



# La politique de santé en direction des étudiants (Tome 4)

NOVEMBRE 2013

Bénédicte **JACQUEY-VAZQUEZ** •  
Marie-France **PONSOT** • Joël **SALLE** •  
Hayet **ZEGGAR**

**IGAENR**



INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES





Inspection générale  
des affaires sociales

N° 2013-089R

Inspection générale  
de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche

N° 2013-087

## RAPPORT

# LA POLITIQUE DE SANTÉ EN DIRECTION DES ÉTUDIANTS

(Tome 4)

Établi par

**BÉNÉDICTE JACQUEY-VAZQUEZ**  
Inspectrice générale des affaires sociales

**HAYET ZEGGAR**  
Inspectrice générale des affaires sociales

**MARIE-FRANCE PONSOT**  
Inspectrice générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche

**JOËL SALLE**  
Inspecteur général de l'administration de  
l'éducation nationale et de la recherche

- NOVEMBRE 2013 -





Inspection générale  
des affaires sociales

N° RM2013-089R

Inspection générale  
de l'administration de l'éducation nationale  
et de la recherche

N° 2013-087

## RAPPORT

# LA POLITIQUE DE SANTÉ EN DIRECTION DES ÉTUDIANTS

(Tome 4)

Établi par

**BÉNÉDICTE JACQUEY-VAZQUEZ**  
Inspectrice générale des affaires sociales

**HAYET ZEGGAR**  
Inspectrice générale des affaires sociales

**MARIE-FRANCE PONSOT**  
Inspectrice générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche

**JOËL SALLE**  
Inspecteur général de l'administration de  
l'éducation nationale et de la recherche

- NOVEMBRE 2013 -



## SYNTHESE

### 1. Principaux constats

#### 1.1. Une population en bonne santé, exposée à des problématiques spécifiques

Le privilège de la jeunesse et la force du gradient social conduisent sans surprise au constat d'une bonne santé relative des étudiants. Jouent en faveur de la santé des étudiants : une origine sociale favorable, un niveau d'études et un accès à l'information tendanciellement plus élevés que celui des autres membres de leur classe d'âge. Des problématiques spécifiques se dégagent cependant : mal-être, santé sexuelle, pratiques d'alcoolisation. Les étudiants sont particulièrement concernés par l'essor du « *binge drinking* ». Quelques sous-populations sont plus fragiles : les étudiants les plus âgés, les filles, les étudiants d'origine sociale modeste, les étudiants étrangers et les étudiants dé-cohabitant. En termes de stratégie préventive, cela plaide en faveur de formes d'actions permettant d'atteindre les sous-populations identifiées comme à risque, en dépassant une approche populationnelle générale indifférenciée.

#### 1.2. Des difficultés importantes d'accès à la protection sociale

##### 1.2.1. Le parcours d'accès des étudiants à la protection sociale de base est aujourd'hui complexe

Les étudiants doivent s'affilier à un régime de sécurité sociale spécifique pour la durée de leurs études, situation unique en Europe. Ils quittent donc le statut d'ayant droit de leurs parents et s'affilient soit auprès de la Mutuelle des étudiants (LMDE), à compétence nationale, soit auprès d'une des dix mutuelles à compétence régionale du réseau EmeVia.

Réalisée en même temps que l'inscription dans l'établissement, l'affiliation s'accompagne à partir de 20 ans, sauf exemption (boursiers), du versement d'une cotisation de 207 € en 2012. Cette affiliation, qui implique la transmission des informations par le régime antérieur vers le nouveau centre de sécurité sociale, se traduit par un délai d'obtention de la carte Vitale de l'ordre de trois mois ; il est de plus nécessaire de renouveler l'affiliation au début de chaque année universitaire ; enfin, une nouvelle mutation inter-régimes doit être organisée à la fin du cursus.

L'information des étudiants sur le régime de base se fait en même temps que celle sur le régime complémentaire, au moment de l'inscription, et par les mutuelles elles-mêmes, c'est-à-dire par les parties prenantes.

La qualité de service des mutuelles étudiantes, qui assurent par délégation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) la gestion du régime obligatoire étudiant est insatisfaisante malgré des coûts de gestion élevés<sup>1</sup>.

L'obligation d'affiliation des étudiants à ce régime de sécurité sociale transitoire, au nom de leur autonomie, ne leur procure pas de bénéfice par rapport à leur situation antérieure d'ayant-droit.

---

<sup>1</sup> Cf. Rapport d'information n°221 du Sénat sur la sécurité sociale et la santé des étudiants, R. Kerdraon et C. Procaccia, 12 décembre 2012 et Rapport IGAS-IGF sur les coûts de gestion de l'assurance maladie.

### 1.2.2. L'accès à la protection sociale complémentaire reste marqué par des inégalités sociales

Environ neuf étudiants sur dix bénéficient d'une protection sociale complémentaire<sup>2</sup>. La moitié des étudiants sont couverts par la complémentaire de leurs parents (avec le risque de souscrire une couverture complémentaire santé redondante auprès d'une mutuelle étudiante lors de l'affiliation au régime obligatoire), un quart par les mutuelles étudiantes, 15 % par un autre organisme et 3 % par la couverture maladie universelle complémentaires (CMUC).

L'organisation actuelle ne garantit pas une information systématique des publics vulnérables à la CMUC et à l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Par ailleurs, les règles actuelles d'éligibilité à la CMUC et à l'ACS compromettent la possibilité pour nombre d'étudiants d'y accéder, puisque seuls 14 % des étudiants satisfont le critère de l'autonomie fiscale. Enfin, à l'occasion d'une demande de CMUC ou d'ACS, les bourses font partie des ressources à déclarer pour l'examen des ressources du foyer fiscal. Les deux dispositifs se font donc concurrence.

### 1.3. La médecine préventive au sein des universités

Le cadre d'action et les missions de prévention et de contribution à l'accès aux soins primaires des étudiants des 57 services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) ont été redéfinis en 2008<sup>3</sup>.

L'inscription des SUMPPS, encore limitée, dans le monde de la santé, réduit la portée de leur action de prévention, tandis que leur positionnement et leur taille sont très variables. L'instabilité statutaire des équipes, et notamment des médecins, complique leur action.

Le lien entre les centres régionaux des œuvres universitaires et sociales (CROUS) et les SUMPPS apparaît stratégique du fait des liens très forts que la santé étudiante peut entretenir avec les politiques sociales en direction des étudiants, mais aussi le logement et la restauration. La qualité des coopérations, assez variable, peut favoriser des actions ciblées de prévention individuelle (promotion de la visite médicale dans les résidences étudiantes, auprès des étudiants boursiers etc.), des actions collectives innovantes (restauration et nutrition) et l'orientation des étudiants vers un suivi social adapté si nécessaire (protection sociale, mais aussi aides financières et logement).

En 2011-2012, seize universités ont mis en place un dispositif d'étudiants-relais, géré ou non avec les mutuelles et les associations étudiantes. Le nombre d'étudiants relais-santé est en progression : un peu plus de 500 en 2011-2012 contre près de 400 en 2009-2010.

**La visite médicale (VM) constitue le cœur de l'activité des SUMPPS<sup>4</sup> alors même que sa pertinence en termes de santé publique est discutable, en l'absence de ciblage, de protocole et d'articulation entre le dépistage et le soin.**

---

<sup>2</sup> Selon l'Observatoire national de la vie étudiante.

<sup>3</sup> « Effectuer un examen préventif au cours des trois premières années d'études, assurer une visite médicale aux étudiants exposés à des risques particuliers, contribuer aux dispositifs d'accompagnement et d'intégration prévus pour les étudiants handicapés, participer aux instances de régulation de l'hygiène et de la sécurité, impulser et coordonner des programmes de prévention et d'éducation à la santé, développer des programmes d'études et de recherche sur la santé étudiante ».

<sup>4</sup> La fragilité des statuts et la très grande variété des temps de travail des médecins au sein de ces services complique l'analyse quantitative et financière de la visite médicale.

## Rapport

D'abord prévue en première année, la convocation à la VM peut depuis 2008 s'effectuer au cours des trois premières. 40 services sur 57 continuent cependant de convoquer tous les étudiants de première année<sup>5</sup>. L'absence n'est pas sanctionnée. Il est difficile d'estimer la couverture de la visite médicale. D'abord, parce que tous les étudiants ne relèvent pas d'un SUMPPS. Ensuite, parce que les modalités de convocation (courrier, affichage, mail, mention sur le site internet) sont très variables et, couvrant des étudiants sur trois années, ne permettent pas d'estimer le nombre d'étudiants qui ont effectivement reçu le message ou la convocation. Il n'existe pas de relevé organisé de la participation des étudiants.

Les données fréquemment évoquées (30 à 53 % des étudiants conviés se rendraient à la visite) doivent être non seulement analysées avec la plus grande prudence mais surtout ne pas être interprétées comme un signe de succès ou au contraire d'échec de ces visites, et ce d'autant plus qu'on est en droit de s'interroger sur la pertinence même d'une invitation systématique.

En effet, inutile à l'amélioration de la connaissance de l'état de santé des étudiants (absence de consolidation de données non représentatives de toute façon et inutilité d'un recueil exhaustif), la visite médicale de prévention en l'absence de ciblage sur les populations vulnérables ne contribue vraisemblablement pas à la réduction des inégalités sociales de santé. On peut même faire l'hypothèse qu'elle concerne essentiellement des étudiants parmi ceux qui en auraient le moins besoin.

De surcroît, l'absence de protocole structuré ne permet pas de garantir la couverture des grands enjeux de santé publique tels que la couverture vaccinale ou le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

Enfin l'absence de lien systématique avec des réseaux de prise en charge affaiblit la portée de la VM comme outil de dépistage des problèmes de santé des étudiants, dépistage dont le coût apparaîtrait en tout état de cause disproportionné.

### 1.4. Pour le développement de centres de santé au sein des SUMPPS

Le comité interministériel de la jeunesse du 21 février 2013 a fixé pour objectif d'en augmenter le nombre, de quinze actuellement à trente en 2015. Actuellement, un tiers des services est constitué en centre de santé ou en voie de l'être, et un peu moins de la moitié pourrait le devenir à plus long terme<sup>6</sup>.

#### 1.4.1. Les bénéfiques du développement des centres de santé universitaires

Les centres de santé sont des « structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels<sup>7</sup> ». Il existe donc une complémentarité évidente entre les missions des SUMPPS et celles des centres de santé.

De tels « *centres de santé universitaires* », installés sur les campus, ont une bonne connaissance de leur public et facilitent la prise d'autonomie de l'étudiant dans la gestion de sa propre santé. Ils permettent une prise en charge globale de la santé alliant activité curative et actions de prévention, dans le cadre d'une offre de soins primaires.

---

<sup>5</sup> Les données sur l'activité des SUMPPS sont issues du bilan 2011-2012 - MESR(DGESIP).

<sup>6</sup> Actuellement, sur les 57 services, 15 ont un agrément de centre de santé, 4 services ont déposé une demande d'agrément et 8 envisagent la possibilité de le faire.

<sup>7</sup> Accord national du 19 novembre 2002 destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie.

## Rapport

Les consultations proposées favorisent une nouvelle dynamique à la prévention en renforçant l'attractivité et la notoriété des SUMPPS. Elles sont l'occasion pour les médecins de dispenser des messages de prévention adaptés à la situation du patient. La possibilité de prescription donne plus de sens à la visite de prévention en liant dépistage et soin.

La constitution d'un centre de santé universitaire renforce la synergie entre les différentes missions des SUMPPS : prévention, dépistage, promotion de la santé, intégration des étudiants handicapés, vaccinations, dépistage VHC/VIH. Les visites effectuées par délégation de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) constituent pour l'étudiant étranger l'amorce d'une intégration dans un parcours de soins.

*L'enrichissement de la fonction médicale* : le recrutement de nouveaux médecins est facilité car cette pratique plus globale de la médecine, dans un cadre collectif, correspond à une aspiration croissante de jeunes médecins<sup>8</sup>. En outre, le conventionnement avec l'assurance maladie apporte aux médecins des SUMPPS un meilleur accès la formation continue.

*L'apport financier résultant du conventionnement* : au-delà d'une subvention de l'assurance maladie participant au financement (11,5 %) des cotisations sociales des personnels soignants, les centres de santé sont remboursés par les mutuelles gérant le régime étudiante de sécurité sociale (RESS) du coût des consultations médicales et des actes infirmiers sur la base du tarif conventionnel.

### 1.4.2. Les freins au développement des centres de santé

Les procédures de constitution d'un centre de santé sont souvent jugés complexes, en particulier pour la mise en place des conventions avec l'assurance maladie et les mutuelles pour le tiers payant et la télétransmission.

Les 24 universités qui n'envisagent pas la création d'un centre de santé avancent pour expliquer leur position : le manque de moyens, soit en locaux, soit en personnels ; l'incompatibilité supposée entre une activité curative et la médecine préventive<sup>9</sup>. D'autres motifs sont avancés : crainte de la complexité de l'agrément (désormais remplacé par une simple déclaration auprès de l'agence régionale de santé) ou du fonctionnement, crainte d'un coût trop élevé, deux universités considèrent que l'activité de soin ne relève pas de leurs métiers. Dans certains cas, l'offre de soins locale est jugé suffisamment accessible aux étudiants.

L'attachement sincère des personnels médicaux des SUMPPS à l'exercice d'une médecine préventive souvent très active se conjugue avec la crainte bien compréhensible du passage à une autre pratique médicale qui implique une responsabilité particulière dans le diagnostic et la prescription et une actualisation des connaissances.

### 1.4.3. L'équilibre financier des centres de santé universitaires

La dimension financière n'apparaît pas comme un élément déterminant dans le choix d'une université de constituer ou pas, un centre de santé.

---

<sup>8</sup> Cf. étude réalisée par l'INPES et l'IRDES en 2010 à partir du baromètre « santé médecins généralistes » de 1998, 2003 et 2009.

<sup>9</sup> Le clivage entre partisans d'une activité exclusivement préventive et partisans des centres des soins doit être nuancé : la plupart des SUMPPS ont une activité prescriptrice principalement pour la contraception et proposent des consultations de psychologues.

## Rapport

Les centres de santé universitaires constituent une catégorie singulière de centres de santé dont l'activité ne peut s'analyser au regard des critères appliqués habituellement en raison de leur public particulier et surtout de leur fonctionnement pendant une période courte (année universitaire) qui induit une fréquentation moins importante.

Il est difficile d'établir un bilan financier de ces centres compte tenu de la superposition des missions propres aux SUMPPS et de celles des centres de santé qui utilisant des moyens des SUMPPS ne nécessitent que des dépenses supplémentaires limitées en investissement et en fonctionnement. Les besoins en personnels sont généralement accrus par l'offre de consultations spécialisées mais de nombreux SUMPPS non centres de santé emploient déjà des médecins spécialisés (gynécologues, psychiatres...) et des psychologues.

## 2. Orientations et propositions

### 2.1. Diverses propositions concernant l'avenir du RESS ont déjà été formulées

Le rapport du Sénat identifiait trois scénarios alternatifs d'évolution du RESS :

- ◆ transférer un certain nombre de tâches de gestion au régime général, pour diminuer les coûts et améliorer la qualité du service ;
- ◆ confier le régime délégué à une seule structure, pour éviter la concurrence dans la gestion du régime obligatoire de base ;
- ◆ affilier les étudiants au régime dont ils dépendent au moment de leur inscription dans l'enseignement supérieur, pour éviter la mutation inter-régimes.

L'ouverture d'un droit d'option entre le maintien du statut d'ayant-droit et l'affiliation au RESS a également été suggérée.

### 2.2. Propositions pour renforcer l'accès des étudiants modestes à une complémentaire santé

Deux questions mériteraient d'être expertisées :

- ◆ sortir les bourses de l'assiette des ressources servant à calculer l'éligibilité d'un foyer à la CMUC/ACS ;
- ◆ envisager une automaticité d'attribution de la CMUC et/ou de l'ACS liée au statut de boursier en fonction des échelons. Le dossier social de l'étudiant pourrait devenir alors le support unique pour les bourses et l'ACS/CMUC.

### 2.3. Propositions sur le positionnement des SUMPPS

La mission préconise notamment de :

- ◆ modifier l'appellation des SUMPPS pour améliorer leur lisibilité (par ex : « service de santé universitaire ») ;
- ◆ renforcer les relations avec le CROUS ;
- ◆ renforcer les relations avec les facultés de médecine ;
- ◆ développer les relations avec l'OFII pour l'accueil des étudiants étrangers ;
- ◆ encourager le développement sous l'égide des SUMPPS des dispositifs d'étudiants relais-santé.

## 2.4. Propositions sur l'avenir et le contenu de la Visite Médicale

### 2.4.1. Faut-il conserver la Visite Médicale ?

**Scenario 1 :** supprimer cette visite médicale et redéployer la ressource médicale et soignante ainsi libérée sur des missions de prévention collective adaptée au public étudiant et sur le soin.

**Scénario 2 :** laisser les universités et les SUMPPS déterminer, en fonction d'un bilan de l'état et des besoins de santé des populations, la stratégie à conduire sur cette visite médicale.

**Scenario 3 :** renforcer l'impact en santé publique de cette visite médicale par une « universalité proportionnée » en la ciblant sur les populations les plus vulnérables, en définissant son contenu minimum, en l'inscrivant dans un parcours de prise en charge des difficultés sanitaires dépitées.

### 2.4.2. Dans l'hypothèse d'un maintien, comment la cibler ?

Plusieurs pistes pourraient être explorées : le renforcement des délégations de l'OFII, le développement des liens avec les services sociaux des CROUS (information ou invitation à la VM dans le dossier social étudiant, ou jointe à la décision d'accord d'une bourse – niveaux 5 et 6), l'organisation de visites dans les résidences universitaires ou en tout état de cause une information renforcée de ces étudiants, l'identification des filières réunissant des proportions plus importantes d'étudiants boursiers, l'identification des filières à risques (professions de santé, STAPS), le décalage des convocations dans le temps (difficultés plus grandes d'accès aux soins chez les étudiants plus âgés etc.).

### 2.4.3. Engager des travaux avec les médecins des SUMPPS pour définir le protocole de cette visite

- ◆ les éléments permanents d'une visite (conditions de vie de l'étudiant – protection sociale, logement, transports, ressources-, existence ou non de maladies chroniques ou invalidantes, bilan vaccinal, proposition de dépistage VIH-VHC, vie sexuelle, prévention IST et grossesses non désirées, addictions notamment tabac et alcool, bien-être psychique etc.) ;
- ◆ la répartition des tâches entre personnels médicaux et soignants ;
- ◆ le recueil d'informations pertinentes pour un suivi ultérieur : situations dans lesquelles des visites régulières pourraient être envisagées etc., conditions de l'orientation vers d'autres professionnels de santé (notamment psy) ou d'autres services de l'université, du CROUS etc.

## **2.5. Propositions pour le développement raisonné des centres de santé universitaire**

### **2.5.1. Accompagner la transition d'une approche strictement préventive de la santé étudiante à une approche dans laquelle prévention et soins s'articulent et se renforcent**

La démarche engagée par le MESR (DGESIP), le ministère de la santé, la CNAMTS et l'Association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU) pour promouvoir le développement de centres de santé universitaires doit être poursuivie et amplifiée.

Il est important d'encourager la diffusion d'une information de qualité montrant les effets de la constitution d'un SUMPPS en centre de santé et d'outils méthodologiques<sup>10</sup>, notamment au moyen de la plateforme numérique « Campus-ESEN » mise en place sur le site de l'ESEN<sup>11</sup>.

### **2.5.2. Définir au plan national les principes qui doivent guider la mise en place de centres de santé**

- ◆ nécessité de répondre à un projet bien défini fondé sur une analyse fine (caractéristiques de la population étudiante, configuration du ou des campus, conditions d'accès aux soins dans l'environnement immédiat<sup>12</sup>) ;
- ◆ définition de l'offre médicale qui doit être strictement adaptée aux besoins et de la mise en relation avec les réseaux d'appui spécialisés (urgences, psychiatrie, dentaire, ophtalmologie, gynécologie) ;
- ◆ formalisation du cadre de fonctionnement (durée des visites, protocoles, logiciel, dossier médical etc.) ;
- ◆ mise en œuvre d'une formation médicale continue des médecins et des autres personnels.

---

<sup>10</sup> Comme ceux qui ont été utilisés dans le cadre du séminaire DGESIP de mars 2013.

<sup>11</sup> ESEN : école supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

<sup>12</sup> Secteur 1, tiers payant, délais d'attente pour les spécialités les plus concernées.



