas, un intérêt dans la vie au sens large » (Expert(e), OFDT / ex-INPES)

... ou comme une expérimentation quasi-rituelle pour les étudiants des milieux favorisés :

« dans des milieux favorisés, voire ultra-favorisés, où les enfants peuvent aller chercher dans des produits ou dans des comportements à risque une manière d'aller montrer autre chose, de chercher une autre voie. [...] et c'est eux qu'on va retrouver, généralement, dans les grandes écoles ou dans les soirées étudiantes à avoir des comportements assez extrêmes d'alcoolisation, par exemple, parce que ça s'inscrit dans un parcours où [...] grosso modo, ils prennent pas vraiment de risque, parce que la famille est là pour structurer, pour donner, pour – elle a tracé la voie depuis longtemps. Et... et puis cette voie, bah tout le monde est d'accord : on va tous chercher à faire une grande école, et puis si ça marche pas on trouvera une solution de secours, et donc c'est des jeunes qui se retrouvent avec la possibilité d'expérimenter des produits sans que ça constitue un risque majeur. » (Expert(e), OFDT / ex-INPES)

III.4.1. Constats vis-à-vis des jeunes fumeurs

La littérature permet d'estimer la prévalence de consommation de tabac, d'expérimentation du cannabis et d'usage de la cigarette électronique.

Menées en population générale, les analyses du baromètre santé jeunes 2010 révèlent que 32.1% des 15-19 ans et 48.8% des 20-25 ans sont des fumeurs réguliers ou occasionnels. Les analyses retrouvent que les jeunes scolarisés ou étudiants sont moins nombreux (23.3%) à fumer de manière régulière que les jeunes chômeurs (53.2%), les jeunes qui travaillent se trouvent dans une situation intermédiaire (42.5%). Vis-à-vis du cannabis, 19% des jeunes de 15-30 ans rapportaient avoir fumer du cannabis dans les 12 mois. Les femmes et les étudiants se révèlent moins concernés que le reste de la population jeune par l'installation dans un usage régulier de cannabis contrairement aux hommes et aux chômeurs. (Beck, 2013)

Ces chiffres sont confirmés par une enquête menée à l'université de Rouen sur 1482 étudiants. Elle a révélé que 26.9% des étudiants étaient fumeurs et fumaient en moyenne 6 cigarettes par jour (minimum :1 - maximum :20), parmi eux 48,9% avaient essayé d'arrêter de fumer. Au sein des étudiants fumeurs, 46,3% avaient expérimenté le cannabis (soit 12,4% de la population d'étudiants participants), avec en moyenne 10.5 joints (minimum :0 - maximum :104) consommés sur les 12 derniers mois. (Ladner, 2010)

En ce qui concerne la cigarette électronique, une étude transversale multicentrique réalisée sur deux campus universitaires majeurs en France. Sur les 1134 étudiants inclus 23% avait déjà essayé les cigarettes électroniques et 5,7% l'utilisait couramment. La prévalence de l'utilisation combinée de cigarettes classiques et de cigarettes électroniques était de 14,5%. Près de la moitié (45,8%) des utilisateurs de cigarettes électroniques n'avaient jamais fumé de cigarettes classiques. L'arrêt ou la limitation de la consommation de tabac (42,9% et 32,1%) figurent parmi les trois premières raisons de l'utilisation des cigarettes électroniques. L'autre raison la plus citée est le goût agréable des cigarettes électroniques (39,3%). (Tavolacci, 2016)

III.4.2. Proposition pour la prévention des risques du tabac

Dans cette population où près d'un individu sur quatre se déclare fumeur, la mise en place et l'évaluation d'actions anti-tabac sont particulièrement pertinentes. Deux stratégies ont été présentées récemment dans la littérature.

Une première enquête transversale a analysé les réactions des jeunes fumeurs face à l'augmentation des prix des cigarettes en France et les facteurs associés à ces réactions auprès de 1723 d'étudiants en première année universitaire. Parmi les 427 fumeurs quotidiens, 32% n'ont pas réagi à l'augmentation, 33% ont réduit le coût du tabac (ils ont acheté des cigarettes à l'étranger ou de contrebande, se sont tournés vers une marque moins chère ou se sont tournés vers les cigarettes roulées à la main), 35 % ont réduit leur consommation ou ont essayé de cesser de fumer. Les fumeurs quotidiens ayant des parents peu scolarisés étaient moins susceptibles de réagir à l'augmentation des prix, ainsi que ceux qui souffraient de troubles psychologiques. Les étudiants ayant des difficultés financières étaient plus enclins à diminuer le coût du tabagisme, tandis que les étudiants qui souffraient d'être en dehors de leur famille étaient moins susceptibles de réduire leur consommation. Etant donné les différences de comportement face à l'augmentation du prix des cigarettes des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre la diversité et l'hétérogénéité de la réaction des jeunes fumeurs à l'augmentation des prix des cigarettes, compte tenu de leurs antécédents socioéconomiques et de

leurs motivations pour le tabagisme. De nouvelles stratégies pour motiver l'arrêt des jeunes non touchés par les augmentations sont à développer. (Perreti-Watel, 2010)

Une seconde enquête a étudié l'effet de l'apposition de « photos chocs » sur les paquets de cigarette. À cette fin, une série de 12 messages sanitaires a été projetée à un échantillon de 418 étudiants en première année de médecine. Les pictogrammes les plus efficaces dans la population des étudiants sont ceux qui concernent le fumeur lui-même : ils doivent être explicites et relatifs à un stade avancé de la maladie, mais sans évoquer la mort elle-même. Le second résultat est que les images chocs semblent davantage de nature à conforter les non-fumeurs dans leur choix qu'à dissuader les fumeurs de mettre un terme à leur consommation. La peur semblait aussi efficace pour inciter les non-fumeurs à ne pas fumer que les fumeurs à diminuer leur consommation tabagique.

Lorsqu'il s'agit de l'arrêt du tabac, un message phobique doit être accompagné d'un message de soutien qui rassure le fumeur quant à sa capacité à arrêter de fumer. Plus spécifiquement, pour être efficaces, les avertissements doivent être chocs, ciblés, courts, clairs et impliquant pour la cible visée. Dans le même ordre d'idée, des images perçues comme trop « violentes » provoquent une réaction d'évitement de la part des enquêtés et la combinaison d'une image et d'un texte est souhaitable pour la dissuasion. Les futures campagnes de prévention à destination des étudiants devraient prendre en compte les résultats de cette enquête. (Ben Lakhdar, 2011)

Enfin, étant donné les fort taux d'usage de la cigarette électronique et le risque de transition vers des modes de consommation traditionnels du tabac pour les non-fumeurs, l'amélioration des efforts de prévention pour les jeunes est cruciale pour toutes les formes de tabac, y compris les cigarettes électroniques. (Tavolacci, 2016)

Selon les experts, la prévention des consommations doit passer principalement par les pairs pour être efficace...

