



HAL
open science

Évaluation des besoins de santé de la population étudiante de l'université Nice Sophia Antipolis pour la création d'un centre de santé universitaire

Marine Burger

► **To cite this version:**

Marine Burger. Évaluation des besoins de santé de la population étudiante de l'université Nice Sophia Antipolis pour la création d'un centre de santé universitaire. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00990681

HAL Id: dumas-00990681

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00990681>

Submitted on 12 Jun 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MARINE BURGER

**ÉVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ DE LA
POPULATION ÉTUDIANTE DE L'UNIVERSITÉ NICE
SOPHIA ANTIPOLIS POUR LA CRÉATION D'UN
CENTRE DE SANTÉ UNIVERSITAIRE**

- NICE 2013 -

UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MEDECINE

**EVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION
ÉTUDIANTE DE L'UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS POUR LA
CRÉATION D'UN CENTRE DE SANTÉ UNIVERSITAIRE**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Nice

Le 18 Octobre 2013

Par

Melle Marine BURGER

Née le 05 Avril 1985 à Saint Martin d'Hères (Isère)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du Jury :

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Assesseur :

Monsieur le Professeur Patrick BAQUE

Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Karine REBOUILLAT-SAVY

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LE FICHOUX Yves
M. BLAIVE Bruno	M. LOUBIERE Robert
M. BOQUET Patrice	M. MARIANI Roger
M. BOURGEON André	M. MASSEYEFF René
M. BOUTTÉ Patrick	M. MATTEI Mathieu
M. BRUNETON Jean-Noël	M. MOUIEL Jean
Mme BUSSIERE Françoise	Mme MYQUEL Martine
M. CHATEL Marcel	M. OLLIER Amédée
M. COUSSEMENT Alain	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DAR COURT Guy	M. SCHNEIDER Maurice
M. DELMONT Jean	M. SERRES Jean-Jacques
M. DEMARD François	M. TOUBOL Jacques
M. DOLISI Claude	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GILLET Jean-Yves	
M. GRELLIER Patrick	
M. HARTER Michel	
M. INGLES AKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M. LAMBERT Jean-Claude	
M. LAPALUS Philippe	
M. LAZDUNSKI Michel	
M. LEFEBVRE Jean-Claude	
M. LE BAS Pierre	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
----	-------------	------------------------------

M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNÉ Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

SOMMAIRE

SOMMAIRE	8
REMERCIEMENTS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION	16
JUSTIFICATION DE L'ETUDE : CONTEXTE ACTUEL	18
MATERIEL ET METHODES	48
RESULTATS	57
DISCUSSION	110
CONCLUSION	150
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	152
ANNEXES	160
TABLE DES ILLUSTRATIONS	174
TABLE DES MATIERES	180
SERMENT D'HIPPOCRATE	187

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER, Président du Jury,

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères pour l'honneur que vous me faites de présider le Jury de cette thèse.

Merci pour l'aide apportée et le temps consacré.

À Monsieur le Professeur Patrick BAQUE,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce Jury.

Votre investissement depuis toutes ces années dans la profession et auprès des étudiants est connu et respecté de tous.

À Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD,

Je suis très touchée que vous ayez accepté de participer à mon Jury, et de vous déplacer.

Merci pour les conseils précieux que vous m'avez donnés et le temps que vous m'avez consacré.

À Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites de siéger dans ce Jury. Merci pour l'enseignement prodigué toutes ces années.

Au Docteur Karine REBOILLAT-SAVY, ma directrice de thèse,

Merci de m'avoir permise de travailler sur ce beau projet.

Merci pour la confiance et la liberté accordées.

A ceux qui m'ont aidée pour cette thèse :

À Madame Marie-Annick DENCHE, chargée d'enquête à l'Observatoire de la Vie Etudiante de l'Université Nice Sophia Antipolis.

Sans toi, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Je te le dois.

Merci beaucoup pour ton professionnalisme, ta gentillesse et ta grande disponibilité.

À Florian qui, lors de son stage dans le service de Santé Publique, s'est courageusement penché sur mes statistiques, et m'a montré le chemin à suivre pour les réaliser. Merci.

A ma famille

Mes parents, Monique et Jacques

Merci pour votre amour, pour votre soutien et votre disponibilité.

Merci de m'avoir aidée à me construire.

Je sais profondément la chance que j'ai d'avoir des parents tels que vous.

Mon frère, Thomas

Nous sommes si différents et si semblables !

Merci pour ton aide et ton soutien, tout le long de mes études et de ce travail de thèse.

Je sais que nous pourrons toujours compter l'un sur l'autre, et c'est une grande force.

Mes grands-parents, Marcelle et François

A François qui est parti au début de cette aventure, et qui, j'en suis certaine, a surveillé mon cursus d'un œil bienveillant tout en jouant aux échecs avec Guillaume ...

A Didi, témoin et mémoire de notre famille et de tant d'époques !

Merci pour votre soutien.

Mes tantes et oncles, cousines et cousins, qui ont suivi d'un regard tendre toutes les étapes de ce long parcours.

À mon Prince Ali,

Nous n'aurions pas parié, ce jour de grève de 2007, que l'aventure serait si belle !

Merci d'être l'homme que tu es, exceptionnel dans tes valeurs et dans ton parcours.

Merci pour ton soutien et tes encouragements.

À nos projets, à notre amour et à tout ce qui nous attend dans cette nouvelle période de vie !

À la famille EL MAHJOUR,

Merci de m'avoir accueillie chaleureusement malgré nos différences, et d'avoir accepté simplement que mes choix de vie ne soient pas les mêmes que les vôtres.

À Madame Marie-Hélène CENDO, ma kiné,

Merci d'avoir soigné mon corps et mon âme ces seize dernières années.

C'est une bien belle complicité.

Vous avez contribué à forger mon image et mes valeurs de soignant.

À Madame Graziella MINETTI,

Si discrète et si présente. Votre incroyable gentillesse a adouci toutes ces années de labeur, et votre force de travail a été un bel exemple. Merci.

Prenez bien soin de vous.

À mes amis, qui ont joyeusement coloré et animé toutes ces années !!! ☺**Aux « vieux » !**

La bande du lycée, famille de près de treize années, et qui va s'agrandir de naissances! Sans vous la vie aurait été moins gaie !

A Laurie, Mary-Cathryn, Christèle, Jess, Julie,

A Lolo, Enzo, Toto, Manu, Julien, Momo mais aussi Jérémy et J-C,

Sans oublier Cécile et Emil, Nath mais aussi Caroline !

Et Anne, vieille complice de toujours !

À Élodie, ma médecin légiste préférée ! À toutes ces années sur les bancs de la fac, à nos fous rires et à notre complicité ! Merci de ta présence constante.

A Sarah, la distance n'a rien abrasé et j'en suis heureuse ! Cette décennie terminée - pendant laquelle notre amitié s'est solidifiée de nombreux souvenirs - la vie nous tend les bras ! On part où ?!!!!

Aux « filles » qui ont joliment animé toutes ces années : nous nous voyons moins, voire plus maintenant, mais les souvenirs restent et d'autres sont encore à créer !

À Olivia, Marie, Carine, Aurélie, Amélie, Coco, Clarisse, Meryl, Stéphanie, Virginie!

À Lauranne, Flore, Anne Julie !

Mais aussi à Sophie, à Alexandra, à Caro ... et à toutes celles, nombreuses, que je vois peu mais qu'il est toujours un plaisir de revoir !

À Julie et Greg,

Merci pour votre gentillesse hors norme ; à nos soirées passées et à venir !

A Sophie et Damien (+ Juliette !),

Pour tous les bons moments passés et à venir, et nos débats sur les voyages !

Aux belles rencontres de l'internat,

Le « club des cinq » : Leïla, Christine, Marjorie, Caro (+ moi!) ; Émilie et Damien (+ Paul !); Audrey ; Karine ; Charlotte.

À tous les amis d'Ali qui sont devenus les miens au fil de ces années, ceux du lycée et ceux de médecine, si nombreux que je risquerais d'en oublier !

À Monsieur Gérard BOLLINI, Professeur de Chirurgie Orthopédique et Pédiatrique au CHU de la Timone à Marseille,

À Monsieur Gabriel LENA, Professeur de Neurochirurgie Pédiatrique au CHU de la Timone à Marseille,

Ce jour d'avril 1997 vous avez changé ma vie, diminuant mes souffrances et créant une vocation : je serai Médecin, pour pouvoir aider comme je l'ai été par vos soins.

Merci.

À tous les professionnels de la Santé que j'ai croisés pendant mes études, et qui ont pris le temps - malgré la fatigue, le stress ou l'urgence - de me transmettre un peu de leurs savoirs, de leurs compétences, de leurs passions.

Je n'oublierai pas.

« Impose ta chance,
Serre ton bonheur,
Et va vers ton risque.
A te regarder, ils s'habitueront. »

René Char
Rougeur des matinaux.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de la Santé

CIL : Correspondant Informatique et Liberté

CNIL : Comité National Informatique et Liberté

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSU : Centre de Santé Universitaire

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IAE : Institut d'Administration des Entreprises

IDPD : Institut du Droit de la Paix et du Développement

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ISEM : Institut Supérieur d'Economie et Management

IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres

IUT : Institut Universitaire de Technologie

LASH : Lettres, Arts et Sciences Humaines

LDAP : Lightweight Directory Access Protocol

LMDE : La Mutuelle Des Etudiants

MT : Médecin Traitant

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OVE : Observatoire de la Vie Etudiante

PB : Problème

SIUMPPS : Service Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SMER : Sociétés Mutualistes Etudiantes Régionales

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

UNS : Université Nice Sophia Antipolis

USEM : Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors, soit l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

INTRODUCTION

« Pourquoi s'intéresser à la santé des étudiants ? Après tout, les jeunes, ils sont en bonne santé ... ! »

Cette phrase, je l'ai entendue souvent lorsque j'ai évoqué mon intérêt pour le thème de la santé des étudiants, alors que je réfléchissais à un sujet de thèse.

La première fois que j'ai entendu cette remarque, j'ai été très étonnée : étrangement, je n'avais jamais envisagé le problème de ce point de vue là. Mais il est vrai que je fais partie de ces « jeunes » à qui la vie a appris très tôt que les problèmes de santé n'étaient pas l'apanage des « vieux » ; et, par la suite, ce ne sont pas mes études de médecine qui m'auront fait changer d'avis là-dessus.

Mais, à bien y réfléchir, c'est vrai : les étudiants sont la plupart du temps des gens jeunes, et donc a priori peu sujets à des pathologies graves et lourdes, du moins en termes de fréquence ; par ailleurs, du fait d'un niveau socio-éducatif souvent favorable - voire privilégié - les étudiants dans l'enseignement supérieur sont mieux informés en termes de santé et de prévention que la population générale, et probablement moins limités sur le plan financier dans leur accès aux soins.