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. UNE POPULATION EN BONNE SANTE, EXPOSEE A DES PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES .....</b>	<b>3</b>
1.1. Les étudiants sont en meilleure santé que la population générale et que l'ensemble des jeunes.....	3
1.1.1. <i>Le besoin d'objectivation des données sur la santé des étudiants et l'analyse critique des sources.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>Des étudiants en bonne santé et bien informés.....</i>	<i>4</i>
1.2. Les étudiants apparaissent moins exposés que les autres jeunes au tabagisme, au cannabis et aux produits psycho-actifs.....	5
1.3. Les pratiques d'alcoolisation massive et rapide sont en revanche en progression au sein de la population étudiante.....	6
1.4. Les étudiants restent exposés à des problématiques de santé spécifiques liées aux études et à la jeunesse.....	7
1.4.1. <i>Le mal-être étudiant.....</i>	<i>7</i>
1.4.2. <i>La santé sexuelle.....</i>	<i>8</i>
1.5. Certaines sous-populations sont plus fragiles ou plus exposées à certains risques.....	9
<b>2. RECOURS ET RENONCEMENTS AUX SOINS : ETAT DES LIEUX .....</b>	<b>10</b>
2.1. Un recours aux soins médicaux élevé.....	10
2.1.1. <i>Près de 9 étudiants sur 10 ont consulté un médecin au cours de l'année.....</i>	<i>10</i>
2.1.2. <i>Deux enjeux spécifiques en termes d'accès aux soins : gynécologie et santé mentale.....</i>	<i>10</i>
2.2. Un renoncement aux soins multifactoriel qui fait l'objet de mesures et d'interprétations contrastées.....	11
2.2.1. <i>Un tiers des étudiants déclare avoir renoncé à consulter un médecin.....</i>	<i>11</i>
2.2.2. <i>Le renoncement à des soins pour motifs financiers : des estimations contrastées.....</i>	<i>11</i>
<b>3. L'ACCES DES ETUDIANTS A LA PROTECTION SOCIALE SOUFFRE DE GRAVES DYSFONCTIONNEMENTS .....</b>	<b>13</b>
3.1. L'accès à la sécurité sociale : un parcours trop souvent difficile.....	13
3.1.1. <i>L'obligation pour les étudiants de s'affilier à un régime spécifique de sécurité sociale est source de complexité.....</i>	<i>13</i>
3.1.2. <i>La situation de duopole exacerbe la concurrence entre les mutuelles étudiantes.....</i>	<i>16</i>
3.2. Les étudiants subissent en tant qu'affiliés des dysfonctionnements majeurs de gestion.....	16
3.3. Le système actuel génère des risques du point de vue de l'accès au droit des étudiants.....	17
3.3.1. <i>Le risque d'absence de couverture de base : .....</i>	<i>18</i>
3.3.2. <i>Le risque d'erreurs et de retards dans l'ouverture de droits :.....</i>	<i>18</i>
3.3.3. <i>Le risque de non accès à la CMUC et à l'ACS.....</i>	<i>18</i>
3.3.4. <i>Le risque d'une couverture complémentaire santé inutile ou redondante.....</i>	<i>18</i>

3.4. L'accès à une complémentaire santé reste marqué par de fortes inégalités sociales .....	19
3.4.1. <i>Près d'un étudiant sur deux bénéficie de la couverture complémentaire de ses parents</i> .....	19
3.4.2. <i>L'absence de couverture complémentaire santé concernerait entre 1 étudiant sur 5 et 1 étudiant sur 10</i> .....	19
3.4.3. <i>Quelles conséquences est-il permis de tirer de ce constat ?</i> .....	20
3.4.4. <i>Un accès marginal à la CMUC et à l'ACS</i> .....	20
3.4.5. <i>Le débat autour d'un chèque santé jeunes</i> .....	22
3.4.6. <i>La question des boursiers</i> .....	22
3.5. Conclusion sur l'accès des étudiants à la protection sociale .....	23
<b>4. LES ETUDIANTS RELEVANT D'UN DISPOSITIF DE MEDECINE PREVENTIVE SPECIFIQUE .....</b>	<b>24</b>
4.1. Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).....	24
4.1.1. <i>Présentation générale</i> .....	24
4.1.2. <i>Le positionnement des SUMPPS, au sein du monde universitaire ou au sein du monde de la santé, est précaire</i> .....	27
4.2. La visite médicale de prévention.....	28
4.2.1. <i>Bilan critique de la visite médicale de prévention</i> .....	29
4.2.2. <i>Les scénarios d'évolution de la visite médicale et de la prévention individuelle</i> .....	32
4.3. La prévention par les pairs : une ressource pour la mise en œuvre de la prévention collective .....	33
<b>5. POUR LE DEVELOPPEMENT DE CENTRES DE SANTE AU SEIN DES SUMPPS.....</b>	<b>34</b>
5.1. Les bénéfices du développement des centres de santé universitaires .....	36
5.1.1. <i>Une offre de service de proximité adaptée</i> .....	36
5.1.2. <i>Une prise en charge globale de la santé alliant activité curative et actions de prévention</i> .....	36
5.1.3. <i>L'enrichissement de la fonction médicale</i> .....	37
5.1.4. <i>L'apport financier résultant du conventionnement</i> .....	37
5.2. Les freins au développement des centres de santé.....	38
5.3. Les conditions d'un développement raisonné des centres de santé universitaire .....	40

## INTRODUCTION

Par lettre de mission du 22 avril 2013, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) ont été saisies d'une mission conjointe d'évaluation de la politique de santé en faveur des étudiants.

Cette mission constitue l'un des quatre volets d'une évaluation globale sur la vie étudiante, conduite dans le cadre de la modernisation de l'action publique, les trois autres volets portant sur la restauration universitaire, les aides fiscales et sociales et la vie de campus. Chacune de ces quatre missions doit déboucher sur un rapport thématique et alimenter un rapport de synthèse. La coordination générale de cette évaluation opérationnelle sur la vie étudiante est assurée par l'IGAENR et l'Inspection générale des finances (IGF). Le présent rapport constitue donc le volet thématique « santé des étudiants » de l'évaluation « vie étudiante » de la modernisation de l'action publique (MAP).

Les investigations se sont déroulées sur huit semaines au printemps 2013. La mission a rencontré les principaux acteurs institutionnels du champ (cabinets ministériels, directions d'administration centrale, assurance maladie, agences, mutuelles et organisations étudiantes). Elle s'est déplacée dans cinq services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) : Bordeaux, Clermont-Ferrand, Créteil, Lorraine, Nanterre.

Les rapporteurs se sont appuyés pour éclairer l'état de santé des étudiants sur la dernière enquête triennale de l'Observatoire national de la vie étudiante et sur le baromètre de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) relatif aux comportements de santé des jeunes. Ils ont également effectué une revue critique des enquêtes réalisées par les mutuelles étudiantes auprès de leurs affiliés.

Comme l'y invitait la lettre de saisine, la mission a ciblé ses investigations sur les SUMPPS. Compte tenu des délais impartis, les actions de prévention collective et de gestion du risque mises en œuvre par les mutuelles étudiantes et par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) n'ont pas été traitées<sup>13</sup>.

S'agissant de la protection sociale des étudiants, la mission s'est appuyée sur les constats et propositions du rapport de la commission des affaires sociales du Sénat de décembre 2012<sup>14</sup>, ainsi que sur les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie relatifs à la généralisation de la couverture complémentaire en santé. La mission s'est également rapprochée de la Cour des comptes, qui vient d'achever une enquête nationale sur le régime étudiant de sécurité sociale. Elle a enfin veillé à coordonner son intervention avec les rapporteurs de l'IGAS et de l'IGF en charge d'une mission, en cours d'achèvement début juillet 2013, sur les coûts de gestion de l'assurance maladie.

Il convient à ce stade de préciser que **les orientations et propositions de la mission sont de statut différent selon qu'elles reposent sur la revue critique de rapports d'évaluation, notamment sur l'accès aux soins et la protection sociale des étudiants, ou qu'elles reposent sur des investigations spécifiques menées directement par la mission, en particulier sur la visite médicale et les développement des centres de santé dans les services de santé universitaire.**

---

<sup>14</sup> Rapport d'information n°221 du Sénat sur la sécurité sociale et la santé des étudiants, R. Kerdraon et C. Procaccia, 12 décembre 2012.

## Rapport

**En définitive, la mission, précisément inscrite dans le cadre général de la MAP vie étudiante, a porté ses investigations sur les actions menées au sein des universités. Les éléments relatifs à l'état de santé des étudiants et aux limites de leur protection sociale, s'ils sont évidemment déterminants, sont rappelés au titre d'éléments de contexte.**

Le rapport s'organise en cinq parties :

- ◆ l'état de santé des étudiants ;
- ◆ l'accès aux soins des étudiants ;
- ◆ la protection sociale des étudiants ;
- ◆ le dispositif de médecine préventive universitaire ;
- ◆ le développement souhaitable de centres de santé universitaires.

## **1. Une population en bonne santé, exposée à des problématiques spécifiques**

### **1.1. Les étudiants sont en meilleure santé que la population générale et que l'ensemble des jeunes**

#### **1.1.1. Le besoin d'objectivation des données sur la santé des étudiants et l'analyse critique des sources**

Quatre sources principales, au statut variable, permettent de documenter l'état de santé des étudiants :

- ◆ les enquêtes triennales de l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE) sur les conditions de vie des étudiants ; la sixième vague, réalisée en 2010, a recueilli 33 000 réponses<sup>15</sup> ; la septième édition est en cours d'élaboration : le questionnaire en ligne a été adressé à 200 000 étudiants en France entre mars et juin 2013 ;
- ◆ le baromètre de l'INPES sur les comportements de santé des jeunes : l'enquête 2010, conduite auprès de 6 004 jeunes de 15-30 ans dont 2 276 étudiants, permet notamment de comparer la situation relative de la population étudiante avec celle de leur classe d'âge non étudiante ;
- ◆ les enquêtes réalisées par les mutuelles étudiantes auprès de leurs affiliés : la mutuelle des étudiants (LMDE) a publié à trois reprises une enquête intitulée « santé et conditions de vie des étudiants »<sup>16</sup>. 8 423 affiliés ont répondu au questionnaire de la dernière vague conduite en 2011 ; les mutuelles du réseau EmeVia<sup>17</sup> réalisent également une enquête santé biennale auprès de leurs affiliés ; la septième édition<sup>18</sup> a été publiée en mai 2011, sur la base d'un questionnaire administré par l'institut CSA auquel 8 535 affiliés ont répondu ;
- ◆ enfin, le niveau de consommation de soins des étudiants éclaire également sur les besoins de cette population.

Les données publiées par les mutuelles étudiantes rencontrent chaque année un écho médiatique important. Très fournies, elles reposent sur une base déclarative et sur un échantillon exclusivement issu de leurs affiliés. Construites et structurées dans une logique de plaidoyer, qui correspond à la revendication des organisations étudiantes d'une protection sociale pilotée par les représentants des « parties prenantes », ces informations utiles doivent cependant être croisées avec des données statistiques ou épidémiologiques extérieures pour être parfois confortées, parfois nuancées.

---

<sup>15</sup> Enquête Conditions de vie des étudiants 2010, Observatoire de la vie étudiante.

<sup>16</sup> Santé et conditions de vie des étudiants, Enquête nationale et synthèses régionales 2011-2012, LMDE/EPSE.

<sup>17</sup> EmeVia est depuis le 8 mars 2012 la nouvelle dénomination de l'ancienne Union Nationale des Mutuelles Etudiantes Régionales (USEM).

<sup>18</sup> La santé des étudiants en 2011, 7e enquête nationale, EmeVia/CSA. La publication de la 8e édition devait intervenir en juillet 2013.

## Rapport

### Encadré 1 : Le projet I-Share.

Le projet I-SHARE, développé dans le cadre des Investissements d'avenir, est une recherche-action basée sur le suivi longitudinal d'une cohorte de 30 000 étudiants pendant dix ans, avec une montée en charge progressive du panel (environ 6 000 étudiants par an).

Les informations recueillies portent sur quatre champs : migraine, santé mentale, infections, comportements à risques et accidents. Les résultats obtenus pourront être mis à la disposition de chercheurs extérieurs. Ce dispositif devrait également servir de plateforme pour des projets de recherche biomédicale et permettre de tester des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge, avec un retour individuel vers les étudiants engagés dans cette démarche.

Ce projet, lancé au début de l'année 2013, est porté par l'INSERM et les universités de Bordeaux et de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines ; il est appelé à s'étendre à d'autres universités.

Une action spécifique mérite d'être soulignée dans la mesure où I-SHARE propose la création d'un carnet de vaccination électronique, validé par un professionnel de santé.

#### 1.1.2. Des étudiants en bonne santé et bien informés

L'ensemble des sources identifiées ci-dessus convergent sur le bon état de santé de la population étudiante. Le privilège de la jeunesse et la force du gradient social conduisent sans surprise à ce constat.

Selon l'OVE, 73 % des étudiants se jugent en bonne ou très bonne santé tandis que 6 % s'estiment en mauvaise ou très mauvaise santé. Par comparaison, au sein de l'ensemble de la population générale âgée de 15 ans et plus, 69 % des personnes s'estiment en bonne ou très bonne santé et 9 % en mauvais ou très mauvais état de santé<sup>19</sup>.

Les enquêtes des mutuelles étudiantes confirment cette auto-évaluation positive :

- ◆ 82 % des étudiants interrogés par la LMDE en 2011 s'estimaient en bonne ou très bonne santé ;
- ◆ 95,4 % des étudiants ayant répondu à l'enquête santé 2011 EmeVia/CSA se déclaraient en bonne santé.

Le rapport sénatorial consacré en décembre 2012 à la santé des étudiants dressait également le portrait d'un bon état de santé général des étudiants, en relevant au passage que « moins de 5 % sont atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique ». La LMDE avance pour sa part plutôt un taux de 10 % d'étudiants déclarant souffrir d'une maladie chronique (contre 20 % dans l'ensemble de la population<sup>20</sup>).

Cette situation favorable se traduit par une faible consommation de soins : avec un montant moyen de dépenses de santé par bénéficiaire estimé à 474 € en 2012, les étudiants auraient consommé un volume de soins sept fois moins élevé que la moyenne du public affilié à la CNAMTS (3 376 € de dépenses annuelles)<sup>21</sup>.

Outre l'atout majeur de l'âge (avec une moyenne d'âge de 22 ans, la population étudiante française est la plus jeune d'Europe), l'OVE relève plusieurs protections sociologiques qui jouent en faveur de la santé des étudiants : une origine sociale favorable, un niveau d'études et un accès à l'information tendanciellement plus élevés que celui des autres membres de leur classe d'âge.

Les étudiants sont non seulement en meilleure santé relative que l'ensemble de la population, mais également dans une situation plus favorable que les jeunes non étudiants.

<sup>19</sup> L'état de santé de la population en France – Rapport 2011, Collection études et statistiques, DREES, 2011.

<sup>20</sup> Estimation du ministère de la santé cité par la LMDE, op. cité.

<sup>21</sup> Source : mission IGF-IGAS sur les coûts de gestion de l'assurance maladie.

## Rapport

En premier lieu, être étudiant va de pair avec un sentiment général d'information élevé. Selon le baromètre santé 2010 de l'INPES, les jeunes expriment un niveau d'information globalement très élevé sur le tabac, l'alcool, la contraception et le sida (entre 88 % et 93 % des jeunes se sentent bien ou très bien informés sur ces problématiques). Parmi les 15-30 ans, les étudiants présentent un sentiment général d'information plus élevé que leurs contemporains actifs ou au chômage. Le sentiment d'information est – assez logiquement – moindre sur les maladies professionnelles, le cancer et la maladie d'Alzheimer. Des marges de progrès existent également pour améliorer l'information sur la dépression et sur les vaccinations.

Selon la LMDE, les étudiants s'estiment à 82 % bien informés sur le VIH/SIDA, mais leur niveau d'information sur les autres infections sexuellement transmissibles (IST) est plus faible (41 % se disant mal informés). Cet élément est cohérent avec les observations du Planning Familial qui estime que 13 % des jeunes filles de 20 à 25 ans ont une infection à chlamydia dont elles n'ont pas connaissance. Ceci invite à poursuivre des actions de prévention et d'information spécifiques sur les IST.

Enfin, 65 % des étudiants consulteraient internet au moins une fois par an pour s'informer sur leur santé. L'appétence de cette population pour les nouvelles technologies a été bien intégrée par les acteurs de la prévention, qui diffusent tous des contenus en ligne en direction des jeunes : pages *Facebook* thématiques de l'INPES, applications mobiles dont certaines rencontrent un certain succès (l'application Alcootest de la LMDE a été téléchargée plus de 10 000 fois en 2012), vidéos sur *Youtube* (une vidéo sur le préservatif féminin réalisée par les étudiants-relais santé du SIUMPPS de Bordeaux a ainsi été vue plus de 170 000 fois). Selon l'INPES, *Twitter*, qui cible davantage les leaders d'opinion et les tranches d'âge plus âgées, apparaît un vecteur moindre que *Youtube*, où l'anonymat des visiteurs est par ailleurs garanti (à la différence de *Facebook*).

### **1.2. Les étudiants apparaissent moins exposés que les autres jeunes au tabagisme, au cannabis et aux produits psycho-actifs**

Le fait d'être étudiant apparaît plutôt comme un facteur protecteur par rapport à l'usage du tabac et du cannabis.

En ce qui concerne le tabac, l'OVE souligne que moins d'un étudiant sur cinq déclare fumer tous les jours. La part de ceux dont la consommation quotidienne excède cinq cigarettes s'élève à 14 % tandis que, selon une étude publiée en 2009<sup>22</sup>, la consommation quotidienne de tabac concernerait 39 % des jeunes à âge comparable.

L'INPES aboutit aux mêmes constats : si, au sein des 15-30 ans, la proportion de fumeurs quotidiens augmente rapidement avec l'âge (24 % chez les 15-19 ans contre 41 % chez les 20-25 ans), les jeunes scolarisés ou étudiants sont moins nombreux à fumer de manière régulière (23 %) que les jeunes au chômage (33 %).

S'agissant du cannabis, l'INPES évoque l'effet protecteur du statut étudiant face au risque de basculer vers un usage régulier de ce produit : 32 % des étudiants déclarent avoir expérimenté l'usage du cannabis contre 54 % parmi les 15-30 ans actifs et 51 % parmi les chômeurs. L'usage principal du cannabis au sein de la population étudiante est expérimental. Seuls 3 % des étudiants sont des usagers réguliers contre 5 % des jeunes actifs et 10 % des jeunes au chômage.

---

<sup>22</sup> Enquête complémentaire santé, DEPP, INSEE, 2007. Cité in *OVE Infos N°27*, mars 2013.

## Rapport

Par ailleurs, comme le souligne l'INPES, la représentation commune d'une précocité croissante des consommations de cannabis n'est pas attestée par les chiffres : l'âge moyen de la 1<sup>ère</sup> expérimentation est en recul entre 2005 et 2010 pour s'établir à 17 ans. La LMDE évoque quant à elle un âge moyen déclaré d'initiation de 16 ans et demi parmi les étudiants ayant déjà consommé du cannabis.

Selon l'enquête de la LMDE, les autres psychotropes semblent nettement moins expérimentés par les étudiants. Leur usage est également moins élevé parmi les étudiants qu'au sein de la population générale des 15-30 ans. Ainsi, la cocaïne a été expérimentée par 2 % des étudiants (contre 5,5 % de l'ensemble des 15-30 ans). 1 % des étudiants déclarent avoir déjà essayé l'ecstasy (vs 4,5 %), les amphétamines (vs 2,2 %) ou le LSD (vs 2,2 %), et 3 % les champignons hallucinogènes (vs 5 %) et les produits à inhaler ou sniffer (vs 2,6 %). Seuls les poppers concernent un taux d'expérimentateurs étudiants déclarés significatif (12 %), légèrement supérieur au taux moyen observé par l'INPES au sein des 20-25 ans tous statuts confondus (11,4 %).

### 1.3. Les pratiques d'alcoolisation massive et rapide sont en revanche en progression au sein de la population étudiante

La consommation d'alcool au sein de la population étudiante est un acte social très répandu. Selon la LMDE, 91 % des étudiants en ont déjà consommé au moins une fois. Cette consommation reste principalement occasionnelle : 71 % des étudiants déclarent ne consommer de l'alcool qu'une fois par semaine ou moins.

Globalement, par rapport au reste de la population, les 15-30 ans se distinguent par des consommations d'alcool moins régulières mais plus excessives, avec une dimension festive. Les étudiants sont particulièrement concernés par l'essor du « *binge drinking* ».

Selon le baromètre santé 2010 de l'INPES, un étudiant sur deux a été ivre au cours des douze derniers mois, contre un sur 3 en 2005. Les données de l'INPES font apparaître une augmentation notable des ivresses répétées et régulières chez les étudiants : les ivresses répétées concernent une proportion d'étudiants deux fois plus importante en 2010 qu'en 2005 (11,3 % vs 5,4 %). L'INPES relève notamment que les étudiants sont désormais davantage concernés par les ivresses dans l'année (50 %) que les jeunes actifs occupés (39 %) ou les jeunes au chômage (37 %).

La dernière enquête de la LMDE aboutit à des conclusions similaires : 52 % des étudiants déclarent avoir consommé six verres ou plus au cours d'une même occasion au cours des douze derniers mois, tandis que 12 % déclarent avoir été ivres une fois par mois et 5 % une fois par semaine.

Le sexe, l'âge et les filières d'études constituent des éléments différenciateurs dans les pratiques de consommation d'alcool, ainsi que le souligne l'OVE :

- ◆ ainsi, 13 % des garçons étudiants ont déclaré avoir été au moins quatre fois en état d'ivresse au cours du mois qui a précédé l'enquête alors que cela ne concerne que 5 % des filles ;
- ◆ la consommation d'alcool évolue par ailleurs selon l'âge en suivant une courbe en cloche dont le sommet se situe entre 22 et 24 ans ;
- ◆ enfin, c'est dans les filières de management, d'ingénieurs et dans les écoles de la culture que l'on trouve les plus importantes consommations d'alcool puisque respectivement 48 %, 46 % et 43 % des étudiants déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine.

## Rapport

L'ivresse intervient dans 60 % des cas au domicile ou chez des amis, et dans 17 % des cas lors de soirées étudiantes (source LMDE). L'âge moyen de la première ivresse, estimé à 16,8 ans par l'INPES, est resté stable depuis 2005.

L'âge d'initiation à l'ivresse précède donc, pour la majorité des jeunes, leur entrée dans la vie étudiante. Ceci plaide en faveur du développement d'actions de prévention dès le lycée ainsi que d'actions de sensibilisation permettant de toucher la sphère familiale.

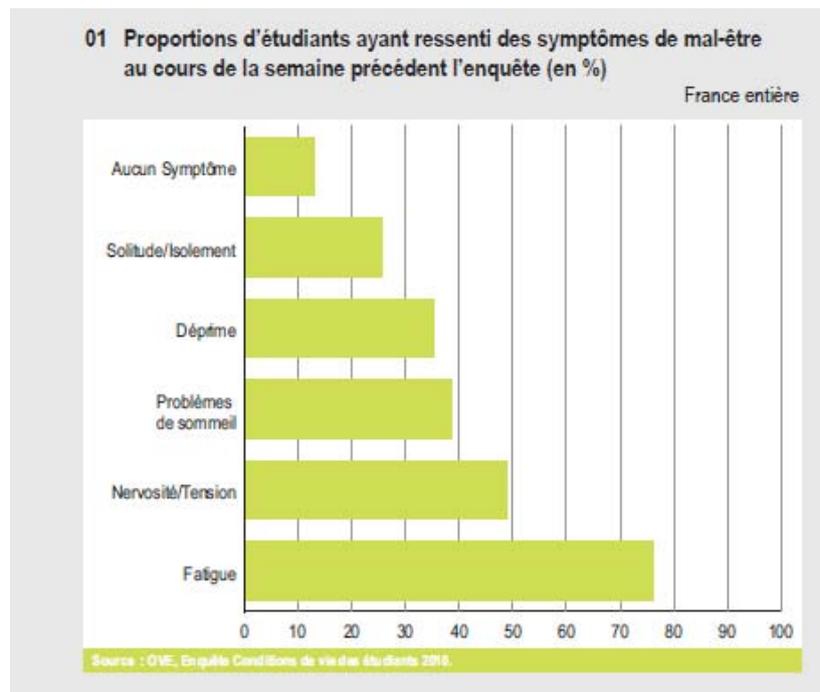
### 1.4. Les étudiants restent exposés à des problématiques de santé spécifiques liées aux études et à la jeunesse

#### 1.4.1. Le mal-être étudiant

##### 1.4.1.1. Des symptômes fréquents

Si les étudiants jugent globalement leur santé comme étant bonne, nombreux sont ceux qui déclarent néanmoins éprouver des symptômes de mal-être. L'OVE souligne la fréquence des états de fatigue (77 %), de nervosité (50 %), de déprime (35 %) et d'isolement (25 %). Les problèmes de sommeil et de nervosité ont tendance à augmenter avec l'avancée en âge tandis que les sentiments de fatigue et de déprime diminuent.

Graphique 1 : Le mal-être étudiant



Source : OVE.