« Ça c'est important parce que ce qui marche quand même le mieux, c'est la prévention par les pairs.[...]... la solution, elle passera... elle passe par là. C'est-à-dire, un discours d'un étudiant à d'autres étudiants, ça passe mieux. C'est des codes, des modes d'emploi qui... que nous, vieux adultes, on connaît probablement plus, et que... on est un peu disqualifiés. Enfin pas toujours, mais enfin... pour répandre la bonne parole ou l'information, mais par contre, à travers les étudiants qui... qui sont passés par les mêmes... voilà, les mêmes affres, les mêmes difficultés, ça passe mieux. » (Expert(e), SIUMPPS)

« Essayer de passer par les pairs. Donc les camarades. Pour aller faire de la prévention. Le tabac c'est une des préventions les plus compliquées, et donc essayer de s'appuyer, comme fait l'industrie... enfin comme fait le marketing classique, c'est-à-dire essayer de repérer dans les collèges, les lycées, qui sont les leaders d'opinion, et s'appuyer sur eux pour faire en sorte que... de « démoder », entre guillemets, l'alcoolisation trop intensive et puis le tabac. » (Expert(e), OFDT / ex-INPES)

... Ainsi que par des messages de dissuasion adaptés :

« – l'idée c'est pas de brider toute la découverte, mais par contre, essayer de faire en sorte que les jeunes le fassent en connaissance de cause, sachent que quand ils fument ils... eh bah oui c'est cool, ça aide à faire plein de choses, c'est du plaisir, mais c'est aussi entretenir un système qui est... complètement perverti par l'industrie du tabac. Tout un tas d'idées qui parlent quand même vachement aux jeunes, même s'ils ont toujours beaucoup envie de fumer. On le voit, les chiffres sont très élevés. Mais en tout cas, quand on leur dit « vous aurez un cancer à 60 ans », ils disent « bah... ah bon ? D'accord. » Quand on leur dit « bah regardez qui s'enrichit en vous vendant des... en vous vendant les produits sur lesquels on pourrait même faire mieux au niveau sanitaire », alors là, c'est des discussions qui leur parlent plus, quoi. » (Expert(e), OFDT (et ex INPES))

III.4.3. Constats vis-à-vis de la consommation d'alcool

Selon les constats du baromètre santé, au niveau national, les profils de consommations d'alcool sont très caractéristiques de la tranche d'âge. Alors que la consommation quotidienne d'alcool est rare avant 25 ans (1 % des jeunes concernés), une augmentation importante des alcoolisations ponctuelle importante (API, définie comme la consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion) et des épisodes d'ivresse des 18-25 ans est observée ces 10 dernières années. En 2014, la proportion des jeunes de 18-25 ans déclarant consommer de l'alcool toutes les semaines est de 40%, soit 51% des hommes et 30 % des femmes. Plus de la moitié des jeunes adultes (57 %) ont déclaré une API au cours de l'année, proportion en hausse par rapport aux précédentes enquêtes : 32% tous les mois et 11% toutes les semaines. 46% des jeunes déclarent avoir été ivre au cours de l'année dont 14% au moins 10

fois dans l'année. Les évolutions à la hausse sont particulièrement notables chez les jeunes femmes entre 2005 et 2014, et ce d'autant lorsqu'elles sont étudiantes. (Beck, 2014)

L'accroissement de ces profils de consommation est manifeste depuis 2005, ce qui laisse à penser que le phénomène de binge drinking - très répandu dans les pays anglo-saxons et nordiques - touchent de plus en plus de jeunes français. Il s'agit de consommer de l'alcool de façon excessive et rapide (au moins 5 verres pour les hommes et 4 pour les femmes en une seule occasion) dans le seul but d'être saoul le plus vite possible.

Les résultats d'une enquête menée à l'université de Rouen sur 1482 étudiants renforcent cette hypothèse. Elle a révélé qu'un tiers des étudiants consommait de l'alcool plus de 2 fois par semaine (sans différence notable entre hommes et femmes) : 87.4 % des hommes avaient déjà connu un épisode de binge drinking (dont 41.3% dans le mois) contre 66% des femmes (dont 12.6% dans le mois) et près de 9 hommes sur 10 et de 4 femmes sur 10 avaient été ivres au moins 1 fois dans les 12 derniers mois. (Ladner, 2010)

Une autre étude transversale évaluant la prévalence de la consommation excessive d'alcool et les comportements associés dans un grand échantillon d'étudiants de Haute-Normandie a été menée entre novembre 2009 et février 2013. Un total de 3286 étudiants a été inclus. Les épisodes de binge drinking étaient rapportés plus de 2 fois par mois par 13.8% des étudiants, une fois par mois ou moins par 51.3% des étudiants et jamais par 34.9% des étudiants.

Une relation positive a été observée entre l'expérience de binge drinking et les étudiants de sexe masculin, vivant dans un logement loué, fréquentant des écoles de commerce, pratiquant régulièrement un sport, fumeur de tabac et consommateur occasionnel de cannabis. Le fait d'être titulaire d'une bourse, de vivre en couple, et le stress était associé négativement au fait d'avoir des épisodes fréquents de binge drinking. (Tavolacci, 2016)

Les constats sur ces phénomènes d'alcoolisation de la population étudiante sont illustrés par les experts :

« Au-delà de ça, c'est aussi une population qui a des consommations et des habitudes de vie qui sont assez particulières, avec des phénomènes qui se développent un petit peu [...] les alcoolisations ponctuelles importantes, avec un certain nombre de phénomènes émergents, type binge drinking... sont des phénomènes qui amènent à... qui ont tendance à croître. C'est-à-dire qu'on a de plus en plus d'étudiants qui consomment de façon importante de l'alcool, à des fréquences de plus en plus importantes aussi. » (Expert(e), LMDE)

Se pose alors la question de l'intervention auprès des jeunes ou étudiants expérimentant ce type de consommations, dans un contexte où la prise en charge pour ces comportements à risque n'émane pas la part des jeunes:

« C'est-à-dire qu'il peut y avoir une consommation d'alcool, par exemple, dans une soirée, et effectivement, une... une prise de risque du domaine de la sexualité, donc on va pas nous appeler là, à ce moment-là, pour le problème de l'alcool - c'est un exemple parmi tant d'autres, hein. On va nous appeler, effectivement, pour un autre problème... [...] les jeunes - appellent pas un dispositif, ou difficilement, un dispositif pour une consommation ; en tout cas, y a pas... on peut pas établir - alors, peut-être sur les étudiants un peu plus, on peut dire qu'ils s'installent dans une addiction, mais sur le jeune c'est les premières découvertes, on est pas installé véritablement dans les addictions, ils ont pas conscience de cette addiction. C'est plus compliqué. Ils l'abordent en... en deuxième lieu. » (Expert(e), Fil Santé Jeune)

« Donc c'est la maîtrise des dommages immédiats liés aux usages dans les contextes de vie étudiante. C'est pas la réduction de l'addiction, parce que ils sont pas... on sait pas encore s'ils sont addicts. Voire même, dans ces jeunes âges, l'enjeu, c'est surtout qu'ils ne se blessent pas et qu'il n'y ait pas de conséquences immédiates, qu'ils ne prennent pas la voiture, voilà, qu'y ait pas de bagarre, qu'y ait pas d'abus et d'inconduite sexuelle [...] les étudiants ils se caractérisent par des modes d'usage qui leur sont propres, c'est-à-dire les usages d'alcool intensifs ponctuels - la fête, quoi ! -, des ivresses, et même, ils ont les mêmes types d'usages pour les usages de cannabis, [...] les consommations régulières sont inférieures. C'est-à-dire qu'ils semblent mieux maîtriser leur consommation. Et les usages quotidiens et à risque de dépendance sont nettement inférieurs sont nettement inférieures aux autres catégories de jeunes. [...] Donc c'est plutôt protecteur, si ce n'est pour l'usage ponctuel et intensif, et donc, d'où notre enjeu de santé sur la maîtrise des dommages. Donc nous, pour les étudiants, on a vraiment à se concentrer sur la maîtrise des dommages, c'est-à-dire la réduction des risques plus que sur la prévention des addictions. » (Expert(e), Espace santé étudiants Bordeaux).