Début 2012, j'ai appris par hasard l'existence d'un projet d'ouverture de « Centre de Santé Universitaire » pour les étudiants de l'université de Nice Sophia-Antipolis (UNS). J'ai trouvé le projet formidable : un lieu dédié aux étudiants, gratuit et facile d'accès, regroupant les actions de prévention et de soins.

Mais pour être dans une logique d'optimisation de la filière actuelle de soins - l'offre de soins dans la région étant particulièrement fournie - il fallait faire l'état des lieux de la santé des étudiants : Quels sont les besoins ressentis d'une part, et objectivables d'autre part, de cette population particulière ? Que pensent-ils du système de santé actuel ? Comment s'insèrent-ils dans le système de soin qui leur est déjà proposé ? Qu'attendent-ils de plus, de différent ?

En effet, il semble important d'étudier les caractéristiques et problématiques propres aux étudiants de l'UNS en termes de santé, puisque cela ne semble pas évident au premier abord. Il ne s'agit pas de recueillir des indicateurs de santé précis, type consommation de tabac ou d'alcool, car de très nombreuses études s'y attellent régulièrement, que ce soit les études mutualistes régionales et nationales, ou les observatoires nationaux de santé. Les

comportements à risque retentissant sur la santé des étudiants commencent à être bien connus, ainsi que les grands axes de prévention en découlant.

Il n'y a pas à ce jour d'étude effectuée sur l'ensemble de la population étudiante de l'UNS : les seules données disponibles sur le plan médico-psycho-social la concernant proviennent d'études ciblées sur les étudiants de première année universitaire s'étant présentés à la convocation obligatoire de médecine préventive. Or, en moyenne, seulement 56 % des étudiants convoqués se présentent à ce rendez-vous.

Ce travail de thèse propose donc d'évaluer les besoins de santé des étudiants de l'UNS, en recueillant des données sur leurs profils médico-psycho-sociaux, sur la façon dont ils se positionnent au sein du système de soins en place, et sur les freins rencontrés à la prise en charge médicale. Il vise aussi à recueillir leurs opinions sur ce qui existe déjà et sur ce qu'ils attendent d'un centre de santé universitaire.

Tout cela permettra à la fois d'avoir un regard sur l'ensemble de la population étudiante de l'UNS, mais aussi d'identifier quelles spécificités doit avoir ce centre de santé par rapport à l'offre de soins en place.

Ainsi, nous pourrions proposer dans ce futur centre de santé une offre de soin la plus adaptée possible aux attentes et besoins des étudiants de l'UNS.

1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE : CONTEXTE ACTUEL

1.1. Définitions

1.1.1. Etre étudiant à l'université

1.1.1.1. Définition de l'étudiant, de l'enseignement supérieur et de l'université

Étudiant est un mot dérivé du latin *Studere*, qui signifie « s'appliquer à apprendre quelque chose ». Cependant, le terme ne s'applique pas à toute personne qui apprend. On le réserve généralement aux personnes intégrées dans un cursus scolaire.

Dans de nombreux pays, notamment francophones, l'usage du mot étudiant est encore plus restreint. Le plus couramment, il désigne les personnes engagées dans un cursus d'enseignement supérieur. Afin d'être exhaustif, il serait plus juste de l'associer à toute personne suivant un cursus de formation initiale post-secondaire (relevant ou non de l'enseignement supérieur).

On peut donc faire cette distinction fondamentale dans le monde de l'enseignement, entre les écoliers qui fréquentent l'enseignement primaire ou secondaire, et les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement supérieur ou post-secondaire.

Cette définition est celle retenue par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) : un étudiant est une personne inscrite dans un établissement d'enseignement post-secondaire (relevant ou non de l'enseignement supérieur) [76].

Le terme d'études supérieures désigne généralement l'éducation dispensée par les universités, avec en France un système dual de grandes écoles et d'autres institutions décernant des grades universitaires ou autres diplômes d'enseignement supérieur.

Une université est un établissement qui fédère en son sein la production, la conservation et la transmission de différents domaines de la connaissance. Elle se distingue en cela des écoles et des grandes écoles, qui sont centrées sur la seule transmission d'un domaine bien défini de la connaissance.

1.1.1.2. La « catégorie » étudiante :

Dans un travail [28] publié en 2005, l'Institut National de Recherche Pédagogique dresse le tableau des évolutions de l'enseignement supérieur en France, et les résultats de la recherche sur les universités effectuées depuis le début des années 90.

À la suite du plan de modernisation des universités lancé en mai 1990 (plan « Université 2000 »), un programme interministériel de recherche (« L'université et la ville») va stimuler des travaux nombreux et variés sur les diverses modalités de relations qui peuvent se tisser entre un établissement universitaire et son territoire d'implantation, mais aussi susciter des réflexions plus larges sur la condition étudiante.

Les conditions de vie des nouveaux étudiants, les problématiques de leur inscription dans les études et les conséquences de la « massification » des cursus universitaires sont ainsi explorées.

Initialement, les étudiants étaient essentiellement considérés du point de vue de leur rôle à venir dans la société. À partir des années 90, différents travaux soulignent la diversité grandissante de la catégorie étudiante : une diversité sociale, mais aussi une diversité croissante des filières et des établissements universitaires. De sorte qu'il semble difficile de prêter une définition de « milieu », ou de « groupe » structuré de façon univoque, à la catégorie étudiante.

On peut ainsi citer François Dubet [4] : « Quand se croise la diversité du monde étudiant et la diversité de l'offre universitaire, il se forme un univers d'autant plus complexe que l'un et l'autre de ces ensembles ne se recouvrent pas nécessairement pour former des types d'étudiants nettement identifiables. » Par la suite, sans nier la diversité fondamentale des situations universitaires, des chercheurs vont essayer de mettre en exergue des facteurs d'unification de la catégorie étudiante, qui seraient plus forts que cette multiplicité d'expériences.

Dans le milieu des années 90, une connaissance plus précise de la population étudiante devient possible par des enquêtes nationales, notamment instaurées par l'Observatoire de la Vie Etudiante. Cependant il persiste un problème d'ordre méthodologique : il est impossible sur le plan pratique d'étudier la variété potentielle des genres de vie étudiante ; les études fondées sur des entretiens ou sur des observations directes ne permettent d'entrevoir qu'une simple diversité forcément très limitée [17]. Un des principaux enseignements des enquêtes sur les étudiants est que « l'étudiant moyen » ou la « culture étudiante » n'existent pas. Ce qui peut s'observer, se décrire et s'analyser, ce sont des

catégories d'étudiants aux conditions d'existence et d'études différentes, et des manières différentes d'étudier [17, 25]. Ainsi, l'idée émerge que le rapport aux études a une place centrale dans la définition de l'identité étudiante : en effet, tous les étudiants ne sont pas étudiants au même degré. Non seulement ils mènent des études différentes, mais ils entretiennent des rapports différents aux études, et celles-ci n'occupent pas la même place dans leur vie d'étudiants [17, 25]. Il est donc bien difficile d'appréhender et de définir la « condition » étudiante [16], car elle nécessite d'explorer plus précisément ce qui se passe au niveau individuel, mais aussi au sein des filières d'études et dans les institutions d'enseignement supérieur. Seule une approche comme celle-ci permet de comprendre ce qu'est l'âge étudiant, en tenant compte de la socialisation qu'apporte l'université et de la socialisation liée aux modes de vie des étudiants [6].

On peut donc considérer le milieu étudiant aussi bien comme un groupe social relativement spécifique, que comme une population combinant de nombreux facteurs de différenciation, majoritairement liés aux origines sociales de ses membres, mais aussi aux disparités des filières d'études et à l'âge de l'individu [28].

1.1.2. La santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette définition est celle retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en préambule à sa constitution en 1948 [45].

Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels, et à tout âge.

La santé mentale est un facteur très important de la santé physique, pour les effets qu'elle produit sur les fonctions corporelles. L'OMS définit la santé mentale comme un « état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté » [46].

La santé publique est définie comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le

champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation.

La santé publique est aussi une question sociale : les maladies ont une histoire et une influence sur la société, toutes les catégories de la population n'ont pas le même rapport à elles, et les politiques sanitaires diffèrent selon les pays.

La santé publique désigne donc à la fois l'état sanitaire d'une population, appréciée via des indicateurs de santé (quantitatifs et qualitatifs, dont l'accès aux soins), et l'ensemble des moyens collectifs susceptibles de soigner, promouvoir la santé et d'améliorer les conditions de vie. La notion de santé publique recoupe ainsi plusieurs champs : la santé au travail, la gestion des campagnes de prévention, l'organisation des réseaux de soins, la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales, la sécurité sociale et l'assurance-maladie, la recherche médicale et la recherche pharmacologique.

En 2011, le montant des dépenses courantes de santé s'élève en France à 240 milliards d'euros, soit 12% du produit intérieur brut. Le total des dépenses en soins et biens médicaux s'élève à 180 milliards d'euros, dont 175 milliards pour les soins.

L'État participe au financement de la consommation médicale totale (les « soins et biens médicaux », plus les « services de médecine préventive ») dans des proportions limitées. L'État et les collectivités locales les couvrent à hauteur de 1,2 %, la sécurité sociale à hauteur de 75,5 %, les mutuelles à hauteur de 13,7 % et les ménages à hauteur de 9,6 %, soit en moyenne 3609 € par an et par habitant [35].

Les pouvoirs publics contribuent largement à la dépense courante de prévention collective, des subventions à la recherche, d'enseignement et d'éducation sanitaire.

1.1.3. La sécurité sociale étudiante

Les élèves et les étudiants d'établissements d'enseignement supérieur sont, en France, « rattachés » au régime général de sécurité sociale [67].

L'affiliation aux assurances sociales est obligatoire pour ceux qui ne sont pas assurés sociaux ou ayant droit d'assurés sociaux (qualité qu'ils conservent jusqu'à leur 20e anniversaire).

La sécurité sociale étudiante est obligatoire pour tous les étudiants de plus de 16 ans et de moins de 28 ans inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur. L'affiliation à la sécurité sociale se fait le jour de l'inscription dans l'enseignement supérieur. La sécurité sociale

étudiante est une assurance maladie et maternité qui accorde aux intéressés le remboursement et la prise en charge des frais de santé durant l'année universitaire, c'est-à-dire du 1er octobre au 30 septembre.