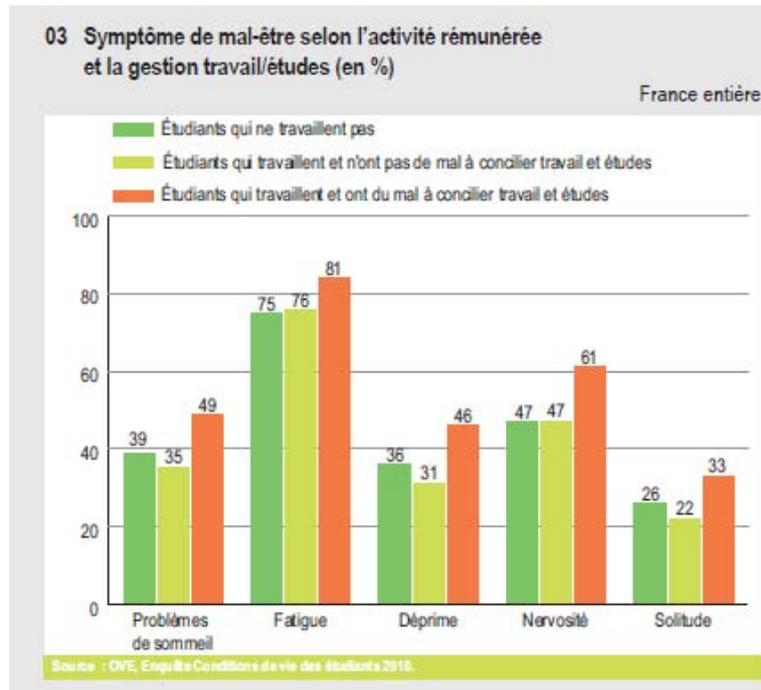
L'enquête 2011 de la LMDE, pour sa part, indique que près de quatre étudiants sur dix (38 %) disent avoir éprouvé un sentiment constant de détresse et de déprime au cours des douze derniers mois. Toujours selon la LMDE, l'existence d'un symptôme de trouble dépressif concernait en 2011 un étudiant sur cinq. Les femmes et les étudiants plus âgés sont davantage concernés par des symptômes dépressifs. Le fait d'être isolé ou d'entretenir de mauvaises relations avec les parents influe également sur la déclaration d'un symptôme de trouble dépressif.

## Rapport

### 1.4.1.2. L'impact du travail rémunéré étudiant sur la santé psychique

Selon l'OVE, les étudiants travaillant au moins à mi-temps six mois dans l'année ou plus déclarent plus que les autres des problèmes de sommeil, de fatigue ou de nervosité. Mais ils sont aussi moins nombreux à se sentir isolés (20 % contre 26 %) ou déprimés (27 % contre 35 %). Le travail rémunéré en plus des études aurait donc pour effet d'accroître la fatigue par l'accumulation d'heures hebdomadaires mais réduirait dans le même temps l'isolement des étudiants travailleurs par l'augmentation des relations sociales et des interactions professionnelles.

Graphique 2 : Mal-être étudiant et emploi salarié



Sous réserve de ne pas représenter un nombre d'heures trop élevé, nuisible à la santé et à la réussite des étudiants, l'emploi salarié des étudiants, en réduisant les risques d'isolement et de déprime, ne serait pas un facteur aggravant du mal-être étudiant.

### 1.4.2. La santé sexuelle

Selon la LMDE, deux tiers des étudiants déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. Le premier rapport sexuel déclaré a lieu à l'âge moyen de 17 ans, soit avant l'entrée dans l'enseignement supérieur pour la majorité des étudiant(e)s.

Près de quatre étudiants sur cinq déclarent utiliser systématiquement un préservatif lors de rapports avec un nouveau partenaire.

Le modèle contraceptif est dominé par la pilule, prise par trois étudiantes ayant déjà eu des rapports sexuels sur quatre. Une étudiante sur 10 déclare avoir rencontré des difficultés pour se procurer un moyen de contraception, les principaux freins étant financiers (cités par un tiers d'entre elles) ou psychologiques (34 % n'osent pas demander de prescription à un médecin). Il est à noter que 43 % des étudiantes déclarent avoir déjà utilisé la pilule du lendemain. Parmi elles, 9 % disent avoir rencontré des difficultés pour l'obtenir.

## Rapport

3 % des étudiantes interrogées par la LMDE déclarent avoir eu recours à une IVG. 26 % d'entre elles indiquent avoir rencontré des difficultés pour pratiquer cette IVG, la difficulté à obtenir un rendez-vous étant évoquée par 22 % des personnes interrogées et la difficulté à trouver des structures par 18 %.

Les constats posés par la LMDE rejoignent ceux de l'INPES, qui, face à la persistance d'un taux de grossesse non désiré important malgré le bon taux de couverture contraceptive, invite à soutenir la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière.

### 1.5. Certaines sous-populations sont plus fragiles ou plus exposées à certains risques

Ainsi que le souligne l'OVE<sup>23</sup>, les étudiants les plus âgés, les filles, les étudiants d'origine sociale modeste, les étudiants étrangers et les étudiants dé-cohabitant apparaissent comme des populations plus à risque en matière de santé :

*« Parmi les variables qui cristallisent les inégalités en matière de santé, l'âge des étudiants joue un rôle prépondérant : l'avancée en âge se traduit, au sein de la population étudiante, par une autonomisation vis-à-vis des parents et une transformation des pratiques. Cette transition vers l'indépendance, et particulièrement vers l'indépendance résidentielle, a pour effet de réduire la protection relative en matière de santé que procure la famille (...)*

*Le sexe des étudiants constitue un autre facteur discriminant dans le domaine de santé : malgré des comportements et des pratiques moins à risque que leurs homologues masculins, les étudiantes sont sensiblement moins nombreuses à se juger en bonne santé, ce qui influe notamment sur la manière dont elles recourent aux soins.*

*Enfin, la situation socio-économique constitue une troisième source de différenciation au sein de la population étudiante : c'est alors l'aspect plus proprement économique de l'accès aux soins qui explique que les étudiants d'origine sociale modeste bénéficient moins souvent d'une couverture complémentaire et renoncent plus souvent aux soins. »*

Par ailleurs, les étudiants de certaines filières sont également davantage exposés, en raison de leur cursus, à certains risques sanitaires (médecine, IFSI, STAPS...).

La LMDE observe également que les difficultés d'accès au système de santé sont plus fréquemment déclarées par les étudiants de l'université que par ceux des écoles, et, au sein de l'université, concernent davantage les filières lettres, sciences humaines et droit. Ceci peut s'expliquer par le recrutement sociologique plus populaire de l'université et des filières concernées.

En termes de stratégie préventive, il en résulte sans doute la nécessité de dépasser une approche populationnelle générale indifférenciée et de privilégier les formes d'actions permettant d'atteindre les sous-populations identifiées comme à risque.

#### **Conclusion :**

Si l'on doit s'intéresser à la santé des étudiants, c'est moins parce que cette population souffrirait d'un décrochage sanitaire (c'est même plutôt l'inverse) que parce qu'elle traverse une période de la vie au cours de laquelle les enjeux de prévention sont particulièrement périlleux. Intervenir auprès de cette population permet en effet de prévenir la survenue ultérieure de problèmes de santé ou l'installation de comportements défavorables à la santé.

---

<sup>23</sup> OVE Infos n° 27, mars 2013.

## 2. Recours et renoncements aux soins : état des lieux

### 2.1. Un recours aux soins médicaux élevé

#### 2.1.1. Près de 9 étudiants sur 10 ont consulté un médecin au cours de l'année

La propension à consulter est élevée au sein de la population étudiante, témoignant d'une attention particulière à leur état de santé. Ainsi, selon l'OVE, 87 % des étudiants ont effectué au moins une consultation médicale au cours des six mois. L'enquête 2011 de la LMDE aboutit à un résultat similaire.

L'OVE observe que les étudiantes ont plus souvent consulté un médecin (elles sont 82 % à avoir consulté un généraliste et 52 % à avoir consulté un spécialiste, contre respectivement 70 % et 30 % pour les garçons). Les filles sont par ailleurs deux fois plus nombreuses que les garçons à avoir consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychanalyste.

#### 2.1.2. Deux enjeux spécifiques en termes d'accès aux soins : gynécologie et santé mentale

Les étudiants sont particulièrement concernés par deux problématiques : la possibilité de disposer d'un suivi gynécologique régulier, et la possibilité d'accéder à une offre de soins en santé mentale.

Au cours de leurs investigations, les rapporteurs ont été alertés à plusieurs reprises sur la difficulté, pour les étudiantes, d'accéder à des gynécologues libéraux, particulièrement en secteur 1. A Clermont-Ferrand, le délai d'obtention d'un rendez-vous en ville était, selon le SUMPPS, de trois mois. A Bordeaux, l'ordre de grandeur serait de six mois, l'essentiel des cabinets libéraux ne prenant pas de nouvelle patiente.

Les enquêtes EmeVia/CSA corroborent l'hypothèse d'une difficulté d'accès aux consultations de gynécologie : en 2007, 43,6 % des étudiantes interrogées déclaraient avoir consulté ; en 2009, 38,3 % ; en 2011, 30,2 %.

Les données de la LMDE relèvent que 45 % des étudiantes sexuellement actives n'ont jamais effectué de frottis vaginal. Les difficultés rencontrées pour se procurer un moyen de contraception ou pour obtenir la pilule du lendemain concernent une étudiante sur dix.

Ainsi que le souligne l'INPES dans son dernier baromètre santé, « au-delà de l'usage même du contraceptif, c'est donc la question de l'accès au système de soins et à la prévention médicalisée qui semble ici se poser. »

Dans ce contexte, les consultations de gynécologie proposées par les centres de santé des SUMPPS constituent une réponse pertinente à un besoin sanitaire aujourd'hui mal couvert. En raison des enjeux multiples liés à l'installation d'un suivi gynécologique régulier à cette période de la vie, la mission recommande de soutenir fortement le développement de cette orientation.

La possibilité d'accéder à une offre en santé mentale constitue un autre enjeu prégnant. Compte tenu à la fois de la part des étudiants qui déclarent un ou plusieurs symptômes de mal-être psychique, et des freins pour accéder à une consultation auprès d'un psychologue – non remboursé – ou d'un psychiatre en secteur 1, le risque est celui d'une absence de prise en charge, ou d'une réponse dominée par la prescription de tranquillisants ou d'antidépresseurs auprès de médecins généralistes.

## Rapport

Plusieurs SUMPPS ont développé une offre intéressante en santé mentale, à l'instar de Bordeaux ou Clermont-Ferrand. La possibilité d'accéder à une consultation entièrement prise en charge et sans avance de frais, et de bénéficier d'un étayage sous des formes diversifiées (psychologue, psychiatre, IDE spécialisée en gestion du stress, sophrologie, ateliers collectifs, groupes de parole...), permet d'engager un véritable parcours de soins et de circonscrire le risque d'une réponse uniquement médicamenteuse.

Comme l'indiquait une directrice de SUMPPS, le fait pour les étudiants concernés d'être reçus dans la même salle d'attente et les mêmes locaux que ceux qui viennent chercher un certificat d'aptitude sportive ou renouveler un contraceptif joue un effet déstigmatisant bénéfique. La mission a d'ailleurs observé que cette offre en santé mentale était déconnectée de l'existence ou non d'un bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) au sein du SUMPPS, seuls 7 % des étudiants connaissant au demeurant l'existence et la signification de cet acronyme.

### **2.2. Un renoncement aux soins multifactoriel qui fait l'objet de mesures et d'interprétations contrastées**

#### **2.2.1. Un tiers des étudiants déclare avoir renoncé à consulter un médecin**

L'OVE, dans sa dernière enquête, indique qu'un tiers des étudiants déclarent avoir renoncé à aller voir un médecin au cours des six derniers mois. C'est le fait d'avoir choisi d'attendre que leur état de santé s'améliore de lui-même qui est le plus souvent invoqué par les étudiants (23 % de ceux qui ont renoncé), suivi par le manque de temps (13 % des étudiants). L'OVE conclut : « Le renoncement pour raisons financières n'arrive donc qu'en troisième position dans les explications invoquées par les étudiants et concerne 12 % d'entre eux. »

Comme l'OVE, la LMDE estime aussi à un tiers la part des étudiants ayant renoncé à consulter un médecin au cours de l'année écoulée. Les motifs déclarés du renoncement à la consultation (plusieurs réponses possibles) s'établissent comme suit : le manque de temps est cité par 46 % des étudiants, l'automédication par 41 %, des raisons financières par 29 %, et 26 % déclarent ne pas aimer aller chez le médecin.

#### **2.2.2. Le renoncement à des soins pour motifs financiers : des estimations contrastées**

Les mutuelles étudiantes estiment entre 15 % et 20 % la part des étudiants renonçant à des soins pour motifs financiers. Les premiers soins concernés sont les soins dentaires et les traitements ophtalmologiques. Tant EmeVia que la LMDE établissent un lien de causalité avec l'absence de couverture santé complémentaire.

Le Livre blanc des mutuelles de proximité publié à l'occasion de la dernière élection présidentielle par EmeVia illustre cette posture démonstrative : « L'absence de couverture santé complémentaire chez près d'un étudiant sur cinq n'est pas sans conséquence sur l'accès aux soins. Ils sont en effet plus de 15 % de la population étudiante à déclarer avoir renoncé à des soins pour des raisons financières ».

De même, les conclusions du chapitre consacré à l'état de santé et au recours aux soins de l'enquête LMDE mettent en exergue les freins financiers : « Si les étudiants sont globalement en bonne santé, on constate cependant d'importantes difficultés d'accès aux soins, liées à la situation financière. L'enquête nationale santé conditions de vie montre que plus d'un tiers des étudiants a renoncé à une consultation médicale, 20 % à des soins ou des traitements en raison de leur coût, et près d'un sur dix à certaines dépenses pour payer des frais de santé. Ces données sont à rapporter à la couverture santé insuffisante de nos répondants (...) ».

## Rapport

Les postulats des mutuelles étudiantes doivent cependant être considérés avec circonspection dans la mesure où ils reviennent à considérer que les étudiants, en dépit du gradient social, seraient davantage exposés au renoncement aux soins pour motifs financiers que les jeunes dans leur ensemble. En effet, selon une étude coordonnée par la DREES, en 2009, un jeune sur dix ayant renoncé à des soins au cours des douze derniers mois l'aurait fait pour des raisons financières (conférence biennale sur la santé, citée par l'enquête LMDE). Si l'on se réfère aux estimations des mutuelles étudiantes, ce taux serait 1,5 fois (EmeVia) à 2 fois plus élevé (LMDE) pour les étudiants que pour les jeunes dans leur ensemble, ce qui paraît sujet à caution.

Bien que la LMDE et EmeVia suggèrent une difficulté d'accès aux soins liée à la condition étudiante, il ne semble pas que la situation relative des étudiants soit manifestement plus défavorable que la moyenne nationale. Plus exactement, les étudiants sont concernés par le renoncement aux soins dans des proportions qui ne les singularisent pas du reste de la population puisque, si l'on se réfère à l'enquête « Santé et protection sociale » de 2008 de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 15,4 % des personnes adultes de plus de 18 ans auraient renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois.

L'analyse de l'OVE est d'ailleurs moins alarmiste que les enquêtes des mutuelles étudiantes : « en matière de santé, la situation socioéconomique générale des étudiants les protège quelque peu contre l'aspect financier du renoncement aux soins. On relève ainsi une différence de 3,5 points de moins que la population française de plus de 18 ans. »<sup>24</sup>.

De fait, les données relatives au renoncement au soin montrent que le profil des étudiants concernés correspond davantage à celui des étudiants confrontés à une situation socio-économique précaire : les étudiants qui déclarent rencontrer des difficultés financières renoncent beaucoup plus aux consultations médicales (54 %) que ceux qui n'en mentionnent pas (29 %). De même, 54 % des étudiantes déclarant plus de 600 € par mois ont déjà réalisé un frottis contre 26 % des étudiantes sans ressources (LMDE).

L'OVE identifie d'ailleurs, au sein de la population étudiante, des sous-populations cibles plus exposées au renoncement aux soins :

- ◆ les étudiants éloignés de leur domicile familial d'origine ;
- ◆ les étudiants ne bénéficiant pas de soutien familial ;
- ◆ les étudiants étrangers, qui cumulent les deux précédents critères<sup>25</sup> ;
- ◆ les étudiants d'origine sociale modeste ;
- ◆ la tranche des plus de 23-25 ans, pour lesquels la famille joue un moindre rôle de protection que pour les plus jeunes, sans que l'indépendance économique n'ait pris le relais.

Autrement dit, **au-delà du statut étudiant, cette population semble d'abord soumise aux déterminants socio-économiques habituels générateurs d'inégalités de santé.**

---

<sup>24</sup> Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, Caroline Després, Paul Dourgnona, Romain Fantin, Florence Jusot, Questions d'économie de la santé, n° 170, novembre 2011. Cité par l'OVE in OVE Infos N°27.

<sup>25</sup> L'OVE voit ainsi dans la nationalité « un élément nettement discriminant dans le recours aux soins médicaux puisque les étudiants étrangers sont moins nombreux que les étudiants français à avoir eu recours à une consultation médicale, et ce, aussi bien auprès d'un généraliste (65 % contre 78 % des étudiants français), que d'un spécialiste (35 % contre 44 % des étudiants français). »

### **3. L'accès des étudiants à la protection sociale souffre de graves dysfonctionnements**

Les étudiants sont globalement en bonne santé, et ils sont bien informés sur les enjeux de santé. Mais ils n'en rencontrent pas moins des difficultés importantes dans leur parcours d'accès à la protection sociale. Ces difficultés sont pour partie induites par le cadre juridique français qui fait obligation aux étudiants de s'affilier à un régime de sécurité sociale spécifique pour la durée de leurs études. Dans un contexte où les modalités d'information et d'affiliation des étudiants sont peu satisfaisantes, et où les dysfonctionnements de gestion des mutuelles étudiantes pèsent sur leurs affiliés, il en résulte pour les étudiants un parcours d'accès au droit complexe et semé d'embûches.

Compte tenu des nombreux travaux déjà diffusés ou en voie de l'être autour de la protection sociale des étudiants, la mission n'a pas renouvelé des investigations déjà en cours. Les développements ci-après reprennent des constats déjà largement posés à travers notamment le rapport du Sénat et l'enquête publiée par UFC-Que Choisir en septembre 2012 sur les mutuelles étudiantes. La mission s'est également rapprochée de la Cour des comptes, qui vient d'achever une enquête nationale sur le régime étudiant de sécurité sociale, et du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dont le rapport relatif à la généralisation de la couverture complémentaire en santé devait être adopté d'ici la mi-juillet 2013. La mission a enfin veillé à coordonner son intervention avec celle des rapporteurs de l'IGAS et de l'IGF en charge d'une mission, en cours d'achèvement début juillet 2013, sur les coûts de gestion de l'assurance maladie.

#### **3.1. L'accès à la sécurité sociale : un parcours trop souvent difficile**

##### **3.1.1. L'obligation pour les étudiants de s'affilier à un régime spécifique de sécurité sociale est source de complexité**

###### ***3.1.1.1. La France se distingue des autres pays de l'Union européenne par l'organisation d'un régime obligatoire propre aux étudiants***

Comme le relève le rapport sénatorial déjà cité, il s'agit d'une situation unique en Europe. Les élèves et étudiants de plus de 16 ans doivent s'affilier à la sécurité sociale dans le cadre d'un dispositif spécifique, le régime étudiant de sécurité sociale (RESS), dont la gestion est déléguée par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes (article L. 381-3 du code de la sécurité sociale [CSS]).

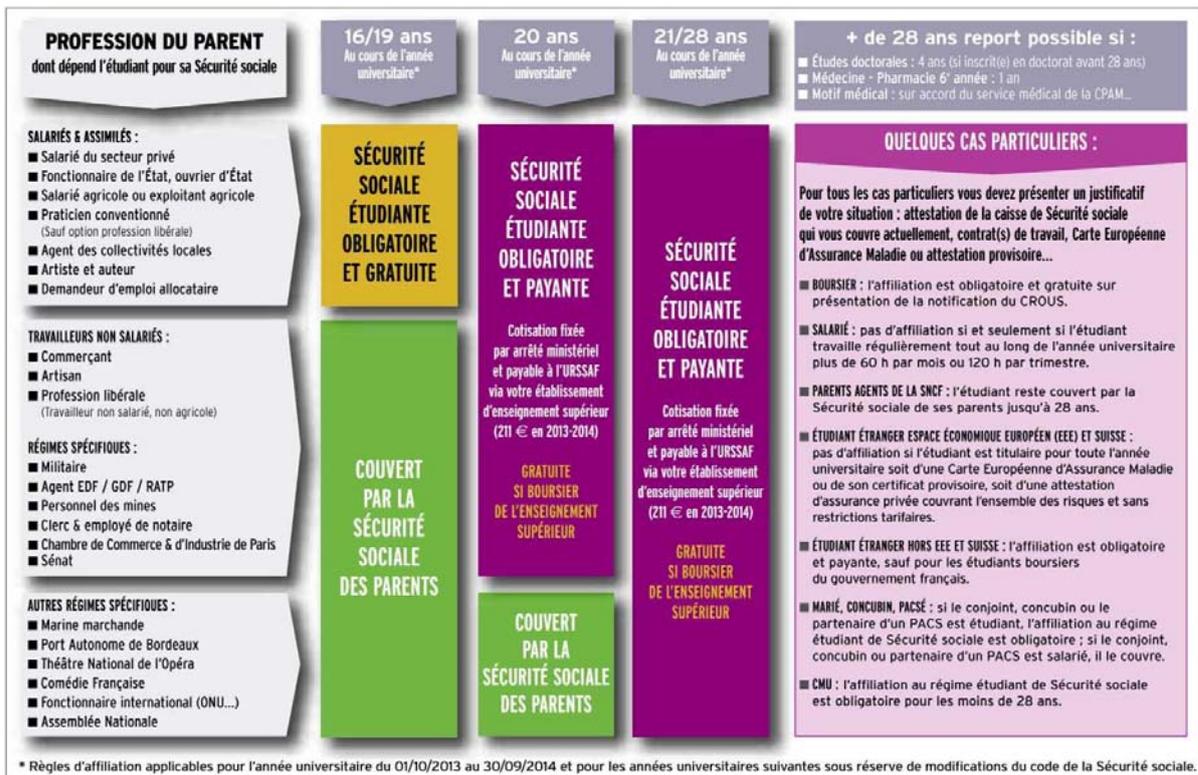
Il en résulte pour les étudiants l'obligation de quitter le statut d'ayant droit de leurs parents et de s'affilier, pour bénéficier des prestations de base maladie-maternité, soit auprès de la Mutuelle des étudiants (LMDE), dont la compétence est nationale, soit auprès d'une des dix mutuelles à compétence régionale<sup>26</sup> du réseau EmeVia.