III.4.4. Propositions d'actions de prévention des risques liés à l'alcool

Dans la littérature deux articles avancent des pistes pour la prévention des consommations d'alcool à risque :

Face aux constats vis à vis de l'usage d'alcool, il apparaît nécessaire de s'appuyer sur des interventions évaluées comme efficaces pour prévenir les consommations problématiques d'alcool, et d'adopter conjointement des mesures de prévention structurelles et éducatives. Plusieurs mesures éducatives d'information et de prévention ont été identifiées comme protectrices vis-à-vis de l'entrée dans une consommation à risque: développement des compétences psychosociales des jeunes, des compétences parentales, repérage précoce et interventions brèves, outils interactifs, etc. Il apparaît enfin essentiel de repérer au plus tôt les usages précoces et réguliers et de promouvoir une prise en charge adaptée, notamment par le biais des médecins généralistes et des consultations jeunes consommateurs, compte tenu du lien entre initiation précoce et consommations problématiques à l'âge adulte. (Beck, 2014)

Suite à l'identification dans la littérature du fait que la pratique du sport était associée à un risque presque double de binge drinking fréquent, il semble important de développer des messages de prévention spécifique au sein des clubs sportifs et sur les phénomènes de socialisation par l'alcool. Les réseaux sociaux virtuels comme Facebook pourraient être utilisés pour diffuser des messages positifs sur la consommation d'alcool en toute sécurité aux étudiants et diffuser de nouvelles normes sociales sur les pages de profils de ces clubs. (Tavolacci, 2016)

Un expert rapportait les difficultés de recours aux soins en addictologie pour les femmes ce qui peut également constituer une piste de recherche ou de développement d'actions spécifiques :

« Là, quand on est une femme toxicomane, une femme qu'a un usage d'alcool type... bon, pour faire vite : alcoolique ; c'est toujours... ça continue à être beaucoup plus difficile que... qu'un homme. Ne serait-ce que parce que les... tout le soin en addictologie s'est quand même construit avec l'image, qui était réelle, que c'était quand même plutôt une problématique très masculine, quoi. » (Expert(e), OFDT / ex-INPES)

Vis-à-vis des stratégies de prévention, l'adaptation du contenu des messages aux jeunes a été réfléchi par les experts ...

« c'est... toujours se renouveler, en fait, sans cesse, dans le.. le dispositif de prévention que vous proposez. Parce que si vous proposez quelque chose qui est... un peu... comment dire ? Un peu moralisateur, un peu directif, etc, ça va pas fonctionner, en fait. Enfin, il faut tout le temps, tout le temps, tout le temps chercher des nouvelles formes de sensibilisation. Et d'aller vers le jeune, quoi. Par exemple, le discours des personnes qui interviennent sur l'espace public à Besançon, c'est pas « ne buvez pas, ne fumez pas », c'est pas ça, en fait. Parce que ça, ça fonctionne pas du tout. Par expérience, on sait que... enfin, l'étudiant, il va pas du tout écouter ce type de message. On est plutôt, en fait, dans le dialogue, la discussion... » (Expert(e), EMEVIA)

« Après, la pertinence de nos actions, elle consiste aussi dans le fait qu'on essaie d'avoir un message et un contenu qui soit adapté au moment où on va rencontrer les étudiants. Très concrètement, on va pas discuter de la même chose avec un étudiant à 22h dans l'espace public en train de faire la fête avec ses copains et quelque peu éthylysé, on va pas aborder les mêmes sujets qu'avec un étudiant qu'on va aller voir chez lui, en résidence universitaire. S'il est tout seul ou s'il est en groupe, ça aussi ça change, parce qu'ils disent pas la même chose en fonction de s'ils sont avec nous et... enfin, s'ils sont avec... leurs copains ou s'ils sont tout seuls» (Expert(e), LMDE)

« l'observatoire que je dirige, là, on est très marqués par la réduction des risques. C'est vraiment l'angle qu'on a envie de défendre, aussi. Et je trouve que c'est bien de m'en parler parce que j'ai oublié de le dire, mais en tout cas, pour moi, à partir de la fin de l'adolescence, c'est crucial de... de raisonner en termes de réduction des risques » (Expert(e), OFDT / ex-INPES)

... Ainsi que le mode de diffusion de l'information :

«mais utiliser les réseaux sociaux pour... utiliser des youtubeurs pour faire passer des messages qui sont pas trop plan-plan, mais qui sont... qui invitent les jeunes à réfléchir sur leur manière de s'alcooliser, je pense que c'est... c'est pas efficace à court terme, ça, c'est... Enfin, on va pas pouvoir montrer que, comme un essai randomisé, que ça marche ; par contre, ça installe une autre manière de se comporter. Et ça, je pense que quand c'est Norman qui dit des choses, c'est plus facile que quand c'est... le grand professeur... Ça marche aussi, mais ça marche pas pareil. » (Expert(e), OFDT / ex-INPES)

« *Donc on travaille effectivement avec l'Adalis, qui détient Écoute alcool, Écoute cannabis et autres, et effectivement, les jeunes appellent difficilement. C'est à grand renfort de communication qu'ils arrivent à les... à les toucher* »
(Expert(e), Fil santé Jeunes)

III.5. Vaccination

III.5.1. Les constats dans le champ de la vaccination

Une autre thématique récurrente chez les jeunes adultes concerne la vaccination, et ce notamment dans la littérature – où elle s'applique beaucoup aux étudiants des filières santé - mais les experts du terrain l'abordent relativement peu.

« *nous on a quelques enjeux sur rougeole-oreillons-rubéole, et surtout sur la vaccination... aussi, nécessaire à certaines études, certaines filières. Et puis, sur la couverture vaccinale... sur des étudiants qui sont nés à l'étranger* »
(Expert(e), espace santé étudiants Bordeaux)

Dans la littérature, un sondage réalisé en 2009 auprès d'un échantillon aléatoire d'étudiants âgés de 18 à 25 ans dans les restaurants universitaires de Paris et d'Ile de France a révélé que les vaccinations obligatoires en France (diphtérie, tétanos et polio) étaient inconnues de 330 (57%) des étudiants. Plus des deux tiers (69%) déclaraient avoir des «vaccins à jour». La plupart des étudiants interrogés (89%) pensaient que les vaccins étaient très utiles mais 11% hésitaient à se faire vacciner. La crainte des effets secondaires et des injections ou des aiguilles étaient les principales raisons citées (30% et 35% respectivement). Au total, 448 élèves (77%) ont déclaré «ne pas prendre l'initiative d'être vaccinés». Cette initiative était prise principalement par le médecin généraliste pour 251 étudiants (43%) et les parents pour 172 étudiants (30%). Le fait de déclarer avoir des vaccinations à jour était significativement associé au fait: d'avoir un médecin généraliste; d'avoir déclaré que la vaccination est utile; d'avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 mois précédents; et d'avoir identifié la diphtérie comme un vaccin obligatoire. (Mellon, 2014)

Deux autres études ont été menées spécifiquement auprès d'étudiants en médecine. Elles révèlent qu'en France, la couverture vaccinale des étudiants en médecine pour la grippe est plus basse que chez les médecins diplômés : 29,7% chez les étudiants de la région de Strasbourg versus 54,4% chez les médecins français. Le fait d'être à un stade avancé de leurs études et de pouvoir bénéficier de vaccinations gratuites est associé au fait de se faire vacciner. Les recommandations et les encouragements de l'université jouent un rôle sur le recours à la vaccination. Les raisons les plus citées par les étudiants pour ne pas se faire vacciner étaient la paresse, le manque de temps mais aussi le manque de connaissance des indications (Machowicz, 2010). Une autre étude, menée auprès des étudiants externes et internes des filières médicales dans les universités d'Aix Marseille, a rapporté une couverture vaccinale de 76% à 99% pour les vaccins obligatoires et de 50% pour la grippe. Les étudiants rapportant un accès facile à la vaccination et le soutien de leurs parents sont plus motivés à se faire vacciner. (Kohronen, 2015)

III.5.2. Les propositions pour l'amélioration de l'éducation en matière de vaccination

Dans la littérature des suggestions pour l'amélioration de la couverture et des connaissances vaccinales chez les étudiants sont établies. Il a été démontré que les professionnels de la santé, tels que les médecins généralistes et le personnel médical universitaire, qui interagissent avec ces jeunes ont un rôle essentiel à jouer sur les actions préventives et l'invitation des étudiants à se faire vacciner. (Mellon 2014). Le manque d'accès facile à la vaccination semble constituer des obstacles majeurs à la vaccination antirougeoleuse. Les syndicats étudiant, les services de santé au travail et les hôpitaux – lieux des stages des étudiants des filières santé - devraient coopérer et s'attaquer à ces problèmes afin d'améliorer la couverture vaccinale dans ce groupe. (Kohronen, 2015)