Affiliés aux caisses primaires d'assurance-maladie à la diligence des établissements où ils sont inscrits, les étudiants acquittent leur cotisation en même temps que les frais d'études. L'affiliation est gratuite de 16 à 20 ans, et est payante de 21 à 28 ans. Le montant de la cotisation obligatoire au régime de sécurité sociale étudiant est fixé chaque année par le ministère compétent. Elle est identique quel que soit le centre de gestion choisi par l'étudiant. Elle est payée à l'établissement d'enseignement supérieur, qui la reverse à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociales et d'Allocations Familiales (URSSAF) [79].

Les étudiants peuvent sous condition de ressources obtenir la CMU complémentaire.

Lors de leurs inscriptions universitaires, les étudiants doivent choisir leur centre de remboursement de sécurité sociale auprès duquel ils peuvent également, de manière facultative, contracter une assurance complémentaire santé.

Certains étudiants n'ont pas à s'affilier au régime de sécurité sociale étudiant : les étudiants qui sont salariés pendant toute l'année universitaire et qui effectuent un nombre d'heures minimum (c'est leur sécurité sociale de travailleurs qui les couvre), et les étudiants mariés ou en concubinage dont la sécurité sociale est prise en charge par leur conjoint ou concubin.

Actuellement deux mutuelles sont gestionnaires de la sécurité sociale étudiante par délégation de service public :

- Le réseau des Sociétés Mutualistes Etudiantes Régionales (SMER)
- La Mutuelle Des Etudiants (LMDE)

Les droits des assurés sociaux, les taux de remboursement, les règles de tiers payant, les conditions d'accès, le montant de la cotisation sont identiques dans les deux centres. Ces règles sont fixées au niveau national par la caisse nationale d'assurance-maladie et sont imposées aux mutuelles gestionnaires du régime de la sécurité sociale étudiant.

Les deux centres se différencient par les services qu'ils proposent aux étudiants, leur partenariat, mais surtout leur mode de fonctionnement : la LMDE a une organisation nationale, alors que les SMER sont un ensemble de mutuelles régionales, et sont fédérées au sein d'une union politique (l'Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes: USEM).

1.2. Les études nationales sur la santé des étudiants

Le rapport du député Laurent Wauquiez de 2006 sur la santé des étudiants a permis de faire une « radioscopie » de l'état de santé des étudiants [52].

Bien que présentant des données commençant à être anciennes et que certains chiffres avancés puissent être discutés sur un plan méthodologique, ce travail a le mérite d'avoir effectué un état des lieux complet des étudiants, abordant leur santé physique et psychique, leurs comportements à risque, leurs niveaux de couverture médicale, et pointant l'insuffisance de moyens mis en œuvre pour protéger et aider cette partie de la population.

Rappelons ainsi certaines idées fortes de ce travail:

- « de 1980 à 2005, le nombre d'étudiants est passé de 800 000 à 2 270 000 : parmi eux, 20% n'obtiendront pas de diplôme de l'enseignement supérieur, et seuls 59% des étudiants qui commencent des études universitaires générales les mèneront à terme.
- 14% des étudiants en France sont des étudiants étrangers
- 96% des étudiants s'estiment en bonne santé
- 30% des étudiants déclarent s'être sentis sur une période de plus de quinze jours tristes, déprimés, sans espoir, avec une perte d'intérêt pour les activités qu'ils aiment habituellement.
Le suicide est la deuxième cause de mortalité entre 14 et 24 ans.
- Un étudiant sur cinq prend un médicament stimulant avant les examens, et 17,5% prennent (souvent ou parfois) des calmants, des antidépresseurs ou des somnifères.
- Concernant les comportements à risque : 29% des étudiants fument du tabac; 71% des étudiants consomment de l'alcool et 10% d'entre eux estiment leur consommation excessive ; 30% des étudiants sont consommateurs occasionnels de cannabis et près de 12% des fumeurs réguliers de tabac fument aussi du cannabis.

- Concernant leur couverture sociale : 1 600 000 étudiants sur 2 270 000 dépendent du régime étudiant ; 82% des étudiants sont couverts par une mutuelle complémentaire, contre 91% pour l'ensemble de la population ; 23% des étudiants ont renoncé à des soins et ils sont 32,5% à l'avoir fait parmi ceux n'ayant pas de mutuelle. »

Plusieurs travaux d'envergure nationale ont été publiés ces dernières années, permettant de préciser ces données.

Nous aborderons de façon globale les idées clefs de ces études, mais nous ne détaillerons par leurs résultats : nous le ferons ultérieurement lors de la comparaison de leurs résultats aux nôtres dans la partie « DISCUSSION ».

1.2.1. L'Observatoire de la Vie Etudiante (OVE)

La création de l'Observatoire national de la Vie Etudiante en 1994 va réunir les conditions d'un saut quantitatif et qualitatif en matière de connaissances sur les étudiants. Cela passera par la mise en place à grande échelle d'une enquête nationale triennale sur les conditions de vie étudiante, pilotée par un comité scientifique, mais aussi par l'instauration d'un concours annuel visant à récompenser les meilleurs travaux d'étudiants portant sur ce domaine.

Dans son travail le plus récent [3] publié en 2013, l'OVE met en évidence trois grandes variables à l'origine de grandes différences de comportement de santé au sein de la population étudiante.

La variable influençant le plus les comportements de santé est l'âge : l'avancée en âge, et l'autonomisation vis-à-vis des parents qui en découle, génère une transformation importante des pratiques médicales.

Le deuxième facteur discriminant dans le domaine de la santé est le genre : les étudiantes sont sensiblement moins nombreuses à se juger en bonne santé, et leur consommation de soin est différente de celle des étudiants.

La dernière grande variable à l'origine d'inégalités en matière de santé, est la situation socio-économique de l'étudiant : l'existence d'une couverture complémentaire, souvent moins présente chez les étudiants d'origine sociale modeste, entraîne plus de renoncements aux soins.

Par ailleurs, les conditions d'études, variables selon les filières, conditionnent grandement l'existence de fragilité psychologique, et ce travail souligne l'importance de leur impact sur la santé mentale étudiante.

1.2.2. Les études mutualistes

1.2.2.1. Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes (USEM)

Depuis 1999, l'USEM renouvelle tous les deux ans une enquête nationale sur la santé des étudiants. Ses enquêtes permettent de suivre l'évolution de la perception de l'état de santé des étudiants, et elles s'organisent autour de différents thèmes: conditions de vie et de santé de l'étudiant, consommation de toxiques, perception par l'étudiant de son état de santé, profil socio démographique de la population étudiante.

L'enquête « Santé des étudiants » de 2011 [50] est la septième édition du baromètre sur la santé de ceux-ci réalisée par les mutuelles étudiantes régionales.

Elle avait trois objectifs : connaître précisément l'état de santé des étudiants, analyser l'évolution de la perception de leur propre santé et enfin adapter les actions de prévention et de promotion de la santé en fonction des résultats.

Les données principales que nous retiendrons sont les suivantes :

- La famille est protectrice pour l'étudiant :
 - o Les étudiants habitant en famille sont plus nombreux à consulter leur médecin traitant ; ils sont moins nombreux à renoncer à des soins pour raisons financières, se déclarant aussi moins fréquemment en difficultés financières.
 - o Les étudiants habitant chez leurs parents ont moins de conduites addictives ; ils sont moins nombreux à être des buveurs excessifs d'alcool et moins nombreux à être de gros consommateurs de tabac.

- A contrario, les étudiants ayant quitté le logement familial comptent plus de difficultés pour :

- L'accès aux soins : que ce soit en termes de consultation d'un professionnel de santé, dans le renoncement à la consultation pour raisons financières ou pour le recours à l'automédication.
- En termes de qualité de vie : ils sont plus stressés et ont un sommeil moins réparateur.
- En termes de conduites addictives : il y a plus de fumeurs quotidiens excessifs de tabac, et plus de buveurs excessifs d'alcool dans cette catégorie d'étudiants.

1.2.2.2. Enquête nationale sur la santé des étudiants (LMDE)

La LMDE a créé en 2003 l'observatoire « Expertise et Prévention pour la Santé des Etudiants », avec pour objectif de mieux connaître les comportements de santé des étudiants. Avec cet observatoire, la LMDE réalise tous les trois ans une enquête nationale sur la santé de ces derniers.

La dernière étude réalisée en 2011 [42] s'intéressait à quatre grands thèmes : l'état des lieux sanitaire de la population étudiante, l'état des lieux social, l'accès aux soins des étudiants et le regard de ceux-ci sur la société.

Cette troisième enquête nationale sur la santé des étudiants montre ainsi que plus d'un étudiant sur quatre déclare rencontrer des difficultés financières pour assumer les dépenses courantes. Ainsi, et du fait aussi d'une augmentation des coûts de la santé, 34% des étudiants déclarent avoir renoncé à une consultation médicale et 20% ont renoncé un traitement pour des raisons financières. De plus, 19% des étudiants n'ont pas de complémentaire santé, alors que cela concerne 6% des personnes en population générale.

Enfin, l'accès à la prévention est trop restreint pour la population étudiante : alors qu'une visite médicale est considérée comme obligatoire en licence, seuls 32% des étudiants déclarent en avoir bénéficié ; cela souligne une fois encore le manque de moyens des structures de médecine préventive universitaire.

Comme les autres, cette étude confirme par ailleurs que les jeunes sont globalement en bonne santé. Mais elle pointe des tendances nettes de dégradation des conditions de vie et d'accès aux soins des étudiants.

La problématique de l'emploi des jeunes pèse aussi lourdement sur l'état d'esprit des étudiants. La période des études est synonyme de précarité pour nombre d'entre eux, et l'allongement de la période d'insertion professionnelle est un facteur d'angoisse.

Ces constats ne sont pas nouveaux : les précédentes enquêtes de la LMDE [14] avaient déjà pointé toutes ces tendances.

1.2.3. Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES)

Les résultats du Baromètre Santé 2010 publié par l'INPES [12, 13] confirment que les jeunes de 15 à 30 ans se déclarent plutôt en bonne santé, même si certaines disparités persistent dans les perceptions et le recours aux soins.

Les jeunes femmes présentent toujours une appréciation plus négative de leur santé que les jeunes hommes en termes de qualité de vie, et rapportent de façon générale des consultations plus fréquentes auprès des différents professionnels de santé. Les jeunes femmes manifestent très tôt des plaintes somatiques ou anxio-dépressives plus élevées que les garçons. De même, elles présentent également une prévalence d'épisodes dépressifs et une consommation de médicaments psychotropes plus importante que les jeunes hommes.

Du point de vue socio-économique, des différences culturelles persistent dans l'accès aux médecins (aspect étudié relativement à la consultation des médecins généralistes et des gynécologues) : les moins diplômés consultent moins fréquemment que les autres ces professionnels.