Les règles qui régissent l'affiliation varient en fonction de l'âge de l'étudiant et de la profession de ses parents :

---

<sup>26</sup> SMEREP, SMERAG, SMEREB, SMECO, SMERRA, SMENO, MEP, MGEL, SMEBA, VITTAVI.

Schéma 3 : Règles d'affiliation au RESS.



Source : LMDE.

Cette affiliation se traduit, sauf exemption, par le versement d'une cotisation dont le montant<sup>27</sup> était, en 2012-2013, de 207 €. La cotisation est due par tout étudiant âgé de 20 ans ou plus au cours de l'année universitaire à venir. Les boursiers sont exemptés.

En 2011, le nombre d'affiliés au RESS s'établissait à près de 1 700 000 étudiants, dont un peu plus de 900 000 auprès de la LMDE (53 %) et un peu plus de 790 000 auprès d'une des mutuelles régionales du réseau EmeVia (47 %)<sup>28</sup>.

La cotisation annuelle forfaitaire contribuant au financement du régime étudiant est payable à l'établissement en même temps que les frais de scolarité. La mutuelle étudiante intervient ensuite pour ouvrir les droits et faire produire ou mettre à jour la carte vitale de l'étudiant. L'affiliation au RESS est valable pour un an à compter du 1<sup>er</sup> octobre.

Il revient donc aujourd'hui à l'établissement d'enseignement de recouvrer la cotisation au RESS, de transmettre aux mutuelles les informations nécessaires à l'immatriculation des étudiants, et de contrôler les justificatifs attestant d'une exonération d'affiliation au régime étudiant. Il est ainsi demandé à des structures dont ce n'est pas le cœur de métier de faire préciser à l'étudiant son choix d'affiliation entre une mutuelle régionale (SMER) et la LMDE, ou de vérifier le cas échéant s'il remplit en tant qu'étudiant salarié les conditions d'affiliation au régime général.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Le montant de la cotisation est fixé par arrêté interministériel.

<sup>28</sup> Source : CNAMTS.

<sup>29</sup> Conditions requises :

- avoir travaillé au moins soixante heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à soixante fois le Smic horaire, pendant un mois civil ou trente jours ;
- ou avoir travaillé au moins cent vingt heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à cent vingt fois le Smic horaire, pendant trois mois civils ou un trimestre.

### 3.1.1.2. *L'information des futurs affiliés sur le régime étudiant de sécurité sociale (RESS) se fait au mauvais moment et dans de mauvaises conditions.*

Alors qu'ils sont soucieux de finaliser leur inscription universitaire, les étudiants sont démarchés lors de la chaîne d'inscription par des représentants des mutuelles qui les invitent à choisir la mutuelle de leur choix au sein du « duopole » SMER/LMDE. L'information sur le régime de base (obligatoire) se fait concomitamment avec celle sur le régime complémentaire (facultatif). Cette information se fait par les parties prenantes.

Sur la base d'un sondage et d'une enquête de satisfaction en ligne (837 réponses) réalisés en septembre 2012, l'*UFC Que Choisir* résumait sévèrement les travers du système actuel :

*« La distribution, dans un même lieu et par les mêmes organismes privés, de la sécurité sociale étudiante obligatoire et d'activités commerciales facultatives (complémentaire santé, assurance habitation ou automobile, banque, etc.) aboutit à une totale méconnaissance de leurs droits par les jeunes. Ainsi, seuls 39 % des étudiants interrogés ont intégré le rôle premier des mutuelles - remplacer la sécurité sociale de leurs parents- et pas plus de 43 % ont compris que le niveau des remboursements, pour la partie sécurité sociale, est le même quel que soit leur choix. Pire, 37 % des nouveaux étudiants ignorent que les complémentaires santé qu'elles proposent ne sont pas obligatoires. »*

L'Union nationale des associations familiales (UNAF), qui a effectué en 2012 une enquête auprès de ses adhérents, constate également : « Dans 19 % des cas, l'étudiant et ses parents découvrent le jour de l'inscription qu'il existe une sécurité sociale pour les étudiants, qu'elle coûte environ 200 € à l'année et qu'il faut choisir entre plusieurs organismes ».<sup>30</sup>

Ce déficit d'information mériterait d'être comblé en amont de la procédure d'inscription. Plusieurs pistes sont possibles :

- ◆ l'UNAF recommande la diffusion systématique d'un livret d'information à destination des lycéens de Terminale ;
- ◆ on peut aussi utilement envisager une information sur le portail internet Admission Post Bac (APB), passage obligé pour les lycéens de Terminale aux moments de leurs vœux d'inscription ; une mise à jour des informations, peu claires, qui figurent sur le portail « vie étudiante » du MESR, serait particulièrement bienvenue ;
- ◆ enfin, une information neutre pourrait être organisée via les supports de l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP) ;
- ◆ en revanche, la mission émet des réserves sur l'opportunité de confier l'information des lycéens aux mutuelles étudiantes<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Protection sociale et santé des étudiants – enquête auprès des parents par l'union nationale des associations familiales – 2012.

<sup>31</sup> Une note circulaire DGESCO du 29 mars 2007 prévoyait une information des lycéens de terminale sur l'inscription à la sécurité sociale étudiante, à la diligence des mutuelles étudiantes. Selon les informations recueillies par la mission, cette circulaire n'aurait guère connu d'application. Diverses conventions, dont certaines attributives de subventions entre le ministère de l'éducation nationale (DGESCO), le ministère chargé de l'enseignement supérieur (DGESIP) et les mutuelles étudiantes, ont par ailleurs été portées à la connaissance de la mission. Ces conventions prévoient – et financent - l'organisation d'actions de prévention et d'information sur la protection sociale auprès des lycéens. Il conviendrait de faire une évaluation de leur application.

### 3.1.2. La situation de duopole exacerbe la concurrence entre les mutuelles étudiantes

Comme le relève la mission IGAS/IGF sur les coûts de gestion de l'assurance maladie, « au sein du RESS, la concurrence portant sur le régime obligatoire est amplifiée par l'existence d'une offre complémentaire : les coûts d'acquisition d'adhérents aux contrats complémentaires parmi les affiliés au régime obligatoire (RO) sont réduits grâce au lien établi avec eux et à leur préférence pour une gestion unique des remboursements liés à la santé ».

L'acquisition d'affiliés au moment des inscriptions universitaires revêt donc un caractère stratégique pour les mutuelles étudiantes, qui se disputent les nouveaux affiliés potentiels (parfois au sens propre du terme) et rivalisent de communication pour les attirer.

### 3.2. Les étudiants subissent en tant qu'affiliés des dysfonctionnements majeurs de gestion

La performance des mutuelles étudiantes impacte directement l'accès effectif de leurs affiliés à la protection sociale. On rappellera ici quelques constats issus de travaux récents sur cette question :

Le rapport sénatorial de décembre 2012 pointait « d'importantes difficultés de gestion » ainsi qu'une « qualité insuffisante du service rendu ». Sur la base de témoignages recueillis via un espace participatif ouvert sur le site internet du Sénat, le rapport dressait la typologie suivante des difficultés rencontrées par les étudiants :

« Ces messages concernent presque uniquement la LMDE et ont trait principalement à :

- ◆ l'impossibilité de joindre un correspondant, que ce soit au téléphone, par messagerie électronique, voire par courrier postal ;
- ◆ la nécessité de renvoyer des documents déjà fournis ;
- ◆ des délais d'obtention de la carte vitale ou d'autres documents utiles, comme la carte européenne d'assurance maladie (...) » ;
- ◆ le rapport parlementaire se faisait également l'écho de l'étude publiée par *UFC Que Choisir* en septembre 2012 sur les mutuelles étudiantes : « l'étude évoque des délais d'attente en agence parfois très longs et qui peuvent amener à éconduire des assurés qui s'étaient pourtant déplacés, une difficulté récurrente à joindre certaines plateformes téléphoniques et des courriers et mails restés sans réponse ». Selon *l'UFC Que Choisir*, « un tiers des nouveaux inscrits dans les études supérieures attend plus de trois mois sa carte Vitale, et ne peut donc, pendant ce temps, bénéficier du tiers payant » ;
- ◆ les informations recueillies par la mission lors de ses cinq déplacements dans des SUMPPS sont convergentes avec les constats du rapport sénatorial et de *l'UFC Que Choisir*, les interlocuteurs rencontrés faisant état de délais de mise à disposition des cartes Vitale s'étalant habituellement jusqu'à janvier.

Des difficultés fréquentes ont notamment été rapportées concernant les étudiants étrangers<sup>32</sup>, certains d'entre eux repartant dans leur pays d'origine au bout d'un an sans avoir reçu de carte Vitale.

---

<sup>32</sup> Les étudiants étrangers doivent se faire établir un NIR auprès du service administratif national d'identification des assurés (SANDIA). Les exigences de production de pièces justificatives ayant été durcies en 2012 (nécessité de produire une pièce d'identité et une pièce d'état-civil apostillée), il en est résulté une augmentation des rejets de la part du SANDIA et des délais importants pour la mise à disposition des cartes Vitale auprès des étudiants étrangers, ceci conduisant la DSS à assouplir le cadre juridique.

## Rapport

Le délai moyen global de mise à disposition de la carte Vitale tel que communiqué à la mission par la LMDE s'établissait en 2011 à 54,7 jours<sup>33</sup>. Les données d'EmeVia étaient toujours en attente de réception au moment de la rédaction du présent rapport.

Une autre difficulté tient à l'obligation fréquente pour les étudiants d'adresser des décomptes sous format papier à leur complémentaire, faute d'échanges d'information dématérialisés systématisés entre le RESS et les organismes complémentaires non étudiants. Selon la mission IGF/IGAS, 20 % à 40 % des affiliés au RESS seraient obligés de recourir à des envois papier, soit une proportion deux à trois fois supérieure à celle des bénéficiaires des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Enfin, toujours selon les constats de la mission IGF/IGAS, « les indicateurs de qualité de service instaurés en 2012 font valoir une performance inférieure à celle des CPAM ». Cette même mission observe que « les enquêtes à destination des assurés portant sur la qualité de service sont réalisées par les mutuelles étudiantes elles-mêmes, et non par la CNAMTS ou par un tiers indépendant ». Elle relève enfin que les coûts de gestion des mutuelles étudiantes sont élevés<sup>34</sup> et présentent une évolution moins favorable sur la période 2005-2011 que celle des autres opérateurs du régime général : « les coûts de gestion du RO déclarés par les mutuelles étudiantes ont progressé de 5,5 % et 12,4 % respectivement pour EmeVia et la LMDE, tandis que ceux de la MGEN et de l'ensemble des CPAM (BAM 128<sup>35</sup>) baissaient de 2,4 % et 5 % ».

Ces coûts de gestion élevés interviennent alors même que, toujours selon la mission IGF/IGAS, « la gestion simultanée du RO et du régime complémentaire (RC) est plus efficiente que celle de contrats disjoints (gestion unique de la base des bénéficiaires, liquidation des prestations et éditique communes) » et que « la part de bénéficiaires non consommant s'élève à 23 % à la LMDE, contre 5 % en moyenne pour les publics de la CNAMTS et moins de 1 % pour celui de la MGEN. La bonne santé relative des étudiants entraîne une réduction de moitié du nombre d'actes de liquidation pour l'ensemble des bénéficiaires ; elle réduit le périmètre des activités de la mutuelle à l'affiliation, à l'information et à la prévention pour une part significative d'assurés, non consommateurs de soins. »

### 3.3. Le système actuel génère des risques du point de vue de l'accès au droit des étudiants

Les modalités actuelles d'affiliation et d'information des étudiants sont porteuses de plusieurs risques qui apparaissent mal maîtrisés :

---

<sup>33</sup> Il s'agit soit de créer une nouvelle carte, soit de réaliser une mutation inter-régime si l'étudiant était ayant droit de ses parents. Par ailleurs, jusqu'en février 2013 une exigence supplémentaire s'appliquait aux mutuelles étudiantes : la restitution au GIE de l'ancienne carte Vitale en cas de mutation inter-régime. Le délai LMDE n'est donc pas directement comparable à celui des CPAM (une vingtaine de jours).

<sup>34</sup> En 2011-2012 : 62,47 € pour la LMDE et 59,98 € pour les mutuelles du réseau EmeVia.

<sup>35</sup> Coût moyen de gestion des 128 CPAM les plus performantes.

### 3.3.1. Le risque d'absence de couverture de base :

Dans la mesure où les étudiants salariés relèvent du régime général et sont dispensés de l'affiliation au RESS, l'obligation d'affiliation peut être contournée, de manière délibérée ou involontaire, par certains étudiants se déclarant à tort salariés ; d'après les informations recueillies par la mission lors de ses investigations, ce phénomène d'évasion aurait tendance à s'accroître sur la période récente en raison du souhait de certains étudiants d'échapper à un prélèvement de 207 € perçu comme inutile du fait de leur bonne santé ; la dématérialisation des chaînes d'inscription, en évitant le face-à-face et la production de pièces justificatives pour justifier de la situation de salarié, faciliterait aussi ce phénomène d'évasion ; il peut en résulter, pour ces étudiants, le risque de se découvrir non couvert si un problème de santé survient.

### 3.3.2. Le risque d'erreurs et de retards dans l'ouverture de droits :

Ce deuxième risque, générique, est à relier à la complexité du parcours imposé aux étudiants :

- ◆ affiliation initiale obligatoire nécessitant la transmission des informations par le régime antérieur (en général celui des parents) vers le nouveau centre de sécurité sociale ;
- ◆ nécessité de renouveler l'affiliation au début de chaque année universitaire ;
- ◆ nécessité d'une nouvelle mutation à la fin du cursus étudiant.

Le système actuel, qui nécessite pour chaque étudiant deux mutations inter-régimes (au début et à la fin de son cursus), génère mécaniquement des coûts de gestion pour les mutuelles étudiantes. Chaque année, celles-ci doivent en effet affilier un tiers de nouveaux adhérents. Le risque d'erreurs et de retards dans l'accès au droit est d'autant plus significatif que, selon l'enquête réalisée par l'*UFC Que Choisir* en septembre 2012, les échanges entre les établissements d'enseignement supérieur et les mutuelles étudiantes auraient lieu dans 40 % des cas par formulaires papier.

### 3.3.3. Le risque de non accès à la CMUC et à l'ACS

En dehors même des règles restrictives d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), la mission observe que l'organisation actuelle ne garantit pas une information systématique du public potentiellement éligible à ces dispositifs. Dans plusieurs des SUMPPS visités, les assistantes sociales étaient régulièrement amenées à faire de l'ouverture de droits en cours d'année pour des étudiants qui auraient dû se voir proposer l'un de ces dispositifs au début de l'année universitaire. Interrogées par la mission quant à l'existence d'actions spécifiques d'accès au droit, EmeVia et la LMDE n'ont pas signalé d'initiative récurrente particulière. Toutefois, la mission a été informée que la LMDE avait adressé en 2009 à tous ses affiliés boursiers un courrier concernant la possibilité de bénéficier de l'ACS. Il existe sans doute des marges de progrès sur ce point pour mieux prévenir le non recours.

### 3.3.4. Le risque d'une couverture complémentaire santé inutile ou redondante

Paradoxalement, l'organisation actuelle combine le risque d'une couverture santé insuffisante ou excessive des étudiants. En effet, compte tenu du manque d'information de la part de nombreux étudiants sur la distinction entre RO et RC, le risque existe de souscrire une couverture complémentaire individuelle alors qu'ils peuvent être déjà couverts par la complémentaire santé de leurs parents.

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, qui prévoit une généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé et une amélioration des dispositifs de portabilité en matière de couverture prévoyance et santé, devrait d'ailleurs accroître la proportion d'étudiants pouvant être couverts par une complémentaire santé collective via leurs parents<sup>36</sup>.

Interrogé par la mission sur ce risque de redondance, le représentant d'EmeVia s'est borné à indiquer que les étudiants pouvaient toujours résilier a posteriori un contrat inutile.

### **3.4. L'accès à une complémentaire santé reste marqué par de fortes inégalités sociales**

#### **3.4.1. Près d'un étudiant sur deux bénéficie de la couverture complémentaire de ses parents**

L'accès des étudiants à une couverture complémentaire santé peut se faire de plusieurs manières :

- ◆ en tant qu'ayant-droit de la mutuelle des parents (45 % des étudiants selon l'enquête LMDE, 47 % selon l'OVE) ;
- ◆ en souscrivant une complémentaire santé auprès d'une mutuelle étudiante (24 % selon la LMDE) ;
- ◆ en s'inscrivant auprès d'une autre mutuelle ou d'une assurance privée (15 %) ;
- ◆ en bénéficiant de la CMUC (3 % selon la LMDE, 4 % selon l'OVE).

#### **3.4.2. L'absence de couverture complémentaire santé concernerait entre 1 étudiant sur 5 et 1 étudiant sur 10**

Selon l'OVE (enquête 2010), 8 % des étudiants déclarent ne pas disposer d'une couverture complémentaire (et 5 % ignorent s'ils en ont une). Parallèlement, selon l'IRDES, 94 % de la population globale déclarait avoir une couverture complémentaire en 2008. Le taux de couverture de la population étudiante serait ainsi inférieur à celui de la population globale d'au moins deux points.

La LMDE et EmeVia avancent des chiffres différents : selon les résultats de l'enquête LMDE 2011, 69 % des étudiants déclarent avoir souscrit une assurance maladie complémentaire, 19 % ne l'ont pas fait, et 12 % ne savent pas s'ils sont couverts. La LMDE interprète le fait de ne pas avoir effectué de démarche active de souscription comme une présomption de non-couverture et en tire la conclusion (page 50) que « près d'un étudiant sur cinq ne bénéficie pas d'une complémentaire santé ». EmeVia évoque pour sa part un taux déclaré de couverture complémentaire santé de 82 % parmi les étudiants ayant répondu à l'enquête 2011.

---

<sup>36</sup> L'extension de cet ANI a eu pour effet de rendre ses dispositions applicables dans les branches au sein desquelles il existe une ou plusieurs organisations patronales représentatives adhérentes à l'une des trois fédérations signataires (MEDEF, UPA et CGPME). Ceci concerne près d'un quart des salariés. Compte tenu du caractère obligatoire de la couverture collective, à terme la couverture individuelle, qu'elle soit aidée (CMU-C ou ACS) ou non, ne concernera plus que les indépendants, les fonctionnaires, les étudiants, les salariés précaires, les chômeurs de longue durée, certains inactifs et certains retraités. (source : HCAAM).

## Rapport

Même si la fourchette est large, les trois enquêtes suggèrent que la population étudiante est plutôt moins bien protégée que l'ensemble de la population en matière de couverture complémentaire. L'absence de couverture complémentaire concernerait entre 1 étudiant sur 5 (19 % et 18 % respectivement selon la LMDE et EmeVia) et 1 étudiant sur 10 (8 % selon les chiffres de l'OVE).

### 3.4.3. Quelles conséquences est-il permis de tirer de ce constat ?

On observera tout d'abord que dans la mesure où les étudiants sont majoritairement en bonne santé, l'absence de complémentaire santé peut relever de freins financiers, mais aussi refléter un choix délibéré. L'accès à une couverture complémentaire santé ne revêt pas la même importance pour cette population que pour d'autres segments plus fortement exposés à des risques de santé, comme les familles ou les personnes âgées.

Au demeurant, le raccourcissement du délai moyen d'obtention de la carte Vitale apparaît aujourd'hui plus stratégique pour l'accès au droit que l'augmentation du taux de couverture complémentaire.

Toutefois, l'enquête de l'OVE établit un lien entre la possession d'une mutuelle complémentaire et la diminution de la probabilité de renoncement aux soins : en effet, 27 % des étudiants qui déclarent ne pas avoir de mutuelle disent avoir renoncé à des soins contre seulement 11 % des autres.

Les inégalités sociales s'avèrent en définitive très prégnantes : 40 % des étudiants dont les parents gagnent moins de 1 500 euros par mois ont déclaré avoir renoncé à des soins contre 28 % des étudiants dont les parents gagnent plus de 5 000 euros par mois. L'OVE avance l'hypothèse que les étudiants dont les revenus parentaux sont faibles bénéficieraient aussi moins souvent de la mutuelle de leur parent et renonceraient plus souvent aux soins.

Dans ce contexte, la CMUC et l'ACS pourraient exercer une force de rappel. Mais l'accès des étudiants à ces deux dispositifs demeure aujourd'hui marginal.

### 3.4.4. Un accès marginal à la CMUC et à l'ACS

Seuls 3 % à 4 % des étudiants seraient aujourd'hui couverts par la CMUC. Ce constat renvoie notamment à la faiblesse du plafond de ressources de la CMUC, fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2012 à 661 €/mois pour une personne seule, soit 66 % du seuil de pauvreté.

#### **Encadré 2 : L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).**

Mise en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) concerne les personnes dont les revenus se situent entre le plafond CMUC et 135 % de ce plafond, soit 893 €. Ce montant correspond à 89 % du seuil de pauvreté.

L'ACS, d'un montant plafond de 200 € pour les personnes entre 16 et 49 ans, permet de réduire le reste à charge pour la souscription d'une complémentaire santé individuelle ou collective. La demande d'ACS est examinée par la caisse primaire d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation – chèque au demandeur. Sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction égale au montant du chèque sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer. L'ACS ouvre droit à la dispense d'avance de frais et aux tarifs opposables.

## Rapport

Le profil socio-économique des étudiants pourrait amener à les considérer comme un public cible pour l'ACS. Cependant, les conditions juridiques d'accès à l'ACS rendent la plupart des étudiants inéligibles au dispositif :

- ◆ les étudiants doivent avoir quitté le domicile familial, or 33 % vivent chez leurs parents ;
- ◆ les étudiants ne doivent plus être rattachés au foyer fiscal de leurs parents, or c'est le cas de 86 % d'entre eux ;
- ◆ les étudiants ne doivent pas bénéficier de pensions alimentaires de la part de leurs parents ; or, 54 % des étudiants sont aidés financièrement par leur famille.

Mécaniquement, seuls les 14 % d'étudiants indépendants fiscalement sont potentiellement éligibles à l'ACS, sous réserve d'être dans les plafonds de ressources et de ne pas être soutenus financièrement par leur famille.

Le parcours administratif d'accès à l'ACS s'avère de surcroît ardu, comme le relate le descriptif ci-après (source LMDE) :

### **Des démarches fastidieuses et compliqués pour les étudiants.**

A supposer que l'étudiant réunisse les critères l'autorisant à effectuer une demande individuelle, la démarche de demande d'ACS revêt parfois le caractère de parcours du combattant pour les étudiants. Rentrant à peine dans la majorité civile, les étudiants arrivent dans l'enseignement supérieur sans information sur le système de santé. La sécurité sociale est la plupart du temps une découverte pour les étudiants qui viennent s'inscrire à l'université, et les démarches d'affiliation apparaissent fastidieuses.

Si la démarche du choix de la sécurité sociale, qui est pourtant une démarche simple à faire pendant les périodes d'inscription, apparaît déjà compliquée pour les étudiants, la démarche de demande d'ACS apparaît impossible.