Sur le terrain, la question est traitée par une experte qui privilégie les actions d'éducation des jeunes :

« *on avait fait sur la vaccination, on avait fait sur... Enfin en gros c'était de parler des... de rompre les tabous sur la vaccination, et surtout de... en tant qu'étudiants en pharmacie, de dire voilà, ça c'est faux, ça c'est vrai, de faire un fast checking un peu de tout ce qui était dit dans les médias et au niveau du grand public.* » (Expert(e), FAGE)

« *Je pense que vraiment, il faut commencer à rendre les gens vraiment acteurs de leur propre santé. À partir du moment où on fera ça, je pense qu'ils seront vraiment plus conscients sur les différents risques qu'ils prennent [...] j'ai vraiment travaillé sur la vaccination. Et aujourd'hui, on donne pas aux gens les connaissances. Et du coup, forcément, ils vont vers des théories un peu... J'aime pas le terme, mais débiles, mais... Ils vont vers des théories de méfiance par rapport aux différents politiques de vaccination qui sont mises en place parce qu'on leur a pas donné*

toutes les connaissances et toutes les informations qui sont nécessaires à un jugement qui soit éclairé, en fait. Et du coup, forcément, ils voient une vidéo sur Youtube qui dit « aujourd'hui, avoir un vaccin ça te rend autiste. » Bah c'est normal, parce qu'on les a pas mis en capacité de réfléchir, en fait » (Expert(e), FAGE)

III.6. Santé sexuelle

Une dernière grande thématique concerne la santé sexuelle, qui est explorée majoritairement sous l'angle de la prévention des grossesses et des infections ; et assez peu abordée par les experts.

Une thématique non retrouvée dans la littérature récente mais citée par un des experts universitaires est celle des violences sexuelles:

« Vous avez des étudiantes abusées, des étudiantes violentées, des étudiantes violées, des étudiantes... alors là, ça touche évidemment plus souvent les femmes. » (Expert(e), SIUMPPS)

III.6.1. Les constats dans le champ de la santé sexuelle

Vis-à-vis des grossesses non désirées et des interruptions volontaires de grossesse (IVG) la littérature récente explore 2 points de vue : celui des femmes ayant des recours multiples à l'IVG et celui des hommes rapportant une grossesse non désirée de leur partenaire.

La première étude qui concerne recours répété à l'IVG a été menée dans le cadre d'une enquête nationale sur le recours à l'IVG en France, les données ont été collectées auprès d'un échantillon aléatoire de 7 067 femmes en France métropolitaine. Il y était rapporté que 25 % des femmes qui ont eu une IVG en 2007 en avaient déjà eu une auparavant, et 8 % deux ou plus. Chez les femmes de moins de 20 ans ce phénomène concernait 13 % des femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007, cette proportion s'élevait à 29 % chez celles âgées de 20 à 24 ans. Le premier constat qui peut être fait à partir de l'analyse des bulletins IVG est celui d'un rajeunissement de l'âge des femmes à l'IVG, qu'il s'agisse de la première IVG ou d'une nouvelle IVG. L'âge moyen au moment de la première IVG a ainsi diminué de près d'un an et demi depuis la fin des années 1980 : il est aujourd'hui de 26,6 ans. Les femmes dont c'est la deuxième IVG étaient en 2007 âgées en moyenne de 28,8 ans, et celles qui ont déjà eu plus de deux IVG de 30,3 ans. L'augmentation du recours répété à l'IVG entre 1990 et 2007 a été par ailleurs observée dans toutes les catégories de la population. La hausse est surtout marquée chez les femmes âgées de moins de 30 ans, chez celles qui ont déclaré vivre seules au moment de l'IVG et chez celles qui n'avaient pas d'emploi, notamment les étudiantes. (Bajos, 2013)

La seconde étude porte sur le point de vue des hommes quant aux grossesses non désirées chez leurs partenaires et a été menée en 2010 auprès de 3373 hommes issu d'un échantillon national représentatif. Parmi tous les hommes hétérosexuellement actifs, la proportion de grossesses non intentionnelles était la plus élevée entre 20 et 34 ans. Parmi les grossesses non intentionnelles récentes, 72% se sont produites dans un mois où le répondant ou sa partenaire utilisaient la contraception (n = 128). Au cours du mois de la conception 23% des hommes ayant vécu une grossesse non désirée utilisaient des préservatifs et 33% avaient des partenaires qui utilisaient des méthodes orales de contraception hormonale, mais 28% n'utilisaient aucune contraception au cours du mois de la conception. La plupart des hommes qui ont déclaré que leur partenaire était sous pilule dans le mois de la conception a considéré que la grossesse était due à l'oubli de pilules (58%). Un tiers des hommes qui utilisaient des préservatifs au moment de la conception ont avoué n'avoir pas utilisé de préservatif à ce moment-là et près de la moitié ont décrit un problème (glissement ou rupture) avec le préservatif. En ce qui concerne les grossesses non désirées résultant de la non-utilisation de la contraception (n = 48), les résultats ont montré que la moitié des hommes dans cette situation pensait que leur partenaire utilisait une méthode de contraception au moment de la conception quand ce n'était pas le cas. Près de la moitié des hommes déclarant des grossesses non désirées résultant d'une complète non-utilisation de contraception a indiqué ne pas avoir utilisé de contraception parce qu'aucune méthode ne leur convenait, alors qu'un tiers n'avait jamais utilisé une méthode auparavant et un sur quatre n'avait pas perçu le risque de grossesse. La non-utilisation de méthode contraceptive était trois fois plus souvent déclarée par les hommes sans diplôme d'études secondaires comparativement à des pairs avec un diplôme. (Kågesten, 2015)

L'autre question abordée par la littérature est celle des connaissances et comportement vis-à-vis de la transmission du VIH. Pour évaluer les tendances observées entre 1990 et 2010 à propos des connaissances, des perceptions du risque et des comportements sexuels chez les jeunes adultes français liés au VIH, des enquêtes répétées ont été menées au sein de populations représentatives de jeunes de 18-29 ans. Globalement, les jeunes connaissaient très bien les véritables voies de transmission du VIH. Cependant, il y avait une augmentation des croyances erronées. En 2010, environ 30% croyaient à tort que les piqûres de moustiques pouvaient transmettre le VIH contre seulement 12% en 1994. Ils étaient moins convaincus de l'efficacité du préservatif dans la protection contre le VIH: environ 50% en 2010 contre 80% en 1994. La proportion de répondants qui avaient très peur du sida a considérablement diminué, passant d'un maximum de 44% en 1994 à environ 20% en 2010. L'usage du préservatif au premier rapport s'est généralisé après 1995. Les rapports sexuels sans préservatif dans l'année précédant l'enquête étaient beaucoup moins fréquents en 2010 qu'en 1992. Néanmoins, la proportion de personnes ayant signalé l'utilisation du préservatif lors de leur dernier rapport sexuel en 2010 était la plus faible rapportée depuis 1994, et concernait 18,8% des jeunes hommes en 2010. (Beltzer, 2013)

III.6.1. Les proposition d'actions pour l'amélioration de la santé sexuelle

Les données de la littérature montrent un recul des connaissances et une augmentation des grossesses non désirées, les experts avaient abordés par ailleurs les difficultés de recours aux soins gynécologiques pour les jeunes femmes : il semble donc nécessaire de poursuivre et renouveler les actions dans le champ de la santé sexuelle et de réinterroger ce qui est du domaine de l'acquis pour cette population jeune.