Cette étude n'a pas permis d'observer d'inégalité dans le recours aux différents professionnels de santé, du point de vue d'une consultation « au moins une fois par an », en fonction de la situation professionnelle des jeunes (actifs – chômeurs - étudiants) : l'inégalité dans le recours aux différents professionnels de santé étudiés (dont les médecins généralistes) doit probablement se situer dans le renouvellement de consultations et/ou des soins qui n'ont pu être pris en compte du fait de difficultés financières.

A noter que cette étude ne révèle pas d'inégalités géographiques d'accès aux soins de premier recours : il n'y a pas de disparités dans le recours annuel à ces professionnels de santé suivant le type de communes.

Enfin, cette étude met en évidence la place primordiale du médecin généraliste en termes de recours aux soins de santé primaire auprès des jeunes. Ce dernier occupe une place centrale dans l'observation, l'écoute, le repérage de situation de fragilité des jeunes, les conseils de prévention et le suivi des malades.

1.3. Médecin généraliste et population étudiante

1.3.1. Définition et champs d'action de la médecine générale

Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale – médecine de famille sont les suivantes selon la WONCA [53] :

- « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de tout autre caractéristique de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin – patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourrait éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles. »

La spécialité médecine générale – médecine de famille se définit donc ainsi [53] :

« Les médecins généralistes – médecin de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline.

Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Il soigne les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie.

Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leur patient, ils intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés.

Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative.

Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services.

Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

Le médecin généraliste doit ainsi être en mesure d'accueillir le « tout venant », quel que soit son âge, son sexe ou sa situation socio-économique. Face aux « jeunes », il est donc nécessaire qu'il adapte son discours tant sur le fond que sur la forme.

1.3.2. Le médecin généraliste et les « jeunes »

Comme nous l'avons vu, la définition de l'étudiant est déjà complexe. Etre étudiant serait à la fois un statut, mais aussi une période transitionnelle entre l'adolescence et l'âge adulte. Les étudiants arrivant dans l'enseignement supérieur vivent une double transition : entre l'adolescence et l'âge adulte d'une part, et entre deux systèmes d'enseignement différents (le « secondaire et le « supérieur ») d'autre part.

Si on ajoute à cela une définition de l'adolescence comme un âge allant de 11-12 ans à plus de 20 ans [8], on devine alors la complexité de la situation que représente l'abord des étudiants en consultation : ce groupe comprend à la fois de « vieux » adolescents mais aussi de « jeunes » adultes, dont les problématiques varient considérablement du fait de leur âge, de la résolution de problématiques intrinsèquement liées à l'adolescence mais aussi d'une prise de place progressive dans la société.

Pour mieux comprendre la complexité de cette relation médecin – patient, il faut aussi tenir compte du fait que chaque étudiant est le dépositaire d'une éducation et d'une histoire personnelle dont de multiples aspects ne sont souvent pas portés à la connaissance du médecin lors des premières rencontres. Et le médecin est lui-même le produit d'une éducation et d'une histoire familiale qui ont façonné sa personnalité.

Il est donc nécessaire que pour chaque patient, le médecin remette en question ses principes de vie et sa conception de la société et ce, afin de conserver une impartialité et donc une tolérance dans sa prise en charge [54] .

Cette condition est un pré-requis indispensable pour mener à bien son rôle de médecin de la personne, et non de l'organe.

Enfin, la prise en charge de cette population est rendue complexe par certaines caractéristiques des étudiants qui influencent grandement leur consommation de soins.

Tout d'abord, un nomadisme médical lié à leurs études : nombreux sont les étudiants amenés à quitter leur ville d'origine pour leurs études. Ensuite, on peut l'expliquer aussi par un processus d'autonomisation progressive du jeune, qui, devenant étudiant, coupe petit à petit avec le cocon familial et le médecin de famille habituel. Enfin, certains jeunes ont un rapport aux soins assez impulsif, les amenant à consulter le premier médecin disponible ou un service hospitalier d'urgences.

Le problème réside alors dans le fait que toutes ces consultations en dehors du cabinet du médecin traitant constituent une perte d'informations pour le médecin de famille et empêchent la relation de progresser, et de s'adapter aux changements majeurs que comporte la période adolescence - jeune adulte [54].

Il devient très compliqué pour le médecin traitant d'espérer relier les différents événements de la vie du jeune, d'entrevoir les problèmes sous-jacents et de l'accompagner comme il le faudrait. Pourtant le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié de cette population [24].

Pour aider le médecin traitant dans cette tâche complexe, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2005 une série de propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [40]. Ces mesures comprenaient un dépistage individuel centré sur diverses pathologies, dont certaines sont aussi applicables à la période étudiante : le dépistage des conduites à risques, des troubles des conduites, des risques suicidaires, la consommation de produits, les troubles du comportement alimentaire, la dépression, les troubles de la vision et de l'audition, les risques liés à la sexualité, les troubles anxieux, mais aussi l'obésité ou l'asthme.

De plus, le ministère de la santé a publié en 2008 une série de mesures [43] visant à mieux protéger la santé des jeunes, et à répondre à leurs besoins d'autonomie et de responsabilité. Une des propositions est une consultation annuelle de prévention pour tous les jeunes de 16 à 25 ans. Ces consultations seraient en fait l'occasion de susciter l'intérêt des jeunes pour ce qui concerne leur santé, et d'établir une relation de confiance permettant un dialogue ouvert et un suivi.

Mais en fait, la problématique de la prise en charge médicale des étudiants a été surtout détaillée en définissant plus précisément les rôles des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé.

1.4. Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS)

La politique poursuivie en matière de santé vise à améliorer le suivi sanitaire des étudiants et à développer les actions de prévention et d'éducation à la santé, mission assurée dans les universités par les SUMPPS.

Conformément aux dispositions de l'article L. 831–1 du code de l'Education, chaque université organise une protection médicale au bénéfice de ses étudiants. Elle crée à cet effet un SUMPPS. Plusieurs universités peuvent avoir en commun un même service, appelé alors service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS).

Les autres établissements publics d'enseignement supérieur assurent également à leurs étudiants les prestations correspondant aux missions nécessaires à la protection médicale des étudiants. L'exécution de ces prestations peut être confiée par voie contractuelle à un SUMPPS de leur choix, moyennant une contribution aux frais de fonctionnement fixée par le directeur du service.

En tant que domaines prioritaires du chantier sur « l'amélioration des conditions de vie étudiante », la santé étudiante a fait l'objet de plusieurs actions récemment engagées. Ainsi la redéfinition de l'organisation et des missions des SUMPPS et SIUMPPS a été entreprise, et a donné lieu à la publication d'un décret le 7 octobre 2008 [59] (complété depuis par différentes circulaires précisant les conditions de mise en œuvre de ce décret). Cette réforme vise à mieux prendre en compte les besoins et les caractéristiques de la population étudiante. En effet, celle-ci a connu depuis 20 ans un accroissement important, et rassemble des individus avec une provenance et des difficultés diversifiées (aussi bien sociales, financières, matérielles, psychologiques que de santé). Il importe donc de mettre en place les éléments permettant une approche globale de la santé.

1.4.1. Fondements juridiques

Tous les établissements publics d'enseignement supérieur (universités, instituts, écoles, etc.) doivent organiser une protection médicale au bénéfice de leurs étudiants [70].

Les textes régissant la protection médicale pour tous les étudiants sont les suivants [56 à 70] :

- le code de la Santé Publique (et notamment ses articles L. 1411 – 8 et L. 14 11 – 11) ;
- le code de l'Education (et notamment ses articles L. 711 – 7, L. 831 – 1 et L. 831 – 3) ;
- la loi n° 2005 – 102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, notamment son article 20 ;
- le décret n° 2008–1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive de promotion de la santé;
- le décret n° 2005–1617 du 21 décembre 2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap ;
- le décret n° 2000–1220 du 13 décembre 2000 relatif aux centres de santé ;
- la circulaire n° 2006–215 du 26 décembre 2006 d'application du décret numéro 2005–1617 du 21 décembre 2005

1.4.2. Rôles obligatoires

Les SUMPPS ont l'obligation de remplir les missions suivantes :

- L'examen préventif au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur :

Les SUMPPS organisent au moins un bilan de prévention au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur. Ce bilan de prévention permet au service de prendre connaissance des besoins de santé globale nécessaires au bon déroulement des études. Il permet également de repérer des étudiants en situation de handicap, et cet examen est alors l'occasion d'informer les étudiants concernés, de les orienter vers les structures adaptées ou vers les responsables de l'accueil des étudiants handicapés, voire de saisir la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Le bilan de prévention se déroule sur convocation des étudiants par le service et le cas échéant à la demande spontanée de l'étudiant.

Les objectifs de ce bilan sont les suivants :

- informer l'étudiant de ses droits à la santé, le guider dans son parcours d'accès aux soins ;
 - prendre connaissance des documents de santé (carnet de santé, radiographie, analyse etc.) en leur possession;
 - proposer des activités de prévention, notamment la mise à jour des vaccinations et des activités de dépistage ;
 - initier une démarche d'éducation à la santé ;
 - prendre en charge précocement des problèmes de santé, dans le cadre de consultations diversifiées (que le service de santé soit agréé centre de santé ou non), ou dans le cadre d'une orientation (vers des structures spécialisées ou des partenaires en réseau de soins internes, ou externes liés aux services).
- La veille sanitaire :
- Ce rôle s'articule autour des actions suivantes :
- Alerte et crise : les services apportent leur contribution au dispositif de lutte contre les crises sanitaires selon les dispositions prises par les autorités compétentes en matière de santé publique, en liaison avec les services d'hygiène et de sécurité de l'université, et conformément aux plans et procédures élaborés.
 - Observation sanitaire : l'observation sanitaire intègre l'étude de la santé des étudiants, dont celle des comportements et des risques auxquels ils sont exposés.
Les services conduisent des travaux d'observation dans les différents domaines retenus par la politique de santé de l'établissement, en articulation avec les priorités des instances compétentes en matière de santé publique.
- La visite médicale des étudiants exposés à des risques particuliers durant leur cursus :
Elle est effectuée en liaison avec le service de médecine des personnels et le service d'hygiène et de sécurité, qui ont connaissance des milieux et des situations à risque.
- La contribution au dispositif d'accompagnement et d'intégration des étudiants handicapés:

Il appartient au médecin du SUMPPS:

- d'évaluer, après avoir pris contact avec le médecin traitant, les besoins découlant des limitations d'activités causées par le handicap, lorsque celles-ci font obstacle au bon déroulement de la formation ou de la vie quotidienne de l'étudiant sur le campus de l'université ou de l'établissement fréquenté ;
 - d'émettre un avis sur les types d'aménagement à mettre en place en fonction de ces limitations d'activités ;
 - d'aider les étudiants concernés, grâce à l'équipe pluridisciplinaire de l'université, à élaborer leur projet de formation (comprenant leurs aspirations, besoins et attentes relatifs à la poursuite de leurs études).
- La participation aux instances de régulation de l'hygiène et de sécurité
 - L'impulsion et la coordination des programmes d'éducation à la santé :

Les SUMPPS assurent la coordination des programmes de prévention et développent les actions de promotion de la santé qui en découlent auprès des étudiants, sur des problématiques spécifiques (telles que la lutte contre les comportements à risques en lien avec la consommation excessive de tabac, d'alcool, la poly-consommation, mais aussi le mal-être, la sexualité et la nutrition etc.)