- De nombreux justificatifs sont à produire à l'appui du dossier de demande de CMU-C ou d'ACS :
  - un justificatif d'identité en cours de validité
  - un justificatif de résidence stable en France
  - le numéro d'immatriculation de la carte Vitale
  - si l'étudiant est de nationalité étrangère (hors Espace économique européen et Suisse), un justificatif de séjour régulier en France
  - les justificatifs des revenus : avis d'imposition ou de non imposition, bulletins de paie, attestations Pôle emploi, revenus perçus à l'étranger ou versés par une organisation internationale, même s'ils ne sont pas imposables en France,
- La nécessité d'un envoi du dossier à la CPAM pour instruction, voire d'un déplacement à la caisse.

<sup>4</sup> Observatoire de la Vie étudiante – conditions de vie 2010

A titre d'illustration, la LMDE ne comptait que 520 affiliés à l'ACS dans son fichier en 2010-2011 (données EmeVia non communiquées).

### 3.4.5. Le débat autour d'un chèque santé jeunes

Pour améliorer le taux de couverture complémentaire des étudiants, les mutuelles étudiantes préconisent la création d'un chèque santé pour tous les étudiants. L'option prônée par les mutuelles étudiantes consiste donc à solvabiliser de manière généralisée toute la population étudiante et, de manière indirecte, les contrats complémentaires qu'elles proposent.

Dans la situation actuelle des finances publiques, il est permis de s'interroger sur le rapport coût-efficacité d'un chèque santé national en direction des étudiants sans aucun ciblage en termes de conditions de ressources.

Des chèques santé locaux, en général sous condition de ressources, sont de plus en plus proposés par les collectivités territoriales (cf. liste en annexe). Ces dispositifs mériteraient de faire l'objet d'une évaluation dédiée pour en mesurer l'impact en termes de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son récent rapport, propose de supprimer l'ACS et de la remplacer par une CMUC payante : « au-delà du seuil de ressources de la CMU-C et jusqu'au seuil d'exclusion de l'ACS, les personnes bénéficieraient de la CMU-C mais sous condition du paiement d'une cotisation. La cotisation serait fonction de la situation familiale. »

Ce scénario de simplification ambitieux, tout en rendant de fait caduques les revendications autour d'un chèque santé, pourrait avoir un effet favorable sur l'accès des étudiants modestes à une complémentaire santé de qualité, dans le cadre d'un panier de soins (la CMUC) dont le rapport qualité-prix est clairement établi, sous réserve toutefois d'une évolution du cadre juridique, comme exposé ci-après.

### 3.4.6. La question des boursiers

Alors que plus de 590 000 étudiants bénéficient d'une bourse sur critères sociaux, ils sont très peu nombreux à bénéficier de la CMUC ou de l'ACS. Ce paradoxe résulte de plusieurs facteurs.

Comme le relève la LMDE, les familles sont en pratique amenées à arbitrer entre bourses et ACS/CMUC, les deux dispositifs se faisant concurrence. En effet, à l'occasion d'une demande de CMUC ou d'ACS, les bourses font partie de la base ressources prise en compte (art. R-861-10 du code de la sécurité sociale). Il en résulte que l'obtention d'une bourse vient réduire la probabilité d'être éligible à la CMUC ou à l'ACS. Dans l'autre sens, certains étudiants issus de familles modestes peuvent faire perdre le bénéfice de la CMUC à l'ensemble des membres de leur foyer fiscal de rattachement à travers leur bourse, si celle-ci conduit à un dépassement du plafond de ressources.

Afin de renforcer l'accès des étudiants modestes à la CMUC et à l'ACS, deux pistes peuvent être envisagées :

- ◆ la première consisterait à sortir les bourses de l'assiette des ressources servant à calculer l'éligibilité d'un foyer à la CMUC/ACS ;
- ◆ la seconde serait de modifier les critères d'attribution de la CMUC et de l'ACS en créant une automaticité d'attribution liée au statut de boursier. Les boursiers échelon 5 et 6 seraient automatiquement éligibles à la CMUC, tandis que les boursiers des autres échelons pourraient par exemple se voir ouvrir un droit à l'ACS ou à une CMUC payante. Le dossier social de l'étudiant deviendrait alors le support unique pour les bourses et l'ACS/CMUC, l'octroi d'une bourse de l'enseignement supérieur déclenchant l'éligibilité

## Rapport

à l'ACS ou à la CMUC sans réexamen ultérieur des critères de ressources par la CPAM. Les CROUS seraient les pivots de cette double instruction<sup>37</sup>.

Une mission technique complémentaire pourrait être envisagée pour en analyser la faisabilité.

### 3.5. Conclusion sur l'accès des étudiants à la protection sociale

La complexité actuelle du système joue clairement en défaveur de l'information des étudiants et de leur accès effectif à la protection sociale. De plus, au vu des difficultés de gestion rencontrées par les mutuelles étudiantes, il est permis de se demander si l'obligation d'affiliation à ce régime de sécurité sociale transitoire est réellement de nature à améliorer l'accès des étudiants au système de santé par rapport à leur situation antérieure d'ayant-droit.

En d'autres termes, eu égard à la faible performance avérée des mutuelles étudiantes, le tribut acquitté apparaît élevé, tant du point de vue du parcours d'accès des étudiants aux prestations de l'assurance maladie que du point de vue des coûts de gestion.

Le rapport du Sénat proposait trois scénarios alternatifs d'évolution du RESS :

- ◆ transférer un certain nombre de tâches de gestion au régime général, pour diminuer les coûts et améliorer la qualité du service ;
- ◆ confier le régime délégué à une seule structure, pour éviter la concurrence dans la gestion du régime obligatoire de base ;
- ◆ affilier les étudiants au régime dont ils dépendent au moment de leur inscription dans l'enseignement supérieur, pour éviter la mutation inter-régimes.

#### Encadré 3 : L'adossement de la LMDE à la MGEN engagé au printemps 2013.

Il s'inspire du premier scénario. La MGEN exercera pour le compte de la LMDE l'ensemble de son back-office. Une meilleure maîtrise des coûts et une amélioration de la performance sont escomptées. Il convient toutefois d'observer qu'aucune baisse des dépenses publiques ne peut être attendue de cet adossement. En effet, l'article L. 381-8 du CSS dispose que le montant de la remise de gestion accordée aux mutuelles étudiantes par étudiant affilié est identique quel que soit l'organisme gestionnaire. Cette disposition excluant toute possibilité de modulation du montant unitaire entre les mutuelles, seule une diminution généralisée à l'ensemble des mutuelles étudiantes pourrait être envisagée, (sauf modification de la disposition législative précitée). A droit inchangé, les gains d'efficience attendus de l'adossement LMDE/MGEN pourront seulement être recyclés en vue de l'amélioration de la qualité de service.

Comme le relève le rapport IGAS/IGF, les décisions stratégiques actuellement en cours (regroupements, adoption de systèmes informatiques structurants) sont prises au niveau de chaque organisme gestionnaire sans coordination d'ensemble ni cible définie, au risque de contraindre ou de renchérir fortement les possibilités de recomposition du secteur à moyen terme.

L'ouverture d'un droit d'option donnant aux étudiants le choix entre l'affiliation au RESS et la poursuite de leur statut d'ayant-droit, ou la suppression de la délégation de gestion du RESS à la faveur de la renégociation de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS, constitueraient des options plus radicales, mais plus efficaces en termes de maîtrise des dépenses publiques.

<sup>37</sup> Par analogie avec l'automatisme CMU > tarifs sociaux de l'énergie ou RSA socle > CMUC.

## 4. Les étudiants relèvent d'un dispositif de médecine préventive spécifique

La mission a pu constater l'absence au niveau national d'articulation organisée entre les acteurs de la santé étudiante, au sein des universités ou des mutuelles étudiantes, et les acteurs de la santé publique en général.

Les mutuelles étudiantes développent ainsi des actions de prévention apparemment peu coordonnées avec celles du régime général, dont elles ne relaient pas toujours les actions de gestion du risque (bucco-dentaire par exemple).

Certains services de santé universitaire déclinent des campagnes nationales de prévention de l'INPES ou de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) par exemple, d'autres non. Certains utiliseront directement les outils de communication nationaux, d'autres conçoivent leurs propres outils.

Au niveau ministériel, les relations entre le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de la santé, si elles sont fréquentes sur de nombreux sujets relatifs à la formation des professions de santé par exemple, portent assez peu sur la santé étudiante.

La mission a ainsi pu constater que la notoriété des services de médecine préventive des universités était faible dans le monde de la santé.

En définitive, il y a un intérêt à mieux mobiliser et coordonner l'intervention des différents acteurs pour toucher cette partie de la jeunesse, rassemblée sur des mêmes lieux, à un moment critique en terme d'enjeu de prévention.

### 4.1. Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS)

Les étudiants à l'université, qui correspondent environ aux deux tiers des 2,4 millions d'étudiants, sont couverts par les SUMPPS dont les missions de prévention et de contribution à l'accès aux soins primaires des étudiants ont été redéfinies en 2008.

#### 4.1.1. Présentation générale

##### 4.1.1.1. Missions des SUMPPS

Le décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008 a réformé l'organisation et les missions des SUMPPS. Chaque université crée un SUMPPS par délibération du conseil d'administration qui en adopte les statuts. Plusieurs universités peuvent avoir en commun un même service appelé SIUMPPS (service interuniversitaire), les universités adhérentes à un pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) ont eu la possibilité d'y rattacher leur SUMPPS. En pratique, on dénombre 57 SUMPPS ou SIUMPPS pour 76 universités. Les autres établissements d'enseignement supérieur peuvent confier à un SUMPPS de leur choix, par voie contractuelle et moyennant une contribution aux frais, l'exécution des prestations dues à leurs étudiants.

Selon l'article 2 de ce décret, la veille sanitaire organisée par les SUMPPS comprend six missions obligatoires :

- ◆ effectuer **un examen préventif au cours des trois premières années d'études** ;

## Rapport

- ◆ assurer **une visite médicale aux étudiants exposés à des risques particuliers**<sup>38</sup> ;
- ◆ contribuer aux dispositifs **d'accompagnement et d'intégration prévus pour les étudiants handicapés** ;
- ◆ participer aux instances de régulation de **l'hygiène et de la sécurité** ;
- ◆ impulser et coordonner **des programmes de prévention et d'éducation à la santé** ;
- ◆ développer des programmes **d'études et de recherche sur la santé étudiante**.

Ce dispositif a été complété par le décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012 qui dispose que les services « assurent la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence auprès des étudiantes ».

### **4.1.1.2. Des services présentant une large diversité de profil**

Il ressort du bilan d'activités des SUMPPS 2011-2012 en cours d'exploitation par la DGESIP que, parmi les 57 services (47 SUMPPS et 10 SIUMPPS), 15 ont le statut de centre de santé et 22 sont rattachés à un PRES. Ces services présentent une large diversité en termes de taille et d'effectifs (de 3 à 70 personnes).

Le nombre de sites par service est relativement limité, la plupart n'en ont qu'un. Il existe, au sein d'une université disposant d'un SUMPPS, des inégalités d'accès à la médecine préventive, que les SUMPPS s'efforcent de corriger en organisant parfois des permanences dans les sites les plus éloignés du campus principal.

Ces services ont la possibilité d'élargir leurs missions de prévention et de soins (vaccination, planification, dépistage IST, visites médicales organisées pour le compte de l'OFII etc.) sans aucune obligation : moins de la moitié d'entre eux se saisissent aujourd'hui de ces facultés. Ainsi, 21 ont une convention ou un agrément avec un centre de vaccination, 20 avec un centre de planification, 17 avec un centre de dépistage VIH-VHC, 10 avec un BAPU (bureau d'aide psychologique universitaire), 12 avec un centre OFII (2 agréments et 10 conventions).

Certains développent des partenariats avec des CHU, l'association nationale de prévention en alcoologie et addictions (ANPAA), l'agence régionale de santé (ARS), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les CPAM etc., sans que l'on dispose d'une vision précise.

Enfin, 11 SUMPPS ont un agrément qui leur permet de recevoir des internes en santé publique ou en médecine générale. Cette orientation mérite d'être encouragée mais elle suppose la présence d'un médecin à plein temps.

### **4.1.1.3. Les moyens des SUMPPS**

#### **4.1.1.3.1. Si les SUMPPS n'évoquent pas de difficulté budgétaire particulière, ils craignent que l'absence de sanctuarisation de leur budget ne conduise à des diminutions régulières et discrètes**

Le financement des SUMPPS est constitué pour l'essentiel d'une dotation de l'Etat et de droits payés par les étudiants. La dotation de l'Etat est intégrée depuis 2009 dans le financement global de l'université. Celle-ci peut, en toute autonomie, décider du montant effectif du financement du SUMPPS. Pour l'année 2012-2013, la contribution annuelle des étudiants aux dépenses de médecine préventive est fixée par arrêté ministériel à 5 €.

---

<sup>38</sup> Médecine, IFSI, STAPS...

## Rapport

Le bilan d'activités des SUMPPS donne un reflet de leurs ressources qui s'élèveraient globalement en 2011 à **15,6 M€**, répartis de la façon suivante :

◆ subvention de fonctionnement du MESR :	6,8 M€
◆ droits acquittés par les étudiants :	5,8 M€
◆ participation des établissements conventionnés :	1,9 M€
◆ dotation CPAM pour les centres de santé :	0,5 M€
◆ partenariats (MILDT, OFII...) :	0,6 M€

Certains services peuvent disposer d'autres ressources, non précisées dans le bilan, notamment les remboursements d'actes par l'assurance maladie.

En tout état de cause, faute d'information consolidée sur la masse salariale, les loyers et les autres coûts fixes, il n'est pas possible d'estimer l'investissement de la collectivité nationale en faveur de la médecine préventive universitaire.

### *4.1.1.3.2. S'il est difficile d'apprécier la pertinence du niveau de ressources humaines dont disposent les SUMPPS, l'instabilité statutaire des équipes, et notamment des médecins, complique leur action*

Le nombre total de personnes physiques affectés dans les SUMPPS est de 1103 (représentant 644 ETP), dont 142 médecins (129 ETP) et 227 infirmiers (211 ETP) effectivement consacrés à l'activité médicale en direction des étudiants.

◆ directeur :	28
◆ adjoint au directeur :	7
◆ personnels administratifs :	129
◆ assistantes sociales :	70
◆ personnels infirmiers :	211
◆ médecins :	129
◆ psychologues :	45
◆ autres :	25
◆ total ETP :	<b>644</b>

Les directeurs relèvent de statuts variés, non stables pour la moitié d'entre eux, ce qui peut fragiliser la pérennité à moyen ou à long terme de certains projets. On observe toutefois une augmentation du nombre de contrats à durée indéterminée (CDI) depuis l'enquête effectuée en 2007-2008 avec toujours une forte proportion de contractuels : un directeur sur trois est en CDI, un sur quatre en CDD, un sur huit titulaire de la fonction publique.

La stabilité des effectifs de direction est clairement identifiée par les universités et par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche comme une condition du développement de projets conséquents, notamment l'offre de soins via la création d'un centre de santé dans le service.

#### **4.1.2. Le positionnement des SUMPPS, au sein du monde universitaire ou au sein du monde de la santé, est précaire**

##### **4.1.2.1. L'inscription insuffisante des SUMPPS dans le monde de la santé, sur la prévention et sur l'offre de soins, limite la portée de leur action**

Le développement de l'offre de soins au sein des SUMPPS est un facteur d'intégration de ces services dans le monde de la santé (voir infra), de même l'insertion dans les réseaux de soins locaux. Ainsi à Créteil (UPEC), le dispositif « RESUS » permet aux médecins du SUMPPS d'orienter les étudiants vers des médecins généralistes, exerçant en ville, en secteur 1 et accordant le bénéfice du tiers payants aux étudiants ainsi orientés. A Nancy, les étudiants peuvent très facilement être orientés par le SUMPPS vers le centre de santé de la MGEN situé à proximité. A Clermont-Ferrand, le SUMPPS peut orienter les étudiants pour un bilan bucco-dentaire à la faculté d'odontologie. A Bordeaux, un infirmier à plein temps a été mis à disposition par le secteur psychiatrique. A Nanterre, une collaboration ancienne avec un établissement privé permet l'hospitalisation en soins psychiatriques d'étudiants qui décompensent.

Toutefois, l'action des SUMPPS s'inscrit encore trop peu dans le cadre général et les réseaux des politiques de santé publique. De taille souvent modeste par rapport à d'autres acteurs de la santé, ils ne sont pas toujours connus ou identifiés. S'agissant des campagnes nationales de prévention, certains SUMPPS peuvent être associés mais cela dépend du contexte local. Présents dans les instances générales d'observation de la santé (les ORS).

La mission recommande par conséquent de favoriser l'insertion des SUMPPS dans les réseaux de santé publique aux niveaux national et local et de promouvoir auprès d'eux l'utilisation et la déclinaison locale d'outils nationaux (ex : reprendre en les adaptant le cas échéant les outils INPES testés scientifiquement et dont l'impact en communication est validé).

La structuration plus forte du réseau des SUMPPS pourrait aussi contribuer à améliorer leur visibilité : on pourrait ainsi encourager, au-delà de l'ADSSU (association des directeurs des services de santé universitaire), la mise en réseau des SUMPPS en désignant des chefs de file sur tel ou tel chantier, à l'instar de que l'on observe déjà sur certains thèmes (Université de Lorraine sur le système d'information Calcium<sup>39</sup>, Clermont-Ferrand sur la prévention des addictions, Bordeaux sur la prévention par les pairs, etc.).

##### **4.1.2.2. Au sein des universités, le positionnement et la force des SUMPPS sont très variables sans qu'un modèle ne se dégage nettement**

Comme le relevait déjà le rapport sénatorial, l'abandon de l'acronyme « SUMPPS » au profit d'une appellation plus lisible (par exemple : service de santé universitaire) contribuerait favorablement à améliorer leur notoriété.

La mission a observé au cours de ses investigations plusieurs types de positionnement de ces services, en fonction de l'histoire des universités, du portage politique par la présidence de l'université, et de l'équation personnelle des équipes de direction des SUMPPS. Chacun présente des atouts et des risques : l'autonomie au risque de l'isolement ; l'intégration dans les départements de la vie étudiante, avec le sport, la culture etc. au risque de la dilution ; le positionnement stratégique auprès du PRES mais qui peut aussi compliquer les processus de décision.

---

<sup>39</sup> Deux logiciels spécialisés sont utilisés par les SUMPPS : le logiciel SANTESUP développé par le SIUMPPS de Strasbourg et le logiciel CALCIUM développé par l'université de Lorraine.

## Rapport

Quel que soit le modèle retenu, quelques constantes peuvent être identifiées :

### *4.1.2.2.1. L'importance des liens avec le CROUS, notamment le service social*

Si la mission ne recommande pas de revoir le rattachement des SUMPPS à l'université, elle insiste sur les liens très forts que la santé étudiante peut entretenir avec les politiques sociales en direction des étudiants, mais aussi le logement et la restauration. Quand les relations avec le CROUS fonctionnent bien, les SUMPPS sont mieux en mesure de mener des actions ciblées de prévention individuelle (promotion de la visite médicale dans les résidences étudiantes, auprès des étudiants boursiers etc.), des actions collectives innovantes (restauration et nutrition) et, grâce aux liens avec le service social du CROUS d'orienter les étudiants vers un suivi social adapté quand c'est nécessaire (protection sociale, mais aussi aides financières et logement).

Si la visite médicale devait être revue dans le sens d'un plus grand ciblage en direction des étudiants boursiers ou logés en résidence universitaires, ces liens entre SUMPPS et CROUS pourraient être encore renforcés.

### *4.1.2.2.2. La proximité avec les CHU et facultés de médecine (et autres professions de santé)*

Elle peut être déterminante, notamment quand existent des départements de santé publique pour lesquels l'université peut constituer un excellent terrain de recherche et les SUMPPS un espace d'accueil d'internes (Bordeaux et Clermont-Ferrand).

### *4.1.2.2.3. Les relations avec la délégation territoriale de l'OFII pour l'accueil des étudiants étrangers*

Elles peuvent permettre aux SUMPPS d'engager dès leur arrivée dans l'université des relations avec des étudiants dont l'orientation dans le système de soins reste à faire. Si la délégation des visites médicales préalables à la délivrance des titres de séjour n'est pas toujours possible vu la taille des SUMPPS et les effectifs d'étudiants concernés, quand elle l'est, elle permet de cibler les ressources de ces services sur des populations fragiles et donc intéressantes dans une perspective de santé publique.

### *4.1.2.2.4. La capacité pour les SUMPPS de développer des relations avec les acteurs de la vie étudiante*

Elle est aussi déterminante pour améliorer leur notoriété et l'impact de leur action. De ce point de vue, la localisation du service est cruciale, idéalement dans un espace dédié à la vie étudiante, à proximité des lieux de résidence et de restauration universitaire par exemple, des bibliothèques etc. Les relations avec les associations étudiantes, les mutuelles peuvent aussi faciliter la diffusion de l'information parmi les étudiants.

## **4.2. La visite médicale de prévention**

La prévention individuelle, via la visite médicale, à laquelle sont conviés tous les étudiants en licence, constitue le cœur de l'activité des SUMPPS. D'abord prévue en première année, cette convocation peut depuis 2008 s'effectuer au cours des trois premières années. Pourtant, 40 services sur 57 convoquent systématiquement les 1ères années. L'absence à la visite médicale n'est pas susceptible d'être sanctionnée.

## Rapport

A l'inverse de la visite de médecine du travail, qui est une obligation pour le salarié, et de l'examen de santé dans l'enseignement primaire pour lequel il est facile d'organiser la présence des enfants, la visite de médecine préventive à l'université, si elle doit être proposée aux étudiants, n'est pas un passage obligé.

### 4.2.1. Bilan critique de la visite médicale de prévention

#### 4.2.1.1. *La visite médicale ne fait pas l'objet d'un protocole*

Parfois réalisée par des médecins, parfois par des personnels infirmiers, cette visite voit sa durée varier d'un quart d'heure à plus d'une demi-heure selon les services rencontrés. Elle peut être (ou non) l'occasion d'un bilan vaccinal, d'un échange et d'une information sur la sexualité, les IST et la contraception, d'une sensibilisation aux addictions et comportements à risques, d'une appréciation de l'état psychique de l'étudiant... Ce bilan « médico-psychosocial » peut parfois s'appuyer sur des documents internes au service qui permettent de garantir un socle minimal partagé. Les logiciels Calcium et Santé Sup peuvent aussi contribuer à structurer cette visite.

Les suites données à cette visite sont également très variables, elles vont du simple conseil ou de l'orientation à l'adressage direct à un autre professionnel de santé (Nancy avec centre MGEN, Créteil et le réseau Resus), soit au sein du service, s'il a par ailleurs une activité de soins (Bordeaux, Clermont-Ferrand), soit vers d'autres structures (Centre de dépistage anonyme et gratuit [CDAG], planning familial, CHU, médecins de ville, etc.).