Vis-à-vis des grossesses non désirées et du recours multiple à l'IVG il semble primordial de poursuivre les recherches et les actions vis-à-vis de la contraception. Des analyses de trajectoires de vie permettraient d'interroger la manière dont les femmes (et leurs partenaires) gèrent, tout au long de 35 ans de vie reproductive, des transitions contraceptives multiples et les échecs qui peuvent survenir (Bajos, 2013). L'identification des difficultés de gestion de la contraception au quotidien que rencontrent les jeunes femmes et étudiantes, l'adéquation de la méthode utilisée à leurs attentes et à leur mode de vie apparaît comme une piste intéressante pour la prévention des grossesses non désirées. La question de la prescription de la contraception à l'occasion de l'IVG reste à analyser par des méthodes qualitatives plus à même d'explorer les interactions entre les femmes et les professionnels de santé et les mécanismes limitant le recours à un deuxième avortement. (Bajos, 2013)

De futures études devraient également analyser les raisons de non-utilisation de la contraception chez les hommes qui rapportent avoir connu une grossesse non désirée. L'importante proportion de grossesse rapportée comme non désirée par les hommes exigent la construction de programmes de planification familiale inclusifs qui impliquent pleinement les hommes comme participants actifs à la prévention de la grossesse. À cet égard, des efforts particuliers devraient être déployés pour répondre aux besoins des hommes qui se trouvent en situation d'instabilité, qui semblent moins susceptibles de maîtriser leurs objectifs de procréation. Des efforts devraient également être déployés pour adopter une éducation sexuelle globale et inclusive à des stades précoces du système éducatif. De même, une telle éducation sexuelle devrait intégrer l'information sur la planification familiale et la connexion aux services pour les jeunes hommes et les femmes. (Kågesten, 2015)

Enfin, la compréhension des motivations poussant les jeunes adultes à se diriger vers des rapports sexuels à haut risque vis-à-vis des grossesses non désirées et de la transmission des infections, et l'analyse des motifs de non adoption des comportements préventifs et contraceptifs permettraient la mise en œuvre de politiques de prévention efficaces auprès des publics les moins sensibilisés. (Beltzer, 2013)

En terme d'action de prévention avancée par les experts, un esprit ludo-éducatif et positif est privilégié :

« on a mis en place des jeux ludo-pédagogiques. Donc on a Sexe et chocolat, qui est sur... donc Sexe et chocolat, c'est un jeu... comme un jeu de l'oie, en fait, de grandeur... de taille humaine. Enfin. Taille humaine, donc avec un plateau où on va parler des différents risques... des différents risques d'infections sexuellement transmissibles, des différentes choses. Le but c'est vraiment d'avoir un dialogue de pair à pair pour enlever tous les tabous et faire un peu l'état des connaissances des étudiants tout en leur apprenant des choses, notamment sur les différents modes de transmission des maladies. » (Expert(e), FAGE)

« L'idée c'est de diffuser une information positive sur la sexualité et pas tourner autour de risques, de dangers, de malheur. » (Expert(e), espace santé étudiant Bordeaux)

III.7. Autres thématiques abordées

D'autres thématiques ont été plus succinctement traitées par la littérature et les experts.

L'alimentation

Vis-à-vis de l'alimentation, une enquête sur les troubles alimentaires et une autre sur la qualité de l'alimentation permettent de dresser un bref aperçu du rapport à l'alimentation des jeunes.

Une étude transversale a été menée au sein des universités de Haute-Normandie auprès de 3457 étudiants volontaires pour déterminer la prévalence des troubles de l'alimentation chez les étudiants. L'indice de masse corporelle calculé à partir de l'auto-évaluation était normal chez 78,5% des élèves. Près d'un étudiant sur 5 (20,5%) avait un score SCOFF qui révélait un trouble du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie). Dans l'ensemble, 26,3% des élèves avaient suivi un régime alimentaire au moins une fois (52,8% des élèves ayant obtenu un score SCOFF positif, contre 19,1% chez ceux ayant un SCOFF négatif). Le fait d'être une fille, d'être stressée, d'être dépressive, d'avoir des problèmes d'abus d'alcool, et la cyberdépendance était positivement associées au fait d'avoir un trouble dépisté par le SCOFF. (Tavolacci, 2015)

D'autre part, des données issues de la cohorte Haguenau ont permis l'investigation de la prise alimentaire des jeunes à 22 ans par auto-questionnaire. Chez les jeunes étant nés avec un poids de naissance normal, 25.8% (59/229) des jeunes appartenaient aux « mauvais élèves » selon le score basé sur les recommandations du « programme national nutrition santé » (36.9% mangeaient des aliments frais plus de 2 fois par semaine ; 6% ne buvaient pas d'eau). (Matta, 2016)

Au sein des universités des actions ont été lancées pour favoriser la bonne alimentation :

«*Et puis tous les ateliers cuisine, parce qu'ils... souvent, ils s'alimentent mal. Ils le savent, d'ailleurs. [...] et puis dès qu'il y a des actions pour préparer... voilà, quand ils sont eux-mêmes dans un studio... pour préparer avec trois sous un plat normal, des ateliers culinaires, là ça... y a la foule, là. Ils sont hyper intéressés, quoi.* » (Expert(e), SIUMPPS)

«*Du coup sur l'alimentation, on a une offre de paniers de fruits et légumes à 5€ dans nos agences de Lyon et Grenoble. Donc on propose, en fait, on a négocié avec des producteurs, et on propose à... aux étudiants d'acheter ce panier, en fait, sur notre site internet, et de venir le chercher en agence. [...] ça marche plutôt pas mal.* » (Expert(e), LMDE)

«*On a également un concours de cuisine étudiant. [...] sur la phase une de participation au concours, l'étudiant il doit proposer une recette équilibrée, qui nécessite pas un matériel de professionnel et qui respecte un budget de 10€, à peu près, pour deux personnes [...] Ça ça marche bien. C'est plutôt... c'est toujours un moment... super convivial avec les étudiants.* » (Expert(e), LMDE)

Pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les étudiants l'absence de signes prodromiques et l'absence de critères diagnostiques dans les premiers stades entraînent souvent un retard de diagnostic. Il pourrait être bénéfique à l'avenir de dépister systématiquement les étudiants lors de leur visite médicale obligatoire au sein de l'université avec un test de dépistage facile et rapide comme le questionnaire SCOFF. Même si le risque de troubles du comportement alimentaire est plus élevé chez les femmes, le dépistage ne doit pas être négligé chez les hommes : près de 10% sont touchés. Il est important de détecter non seulement les premiers symptômes de TCA, mais aussi les problèmes cachés qui y sont souvent liés. Enfin, en raison des effets préjudiciables des TCA sur la santé physique et émotionnelle, il semble impératif de mettre en place des programmes de prévention. Ces programmes pourraient inclure la participation active des étudiants avec une attention portée aux facteurs personnels et aux influences environnementales ainsi que des informations fournies sur la nature et les conséquences des TCA. Des messages ou actions de prévention pourraient porter sur les effets négatifs des méthodes de contrôle du poids et la formation des compétences pour résister aux pressions sociales. (Tavolacci, 2015)

L'activité physique

Une enquête concernant l'activité physique des étudiants d'une grande école de Commerce Française a révélé que 99,4% des étudiants pratiquaient une activité physique dont 29,4% de la marche. 73,9% avaient un BMI normal. Les résultats indiquent que, contrairement aux attentes, le plaisir de l'exercice n'a pas d'impact positif significatif sur l'alimentation saine. (Lee, 2015)

Les experts ont émis d'autres constats plus mitigés vis-à-vis de la pratique de l'activité physique chez les étudiants, avec notamment un abandon des activités sportives lors des premières années universitaires:

« c'est vraiment sur les premières années que les choses se jouent, et où de notre point de vue il nous faut être aussi très présents. Et donc l'activité physique – moi j'ai des témoignages d'étudiants qui me disaient que... ben, lycéens ils faisaient plein de sport, et ils arrivent à la fac, ben par manque de temps, nécessité de s'organiser, trouver des repères, etc, ils avaient un peu laissé tomber. » (Expert(e), Espace santé étudiants Bordeaux)

Internet

Au-delà de l'impact d'internet sur le recours aux soins qui a été traité dans une section précédente, internet et son usage a été abordé de manière variée quant à son retentissement sur la santé.