1.4.3. Rôles facultatifs

- La possibilité d'effectuer pour le compte de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), la visite médicale des étudiants étrangers non ressortissants de l'Union Européenne entrant en France aux fins d'études universitaires.

Ces étudiants étrangers doivent en effet, pour obtenir leur titre de séjour, passer une visite médicale dans un centre de l'OFII. Ils font également partie des publics spécifiques auxquels les SUMPPS proposent une visite médicale.

Ce partenariat permet d'éviter la redondance des deux visites en établissant des liens systématiques entre l'OFII, les SUMPPS / SIUMPPS et les autres services concernés.

- Une contribution aux actions de médecine du sport

- Une contribution à la médecine de prévention des personnels

- L'agrément en centre de santé :

Le décret n° 2008–1026 du 7 octobre 2008 reconnaît de manière officielle la possibilité pour les présidents d'université qui le souhaitent de présenter aux autorités compétentes régionales une demande d'agrément « Centre de Santé ».

Cette initiative est encouragée par le ministère chargé de la santé.

Cet agrément favorise l'accès aux soins par une articulation avec le réseau conventionnel de soins, et donne le droit aux médecins des SUMPPS / SIUMPPS de prescrire, au-delà des situations d'urgence et des actes se rattachant à la seule prévention.

Jusqu'à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 22 juillet 2009 [69], un SUMPPS souhaitant devenir centre de santé devait effectuer une demande d'agrément auprès de l'autorité compétente. Depuis cette loi, la constitution en centre de santé est simplement soumise au respect de certaines conditions techniques de fonctionnement.

Du fait de sa situation de proximité avec les étudiants, un SUMPPS / SIUMPPS agréé centre de santé peut apporter une aide médicale appropriée et rapide aux étudiants - notamment en situation de précarité ou présentant des besoins spécifiques - qui sans cela renonceraient aux soins. Ce statut permet en fait d'apporter une réponse plus adaptée aux demandes des étudiants, qui portent essentiellement sur la fourniture de soins.

Pour la réalisation d'un tel projet, il est nécessaire de garder un équilibre en termes de priorités et de moyens accordés, entre les domaines de la prévention et de la promotion de la santé d'une part, et des soins d'autre part : l'affectation des moyens des services ne doit pas se faire au détriment de la prévention.

A condition de veiller à cet équilibre, l'activité de prévention peut au contraire se trouver stimulée du fait d'une fréquentation accrue des services universitaires de santé. Ces derniers deviendront d'ailleurs plus visibles pour les étudiants et d'avantages attractifs auprès de certains professionnels [70].

1.5. Les centres de santé universitaires

1.5.1. Définitions - Fonctionnement

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours [66]. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients, des actions sociales, et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322 – 1 du code de la sécurité sociale.

Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue.

Ils constituent des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé.

Ils sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif, par des collectivités territoriales ou encore par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Ils sont soumis à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet de l'établissement. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les principaux financements destinés aux SUMPPS sont la dotation versée par l'État et les droits payés par les étudiants inscrits à l'université, inclus dans les frais globaux de scolarité.

Depuis 2009, et conformément au principe d'autonomie des universités, la participation de l'État n'est plus fléchée, mais est versée dans le cadre d'une dotation globale. Les universités sont donc libres d'accentuer ou non l'effort réalisé par l'État en direction des SUMMPS. Les pratiques sont très variables selon les universités.

La participation des étudiants au fonctionnement des SUMPPS est, depuis la rentrée 2012, de cinq euros par étudiants [31].

1.5.2. Etat des lieux des centres de santé universitaires

La réalisation d'un bilan national d'activité des SUMPPS et SIUMPPS fait partie des engagements pris par le ministère de l'enseignement supérieur de la recherche pour contribuer à une meilleure connaissance des pratiques et moyens consacrés à la santé étudiante [44].

On recense actuellement 57 services de médecine préventive en France pour un total de 80 universités.

Le nombre total d'étudiants relevant des SUMPPS (y compris ceux des autres établissements et écoles sous convention relevant des SUMPPS / SIUMPPS) s'élève à 1 369 730.

Actuellement, 15 SUMPPS se sont constitués en centre de santé universitaire (CSU) [44].

Ces établissements - centres de santé sont les suivants : Bordeaux II, Brest, Clermont-Ferrand I, Grenoble I, la Réunion, le Mans, Lille II, Limoges, Nantes, Paris X, Pau, Poitiers, Rennes I, Toulouse III et Angers.

Un peu moins de la moitié de ces 15 SUMPPS a son centre de santé implanté sur tous les sites du service universitaire de médecine préventive.

73 % des SUMPPS - centres de santé ont passé une convention avec l'assurance maladie.

Sur 41 établissements non constitués en centres de santé, seuls quatre établissements (Littoral, Nice, Paris V, Saint-Étienne) ont une demande d'agrément CSU en cours ; parmi les 37 établissements restants, 8 ont le projet de demander l'agrément centre de santé (Caen, Chambéry, Corte, Lyon III, Perpignan, Reims, Tours et Valenciennes).

Les motivations principales des SUMPPS pour se constituer centre de santé sont de faciliter et d'améliorer l'accès aux soins des étudiants, ainsi que de pouvoir prescrire.

Les freins principaux rencontrés par les établissements universitaires ne souhaitant pas demander l'agrément CSU sont une offre de soins suffisante autour du campus, le manque de moyens et de personnels, le trop grand nombre de sites et enfin des locaux inadaptés.

1.6. L'offre de soin locale

1.6.1. Comparaison avec l'offre nationale de soins

Avant d'aborder l'offre locale de soins disponibles, il paraît important d'effectuer un rapide état des lieux de l'offre de soins nationale, de sorte à pointer les problématiques propres au département des Alpes-Maritimes.

Au 1er janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits au tableau national de l'ordre en France est de 271 970, dont 215 865 actifs et 56 105 retraités.

Si la France n'a jamais recensé autant de médecins, cela est dû au fait que les retraités qui continuent d'exercer augmentent les effectifs [19]. En un an, les retraités enregistrent une augmentation de 8%, tandis que les effectifs des médecins inscrits en activité totale ont légèrement diminué sur la même période (-0,12%).

D'après l'analyse ordinale publiée en 2013, il semble que les médecins en 2018 seront 199 852 à exercer une activité régulière à l'échelle de la France entière. Les effectifs évoluent différemment selon la spécialité : -5,52% pour les généralistes et plus 5,41% pour les spécialistes (modèle théorique).

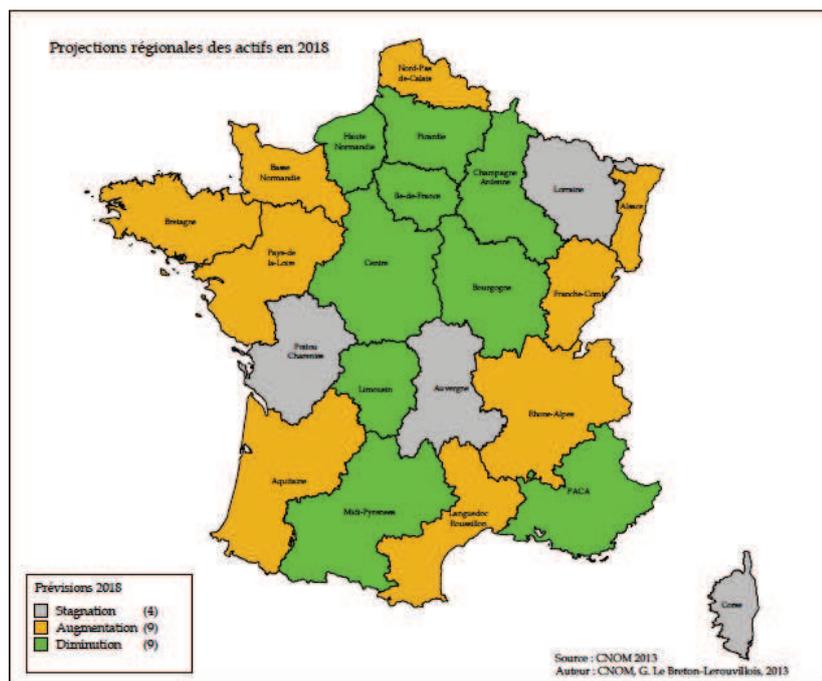


Figure 1 : Projections régionales des actifs en 2018 (Atlas national - CNOM 2013)

L'analyse départementale de 2007 à 2013 met en exergue des disparités au sein même des régions concernant la variation des effectifs médicaux. Ainsi, pour la région Provence-Alpes-Côte-D'azur, quatre de ses six départements composant la région ont recensé une baisse des effectifs (les deux autres comptabilisent une hausse).