L'articulation étroite entre le dépistage et la prise en charge, recherchée dans toutes les démarches de visites de prévention individuelle, est donc laissée à l'appréciation ou aux possibilités locales.

En tout état de cause, l'absence d'une vision partagée par les professionnels de ce qu'est une visite de médecine préventive pour les étudiants empêche de tirer des enseignements généraux.

#### 4.2.1.2. *Il est difficile, à partir des données disponibles, d'estimer la couverture de la visite médicale*

D'abord, parce que tous les étudiants ne relèvent pas d'un SUMPPS : les étudiants qui ne sont inscrits ni à l'université, ni dans des établissements ayant passé des conventions avec des SUMPPS, ne sont pas couverts.

Ensuite, parce que les modalités de convocation (courrier, affichage, mail, mention sur le site internet) sont très variables et, couvrant des étudiants sur trois années, ne permettent pas d'estimer le nombre d'étudiants qui ont effectivement reçu le message ou la convocation.

Enfin, parce qu'il n'existe pas de relevé organisé de la participation des étudiants dont on ne connaît au niveau national ni le nombre ni la qualité (année d'étude, filière suivie, sexe, boursiers, résidents universitaires etc.).

Dans ce contexte, les données fréquemment évoquées (30 à 53 % des étudiants conviés se rendraient à la visite) doivent être non seulement analysées avec la plus grande prudence mais surtout ne pas être interprétées comme un signe de succès ou au contraire d'échec de ces visites, et ce d'autant plus qu'on est en droit de s'interroger sur la pertinence même d'une invitation systématique des étudiants.

## Rapport

Selon l'enquête LMDE, 42 % des étudiants déclarent avoir effectué une visite médicale au lycée ou au moment de leur entrée dans l'enseignement supérieur : 22 % l'ont eu dans le supérieur, 10 % dans le secondaire et le supérieur, 10 % dans l'enseignement secondaire. En définitive selon cette enquête un étudiant sur trois aurait eu une visite médicale dans le supérieur. La même enquête cite une proportion d'un étudiant sur deux qui n'aurait pas eu de visite dans le supérieur (soit 19 % de non réponse ?).

La probabilité d'avoir eu une visite médicale en SUMPPS augmente avec l'âge : 30 % des moins de 20 ans et 54 % des plus de 25 ans.

Elle varierait selon les lieux d'études et les filières : 44 % des étudiants à l'université contre 40 % en école ; près de 50 % dans les filières Staps, médecine, pharmacie contre 40 % en lettres, sciences humaines, droit, économie.

Elle varierait selon l'autonomie résidentielle : 45 % des dé-cohabitants déclarent avoir eu une visite médicale contre 39 % des étudiants qui vivent chez leurs parents. Cela étant la décohabitation croissant avec l'âge et comme on vient de le voir, la probabilité d'avoir eu une visite médicale croissant avec l'âge, il est impossible (sauf à neutraliser le critère d'âge) de lier ces deux phénomènes.

Elle varierait selon les ressources financières des étudiants : un étudiant sur deux ayant plus de 600 € par mois contre un étudiant sans ressource sur trois ; 44 % de ceux ayant une complémentaire contre 41 % de ceux n'en ayant pas.

### **4.2.1.3. Conclusion réservée sur la visite médicale de prévention**

Inutile à l'amélioration de la connaissance de l'état de santé des étudiants (absence de consolidation de données non représentatives de toute façon et inutilité d'un recueil exhaustif), la visite médicale de prévention en l'absence de ciblage sur les populations vulnérables ne contribue pas à la réduction des inégalités sociales de santé. On peut même faire l'hypothèse qu'elle concerne essentiellement des étudiants parmi ceux qui en auraient le moins besoin<sup>40</sup>.

L'absence de protocole structuré ne permet pas de garantir la couverture des grands enjeux de santé publique tels que la couverture vaccinale ou le dépistage des IST.

Enfin l'absence de lien systématique avec des réseaux de prise en charge invalide la portée du dépistage des problèmes de santé des étudiants, dépistage dont le coût apparaît alors phénoménal. La fragilité des statuts et la très grande variété des temps de travail des médecins au sein de ces services complique l'analyse quantitative et financière de la visite médicale.

De nombreux travaux en santé publique critiquent ces dispositifs trop généraux pour être efficaces. Le Haut comité de santé publique, dans son dernier avis sur la médecine scolaire, renouvelle ces critiques ou réserves. En voici quelques extraits qui pourraient vraisemblablement concerner la visite médicale préventive en direction des étudiants :

---

<sup>40</sup> Les inégalités sociales de santé, déterminants sociaux et modèles d'action, IGAS mai 2011 ; La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, Inpes 2010. Inégaux face à la santé : du constat à l'action, Inserm / La découverte 2008.

## Rapport

### Encadré 4 : Extraits de l'avis du Haut conseil de santé publique sur la médecine scolaire.

*« Une définition trop large des missions incompatible avec les ressources humaines disponibles (...)*

*Les examens de santé répondent à des objectifs différents : connaître l'état de santé ; repérer, dépister ou diagnostiquer des troubles pouvant compromettre la réussite éducative ; réduire les inégalités de santé en ciblant les populations vulnérables*

*(...)*

*Pour la connaissance de l'état de santé, la visite médicale n'est pas un dispositif adapté à un objectif épidémiologique pour lequel la construction d'un échantillon représentatif robuste, fiable est nécessaire. La couverture de l'intégralité d'une population se fait au détriment de la fiabilité de la mesure*

*(...)*

*Pour la réduction des inégalités de santé, le dépistage n'est pas une fin en soi et ne prend sens que s'il permet d'offrir une prise en charge adaptée. Pour cet objectif, il convient de prendre des mesures d'éducation et de prise en charge proportionnelles au gradient social (rapport Marmott), et donc assumer d'en faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin (universalité proportionnée). Pour la santé publique, l'essentiel est de prendre en compte les situations de vulnérabilité et d'en déduire le suivi médical ».*

### Encadré 5 : La situation particulière des étudiants étrangers

A leur arrivée en France, pour obtenir leur visa long séjour valant titre de séjour (VLTS) les étudiants non ressortissants de l'Union Européenne, dont la durée du séjour est supérieure à trois mois, doivent passer une visite médicale obligatoire organisée par les directions territoriales de l'OFII et s'acquitter d'une taxe d'un montant de 55 euros. Dans quelques cas, les SUMPPS ont reçu de l'OFII, par convention et en échange d'une rémunération, délégation pour organiser cette visite médicale.

Organisée par un arrêté qui en précise les attendus, cette visite dure 15 mn, prévoit des examens précis (vaccins, radio pulmonaire etc.), une obligation d'adressage vers un professionnel de santé en cas de dépistage d'une problématique particulière et doit être réalisée dans les 3 mois qui suivent la demande.

Les différents interlocuteurs de la mission, dans les universités et dans les services de l'OFII, ont tous souligné les problèmes de santé spécifiques et plus lourds des étudiants étrangers. Les difficultés psychologiques liées à l'isolement sont plus importantes pour les étudiants étrangers qui ont de surcroît besoin d'un accompagnement pour se repérer dans le système de soins (notamment pour trouver un médecin référent). Selon leur pays d'origine, les étudiants ont eu plus ou moins accès à des soins primaires : vaccinations, soins bucco-dentaires, gynécologie, information sur les IST, etc.

### Encadré 6 : Extraits de l'arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France

Cet examen comporte obligatoirement :

- un examen clinique général effectué par un médecin, qui peut s'entourer d'avis de spécialistes et demander des examens complémentaires ;
- un examen radiographique des poumons ;
- une vérification du statut vaccinal ;
- pour les personnes présentant du fait de leurs antécédents, leur âge ou leur état clinique un risque vis-à-vis du diabète de type 2, une mesure de la glycémie capillaire ;
- en fonction de la symptomatologie clinique, un examen urinaire comprenant la recherche de protéines et de sang ;
- des conseils et des informations sanitaires adaptées ainsi que les adresses des structures de soins et de prévention seront dispensés aux bénéficiaires de ces visites médicales.

#### 4.2.2. Les scénarios d'évolution de la visite médicale et de la prévention individuelle

- ◆ **un premier scénario consisterait à supprimer cette visite médicale** qui serait alors à redéployer la ressource médicale et soignante ainsi libérée sur des missions de prévention collective adaptée au public étudiant et sur le soin (voir infra l'intérêt, au regard même des missions de prévention, de développer une offre de soins primaires, de proximité). Elle pourrait cependant être maintenue pour les populations dont la santé peut déterminer la réussite éducative, notamment les étudiants handicapés ;
- ◆ **un deuxième scénario viserait à laisser les universités et les SUMPPS déterminer, en fonction d'un bilan de l'état et des besoins de santé des populations, la stratégie à conduire sur cette visite médicale.** A la condition que les universités s'engagent à réaliser un bilan approfondi de l'état de santé et des besoins des étudiants, qu'elles s'engagent à ne pas réduire les moyens consacrés à la prévention (ce qui suppose qu'on en ait déjà une vision précise), on pourrait leur proposer de renoncer à la convocation systématique des étudiants à la VM afin de dégager des ressources médicales et soignantes sur des populations ou des problématiques de santé qu'elles identifient comme prioritaires ;
- ◆ un troisième scénario consisterait à **renforcer l'impact en santé publique de cette visite médicale par une « universalité proportionnée » en la ciblant sur les populations les plus vulnérables**, en en définissant le contenu minimum, en l'inscrivant dans un parcours de prise en charge des difficultés sanitaires dépiquées.

##### 4.2.2.1.1. Le ciblage de la VM

La mission considère que le ciblage de la visite médicale de prévention sur les populations les plus vulnérables, loin d'en limiter la portée, en renforcerait au contraire l'efficacité sanitaire et sociale. Ouverte à tous, cette visite médicale pourrait cependant être proposée avec plus d'accompagnement à certaines catégories d'étudiants. Il s'agirait d'étendre la logique « d'aller vers », courante dans les actions collectives aux démarches de prévention individuelle.

Sur cette question, la principale difficulté est politique. En reconnaissant que les étudiants ne sont pas tous placés dans la même situation au regard de la santé, et en proposant une prise en charge adaptée, à leurs besoins, on promeut une « universalité proportionnée » qui peut sembler en première analyse aller à l'encontre des principes d'universalité du service public. En l'occurrence, en matière de santé notamment (comme d'ailleurs dans le champ de l'éducation), l'ignorance des déterminants de santé, en particulier les déterminants sociaux, conduit les systèmes de prévention et de soins à reproduire en les renforçant les inégalités.

Ces éléments étant posés, on est confrontés à la difficulté d'identifier les populations prioritaires des actions de prévention individuelle, sans les stigmatiser. Cependant, la mission estime que plusieurs pistes pourraient être explorées : le renforcement des délégations de l'OFII, le développement des liens avec les services sociaux des CROUS (information ou invitation à la VM dans le dossier social étudiant, ou jointe à la décision d'accord d'une bourse – niveaux 5 et 6), l'organisation de visites dans les résidences universitaires ou en tout état de cause une information renforcée de ces étudiants, l'identification des filières réunissant des proportions plus importantes d'étudiants boursiers (SHS versus médecine ou droit), l'identification des filières à risques (professions de santé, STAPS), le décalage des convocations dans le temps puisqu'on constate des difficultés plus grandes d'accès aux soins chez les étudiants plus âgés, etc.

## Rapport

### *4.2.2.1.2. Le lancement d'un travail de définition de la visite médicale*

La mission recommande la mise en place, sous l'égide des ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, d'une réflexion avec les professionnels des SUMPPS pour identifier :

- ◆ les éléments permanents d'une visite : conditions de vie de l'étudiant – protection sociale, logement, transports, ressources-, existence ou non de maladies chroniques ou invalidantes, bilan vaccinal, proposition de dépistage VIH-VHC, vie sexuelle, prévention IST et grossesses non désirées, addictions notamment tabac et alcool, bien-être psychique etc. ;
- ◆ la répartition des tâches entre personnels médicaux et soignants ;
- ◆ les ressources nécessaires : le temps médical ou soignant nécessaire, les examens complémentaires etc. ;
- ◆ le recueil d'informations pertinentes pour un suivi ultérieur, les situations dans lesquelles des visites régulières pourraient être envisagées etc. ;
- ◆ les conditions de l'orientation vers d'autres professionnels de santé (notamment psy) ou d'autres services de l'université, du CROUS etc.

L'ADSSU constitue vraisemblablement le bon cadre pour cette réflexion.

### *4.2.2.1.3. L'articulation entre la prévention et le soin, qui se renforcent mutuellement : du dépistage à la prise en charge*

Le développement des centres de santé permettra d'aller plus loin sur cette question cruciale. En effet, lors d'une VM, la possibilité pour un médecin d'orienter immédiatement un étudiant vers un praticien qui pourra lui prescrire un contraceptif, un bilan sanguin, lui administrer des soins bucco-dentaires, ophtalmologiques ou gynécologiques modifie complètement la perspective de la VM. La prise de rdv immédiate, la connaissance des lieux et des personnes, la gratuité des soins peuvent permettre de lever des freins importants dans le recours aux soins. L'adressage pourrait devenir une mission en tant que telle des SUMPPS, facilitée par des partenariats avec des centres de santé, des hôpitaux ou cliniques et des réseaux de soins.

Le temps médical et soignant libéré par le renoncement à la VM systématique pourrait être utilement redéployé sur le suivi en prévention ou en soins des étudiants pour lesquels les praticiens ont identifié des problèmes de santé plus lourds.

La mission recommande vivement de développer toutes les possibilités de prise en charge directe dans les SUMPPS qui devraient tous être en mesure de vacciner, dépister les IST, prescrire des modes de contraception.

## **4.3. La prévention par les pairs : une ressource pour la mise en œuvre de la prévention collective**

L'intervention des étudiants est plurielle : associations et fédérations étudiantes, mutuelles, élus aux conseils, candidatures spontanées, étudiants relais-santé... Ce dernier dispositif mérite une attention particulière dans la mesure où il s'inscrit dans une démarche de prévention en lien avec les services de santé.

## Rapport

Les étudiants relais-santé ont un rôle d'interface entre leurs pairs, les professionnels de santé et les structures administratives. Ils peuvent être sollicités lors de l'élaboration des supports de communication, contribuer aux actions de prévention (nutrition, sexualité...) et de lutte contre les conduites addictives (tabagisme...), participer à l'organisation et au bon déroulement des soirées festives (réunions avec la mairie, la préfecture, la Croix-Rouge... présence d'étudiants « testeurs », de capitaines de soirées) ... Les SUMPPS assurent le recrutement, la formation et l'encadrement des étudiants relais-santé (ERS).

En 2011-2012, 16 universités ont mis en place un tel dispositif. Le nombre d'ERS est en progression : un peu plus de 500 en 2011-2012 contre près de 400 en 2009-2010). Ce chiffre est très différent selon les universités, sachant que la moyenne est légèrement supérieure à 30. Toutes les filières d'études sont concernées. Certains établissements recrutent plus volontiers des étudiants inscrits dans des cursus santé ; d'autres, à l'inverse, choisissent de ne pas y avoir recours.

Le statut de ces étudiants est varié : emploi étudiant (pour la majorité d'entre eux), contrat de travail conclu avec une mutuelle étudiante, contractuel de l'université, bénévolat...

Quelques universités proposent une reconnaissance de cet engagement sur le plan pédagogique : intégration de la formation suivie au sein d'UE (unités d'enseignement), modules optionnels ou encore instauration d'un « bonus étudiant » sur décision du jury enseignant de la filière, sachant que ces dispositifs ne sont pas réservés au seul secteur de la santé étudiante.

La nécessaire souplesse de leurs interventions doit cependant répondre à une exigence de professionnalisme, en s'articulant autour de projets portés et encadrés par les SUMPPS. A titre indicatif, on peut citer le recrutement d'une « chargée de projets santé et de coordination des étudiants relais-santé » au SIUMPPS de Bordeaux, ces étudiants étant eux-mêmes regroupés au sein de pôles thématiques : « soirées étudiantes », « nutrition », « sexualité », « communication ».

La mission recommande d'encourager le développement des dispositifs d'étudiants relais-santé en articulant leurs activités autour de projets structurés et encadrés par des professionnels référents au sein des SUMPPS. Sur ce type d'actions innovantes, on pourrait aussi favoriser au plan national une mutualisation des pratiques et instaurer une évaluation des principales actions menées.

## 5. Pour le développement de centres de santé au sein des SUMPPS

La constitution des SUMPPS en centres de santé a pour objectif d'enrichir la politique de prévention et de promotion de la santé en répondant aux besoins de services sanitaires de proximité des étudiants par une démarche pragmatique adaptée aux caractéristiques de ce public. Le comité interministériel de la jeunesse du 21 février 2013 a d'ailleurs retenu, parmi les mesures destinées à « améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la prévention et aux soins », l'augmentation du nombre de centres de santé dans les universités qui devraient passer de 15 actuellement à 30 en 2015. Les effets attendus de cette extension portent sur la limitation des renoncements aux soins et la facilitation de l'accès des étudiants au parcours de soins coordonné.

En Europe, des services médicaux sont présents dans les universités de plusieurs pays : Espagne, Finlande<sup>41</sup>, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni ; dans d'autres pays, Allemagne et Italie notamment, des dispositifs de conventionnement spécifiques offrent aux étudiants un accès aux soins particulier.

---

<sup>41</sup> Le *Finnish Student Health Service*, dispose d'un réseau de 15 centres de santé, soit autant qu'en France, pour une population étudiante qui ne représente que 12 % des effectifs français.

## Rapport

L'utilité pour les services universitaires de médecine préventive de délivrer des soins en complément de leur activité préventive est apparue depuis longtemps :

- ◆ en 1971, le service médical de l'université de Nanterre avait créé des consultations de médecine générale en partenariat avec le CROUS<sup>42</sup> ;
- ◆ en 2004, la Conférence des Présidents d'Université (CPU) demandait « la redéfinition des missions des services de médecine préventive universitaire, prenant en compte l'importance des problèmes de nature psychologique, la nécessité de faciliter les possibilités de prescription médicale<sup>43</sup> (...) ».

De fait, des actes médicaux sont effectués couramment par les médecins des SUMPPS, conformément à l'article R. 4127-99 du code de la santé publique, en cas d'urgence et pour les actes se rattachant au champ de la prévention. Cette possibilité est notamment très utilisée pour la prescription de contraception d'urgence ; en revanche, des divergences de position entre les différentes CPAM limitent la possibilité, pour des SUMPPS non centres de santé, de prescrire une contraception régulière.

Actuellement, sur les 57 services, 15 ont un agrément de centre de santé, 4 services ont déposé une demande d'agrément et 8 envisagent de le faire<sup>44</sup>.

9 centres de santé sont antérieurs au décret du 7 octobre 2008 qui, à la demande de la CPU et de l'ADSSU, a introduit dans la réglementation la possibilité pour les SUMPPS de se constituer en centre de santé.

Les missions des SUMPPS s'inscrivent bien dans le cadre défini par l'accord national du 19 novembre 2002 destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie :

*« Les centres de santé assurent, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.*

*Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels.*

*En lien avec la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes. »*

Malgré cette complémentarité entre médecine préventive et soins, il apparaît que seulement un tiers des services est constitué en centre de santé ou en voie de l'être, et qu'un peu moins de la moitié le sera à plus long terme si les intentions manifestées se concrétisent. La dynamique de constitution en centres de santé demande donc à être accompagnée et soutenue.

---

<sup>42</sup> Pour répondre aux besoins des très nombreux (1300 environ) étudiants résidant dans la résidence universitaire.

<sup>43</sup> Motion adoptée le 21 octobre 2004 par la CPU.

<sup>44</sup> Le régime d'agrément a été remplacé depuis 2009 par une déclaration auprès de l'ARS.

## 5.1. Les bénéfiques du développement des centres de santé universitaires

### 5.1.1. Une offre de service de proximité adaptée

La création d'un centre de santé répond en premier lieu à la volonté d'offrir aux étudiants des services qui répondent à leurs besoins et aux freins dans l'accès aux soins ; il s'agit principalement des effets conjugués du manque de temps disponible (première cause de renoncement aux soins selon l'enquête LMDE « santé et conditions de vie »), de la difficulté à trouver des médecins de secteur 1, et des délais d'attente pour les consultations dans certaines spécialités (gynécologie notamment).

Cette situation est variable suivant les régions mais constitue un réel obstacle aux soins. Ainsi, en Île-de-France, le temps moyen d'accès à un praticien de secteur 1 augmente pour la plupart des spécialités (temps moyen multiplié par deux ou plus pour l'accès aux cardiologues, gastro-entérologues, gynécologues, et pneumologues)<sup>45</sup>.

Les centres de santé favorisent l'accessibilité financière avec l'absence de dépassements d'honoraires et la pratique du tiers payant, et facilitent l'accessibilité géographique. En permettant à l'étudiant de choisir un médecin traitant au sein du centre de santé, ils facilitent l'autonomie de l'étudiant dans la gestion de sa propre santé et lui ouvrent l'accès au parcours de soins coordonné. Ils répondent donc bien aux besoins de soins de premier recours et offrent en outre les avantages résultant d'une bonne connaissance de la population étudiante.

L'offre médicale proposée par les 14 centres de santé actuels comprend dans tous les cas des consultations de médecins généralistes et de psychologues, dans 12 cas des consultations de gynécologues, dans 11 cas de psychiatres et dans 3 cas de dermatologues. En revanche, les soins dentaires et l'ophtalmologie ne sont en général pas proposés.

### 5.1.2. Une prise en charge globale de la santé alliant activité curative et actions de prévention

L'offre de consultations proposée aux étudiants par les centres de santé permet d'impulser une nouvelle dynamique à la prévention en renforçant l'attractivité et la notoriété des SUMPPS. Ce fait est confirmé par les réponses des universités au questionnaire adressé par la DGESIP pour dresser le bilan de l'activité de ces services : *« il est à noter une nette augmentation du nombre de consultations à la demande et une meilleure connaissance de la structure par les étudiants »*. Parmi les 13 réponses à la question de ce questionnaire portant sur les retombées positives sur le service, 9 réponses évoquent l'augmentation de la fréquentation et le changement de l'image du service. L'impact de cette fréquentation accrue des services sur la prévention est souligné : *« Passage de la fréquentation du bilan de santé de L1 de 40 % à plus de 60 % en deux ans. Le soin "booste" la prévention »*.

---

<sup>45</sup> Cf. « Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, IRDES, questions d'économie de la santé, n° 164, avril 2011.

## Rapport

Les consultations sont l'occasion pour les médecins de dispenser des messages de prévention individualisés, adaptés à la situation du patient. La possibilité de prescription permet de donner plus de sens à la visite de prévention en permettant d'articuler le dépistage à une prise en charge. Dans l'avis<sup>46</sup> déjà cité, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) vient de rappeler<sup>47</sup> « que le dépistage, loin d'être une fin en soi, ne prend sens que s'il permet d'offrir une prise en charge adaptée ». Or, des études montrent que les signalements et orientations vers des soins effectués lors d'examens préventifs ne sont pas suffisamment suivis d'une prise en charge médicale.