Du point de vue négatif, cela s'est illustré notamment en abordant le risque de cyberaddiction, directement lié au mésusage d'internet – et qui impacte les sphères physiologiques, psychologiques et sociale.

Une enquête menée à l'université de Rouen sur 1482 étudiants a révélé que 6,5% des hommes et 3,3% des femmes étaient à haut risque d'addiction à internet. Cela était significativement associé avec le fait d'être un homme, usagers de cannabis et avoir un niveau de stress élevé. (Ladner, 2010)

Le mésusage d'internet peut également avoir un impact sur la santé physique :

« je pense, l'enjeu, nous, là où nous avons fait apparaître la question des écrans, c'était justement en lien avec l'activité sportive et la sédentarité [...] C'est Baromètre santé 2014 de la santé visuelle des Français, c'est là qu'on a trouvé une donnée. C'est « les jeunes âgés de 16 à 24 ans passent 8 heures par jour sur les écrans, répartis ainsi : près de 39 % devant un ordinateur, 27 % devant la télé, 25 %, 25 % à regarder leur écran de téléphone portable, et 9 % sur une tablette ou une liseuse. [...] [dans une des actions santé proposées] On a mis l'ordinateur, on a mis le téléphone pour dire en quoi, finalement, ces éléments-là pouvaient être des éléments perturbateurs ou non-favorables. À l'endormissement, par exemple. Mais bon, de là à dire que c'est un problème de santé » (Expert(e), Espace santé étudiants Bordeaux)

Du point de vue positif, internet a été considéré comme un outil pertinent pour la prévention. En effet, Internet joue un rôle de plus en plus important dans la vie de ses jeunes et devient de plus en plus l'un des principaux supports d'information sanitaire dans de nombreux pays. Les interventions sanitaires à destination des jeunes devraient intégrer des outils en ligne et la France devrait continuer à améliorer le nombre et la qualité des sites Web liés à la santé, en particulier pour les jeunes de 15 à 30 ans. L'utilisation d'internet peut être essentielle pour répondre au besoin de trouver des moyens plus créatifs d'informer les jeunes sur la santé et les soins de santé de façon à refléter leur propre style et leur culture. (Beck, 2014)

Cela soulève évidemment la question de la qualité de l'information trouvée sur internet par les experts :

« je trouve que le label qualité aide en santé devrait être plus promotionné par Santé Publique France pour dire « là vous êtes sur un site qu'est correct. [...] promotionner un peu cette idée que là, on n'est pas entre les mains, entre les griffes de qui que ce soit qui aurait une volonté autre, que ce soit commerciale ou de prosélytisme, pour effectivement les accompagner dans un domaine de santé publique, justement, et les accompagner, qu'ils soient protégés. Ça c'est... Je pense que c'est le travail actuel qu'on doit mener tous conjointement, s'il y a quelque chose à mener, au-delà du référencement. » (Expert(e), Fil Santé Jeune)

«mais utiliser les réseaux sociaux pour... utiliser des youtubeurs pour faire passer des messages qui sont pas trop plan-plan, mais qui sont... qui invitent les jeunes à réfléchir sur leur manière de s'alcooliser, je pense que c'est... c'est pas efficace à court terme, ça, c'est... Enfin, on va pas pouvoir montrer que, comme un essai randomisé, que ça marche ; par contre, ça installe une autre manière de se comporter. Et ça, je pense que quand c'est Norman qui dit des choses, c'est plus facile que quand c'est... le grand professeur... Ça marche aussi, mais ça marche pas pareil. »
(Expert(e), OFDT / ex-INPES)

La santé auditive

Une des expertes a abordé la thématique –peu traitée par ailleurs - de la santé auditive chez les jeunes :

« la santé auditive c'est super important [...] quand vous écoutez de la musique téléchargée, en fait, c'est de la musique qui, pour gagner de la place, par rapport au son original, a été ce qu'on appelle vraiment compressée. Donc toutes les basses et les aigus sont réduits, en fait. Du coup, ce qui se passe, c'est que souvent, pour mieux percevoir le son, ils mettent plus fort, en fait [...] on travaille sur beaucoup de festivals et de concerts où on donne des bouchons et on donne aussi des conseils de base, parce que par exemple, mettre des bouchons d'oreilles et les retirer en plein milieu d'un concert, c'est une catastrophe, en fait. Vous vous prenez je sais pas combien de décibels dans la tronche, il faut surtout pas faire ça, quoi. Il faut les enlever vraiment à la fin du concert, 10 minutes après, faut faire des pauses, etc. On donne des conseils de base. Mais on travaille aussi sur l'origine du problème en termes d'audition : pourquoi y a de plus en plus de jeunes, effectivement, qui ont de acouphènes, ou qui ont des effets de surdité ? Bah ça vient aussi de la musique compressée. » (Expert(e), EMEVIA)

III.8. Prévention, Promotion, Communication dans le champ de la santé

Au cours des différents entretiens menés dans le cadre de cette étude, le sujet des méthodes de promotion et communication auprès des jeunes a été souvent abordé : il ne s'agit pas seulement de distinguer les informations ou les messages pertinents pour les jeunes, mais aussi de savoir comment les approcher et leur permettre de s'approprier l'information. Le but étant aussi de toucher les populations les moins participantes et / ou réceptives aux actions santé menées avec des méthodes traditionnelles.

Cela concerne notamment les hommes, pour lesquels il peut-être important d'étudier particulièrement les actions de prévention :

« On sait que les filles sont en général de meilleures clientes aussi des actions de prévention. Et donc du coup... ouais, mettre le prisme « genre » à un moment de la conception, en tout cas, quitte à dire « bah non, c'est une prévention généraliste, ça ira. » mais en tout cas, se poser la question de savoir... quel effort il faut faire pour aller et vers les garçons, et vers les filles » (Expert(e), OFDT (et ex INPES))

Ou de façon plus globale la nécessité de développer l'axe « communication » des services ou groupes ayant des activités de prévention et de promotion pour augmenter l'incidence sur les populations cibles :

« moi il me semble qu'un des problèmes des SUMPPS, malheureusement, c'est du personnel social et médical, et qu'ils auraient aussi besoin de quelqu'un qui s'occupe de la communication » (Expert(e), Association Apsytude)

« on a des méthodes un peu... toniques, un peu interpellantes pour les étudiants, parce qu'il faut aussi des... On n'a pas un public captif, donc il faut aller les chercher, tout le temps. » (Expert(e), espace santé étudiant Bordeaux)

« on a vraiment de grands enjeux de communication à traiter, et on le voit d'ailleurs au sein de notre projet de santé. On a un axe, qui s'appelle stratégie d'approche, dans laquelle on a deux grandes orientations : comment on construit avec les services ambassadeurs une stratégie d'aller vers, c'est-à-dire aller vers eux aussi, pour ceux qui sont le plus éloignés du soin, parce que c'est eux qui seront problématiques. Et puis comment on développe une offre qui soit la plus adaptée, la plus ajustée à leurs besoins. Et à leurs demandes. » (Expert(e), espace santé étudiant Bordeaux)

Cela peut-être envisagé grâce au développement de l'emploi d'« étudiant-relais » ...