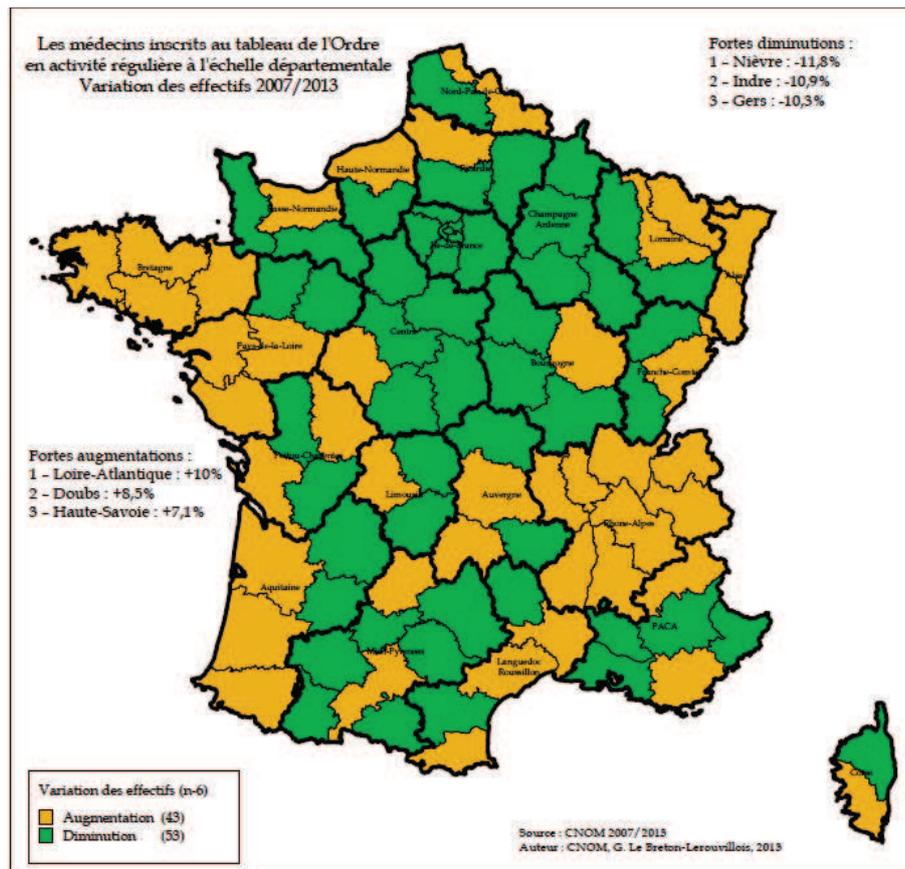


Figure 2 : Les médecins inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière à l'échelle départementale; Variation 2007/2013 (Atlas national – CNOM 2013)

Les médecins généralistes représentent 45,9% des effectifs médicaux. Ils sont âgés en moyenne de 52 ans, et 24,8% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici 2018 [19].

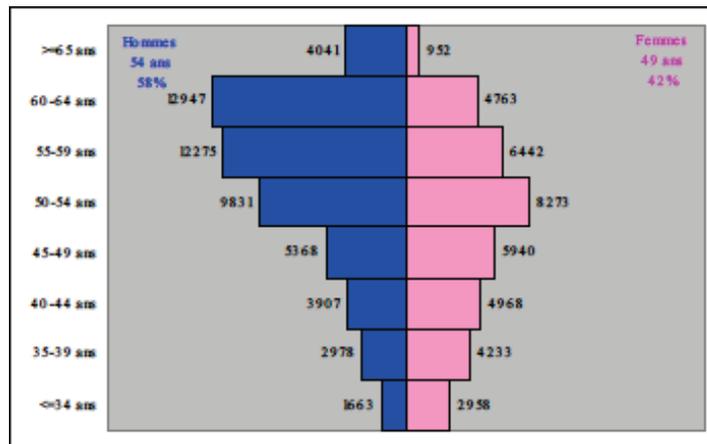


Figure 3 : Pyramide des âges des généralistes (Atlas national - CNOM 2013)

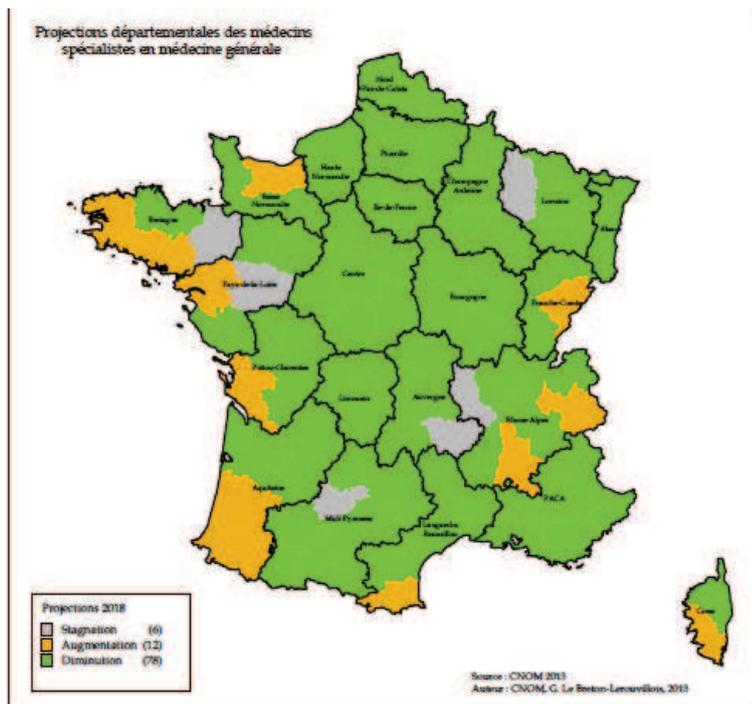


Figure 4 : Projection départementale des médecins spécialistes en médecine générale (Atlas national - CNOM 2013)

En moyenne, la densité régionale est de 238,6 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants. Tout comme en 2012, la région Provence-Alpes-Côte-D'azur conserve sa première place avec 162 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Au niveau départemental, la densité de médecins généralistes est en moyenne de 136,5 pour 100 000 habitants (en activité régulière) [20].

Une fois encore, les densités supérieures à la moyenne concernent (entre autres) les départements du pourtour méditerranéen. Cette situation démographique favorable doit être pondérée par un vieillissement de la population médicale qui y est plus accentué que dans d'autres régions : les perspectives ouvertes par la formation des internes en médecine ne permettent pas, à elles seules, de remplacer les futurs départs des médecins âgés de 55 ans et plus [29].

Le département des Alpes-Maritimes est caractérisé par une zone côtière très urbanisée, bien équipée en offre de soins de proximité, en établissements de soins de recours et de référence, et part un haut pays à la fois rural et très enclavé.

La densité en médecins généralistes libéraux y est largement supérieure à la moyenne régionale mais l'offre est concentrée sur la bande littorale [15, 29].

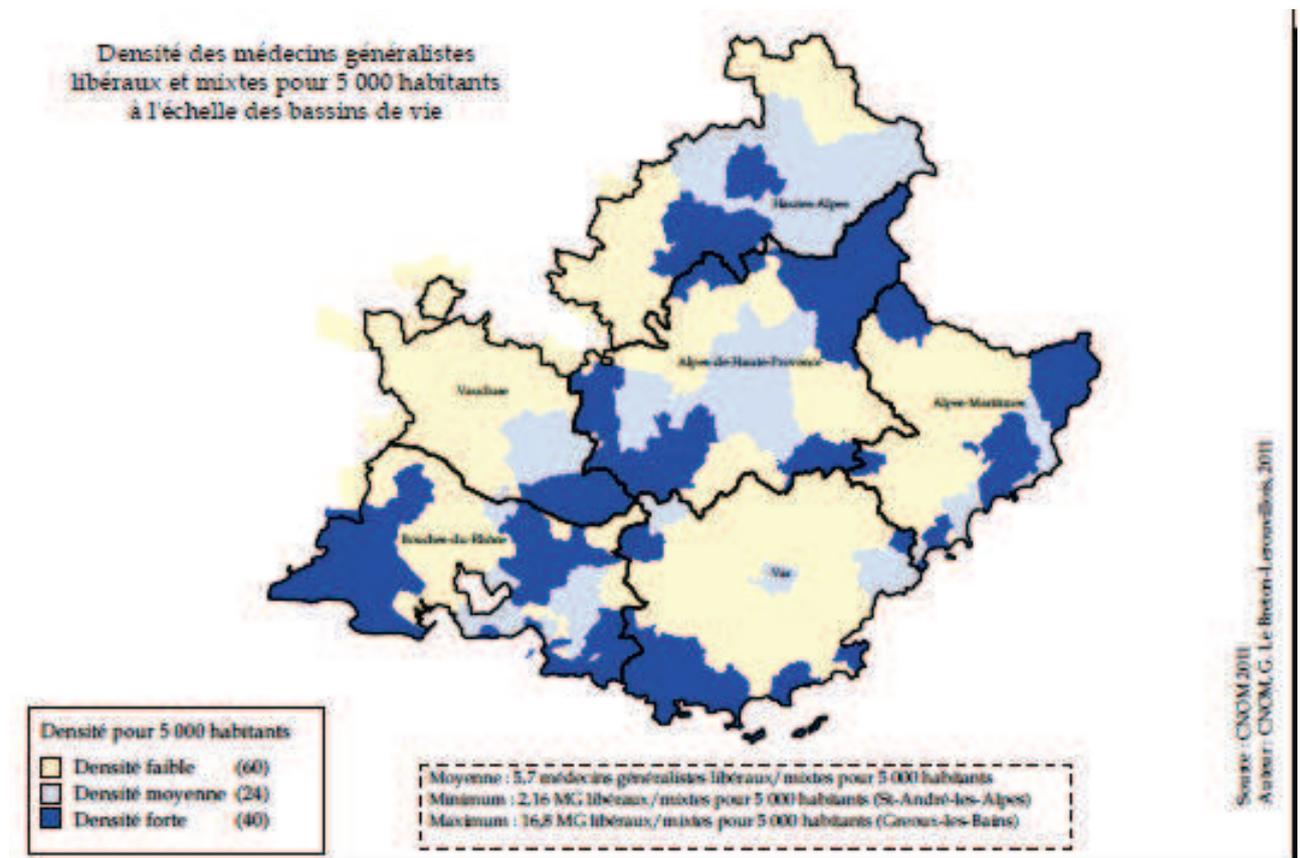


Figure 5 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5000 habitants à l'échelle des bassins de vie (la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Provence-Alpes-Côte-D'azur, situation au 1er juin 2011). SROS 2012.

Départements - Région	Hommes	Femmes	Total	Densité	Projections
Alpes-Maritimes	1066	706	1772	163,4	-6%
Alpes-de-Haute-Provence	161	109	270	167,7	-2%
Bouches-du-Rhône	1893	1474	3367	169,9	-5%
Hautes-Alpes	155	130	285	207,0	-1%
Var	947	541	1488	146,8	-2%
Vaucluse	490	324	814	149,2	-5%
PACA	4712	3284	7996	162,4	-5%

Tableau 1 : Médecine générale : effectifs, densité et projection en activité régulière (Atlas national 2013, conseil national de l'ordre des médecins)

1.6.2. Actions médicales et sociales dans les Alpes-Maritimes

Le conseil général des Alpes-Maritimes est responsable du service public d'action sociale.

Ce service de proximité a pour mission générale d'aider toute personne en difficulté à retrouver ou à développer son autonomie au quotidien. Cette mission est confiée au service social départemental et aux maisons de solidarité départementale. Pour cela, les Alpes-Maritimes ont été découpées en 19 maisons des solidarités départementales. Chacune constitue une entité définie par une zone géographique et s'occupe d'un bassin de population de l'ordre de 50 000 personnes.