La constitution d'un centre de santé permet donc de renforcer significativement la synergie existante entre les différentes missions des SUMPPS : prévention, dépistage, promotion de la santé, intégration des étudiants handicapés, vaccinations, dépistage VHC/VIH (CDAG). Les visites effectuées par délégation de l'OFII deviennent lorsqu'elles sont effectuées dans un centre de santé l'amorce d'une intégration de l'étudiant étranger dans un parcours de soins.

### 5.1.3. L'enrichissement de la fonction médicale

Il a été constaté que la constitution du centre de santé, en rendant l'activité des médecins plus globale, facilite le recrutement de nouveaux médecins car cette forme de pratique médicale correspond à une aspiration croissante de jeunes médecins pour un exercice de la médecine dans une structure collective<sup>48</sup>. En outre, le conventionnement avec l'assurance maladie apporte aux médecins des SUMPPS un meilleur accès à la formation continue.

### 5.1.4. L'apport financier résultant du conventionnement

Trois des centres de santé ont une convention de type dotation globalisée (dotation annuelle calculée sur le volume annuel d'activité), les autres ont une convention de type tarification à l'acte (chaque consultation donne lieu à un remboursement par l'assurance maladie).

Par ailleurs, une subvention de l'assurance maladie participe au financement (11,5 %) des cotisations sociales des personnels soignants.

---

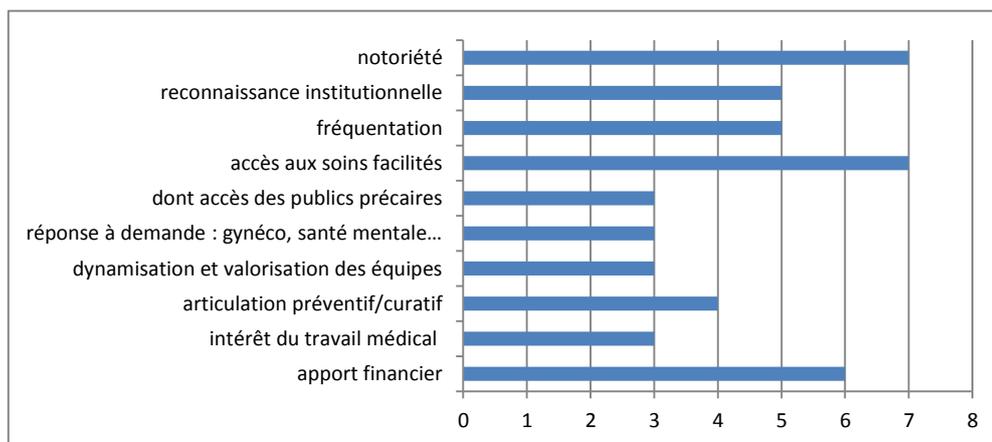
<sup>46</sup> Avis relatif à la santé scolaire, 22 février 2013.

<sup>47</sup> Un des critères indispensables de réussite d'une procédure de dépistage ou de repérage est l'existence d'outils de diagnostic et de traitement validés et la disponibilité des moyens suffisants pour les mettre en œuvre (« Principe et pratique du dépistage des maladies », OMS, 1970).

<sup>48</sup> Cf. étude réalisée par l'INPES et l'IRDES à partir du baromètre « santé médecins généralistes » de 1998, 2003 et 2009.

## Rapport

**Graphique 4 : Les retombées positives de la mise en place d'un centre de santé (réponses des directeurs de SUMPPS)**

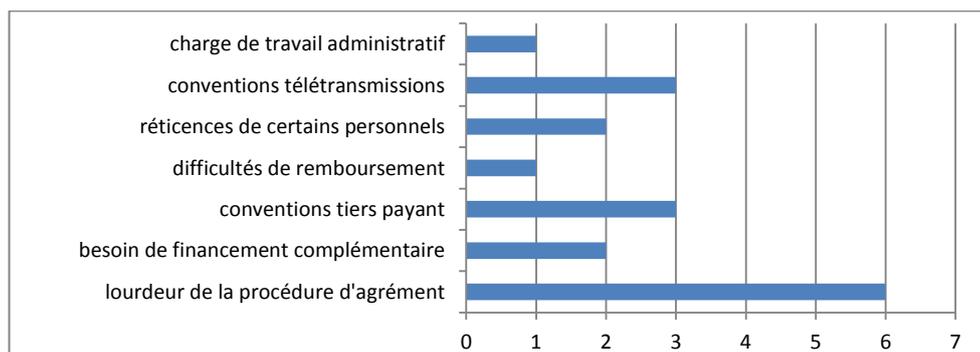


*Source : bilan d'activité des SUMPPS 2011-2012 (retraité par la mission)*

### 5.2. Les freins au développement des centres de santé

Les directeurs de 11 des 13 services concernés disent avoir rencontré des difficultés lors de la constitution en centre de santé. Les difficultés les plus citées concernent la procédure d'agrément qui est jugé lourde et complexe mais il faut tenir compte du fait que 9 des centres de santé ont été agréés antérieurement à la loi HPST de 2009 qui a notablement simplifié la procédure. Il apparaît en fait que, plus que la procédure de déclaration auprès de l'ARS, c'est la mise en place des conventions avec l'assurance maladie et les mutuelles pour le tiers payant et la télétransmission qui est ressentie comme complexe et parfois dissuasive. Il est à noter que le besoin de financement complémentaire n'est évoqué que par deux services.

**Graphique 5 : Les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'un centre de santé (réponses des directeurs de SUMPPS).**



*Source : bilan d'activité des SUMPPS 2011-2012 (retraité par la mission)*

Les 24 universités qui n'envisagent pas la création d'un centre de santé avancent pour expliquer leur position des arguments qui ne concordent pas toujours avec les constats qui viennent d'être cités. Sur les 45 motifs avancés, 17 concernent le manque de moyens, soit en locaux, soit en personnels mais cette contrainte ne paraît pas totalement convaincante dans le cas des universités de grande taille (dont 5 des universités d'Ile-de-France). En fait, ces raisons matérielles viennent renforcer des réticences liées à la conception des missions des SUMPPS : dans une vingtaine de cas est évoquée l'incompatibilité supposée entre l'exercice d'une activité curative avec la médecine préventive qui constitue la mission prioritaire de ces services.

## Rapport

D'autres motifs sont avancés : crainte de la complexité de l'agrément ou du fonctionnement, crainte d'un coût trop élevé, deux universités considèrent que l'activité de soin ne relève pas de leurs métiers. Dans certain cas, l'offre de soins locale est jugé suffisamment accessible aux étudiants.

Les réticences d'une partie des personnels des SUMPPS ne sont jamais mentionnées telles quelles mais elles apparaissent à travers les réponses qui mettent en avant la nécessité de maintenir les missions traditionnelles de prévention et de promotion de la santé. L'attachement sincère des personnels médicaux des SUMPPS à l'exercice d'une médecine préventive souvent très active se conjugue avec la crainte bien compréhensible du passage à une autre pratique médicale qui implique une responsabilité particulière dans le diagnostic et la prescription, et une actualisation des connaissances.

Le clivage entre partisans d'une activité exclusivement préventive et partisans des centres des soins doit être nuancé : la plupart des SUMPPS ont une activité prescriptrice principalement pour la contraception<sup>49</sup> et proposent des consultations de psychologues.

### **L'équilibre financier des centres de santé universitaires**

La dimension financière n'apparaît pas à travers le bilan d'activité des SUMPPS et les entretiens de la mission dans cinq universités, comme un élément déterminant dans le choix d'une université de constituer ou pas, un centre de santé.

Les données financières relatives aux SUMPPS en général et aux centres de santé, en particulier, sont très insuffisantes et peu utilisables. Même la quantification des actes effectués n'est pas disponible. De ce fait, la mission n'a pas été en mesure, dans le temps limité dont elle a disposé, de conduire une étude sur la viabilité économique de ces services. Il est à noter à ce propos que la ministre des affaires sociales et de la santé a demandé à l'IGAS un rapport sur « la place et la situation des centres de santé » qui doit lui remis prochainement dans la perspective d'une renégociation de l'accord national entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations représentatives des centres de santé.

Les centres de santé universitaires constituent une catégorie singulière de centres de santé dans l'ensemble lui-même très disparate des centres de santé. Leur activité ne peut s'analyser au regard des critères appliqués habituellement aux centres de santé ordinaires en raison de leur public particulier et surtout de leur mode de fonctionnement. La différence essentielle vient de la période d'ouverture du centre et, partant, de sa fréquentation. Un centre de santé municipal ou associatif est généralement ouvert toute l'année du lundi au samedi pour une durée d'au moins 39 heures<sup>50</sup>, tandis qu'un SUMPPS est rarement ouvert plus de 35 heures, en général du lundi au vendredi et pendant la seule année universitaire. En outre, la fréquentation par les étudiants est irrégulière, les périodes d'examen en particulier, sont naturellement des moments de faible activité.

---

<sup>49</sup> Théoriquement, seuls les services centre de santé (14) ou de planification (20) peuvent réaliser ces prescriptions mais parmi les 29 SUMPPS non centres de santé ou de planification, 15 prescrivent tout de même une médication et/ou des examens.

<sup>50</sup> De 39 heures à 63 heures pour l'échantillon de centres de santé retenu une étude du cabinet Référis pour l'ARS Ile de France « accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique », octobre 2012.

## Rapport

Par ailleurs, il est difficile d'établir un bilan financier de ces centres compte tenu de la superposition des missions propres aux SUMPPS et de celles des centres de santé. La constitution d'un centre de santé se fait d'abord par une utilisation différente des moyens préexistants, les dépenses supplémentaires sont limitées en investissement et en fonctionnement (achat de matériel médical et informatique, location des terminaux de télépaiement, éventuellement aménagement de salles de consultations). Les besoins en personnels sont généralement accrus par l'offre de consultations spécialisées mais de nombreux SUMPPS non centres de santé emploient déjà des médecins spécialisés (gynécologues, psychiatres...) et des psychologues.

Il est intéressant de ce point de vue de noter que la moitié des directeurs de SUMPPS centres de santé considèrent que le conventionnement avec l'assurance maladie leur apporte un supplément de revenus qui leur permet de développer leurs activités y compris dans le champ de la prévention et que l'activité de soins n'est donc pas une charge mais une ressource.

Cela étant, dans la perspective d'une extension du nombre de centres de santé universitaires, il est nécessaire de conduire une étude approfondie sur les charges et les ressources réelles. Ceci permettrait d'éclairer la réflexion sur la meilleure allocation des ressources médicales et infirmières disponibles au regard des deux grandes missions, visite médicale et délivrance de soins.

Cette étude pourrait en outre servir à évaluer la faisabilité de solutions innovantes ou alternatives telles que le conventionnement avec des réseaux de médecins libéraux (sur le modèle expérimenté par l'UPEC) ou d'autres structures de soins, mais aussi l'ouverture des centres de santé universitaire à d'autres publics pendant des plages de fonctionnement plus étendues.

### 5.3. Les conditions d'un développement raisonné des centres de santé universitaire

**Accompagner la transition d'une approche strictement préventive de la santé étudiante à une approche dans laquelle prévention et soins s'articulent et se renforcent.**

Il apparaît clairement que les réticences des 24 SUMPPS qui ne souhaitent pas se constituer en centre de santé résultent surtout d'une mauvaise perception du rôle que peut jouer pour la qualité de la vie étudiante l'apport d'une offre de soins en complément de l'activité de prévention et de promotion de la santé et par des craintes liées au changement professionnel. Les autres facteurs comme les difficultés matérielles ou l'évocation de l'absence de besoins en la matière ne jouent en fait que de façon secondaire.

Cette situation résulte en partie de l'isolement des personnels des SUMPPS qui ont peu d'occasion d'échanger sur leurs pratiques. Les directeurs de SUMPPS eux-mêmes, restent trop isolés malgré le rôle positif joué par leur association et les initiatives récentes de la DGESIP. Pour certains, très imprégnés par une forte culture de médecine préventive, la constitution d'un centre de santé apparaît comme une entreprise hasardeuse, complexe et aux contours mal définis.

## Rapport

Il convient dès lors, pour assurer l'extension du réseau de centre de santé de dissiper des perceptions infondées par la diffusion d'une information de qualité montrant l'intérêt de la constitution d'un SUMPPS en centre de santé. Cette information pourrait être assurée par le développement de la plateforme numérique « Campus-ESEN » mise en place depuis peu par la DGESIP sur le site de l'ESEN<sup>51</sup>. Un projet de vade-mecum est aussi en cours d'élaboration par la DGESIP. Les documents méthodologiques qui ont été utilisés dans le cadre du séminaire de mars 2013 pourront aussi trouver leur place sur cette plate-forme.

Ce séminaire destiné aux directeurs des SUMPPS qui ont en projet la constitution d'un centre de santé, est l'amorce d'une démarche engagée par le MESR (DGESIP), le ministère de la santé, la CNAMTS et l'ADSSU pour promouvoir le développement de centres de santé universitaires qui doit être poursuivie et amplifiée.

**Afin d'assurer la cohérence du dispositif, les principes suivants peuvent utilement guider la mise en place de centres de santé. Ils pourraient le cas échéant être rassemblés dans un document cadre :**

- ◆ **la création d'un centre de soins doit répondre à une stratégie bien définie** : « ce n'est pas une finalité mais une démarche qui s'inscrit dans un objectif global de santé publique. C'est un complément du SUMPPS qui ne doit en aucun cas s'y substituer » ;
- ◆ **il doit être basé sur une analyse des caractéristiques de la population étudiante**, de la configuration du ou des campus, des conditions d'accès aux soins dans l'environnement immédiat (secteur 1, tiers payant, délais d'attente pour les spécialités les plus concernées) ;
- ◆ **l'élaboration d'un projet de santé**, en lien avec l'ARS, peut permettre de formaliser l'insertion nécessaire du centre de santé universitaire dans l'offre de soins du territoire ;
- ◆ **la mission de prévention doit être renforcée par la création du centre de santé** ce qui suppose de veiller à préserver les moyens humains qui y sont affectés et de mettre en place un cadre de fonctionnement basé sur l'interaction systématique des différentes activités (consultations, visites de prévention, vaccinations, visites OFII, dépistages, dont CDAG) : « Imprégner les activités de soins de messages de prévention et, en sens inverse, quand c'est nécessaire, relayer par des soins les observations faites dans le cadre de la prévention » ;
- ◆ **ce cadre de fonctionnement doit être formalisé** (durée des visites, protocoles, logiciel, dossier médical etc.) ;
- ◆ **la formation médicale** continue des médecins et des autres personnels doit être assurée, en particulier pour accompagner la transition progressive de la prévention aux soins ;
- ◆ **le centre de santé doit être en relation avec les réseaux spécialisés (urgences, psychiatrie, dentaire, ophtalmologie, gynécologie...)** ; à l'intérieur de l'université, il doit s'intégrer dans la politique développée par l'université pour améliorer la qualité de la vie étudiante ;
- ◆ l'offre médicale doit être strictement adaptée aux besoins, il convient d'éviter des projets trop ambitieux.

---

<sup>51</sup> ESEN : école supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Rapport

À Paris, le 20 Novembre 2013

BENEDICTE JACQUEY-VAZQUEZ



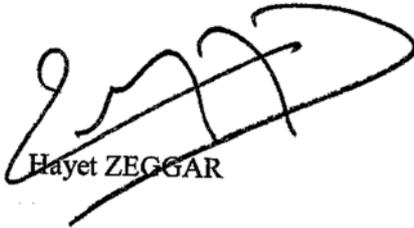
Inspectrice générale des affaires sociales

MARIE-FRANCE PONSOT



Inspectrice générale de l'administration de  
l'éducation nationale et de la recherche

HAYET ZEGGAR



Hayet ZEGGAR

Inspecteur général des affaires sociales

JOËL SALLE



Inspecteur général de l'administration de  
l'éducation nationale et de la recherche

# **ANNEXES**



# **LISTE DES ANNEXES**

**ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION**

**ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

**ANNEXE 3 : LISTE DES PROPOSITIONS**

**ANNEXE 4 : LISTE DES SIGLES**

**ANNEXE 5 : LES AIDES DES COLLECTIVITES LOCALES**



## **ANNEXE I**

### **Lettre de mission**



## Annexe I



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

*Les Directeurs de Cabinet*

Paris, le 22 AVR. 2013

### Note à l'attention de

Monsieur le Chef de service de l'IGAS  
Monsieur le Chef de service de l'IGAENR

Objet : Evaluation de la politique en faveur de la santé des étudiants

Le Président de la République a inscrit parmi ses engagements la mise en œuvre d'un plan national pour la vie étudiante prévoyant notamment des mesures pour le logement, pour la santé, pour la vie de campus et la création d'une allocation d'études et de formation sous condition de ressources. Cet engagement a été rappelé par le Premier ministre le 26 novembre 2012 au Collège de France, en ouverture des Assises de l'enseignement supérieur et de la recherche, qui a souhaité que ce plan intègre « tous les sujets importants pour la vie de nos étudiants ».

La définition du plan national doit pouvoir s'appuyer sur une évaluation globale, conduite dans le cadre de la modernisation de l'action publique et qui prendra en compte les effets de quatre politiques publiques : les aides directes et fiscales, la restauration universitaire et la qualité alimentaire, la santé étudiante et la vie de campus.

Nous souhaitons confier à vos services la réalisation d'une évaluation qui portera sur la santé des étudiants et saura émettre des propositions d'amélioration de leur santé en favorisant l'accès à la prévention et aux soins.

Les étudiants peuvent être considérés d'une manière générale en meilleure santé que l'ensemble de la population, du fait notamment de leur jeunesse. Pour autant, il existe des préoccupations spécifiques quant à leur état sanitaire (vaccins, soins bucco-dentaires et d'optique, soins gynécologiques, alimentation, pratiques addictives, stress) et à leur accès aux soins. Un étudiant sur deux affirme avoir déjà renoncé à des soins par fatalisme, par manque de temps ou pour raisons financières. Si ces sujets de préoccupation peuvent concerner l'ensemble de cette classe d'âge, les jeunes qui poursuivent des études bénéficient d'un environnement particulier qui peut être mobilisé à l'appui de leurs besoins de santé.

.../...

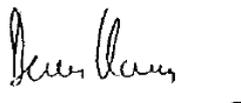
## Annexe I

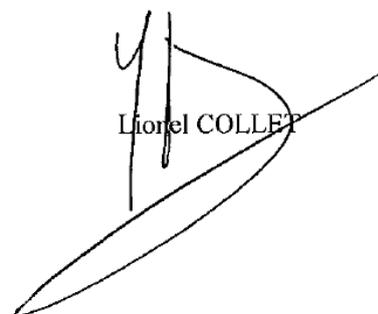
Ainsi, une quinzaine d'universités ont ouvert dans leur service de médecine préventive un centre de santé qui propose des offres de soins. Le gouvernement a décidé de promouvoir l'ouverture de ces centres, car la présence d'une structure médicale avec des professionnels de santé aptes à leur délivrer des soins à proximité de leur lieu d'études répond aux besoins des étudiants. A partir des premières expériences, il s'agit notamment d'envisager une modélisation des priorités médicales, de l'organisation logistique et d'un modèle permettant d'assurer la viabilité de ces structures selon les règles de droit commun. Cette réflexion devra s'appuyer sur les travaux déjà engagés, dans le cadre d'une mission de l'inspection générale des affaires sociales, sur le modèle économique des centres de santé. Il s'agit également d'articuler l'activité curative avec les actions de prévention et d'identifier puis mettre en application les recommandations permettant d'en renforcer la portée et l'efficacité. La prévention par les pairs, telle que le dispositif des étudiants-relais organisé par certains services universitaires de médecine préventive, mérite d'être étudiée. La prévention sur l'Internet est également à considérer.

Une attention toute particulière devra être accordée à la prévention des conduites addictives, notamment lors des soirées étudiantes (tabac, alcool, produits psycho-actifs, addictions aux écrans et aux jeux d'argent, ...). Ce travail se fera en cohérence avec le plan gouvernemental de lutte contre la drogue, la toxicomanie et les conduites addictives en cours d'élaboration sous le pilotage de la MILDT.

Enfin, le comité interministériel de la jeunesse a inclus dans ses priorités une amélioration de l'accès aux droits des étudiants. La mission pourra donc approfondir les conditions d'un accès effectif des étudiants à l'aide à la complémentaire santé, en se fondant sur les travaux pilotés par la direction de la sécurité sociale.

Nous vous remercions de vous coordonner avec les responsables de l'évaluation transversale dont le rapport est attendu d'ici au premier juillet.