« puisqu'on fait quasi-exclusivement que de la prévention par les pairs, donc c'est ce qu'on appelle des étudiants relais santé [...] On fait de moins en moins de stands, pour être tout à fait franche. On... parce que pour le coup, en

termes, on va dire d'impact, je sais pas forcément si c'est plus pertinent. [...] c'est-à-dire qu'on est de plus en plus dans une démarche d'aller vers. » (Expert(e), LMDE)

« Donc les étudiants relais, en fait, ils sont coordonnés par une professionnelle, et donc voilà, ils interviennent, ils communiquent, ils annoncent, sur Facebook, ils gèrent cette page, oui. C'est eux qui la gèrent, oui. On n'a pas de... enfin on a un regard dessus, bien sûr. Mais c'est pas... Notre philosophie est vraiment fondée sur l'empowerment, c'est-à-dire renforcer les capacités d'agir à des étudiants. Donc pour ce faire, ben on fait aussi ce qu'on préconise, c'est-à-dire que nos étudiants relais ont un certain niveau d'autonomie» (Expert(e), espace santé étudiant Bordeaux)

« effectivement, les actions de promotion de la santé, la présence des étudiants relais santé (ERS), ils ont un sweat où y a écrit ERS, par exemple, leurs identifications. Et puis tout le côté communication qu'il nous reste encore à faire. Parce que on est vraiment aux prémices de notre projet de santé, mais effectivement, la question de la visibilité est importante, et on a les quatre axes d'amélioration pour être visibles auprès de certains publics, qu'on a identifiés comme ayant... dont il serait nécessaire qu'ils nous connaissent, voilà. » (Expert(e), espace santé étudiant Bordeaux)

« Mais on a une équipe d'étudiants, de trois étudiants, qui font ce qu'on appelle de la déambulation en milieu festif. La déambulation en milieu festif, en fait, ça veut tout simplement dire que ces jeunes ont été formés pour intervenir sur l'espace public et pour discuter, en fait, avec d'autres jeunes » (Expert(e), EMEVIA)

... de jeux sérieux...

« nous on a les jeux... à la FAGE, donc chaque fédération nous demande de leur prêter des jeux. Et on leur met... on leur met à disposition gratuitement, ou ils le mettent en place, quoi que ce soit, dans des résidences universitaires, dans des rues, enfin où ils veulent, en fait. Ils peuvent le faire absolument où ils veulent. Nous on leur prête le jeu et... on leur fait une petite formation pour leur expliquer comment dialoguer avec la personne. » (M. Srocynski, FAGE)

« Donc ça nous amène, nous aussi, à nous interroger sur notre façon de communiquer avec eux, notamment sur tout ce qui concerne la pédagogie du parcours de soin. Donc on a été développer des outils, des outils un peu ludiques, hein. On amène ça sous forme de jeux, soit des quiz, soit des espèces de roues... Là on est en train de développer un outil marelle, voilà, une marelle du parcours de soin, où on les fait jouer. Ça ça marche plutôt bien. Mais pour nous, un des axes majeurs, c'est la pédagogie » (Expert(e), LMDE)

... en remettant en question les modes de communication traditionnels...

« plus que de distribuer des flyers, ou de faire de la communication sur les différentes actions, c'est en apportant quelque chose de différent aux personnes, en fait, qu'on les fera s'intéresser eux-mêmes à leur propre santé. Et je pense que c'est aussi une des grosses problématiques de l'asso aujourd'hui, c'est qu'on est absolument pas intéressés par notre propre santé. Aujourd'hui, le plus gros facteur de renoncement au soin, c'est juste que les gens attendent que ça passe. Donc... donc, et là, le travail doit se faire en amont, mais c'est une autre question, j'ai envie de dire, sur tout le parcours d'éducation à la santé dans le système scolaire » (Expert(e), FAGE)

« c'est « aller vers » avec une posture particulière. C'est-à-dire que nous, quand on va, quand on fait les interventions, que ce soit en milieu scolaire, que ce soit dans un organisme de formation, on n'est pas là comme des experts, on n'est pas là comme des sachants. On n'est pas là comme les détenteurs du savoir. [...] c'est vraiment une façon d'être qui considère l'autre. Quand on fait des interventions, que ce soit sexualité, gestion du stress, des projets longs avec des enseignants, etc, on est toujours dans l'interaction [...] on n'est pas dans l'évaluation. On les... on leur laisse une place. Et cette place-là, ils l'ont rarement. » (Expert(e), ESJ Aubagne)

... et en développant de nouvelles méthodes innovantes...

« Je trouve que souvent... je trouve qu'on manque d'innovation. Enfin, moi je suis tout le temps à la recherche, un peu, des... des nouveaux dispositifs, de... l'idée qui va capter le public, en fait. Parce que finalement, pour moi, dans la prévention, et dans les messages de prévention, derrière y a en fait un dispositif de communication, finalement, qui est très important. C'est la façon dont on fait passer le message, est-ce que c'est par un outil ludique, est-ce que c'est... j'en sais rien, moi, par une campagne d'affichage ? Enfin voilà. Et... et j'ai le sentiment que, enfin, parfois, on reste dans des formes très traditionnelles de prévention qui collent pas forcément, en fait, avec la réalité du public. Donc... alors nous c'est ça. Moi c'est ce que j'essaie de ne pas faire, justement. Ne pas rester dans les formes

traditionnelles. Et de... d'essayer plein de choses différentes. Mais... c'est vrai que... l'innovation, pour moi, c'est quelque chose qu'il manque aujourd'hui, ouais, en matière de dispositifs de prévention. » (Expert(e), EMEVIA)

... avec l'utilisation de nouveaux concepts comme celui de l'éducation scientifique...

« Je sais que l'INSERM a développé un projet avec Santé Publique France, qui s'appelle MAAD, je crois, avec un site pour leur apporter des contenus scientifiques sur les problèmes d'addiction, [NB : Le programme « Apprentis chercheurs MAAD (Mécanisme des addictions à l'alcool et aux drogues) » créé par Bertrand NALPAS, chercheur à l'Inserm, est basé sur le concept de l'éducation scientifique comme outil pouvant influencer sur le comportement: observer, par l'approche expérimentale, la réalité brute des effets du produit; « pas de morale, seulement de la science.»] » (Expert(e), Fil Santé Jeune)

... et en développant des messages positifs vis-à-vis de la santé :

« Mais ensuite, effectivement, les grands enjeux c'est de communiquer positivement sur les questions de santé, c'est-à-dire la santé, c'est pas juste « je suis malade, et si on me propose de voir un professionnel de santé, c'est pas juste pour guérir quelque chose qu'on m'aurait pas dit ou que... » Parce que le principe de la prévention et de la promotion de la santé, c'est de partir d'un postulat : soit les personnes savent pas, sont pas informées, soit elles comprennent pas l'information, soit on les a pas aidées à traduire, voilà, soit on les a pas aidées à avoir des objectifs peut-être un peu réduits » (Expert(e), espace santé étudiant Bordeaux)

4. Conclusions

De façon générale, cette étude a permis de mettre en évidence le manque de données descriptives sur certaines sous-populations des 18-25 ans et la nécessité d'évaluer l'efficacité des actions de santé ciblant les individus de cette tranche d'âge.

Le premier constat de cette étude est que la littérature récente investigate assez largement la population étudiante. Il s'agit en effet d'une population dans laquelle la réalisation d'enquêtes est facilitée par son accessibilité, sa faculté à être suivie dans le temps et sa propension à participer aux études. Pour autant, cette population ne peut pas être considérée comme représentative de l'ensemble de la population des jeunes. Tout d'abord les étudiants font partie d'un système leur permettant d'accéder à des services de santé spécifiques – qu'il s'agisse de services de soins ou d'actions de prévention délivrées par les services universitaires, les mutuelles ou les associations étudiantes, ensuite leurs caractéristiques ne sont pas semblables à celles des individus de la population du même âge, en emploi exclusivement ou inactifs, et les défis qui leurs sont posés en matière de santé sont également différents (Beck, 2013). Le développement d'enquêtes spécifiques aux populations de jeunes non étudiants serait donc justifié.