À ces 19 maisons de solidarité départementale s'ajoutent 152 permanences sociales, 23 centres et 11 antennes de protection maternelle infantile et de planification, 25 centres de planification, 6 centres de prévention médicale (dont quatre sont polyvalents et deux spécialisés dans la lutte antivénérienne et antituberculeuse) et un carrefour santé jeunes.

Ces structures complètent l'offre d'accueil de proximité mise en place sur l'ensemble du département [71].

De façon plus précise, la zone de Nice comporte pour l'accueil des jeunes :

- Le carrefour santé jeunes :
C'est une structure médicale pluridisciplinaire de prévention en santé pour les jeunes de 12 à 25 ans.
Cette structure comporte des médecins gynécologues, endocrinologues, nutritionnistes, généralistes, tabacologues mais aussi des psychologues, infirmières et diététiciennes.
L'accès est libre et l'anonymat possible.

- Le carrefour santé pour tous (Accès Santé Jeunes) :
Tous les jeunes de 16 à 25 ans peuvent accéder sans avance de frais à des consultations de médecine générale, des soins infirmiers, un dépistage bucco-dentaire et des consultations de médecine dermatologique.

- La maison de l'adolescent :
Elle accueille tous les adolescents de 12 à 20 ans des Alpes-Maritimes.
L'accueil est fait par différents professionnels : psychologues, éducateurs, infirmières, assistantes sociales.
Les jeunes peuvent bénéficier de consultations pédopsychiatriques.

Ainsi, il existe de nombreuses structures mises en place par le Conseil Général pour aider les personnes en situation de difficultés et ou de précarité, que ce soit pour les jeunes ou pour la population générale.

Ces structures sont accessibles à tous, mais pour l'instant aucune d'entre elles n'est réservée spécifiquement aux étudiants.

1.7. La population étudiante de l'UNS

L'université de Nice Sophia-Antipolis, implantée sur tout le département des Alpes-Maritimes, accueille neuf unités de formation et de recherche, trois instituts (dont l'IUFM) et une école (Polytech Nice).

Pour la rentrée 2012-2013, ce sont 25 049 étudiantes et étudiants qui se sont inscrits à l'UNS [74].

Parmi eux, 18 798 étudiants sont inscrits en Licence, Master et Doctorat (71,3 % des inscrits).

L'université compte 4 625 étudiants de nationalité étrangère (18,5 % des inscrits), et 45 % des étudiants étrangers sont originaires du continent africain.

On compte 14 028 étudiantes soit 56,1 % du total des étudiants inscrits.

Par composante, les étudiants sont répartis comme suit [74]:

- Droit et Sciences Politiques : 3 244 étudiants
- Diplôme d'accès aux études universitaires (ASURE formation) : 300 étudiants
- Espace et Culture : 261 étudiants
- Institut d'Administration des Entreprises : 781 étudiants
- Institut du Droit de la Paix et du Développement : 213 étudiants
- Institut Supérieur d'Economie et du Management : 2 253 étudiants
- Institut Universitaire de Formation des Maîtres : 586 étudiants
- Institut Universitaire de Technologie : 2537 étudiants
- Lettres, Arts et Sciences Humaines : 5 701 étudiants
- Médecine : 3 137 étudiants
- Odontologie : 282 étudiants
- Polytech Nice Sophia : 1233 étudiants
- Sciences : 3 466 étudiants
- Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives : 1 055 étudiants

Tous niveaux et tous cycles confondus, la rentrée 2012-2013 a vu 8 677 nouveaux étudiants entrants, soit 34,6% des inscrits [75].

Il y avait 4 503 néo-bacheliers, représentant ainsi 18% des inscrits et 52% des entrants.

Parmi les néo-bacheliers, 70% d'entre eux étaient issus des Alpes-Maritimes (3 156).

1.8. Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de l'Université de Nice Sophia Antipolis

1.8.1. Présentation

Ce service propose à l'université [77]:

- une visite médicale systématique et obligatoire pour tous les étudiants inscrits en première année
- un dépistage systématique des pathologies bucco-dentaires
- un suivi médical chaque année pour les étudiants inscrits dans les filières à risques professionnels : médecine, odontologie, orthophonie
- des consultations spécialisées accessibles sur rendez-vous : psychiatrie, gynécologie, psychologie, nutrition
- des ateliers de gestion du stress aux examens sur inscription
- des actions de prévention pour la santé organisées par les acteurs locaux de santé publique (toxicomanie, sexualité, sida, diététique, contraception)
- un bilan médical d'adaptation des études et des examens pour les étudiants handicapés
- des consultations sociales : une assistante sociale est à disposition des étudiants sur chaque campus pour les écouter et les aider à rechercher une solution à leur problème personnel, de santé ou lié à leur scolarité.

1.8.2. Organisation - Bilan d'activité 2011-2012

Le SUMPPS de l'UNS possède cinq sites dans l'agglomération de Nice, et un site hors agglomération.

C'est un service universitaire et non pas interuniversitaire.

Actuellement, il ne bénéficie d'aucun agrément ou convention liés à ces missions (exemple : centre de vaccination).

Le service est agréé par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) pour recevoir en stage des internes de médecine générale.

Il est composé d'un directeur, de deux personnels administratifs, de quatre assistantes sociales, de deux infirmières, de cinq médecins et d'un psychologue.

La constitution en centre de santé universitaire est en cours, avec comme motivation principale le fait de proposer une offre de soins diversifiée aux étudiants, avec la pratique du tiers payant.

Le service de médecine de l'UNS convoque systématiquement tous les étudiants inscrits en première année d'étude. 6626 étudiants ont été convoqués pour l'année 2011-2012.

Parmi ces 6626 étudiants, 269 étudiants convoqués étaient des étudiants des établissements et écoles conventionnés.

Au cours de l'année universitaire 2011-2012, 3665 étudiants ont bénéficié d'une visite médicale de prévention.

Les étudiants convoqués en priorité sont les étudiants inscrits en première année du niveau licence, les étudiants inscrits à l'université en formation de santé et les étudiants handicapés. Deux autres catégories d'étudiants sont convoqués ensuite: les premières inscriptions dans l'université et les étudiants ayant une activité sportive (sans distinction de niveau).

Actuellement, le bilan de prévention mis en place dans le service permet :

- un entretien avec le personnel infirmier
- des tests biométriques et analyses d'urine
- un examen clinique effectué par un médecin
- un bilan ophtalmologique
- un contrôle et réalisation des vaccins
- l'éducation à la santé
- la délivrance de contraception

Le questionnaire santé utilisé au sein du service est celui du logiciel CALCIUM.

Au cours de l'année universitaire 2011-2012 le service a effectué :

- 3665 consultations généralistes
- 34 consultations de gynécologie
- 120 consultations d'aide médico-psychologique par un psychologue
- 68 consultations d'aide médico-psychologique par un psychiatre
- 30 consultations d'aide médico-psychologique autres (atelier de gestion du stress, sophrologie, consultation du sommeil, ...)
- 190 consultations de dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine et / ou du Virus de l'Hépatite C.

2. MATERIEL ET METHODES :

2.1. Objectif principal

Ce travail de thèse a pour objectif principal d'évaluer les besoins de santé de la population étudiante de l'UNS dans le cadre de la création d'un centre de santé universitaire.

Pour ce faire, nous devons d'abord récupérer des données sur le profil sociodémographique des étudiants, car nous n'avons qu'une connaissance très parcellaire de cette population comme nous l'avons vu précédemment.

Ensuite, il est nécessaire de déterminer leur état de santé, ressenti comme objectivable, mais aussi leur niveau de couverture médicale et leurs comportements de santé.

Nous devons évaluer l'usage qu'ils font du système de santé actuel en termes de motifs de consultation, préciser le type de professionnels rencontrés et analyser les freins rencontrés pour consulter.

Enfin, il faut déterminer les éléments prioritaires d'ordre humains, organisationnels et économiques qui sont attendus par les étudiants dans ce futur centre de santé qui leur est dédié.

2.2. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire de ce travail est de proposer une offre de soins la plus adaptée possible aux besoins recueillis.

Cela passe par la mise en évidence des caractéristiques nécessaires au centre de santé universitaire pour avoir une spécificité propre à la population étudiante.

Il faut donc déterminer les rôles particuliers que ce centre universitaire de santé pourra avoir auprès de tous les étudiants, mais aussi auprès de populations spécifiques - que nous devons identifier - sur lesquelles le centre de santé devra prioriser sa politique médicale.

Enfin, un des derniers objectifs est d'essayer de comprendre comment le futur centre de santé universitaire pourra s'articuler sereinement avec l'offre de soin médical en place dans la région niçoise.

2.3. Type d'enquête

Ce travail de thèse est une enquête épidémiologique descriptive transversale monocentrique.

2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible de notre étude était représentée par les étudiants inscrits à l'université de Nice Sophia Antipolis lors de la rentrée 2012.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre inscrit à l'UNS, toutes filières confondues et sans limitation d'âge, pour la rentrée 2012
- Avoir activé l'adresse électronique étudiante fournie par l'université

Le critère principal d'exclusion était de ne pas être en formation initiale.

Notre enquête a ainsi concerné 22 924 étudiants parmi les 25 049 étudiants inscrits à l'UNS au moment de l'envoi du questionnaire.

2.5. Recrutement

22 924 étudiants de l'UNS, toutes filières confondues, ont été sollicités par courriel via leur adresse électronique étudiante du 12 décembre 2012 au 12 mars 2013.

2.6. Modalités d'enquête

2.6.1. Questionnaire auto-administré

Nous avons choisi d'élaborer un questionnaire auto-administré et anonyme, envoyé par voie électronique pour:

- permettre un recrutement plus important d'étudiants
- permettre aux étudiants de répondre au questionnaire en plusieurs étapes si besoin car celui-ci était relativement long (ils pouvaient sauvegarder le questionnaire partiellement complété).

2.6.2. Phase test

Le questionnaire a été testé initialement sur un peu plus d'une centaine d'étudiants afin de s'assurer de la bonne acceptation du questionnaire, de sa fluidité, de la bonne compréhension des items et pour évaluer si certaines questions importantes avaient été oubliées [5].

À l'issue de cette phase de test, des modifications de formulation de questions ont été apportées, permettant d'aboutir au questionnaire définitif.

Pour cette phase de test, le questionnaire a été proposé systématiquement aux étudiants de première année par la secrétaire d'accueil du SUMPPS lorsque ceux-ci se présentaient pour une consultation (qu'elle soit spontanée ou sur convocation).