  
Denis MORIN

  
Lionel COLLET

## **ANNEXE II**

### **Liste des personnes rencontrées**



## SOMMAIRE

<b>1. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>1</b>
1.1. Cabinet du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.....	1
1.2. Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) .....	1
<b>2. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.....</b>	<b>1</b>
2.1. Cabinet du ministre des affaires sociales et de la santé.....	1
2.2. Direction de la sécurité sociale.....	1
2.3. Direction générale de l'offre de soins .....	1
2.4. Direction générale de la santé .....	1
<b>3. MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE .....</b>	<b>1</b>
<b>4. INSPECTION GENERALE DES FINANCES .....</b>	<b>2</b>
<b>5. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES .....</b>	<b>2</b>
<b>6. CONFERENCE DES PRESIDENTS D'UNIVERSITE (CPU).....</b>	<b>2</b>
<b>7. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS).....</b>	<b>2</b>
<b>8. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE .....</b>	<b>2</b>
<b>9. OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION (OFII).....</b>	<b>2</b>
<b>10. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTE (INPES) .....</b>	<b>2</b>
<b>11. ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES SERVICES DE SANTE UNIVERSITAIRES (ADSSU) .....</b>	<b>2</b>
<b>12. MUTUELLE DES ETUDIANTS - LMDE.....</b>	<b>3</b>
<b>13. RESEAU NATIONAL DES MUTUELLES ETUDIANTES REGIONALES - EMEVIA.....</b>	<b>3</b>
<b>14. UNIVERSITÉS / PRES / SERVICES UNIVERSITAIRES (INTERUNIVERSITAIRES) DE MEDECINE PREVENTIVE ET DE PROMOTION DE LA SANTE (SUMPPS / SIUMPPS).....</b>	<b>3</b>
14.1.. Université Bordeaux 2 Victor Segalen.....	3
14.2.. Université de Lorraine .....	3
14.3.. Université Paris-Est Créteil Val de Marne - Paris 12 .....	4
14.4.. Site de CLERMONT-FERRAND .....	4
14.4.1. PRES Clermont Université .....	4
14.4.2. Université d'Auvergne -Clermont-Ferrand 1 .....	4
14.4.3. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand 2.....	4

14.5.. Université Paris Ouest Nanterre La Défense .....	4
<b>15. ORGANISATIONS REPRESENTANT LES ETUDIANTS .....</b>	<b>5</b>
15.1.. Confédération étudiante .....	5
15.2.. Fédération des associations générales étudiantes.....	5
15.3.. Mouvement des étudiants .....	5
15.4.. Promotion et défense des étudiants.....	5
15.5.. Union nationale des étudiants de France.....	5

## **1. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche**

### **1.1. Cabinet du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche**

Guillaume HOUZEL, conseiller social et vie étudiante, culture scientifique et technique

### **1.2. Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP)**

Jean-Yves DE LONGUEAU, sous-directeur à l'égalité des chances et de la vie étudiante

Richard AUDEBRAND, chef du département de l'égalité des chances

Stéphane CARTON, chargé de mission, département de l'égalité des chances

## **2. Ministère des affaires sociales et de la santé**

### **2.1. Cabinet du ministre des affaires sociales et de la santé**

Catherine BISMUTH, conseillère

Mathilde MARMIER, conseillère

### **2.2. Direction de la sécurité sociale**

Thomas FATOME, directeur général

Jean-Benoît DUJOL, sous-directeur en charge de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

### **2.3. Direction générale de l'offre de soins**

Jean DEBEAUPUIS, directeur général

Raymond LE MOIGN, sous-directeur en charge des ressources humaines du système de santé

Virginie SALOMON, conseillère auprès du directeur général

### **2.4. Direction générale de la santé**

Jean-Yves GRALL, directeur général

## **3. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie**

Danièle JOURDAIN MENNINGER, présidente

Françoise FOURNERET, chargée de mission prévention

#### **4. Inspection générale des finances**

Arnaud LAURENTY, inspecteur des finances

#### **5. Inspection générale des affaires sociales**

Virginie CAYRE, inspectrice des affaires sociales

Cécile WAQUET, inspectrice des affaires sociales

#### **6. Conférence des présidents d'université (CPU)**

Jean-Loup SALZMANN, président de la CPU, président de l'université Paris Nord

Gérard BLANCHARD, vice-président de la CPU, président de l'université de La Rochelle

Bouabdallah KHALED, vice-président de la CPU, président de l'université de Saint-Etienne  
Jean Monnet

Anne FRAISSE, présidente de l'université de Montpellier III Paul Valéry, présidente de la commission de la vie étudiante et des questions sociales

#### **7. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice de la gestion et de l'offre de soins

Dominique POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques

#### **8. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**

Annick MOREL, président

Marie REYNAUD, secrétaire générale

#### **9. Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)**

Yannick IMBERT, directeur général

Yolande MULLER, directrice générale adjointe

#### **10. Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)**

Thanh LE LUONG, directrice générale

François BECK, direction des affaires scientifiques

#### **11. Association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU)**

Gilles MEYRIGNAC, président

## **12. Mutuelle des étudiants – LMDE**

Romain BOIX, administrateur délégué

Julien FAURE, directeur santé prévention

Karl STOECKEL, administrateur délégué

## **13. Réseau national des mutuelles étudiantes régionales – EmeVia**

Benjamin CHKROUN, délégué général

Béatrice TRAVAILLEUR, coordinatrice nationale promotion de la santé

## **14. UNIVERSITÉS / PRES / Services universitaires (interuniversitaires) de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS / SIUMPPS)**

### **14.1. Université Bordeaux 2 Victor Segalen**

Manuel TUNON de LARA, président,

Nicole RASCLE, vice-présidente du conseil des études et de la vie universitaire (CEVU)

Christophe TZOURIO (projet I-Share)

Corinne DUFFAU, directrice générale des services

Alexandra PUARD, préfiguratrice du Pôle Formation, Insertion professionnelle et Vie universitaire de la future Université de Bordeaux

Sylvie MAURICE, directrice du SIUMPPS et son équipe

Lucie GUIGNOT, chargée de projets santé et coordination des étudiants relais-santé

Éléonore TRON, vice-présidente étudiante déléguée et des étudiants relais-santé

### **14.2. Université de Lorraine**

Pierre MUTZENHARDT, président

Michel ROBERT, vice-président du conseil de la vie universitaire (CVU)

Jean-François MOLTER, directeur général des services adjoint

Florence DAMOUR, directrice de la vie universitaire et de la culture

Martine ROSENBACHER, directrice du site SUMMPS de Nancy

Sylvie VAILLANT, directrice du site SUMMPS de Metz

Aurélien MARTIN, vice-président étudiant et des étudiants relais-santé

### **14.3. Université Paris-Est Créteil Val de Marne – Paris 12**

Luc HITTINGER, président

Yves PALLAU, vice-président du conseil des études et de la vie universitaire (CEVU)

Patricia ALBANESE, assesseure au CEVU

Manuel BOUARD, directeur général des services adjoint en charge des moyens

Liliane FINEZ, directrice générale adjointe en charge des études et de la vie étudiante

Claude ATTALI, responsable du département de médecine générale de la faculté de médecine

Bernard LELU, directeur du SUMPPS et son équipe

Mélanie VASSELIN, vice-présidente étudiante

Chris ROTTER, étudiant, président de la FAC (Fédération des Associations de Créteil)

Sébastien FOUCHER, étudiant (FAC)

### **14.4. Site de CLERMONT-FERRAND**

#### **14.4.1. PRES Clermont Université**

Alain MARTEL, président

Laurent GERBAUD, directeur du SUMPPS, Dr Anne PERRÈVE, directrice adjointe et leur équipe

#### **14.4.2. Université d'Auvergne –Clermont-Ferrand 1**

Brigitte BONHOMME, vice-présidente du conseil des études et de la vie universitaire (CEVU)

Michèle MERGAULT, directrice de la formation et de l'insertion professionnelle

#### **14.4.3. Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand 2**

Françoise PEYRARD, vice-présidente formation en charge du conseil des études et de la vie universitaire (CEVU)

Danielle BRIOT, responsable du service étudiant

Laurent MOURET, direction des enseignements – Scolarité centrale

### **14.5. Université Paris Ouest Nanterre La Défense**

Mylène BOURENNANE, directrice

Mireille BLAYO infirmière

Yasmina ISAAD-BALMER psychologue clinicienne

## **15. Organisations représentant les étudiants**

### **15.1. Confédération étudiante**

Thibaut SELLIER, trésorier

### **15.2. Fédération des associations générales étudiantes**

Julien BLANCHET, président

Marie PILLIERE, vice-présidente en charge des affaires sociales

### **15.3. Mouvement des étudiants**

Antoine DIERS, président

### **15.4. Promotion et défense des étudiants**

Transmission d'une contribution écrite

### **15.5. Union nationale des étudiants de France**

Laure DELAIR, vice-présidente

Julien MILLION, responsable de la commission aides sociales



## **ANNEXE III**

### **Liste des propositions**



## **SOMMAIRE**

<b>1. SUR L'OBJECTIVATION DES DONNEES RELATIVES A LA SANTE DES ETUDIANTS.....</b>	<b>1</b>
<b>2. SUR LA PREVENTION ET L'INFORMATION DES ETUDIANTS.....</b>	<b>1</b>
<b>3. SUR LA PROTECTION SOCIALE DES ETUDIANTS.....</b>	<b>1</b>
<b>4. SUR LA VISITE MEDICALE.....</b>	<b>1</b>
<b>5. SUR LE POSITIONNEMENT DES SUMPPS.....</b>	<b>1</b>
<b>6. SUR L'ANIMATION DU RESEAU DES SUMPPS .....</b>	<b>2</b>
<b>7. SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES SUMPPS .....</b>	<b>2</b>
<b>8. SUR LE DEVELOPPEMENT DE CENTRES DE SANTE UNIVERSITAIRES .....</b>	<b>2</b>



## 1. Sur l'objectivation des données relatives à la santé des étudiants

**Proposition n° 1 :** promouvoir et consolider les enquêtes de l'OVE et de l'INPES dans un souci d'objectivation des données sur la santé des étudiants.

## 2. Sur la prévention et l'information des étudiants

**Proposition n° 2 :** systématiser l'utilisation des outils de prévention nationaux (campagnes INPES et autres) dont les SUMPPS peuvent ensuite élaborer des déclinaisons.

**Proposition n° 3 :** encourager le développement des dispositifs d'étudiants relais-santé autour de projets structurés et encadrés par des professionnels référents au sein des SUMPPS.

**Proposition n° 4 :** mettre en place une véritable évaluation des principales actions de prévention par les pairs.

## 3. Sur la protection sociale des étudiants

**Proposition n° 5 :** fournir aux futurs étudiants, avant leur inscription dans l'enseignement supérieur, une information précise et neutre sur la protection sociale.

**Proposition n° 6 :** mener une expertise sur les deux questions suivantes :

- ◆ envisager de sortir les bourses de l'enseignement supérieur de l'assiette des ressources prises en compte pour déterminer l'attribution de la CMUC et de l'ACS ;
- ◆ envisager un accès automatique des étudiants boursiers à la CMUC ou à l'ACS en fonction des échelons.

**Proposition n° 7 :** engager une réflexion sur le dispositif de sécurité sociale étudiante dans son ensemble.

## 4. Sur la visite médicale

**Proposition n° 8 :** examiner les 3 scénarios suivants :

- ◆ *scénario n° 1 :* supprimer cette visite médicale et redéployer la ressource médicale et soignante ainsi libérée sur des missions de prévention collective adaptée au public étudiant et sur le soin. La VM serait cependant maintenue pour les populations dont la santé peut déterminer la réussite éducative, notamment les étudiants handicapés ;
- ◆ *scénario n° 2 :* laisser les universités et les SUMPPS déterminer, en fonction d'un bilan de l'état et des besoins de santé des populations, la stratégie à conduire sur cette visite médicale ;
- ◆ *scénario n° 3 :* renforcer l'impact en santé publique de cette visite médicale par une « universalité proportionnée » en la ciblant sur les populations les plus vulnérables, et en définissant un contenu minimum.

## 5. Sur le positionnement des SUMPPS

**Proposition n° 9 :** changer la dénomination SUMPPS au profit (par exemple) de l'appellation « services de santé universitaires ».

## Annexe III

**Proposition n° 10** : inscrire clairement la santé, comme le sport et la culture, en tant que l'un des éléments forts de la vie étudiante et du projet d'établissement.

**Proposition n° 11** : développer de manière systématique, au niveau national et au niveau local, des relations fonctionnelles entre les œuvres sociales universitaires et les services de santé universitaires.

**Proposition n° 12** : encourager les relations avec les facultés de médecine et les délégations de l'OFII.

**Proposition n° 13** : favoriser l'insertion des SUMPPS dans les réseaux de santé publique au niveau national, en lien avec le ministère de la santé et les principaux établissements concernés (INPES, MILDT, assurance maladie) et au niveau local via les ARS et les pôles de compétence de l'INPES.

### 6. Sur l'animation du réseau des SUMPPS

**Proposition n° 14** : poursuivre l'animation du réseau des SUMPPS par le MESR en lien avec l'ADSSU (séminaires, journées d'animation y compris en direction des personnels soignants, mutualisation des pratiques innovantes, identification de pôles de référence thématiques...).

**Proposition n° 15** : développer l'utilisation de la plate-forme numérique Campus-ESEN.

**Proposition n° 16** : enrichir le bilan d'activités des SUMPPS avec les indicateurs suivants : ETP médicaux et infirmiers consacrés à la VM, fréquentation de la VM, montant des remboursements d'actes, nombre d'actes et typologie...

### 7. Sur l'organisation et le fonctionnement des SUMPPS

**Proposition n° 17** : identifier clairement les ressources réelles affectées aux SUMPPS par les universités dans le cadre de la globalisation des crédits et veiller au maintien d'un niveau de financement suffisant.

**Proposition n° 18** : poursuivre le mouvement de stabilisation statutaire ou contractuelle des équipes des SUMPPS afin de permettre la construction de projets durables.

**Proposition n° 19** : permettre à tous les SUMPPS de délivrer une contraception régulière.

### 8. Sur le développement de centres de santé universitaires

**Proposition n° 20** : mettre à disposition des SUMPPS un vade-mecum et un document cadre rassemblant les principes qui doivent guider la mise en place de centre de santé.

**Proposition n° 21** : proposer des formations pour accompagner la transition de la médecine préventive vers la consultation et le soin.

**Proposition n° 22** : veiller à l'inscription du projet de santé dans l'offre de soins du territoire.

**Proposition n° 23** : développer les partenariats entre les centres de santé universitaires et les établissements concourant à des missions de santé publique (vaccination, CDAG, CPEF etc.).

**Proposition n° 24** : encourager les demandes d'agrément pour l'accueil en stage des internes en santé publique et en médecine générale.

## **ANNEXE IV**

### **Liste des sigles**



**Annexe IV**

<b>ACS</b>	<b>Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire</b>
<b>ADSSU</b>	<b>Association des Directeurs de Services de Santé Universitaire</b>
<b>ANI</b>	<b>Accord National Interprofessionnel</b>
<b>ANPAA</b>	<b>Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie</b>
<b>APB</b>	<b>Admission Post Bac</b>
<b>ARS</b>	<b>Agence régionale de santé</b>
<b>BAPU</b>	<b>Bureau d'aide psychologique universitaire</b>
<b>CAF</b>	<b>Caisse d'allocations familiales</b>
<b>CDAG</b>	<b>Centre de dépistage anonyme et gratuit</b>
<b>CDD</b>	<b>Contrat à durée déterminée</b>
<b>CDI</b>	<b>Contrat à durée indéterminée</b>
<b>CHU</b>	<b>Centre hospitalier universitaire</b>
<b>CMU</b>	<b>Couverture maladie universelle</b>
<b>CMUC</b>	<b>Couverture maladie universelle complémentaire</b>
<b>CNAMTS</b>	<b>Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</b>
<b>CPAM</b>	<b>Caisse primaire d'assurance maladie</b>
<b>CPEF</b>	<b>Centre de Planification et d'Education Familiale</b>
<b>CPU</b>	<b>Conférence des présidents d'université</b>
<b>CROUS</b>	<b>Centre régional des œuvres universitaires et scolaires</b>
<b>CSS</b>	<b>Code de la sécurité sociale</b>
<b>DGESCO</b>	<b>Direction générale des enseignements scolaires</b>
<b>DGESIP</b>	<b>Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle</b>
<b>DREES</b>	<b>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques</b>
<b>ENSE</b>	<b>Enquête nationale santé des étudiants (LMDE)</b>
<b>EPSE</b>	<b>Expertise et prévention pour la santé des étudiants</b>
<b>ESEN</b>	<b>Ecole supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche</b>
<b>ETP</b>	<b>Equivalent temps plein</b>
<b>HCAAM</b>	<b>Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie</b>
<b>HCSP</b>	<b>Haut conseil de la santé publique</b>
<b>HPST</b>	<b>(Loi) Hôpital, patients, santé, territoires</b>
<b>IDE</b>	<b>Infirmier diplômé d'Etat</b>
<b>IGAENR</b>	<b>Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche</b>
<b>IGAS</b>	<b>Inspection générale des affaires sociales</b>
<b>IGF</b>	<b>Inspection générale des finances</b>
<b>IFSI</b>	<b>Institut de formation en soins infirmiers</b>
<b>INPES</b>	<b>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé</b>
<b>IRDES</b>	<b>Institut de recherche et documentation en économie de la santé</b>
<b>IST</b>	<b>Infection sexuellement transmissible</b>
<b>LMDE</b>	<b>La Mutuelle des étudiants</b>
<b>MAP</b>	<b>Modernisation de l'action publique</b>
<b>MDPH</b>	<b>Maison départementale des personnes handicapées</b>
<b>MEN</b>	<b>Ministère de l'éducation nationale</b>
<b>MESR</b>	<b>Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche</b>
<b>MGEN</b>	<b>Mutuelle générale de l'éducation nationale</b>
<b>MILDT</b>	<b>Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie</b>
<b>OFII</b>	<b>Office français de l'immigration et de l'intégration</b>
<b>ONISEP</b>	<b>Office national d'information sur les enseignements et les professions</b>
<b>OVE</b>	<b>Observatoire de la vie étudiante</b>
<b>PRES</b>	<b>Pôle de recherche et d'enseignement supérieur</b>

#### Annexe IV

<b>RESS</b>	<b>Régime étudiant de sécurité sociale</b>
<b>RC</b>	<b>Régime complémentaire</b>
<b>RO</b>	<b>Régime obligatoire</b>
<b>RSA</b>	<b>Revenu de solidarité active</b>
<b>SANDIA</b>	<b>Service administratif national d'immatriculation des assurés</b>
<b>SIUMPPS</b>	<b>Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé</b>
<b>SMER</b>	<b>Société Mutualiste Etudiantes Régionales</b>
<b>STAPS</b>	<b>Sciences et techniques des activités physiques et sportives</b>
<b>SUMPPS</b>	<b>Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé</b>
<b>UE</b>	<b>Unité d'enseignement</b>
<b>UNAF</b>	<b>Union nationale des associations familiales</b>
<b>UPEC</b>	<b>Université Paris Est Créteil</b>
<b>VIH</b>	<b>Virus de l'immunodéficience humaine</b>
<b>VHC</b>	<b>virus de l'hépatite C</b>
<b>VLTS</b>	<b>Valant Titre de Séjour</b>
<b>VM</b>	<b>Visite médicale</b>

## **ANNEXE V**

### **Les aides des collectivités locales**



## Annexe V

### ETAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS D'AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE DES COLLECTIVITES LOCALES

Collectivité	Territoire concerné		Montant de l'aide	Conditions d'éligibilité	Organismes distributeurs cette aide	Année Création
Conseil Régional	Ile De France	PAV Paris, Cergy, Nanterre, Versailles, Evry, Orsay, Saint Denis, Villebonville, Créteil, Champs sur Marne	Départements: 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95 à hauteur de 100 €	- 18 à 26 ans - Etudier en IDF - Habiter en IDF - Etre boursier d'échelon 0 à 4 sous conditions ou boursier FNAU (fonds national d'aide d'urgence annuelle) ou boursier FRAS (fonds régional d'aide sociale) - Souscription individuelle	LMDE SMEREP	2010/2011
Conseil Régional	Centre	PAV Orléans, Tours	Départements: 18, 28, 36, 37, 41, 45 à hauteur de 100 €	- Etre étudiant dans un établissement de la région Centre - Etre allocataire d'une bourse échelon 4, 5 ou 6 (CROUS, DRAAF ou CNASEA)	Mutuelles partenaires LMDE, SMECO Mutuel MITEL MGEN	2011/2012
Conseil Général	Indre et Loire	PAV Tours	Département 37 à hauteur de 100 €	- Etre étudiant à l'Université François Rabelais - Etre en situation précaire - Ne pas être éligible CMUC, ACS et Aide région centre	LMDE SMECO	2010/2011
Conseil Général	Alpes Maritimes	PAV Nice	Département 06 50% de la cotisation plafonnée à 100 €	- Etre étudiant dans un établissement des Alpes Maritimes - Moins de 25 ans - Habiter dans les Alpes Maritimes - Souscription individuelle	Tous si souscription individuelle	2007/2008
Conseil Régional	Champagne Ardenne	PAV Reims et Troyes	Départements 08, 10, 51 et 52 à hauteur de 80 €	- Etudier dans un établissement de Champagne Ardenne - Etre boursier du CROUS ou de la Région		2009/2010
Conseil Général	Pas de Calais	PAV d'Arras	Département 62 à hauteur de 100 €	- Parents habitant dans le Pas De Calais - Etudier dans les Pas de Calais - Etre boursier d'échelon 0 à 6	Conseil Général	1999/2000
Conseil Régional	Picardie	PAV Amiens	Départements 02, 60, 80 à hauteur de 90 €	- Etudier en Picardie (établissements limités mais ouverture BTS / CPGE) - Etre boursier	Conseil Régional	2007/2008
Conseil Régional	Guadeloupe	PAV Guadeloupe	Département 971 à hauteur de 80 €	- Etudiant de moins de 28 ans - Parent fiscalement basé en Guadeloupe - Boursier sur Critère sociaux ou boursier de la Région - Etre inscrit dans un établissement Sup. aux Antilles Guyane	LMDE SMERAG	2010/2011
Conseil Général	Guyane	PAV Guyane	Département 973 à hauteur de 100€	- Boursier du Conseil général de Guyane - Titulaire bac ou équivalent - nationalité française ou UE ou étranger titulaire titre de séjour régulier - Parents domiciliés en Guyane depuis au moins 3 ans - ne pas posséder de statut de salarié permanent ni être bénéficiaire de prestations sociales à l'exception des prestations familiales - moins de 28 ans au premier septembre de l'année universitaire	LMDE	2011/2012
Conseil Régional	Pays de Loire	PAV Angers, Nantes, Le Mans	Départements 44, 49, 53, 72, 85 à hauteur de 100 €	- 15 à 30 ans - Ouverture à tous y compris les lycéens et jeunes actifs - Habiter en Pays de Loire - Valable uniquement pour une première souscription individuelle chez le même opérateur - Etre inscrit et avoir téléchargé l'attestation sur le site de la région	LMDE, MACIF, Smip, MACSF SMERAG, MALAKOFF MEDERIC, AIFPS MGEF, MGET, MNH, MUTACTE MGEN, MUTUALIA, MUTUELLE DES CH AID SANTE, CAISSE D'EPARGNE, GROUPEAMA, HARMONIE, INTEGRANCE, MUTUELLE DU VAL DE SEVRE MNF, PREVADES, RADIANCE	2011/2012
Conseil Régional	Auvergne	PAV Clermont Fd	Départements 03, 15, 43, 63 aide de 200 € à 600 € (200€ pour les échelons 0 et 1, 350 € pour les 2 à 4 et 600€ pour les 5 et 6)	- 18 à 25 ans - principalement les boursiers / jeunes en recherche emploi domiciliés en Auvergne - être étudiant en Auvergne pour acquisition : mutuelle, permis de conduire, transports, assurance logement, contraception, frais scolaires, tickets RJ	Prestataires agréés : LMDE	2012
Conseil Régional	Midi Pyrénées	PAV Toulouse	Départements: 09, 12, 32, 33, 46, 65, 81, 82 à hauteur de 100 €	- Moins de 28 ans - Etudier en Midi Pyrénées - Etre boursier d'échelon 0 à 6 (dont boursiers sur critères sociaux des ministères agriculture, culture, défense, défense, transport...) ou boursier FNAU (fonds national d'aide d'urgence annuelle) ou FRAS - Souscription individuelle	Mutuelles partenaires LMDE VITTAI Mutuelle du Rempart Santé Vie - Vie Santé - Mutami MGEF - MPOSS MGEN, Mutuelle Prévoyance Myriade, Le Refuge Mutuelle	2011/2012
Conseil Régional	Martinique	PAV Martinique	972 à hauteur de 100 €	en cours négociation	en cours négociation	Objectif 2012/2013
Conseil Régional	Corse	PAV Corse	2A, 2B à hauteur de 90 €	Etre boursier sur critères sociaux d'échelon 0 à 6 Le foyer fiscal dont dépend l'étudiant réside en Corse toute l'année	Conseil Régional	2013