En effet, la population des jeunes de 18 à 25 ans travailleurs non-étudiants ou inactifs est peu investiguée dans la littérature scientifique en santé ce qui constitue le second constat de ce travail. Le fait qu'ils n'aient pas de statut distinct de ceux de la population générale, la possibilité qu'ils soient dépourvus de contact avec l'administration ou encore qu'ils aient des priorités de vie ne les prédisposant pas à répondre aux enquêtes peuvent partiellement expliquer la difficulté à mener des enquêtes auprès d'eux. On doit donc pour le moment se contenter de chiffres issus d'enquêtes en population générale, qui, par manque de spécificité, ne permettent pas d'appréhender précisément le rapport à la santé de ces jeunes. À la différence des entretiens menés par des professionnels de terrain qui permettent de circonscrire plus précisément les besoins de santé et les caractéristiques de ces jeunes identifiés comme vulnérables du point de vue de l'état de santé physique et psychique, de leur recours aux soins et de leurs comportements à risque, tout particulièrement lorsqu'ils sont en rupture sociale. En outre, il s'agit d'une population marquée par les inégalités sociales de santé et bénéficiant de peu de services spécifiques ou d'actions ciblées. La recherche, notamment interventionnelle, doit être profondément encouragée et soutenue au sein de cette population.

Une troisième observation de ce travail : les étudiants bénéficient de nombreuses actions qui sont très dépendantes des conjonctures de terrain et des opportunités de financement et sont donc proposées majoritairement au niveau local, de manières plus ou moins ponctuelles. Le manque est aujourd'hui celui de l'évaluation de ces actions, en termes d'impact, d'acceptabilité, de faisabilité et de généralisation, lorsque celle-ci est pertinente. D'autres part, les interventions visent souvent à toucher le plus grand nombre, elles risquent ainsi de limiter leur efficacité aux populations déjà les plus sensibilisées, renforçant leurs connaissances et augmentant leurs recours mais creusant les inégalités avec les populations les moins susceptibles de participer. La conduite d'actions spécifiques pour aller

chercher les populations ne se sentant pas concernées habituellement doit être prioritaire pour diminuer les inégalités sociales de santé.

Enfin, en plus de la diversité des populations étudiées, il existe aussi une hétérogénéité dans l'importance des thèmes étudiés et certains ne transparaissent que très peu dans la littérature récente et les propos des experts : rapport au corps et à la nutrition, utilisation de médicaments et automédication, réseaux sociaux virtuels, consommation de stupéfiants... Ceci peut être en partie expliqué par l'étendue de cette étude menée auprès d'un groupe réduit d'experts, bien que la diversité des profils ait été recherchée, et la sélection de la littérature réduite aux enquêtes menées en France et publiées ces six dernières années, la thématique mériterait une extension géographique et dans le temps afin de préciser ces conclusions.

REFERENCES

- Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2013 Aug;61(4):291–8.
- Beck F, Richard J-B, dir Les Comportements de santé des jeunes, Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : inpes, coll. Baromètres santé, 2013 :344p. ISBN 978-2-9161-9238-3.
- Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. *La Presse Médicale*. 2014 Oct;43(10):1067–79.
- Beck F, Richard J-B, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I, Renahy E. Use of the Internet as a Health Information Resource Among French Young Adults: Results From a Nationally Representative Survey. *Journal of Medical Internet Research*. 2014 May 13;16(5):e128.
- Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Lydié N, Semaille C, Warszawski J. An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception, and practices in young adults: *AIDS*. 2013 Mar;27(6):1011–9.
- Ben Lakhdar C, Vaillant NG, Wolff F-C. Faut-il choquer les fumeurs et les fumeurs potentiels pour dissuader les comportements tabagiques ? Efficacité des pictogrammes contre le tabagisme. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2011 Jun;59(3):175–86.
- Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale*. 2010 Jun;36:D59–72.
- Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2011 Dec;59(6):409–22.
- Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. [The current state of mental health surveillance in France]. *Sante Publique*. 2011 Dec;23 Suppl 6:S13–29.
- Chauvin P. Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ? In : Richard C, ed. *Les Ateliers Santé Ville*. Paris, Editions de la DIV (coll. Repères), 2007, 40-50.
- Doron J, Trouillet R, Maneveau A, Neveu D, Ninot G. Coping profiles, perceived stress and health-related behaviors: a cluster analysis approach. *Health Promotion International*. 2015 Mar 1;30(1):88–100.
- Ganse EV, Letrilliart L, Borne H, Morand F, Robain M, Siegrist CA. Health problems most commonly diagnosed among young female patients during visits to general practitioners and gynecologists in France before the initiation of the human papillomavirus vaccination program: COMMON HEALTH PROBLEMS BEFORE HPV IMMUNIZATION. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2012 Mar;21(3):261–8.
- Hargreaves DS, Greaves F, Levay C, Mitchell I, Koch U, Esch T, et al. Comparison of Health Care Experience and Access Between Young and Older Adults in 11 High-Income Countries. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Oct;57(4):413–20.
- Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *Journal of Affective Disorders*. 2013 Dec;151(3):1059–65.
- Kagesten A, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Human Reproduction*. 2015 Jan 1;30(1):186–96.
- Korhonen T, Neveu A, Armengaud A, Six C, Danis K, Malfait P. Low measles vaccination coverage among medical residents in Marseille, France: reasons for non-vaccination, March 2013. *The European Journal of Public Health*. 2015 Jun 1;25(3):512–7.

Ladner J, Lukacs A, Boussouf N. Mental stress, sleeping disorders and risk of Internet addiction and eating disorders: New public health challenges among university students A prospective study in Algeria, France and Hungary, 2010-2012. *JOURNAL OF BEHAVIORAL ADDICTIONS*. 2:20–1.

Lee D-J, Sirgy MJ, Yu. GB, Chalamon I. The Well-Being Effects of Self-Expressiveness and Hedonic Enjoyment Associated with Physical Exercise. *Applied Research in Quality of Life*. 2015 Mar;10(1):141–59.

Loulergue P, Fonteneau L, Armengaud J-B, Momcilovic S, Levy-Brühl D, Launay O, et al. Vaccine coverage of healthcare students in hospitals of the Paris region in 2009: The Studyvax Survey. *Vaccine*. 2013 Jun;31(26):2835–8.

Machowicz R, Wyszomirski T, Ciechanska J, Mahboobi N, Wnekowicz E, Obrowski M, et al. Knowledge, attitudes, and influenza vaccination of medical students in Warsaw, Strasbourg, and Teheran. *Eur J Med Res*. 2010 Nov 4;15 Suppl 2:235–40.

Matta J, Carette C, Levy Marchal C, Bertrand J, Pétéra M, Zins M, et al. Dietary intake in young adults born small or appropriate for gestational age: data from the Haguenau cohort. *BMJ Open*. 2016 Jul;6(7):e012309.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement *BMJ*2009; 339 :b2535

Mellon G, Rigal L, Partouche H, Aoun O, Jaury P, Joannard N, et al. Vaccine knowledge in students in Paris, France, and surrounding regions. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2014 May;25(3):141–6.

Peretti-Watel P, Guagliardo V, Combes J-B, Obadia Y, Verger P. Young smokers' adaptation to higher cigarette prices: How did those daily smokers who did not quit react? The case of students of South-Eastern France. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2010 Oct;17(5):632–40.

Sommelet D. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent - L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. 2006 Oct. Available from : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf>

Tavolacci M-P, Boerg E, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J. Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 Dec [cited 2016 Nov 25];16(1). Available from: <http://www.biomedcentral.com /1471-2458/16/178>

Tavolacci MP, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Déchelotte P, Ladner J. Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2015 Sep;47(5):412–20.e1.

Tavolacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Nov 25];13(1). Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186 /1471-2458-13-724>

Tavolacci M-P, Vasiliu A, Romo L, Kotbagi G, Kern L, Ladner J. Patterns of electronic cigarette use in current and ever users among college students in France: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016 May;6(5):e011344.

Vaillant S., La politique de santé à l'université Paul Verlaine-Metz, *Santé Publique*, 2/2010 (Vol. 22), p. 239-248.

Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010 Feb;45(2):189–99.