Le questionnaire était accompagné d'un texte court expliquant le contexte de l'étude et mentionnant clairement l'anonymat des réponses, et le traitement confidentiel qui serait fait des données recueillies.

Les étudiants étaient invités à mentionner aux infirmières s'ils trouvaient la longueur de l'enquête trop contraignante, ou s'il y avait des questions qu'ils ne comprenaient pas.

Cette phase test s'est déroulée sur 15 jours.

2.6.3. Pérennité du questionnaire

Cette étude, réalisée en préliminaire à l'ouverture du centre de santé, a été mise en place avec l'idée sous-jacente de pouvoir la reproduire : cela permettra d'avoir un retour sur l'évolution de l'état de santé des étudiants, de leurs comportements de santé et de leurs attentes. Cela permettra aussi de mettre à jour régulièrement notre connaissance du profil sociodémographique de la population étudiante.

Le but final étant toujours d'être dans une logique d'amélioration de l'offre de soin, et aussi « d'audit » de nos pratiques.

2.6.4. Structure du questionnaire et choix des questions

Notre questionnaire était divisé en trois parties (ANNEXE 1).

Un message d'accueil débutait le questionnaire:

« L'UNS travaille actuellement à la création d'un **centre de santé universitaire pour tous** les étudiants.

Merci de prendre **3 minutes** pour répondre à ce questionnaire, pour nous permettre de mettre en place les mesures les plus adaptées à **vos attentes et besoins en termes de santé**.

Toutes les données seront traitées de manière totalement ANONYME ET CONFIDENTIELLE. »

Les différentes parties étaient les suivantes :

- une première partie sur les données sociales et démographiques de l'étudiant
- une deuxième partie sur l'état de santé de l'étudiant
- une troisième partie sur ses attentes concernant le futur centre de santé universitaire.

Il était constitué de 31 questions et d'un commentaire libre. Trois questions comportaient la possibilité d'une réponse ouverte en plus des réponses fermées proposées (intitulée « autres », avec la possibilité d'écrire une précision).

Dans chacune des trois parties de notre questionnaire nous avons mis en place des questions conditionnelles : selon la réponse apportée par l'étudiant à ce type de question, le questionnaire se modifiait. Exemple : Avez-vous un médecin traitant ? Si la réponse était « oui », la question suivante était : Votre médecin traitant est-il le médecin de famille ou est-il un médecin différent de celui de votre famille ? Si la réponse était « non », la question suivante était : Pour quelle raison principale n'avez vous pas de médecin traitant ?

Ainsi, tous les étudiants n'ont pas eu à répondre exactement au même questionnaire. Cela a permis d'exploiter au maximum nos données, car les réponses obtenues étaient précisées par une série de question, sans imposer à l'ensemble des étudiants un questionnaire complet, et donc inutilement long.

La première partie du questionnaire était intitulée « Votre profil ».

Elle regroupait des questions relatives au sexe, à la nationalité, à l'âge, au lieu d'habitation de l'étudiant et de sa famille, et au lieu d'obtention du baccalauréat.

L'existence d'un médecin traitant, le type de médecin traitant (médecin de famille ou non), le lieu d'exercice de ce médecin traitant, la satisfaction ressentie envers celui-ci et la raison principale d'insatisfaction (s'il y en a une) ont aussi été demandés ; de même que l'existence d'une mutuelle ainsi que le type de mutuelle.

Enfin, les ressources principales financières ont été demandées, ainsi que l'existence d'un sentiment d'avoir des difficultés financières. Ce dernier élément, bien qu'étant un critère

subjectif et qualitatif, et non pas objectif et quantitatif, était intéressant à mesurer car il permettait d'approcher la réalité d'un sentiment de restriction.

À chaque adresse étudiante ont été associés d'emblée informatiquement certains attributs : la filière d'études, le diplôme préparé, et le cycle de l'étudiant (Licence Master Doctorat). Ces éléments étaient fournis par l'université et n'ont donc pas été demandés dans cette première partie du questionnaire, mais ont été récupérés secondairement sous forme de codage associé au questionnaire de réponse.

Cette première partie regroupait donc des questions d'ordre sociodémographique utilisées de façon classique dans les enquêtes transversales épidémiologiques descriptives.

La deuxième partie du questionnaire était intitulée « Votre santé ».

La première question était l'estimation par l'étudiant de son état de santé. Cette question était présentée selon le mode standard utilisé dans le domaine du recueil du point de vue des patients sur leur propre état de santé [23].

Les questions relatives aux comportements de santé de l'étudiant (attitude face à la maladie, consultation d'un professionnel de santé durant les 12 derniers mois, motifs principaux d'une éventuelle non consultation) ont été sélectionnées dans les questionnaires des études mutualistes régionales et nationales, de sorte à pouvoir comparer nos résultats aux leurs.

Les questions relatives au type de professionnels rencontrés et aux motifs de consultation les plus habituels ont été élaborées à partir, d'une part, des spécialités les plus fréquemment consultées en libéral, et d'autre part, à partir du top 25 des motifs de consultation publié par l'Observatoire de la Médecine Générale [78].

Deux questions étaient relatives à l'existence éventuelle d'un handicap reconnu par la Maison Départementale des Personne Handicapés (MDPH) et à une inscription éventuelle à la Cellule d'Accueil des Etudiants Handicapés (CAEH) ; cette dernière question permettait aussi d'informer les étudiants qu'il était possible d'être inscrit à la CAEH pour bénéficier d'aides et d'aménagements universitaires sans pour autant avoir besoin d'être reconnu personne handicapée par la MDPH.

Enfin, une dernière question concernait les besoins de consulter de l'étudiant dans l'année à venir. Cela permettait à la fois d'évaluer le niveau de projection de l'étudiant dans ses besoins de santé à venir, mais aussi d'essayer d'approcher le taux de fréquentation possible du futur centre de santé.

La troisième partie du questionnaire était intitulée « Vos attentes ».

Il était tout d'abord demandé aux étudiants de classer cinq critères logistiques par ordre de priorité décroissante concernant le futur CSU.

Ensuite il était demandé aux étudiants les professions médicales et paramédicales qu'ils aimeraient retrouver dans ce centre. Il était possible de mentionner et d'inscrire une spécialité non proposée (catégorie « autres »).

Il était demandé aux étudiants de dire pour quels motifs ils envisageraient de consulter dans le CSU; il a aussi été évalué l'intérêt d'un possible suivi régulier par un médecin généraliste dans ce centre de santé. S'ils répondaient par l'affirmative, il leur était demandé s'ils aimeraient que le médecin généraliste travaillant dans ce centre de santé puisse devenir leur médecin traitant. Ces éléments permettaient d'évaluer si l'apport d'une médecine curative au sein du SUMPPS allait modifier leur comportement de consultation, et d'évaluer leur ressenti en termes de suivi médical.

Enfin il leur était demandé s'ils étaient favorables à l'ouverture d'un centre de santé universitaire s'ajoutant à la médecine préventive actuelle.

La dernière question offrait la possibilité d'effectuer un commentaire libre ou une remarque sur le projet (question rédactionnelle).

Le questionnaire, une fois validé par l'étudiant, se terminait par le texte suivant :

« **Merci beaucoup** d'avoir participé à cette étude.

Les résultats seront publiés sous forme d'une thèse de médecine courant 2013.

Pour tout renseignement concernant la date d'ouverture et les modalités de fonctionnement de ce Centre de Santé universitaire **qui vous est dédié**, vous pouvez contacter le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) siégeant actuellement à St Jean d'Angely (Nice). »

2.6.5. Administration du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par le biais de la plateforme d'enquête Limesurvey à 22 924 étudiants en formation initiale. D'emblée, seules 19 036 adresses électroniques ont été reconnues valides.

L'étudiant recevait un courriel dont l'objet était « Important : création d'un centre de santé pour les étudiants de l'université de Nice Sophia-Antipolis ».

L'expéditeur était mon adresse professionnelle universitaire, créée spécialement pour le projet, de sorte que les étudiants pouvaient me contacter si besoin.

- Le courrier d'envoi comprenait un court message introductif :

Cher(e) étudiant(e),

L'Université Nice Sophia Antipolis travaille à la création d'un centre de santé universitaire (en plus de la médecine préventive actuellement en place), accessible à tout étudiant désirant une consultation avec un professionnel de santé.

Vous êtes invité à participer à un questionnaire sur ce sujet important, en cliquant sur le lien suivant : <https://enquete.unice.fr/index.XXXX>

AIDEZ-NOUS À MIEUX VOUS SOIGNER !

Merci,
Cordialement,
BURGER Marine (marine.burger@unice.fr).

Si vous ne souhaitez pas participer à ce questionnaire, veuillez cliquer sur le lien suivant : <https://enquete.unice.fr/optout.XXXX>

L'étudiant avait la possibilité, comme précisé ci-dessus, de se désinscrire de sa participation au questionnaire, pour ne pas recevoir les relances éventuelles.

- Si l'étudiant complétait et validait le questionnaire, il recevait le courriel suivant:

Cher(e) {NOM} {PRENOM},

Ce courriel vous confirme que vous avez complété l'étude intitulée « Questionnaire d'aide à la création d'un centre de santé universitaire pour les étudiants de l'UNS » et que votre réponse a été enregistrée.

Merci pour votre participation.

Si vous avez des questions à propos de ce courriel, veuillez contacter Marine BURGER sur marine.burger@unice.fr.

Cordialement,
BURGER Marine,
Université Nice Sophia Antipolis

- Les étudiants qui ne se désinscrivaient pas ou qui n'avaient pas répondu au questionnaire ont reçu trois relances, chacune espacée d'un mois.
La dernière relance a eu lieu trois semaines avant la clôture du questionnaire.

Le message de relance était :

Cher(e) {NOM} {PRENOM},

Vous avez été invité récemment à participer à un **questionnaire d'aide à la création d'un centre de santé pour les étudiants de l'UNS**.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien suivant : <https://enquete.unice.fr/index.XXXX>

AIDEZ-NOUS À MIEUX VOUS SOIGNER !

Merci,
Cordialement,
BURGER Marine (marine.burger@unice.fr),
Université Nice Sophia Antipolis

Si vous ne souhaitez pas participer à ce questionnaire, veuillez cliquer sur le lien suivant :
<https://enquete.unice.fr/optout.XXXX>

2.6.6. Saisie des questions et recueil des données

Les étudiants concernés par notre enquête ont été invités par le biais de l'annuaire Lightweight Directory Access Protocol (LDAP) de l'UNS. C'est une norme pour les systèmes d'annuaires, incluant un modèle de données, un modèle de nommage, un modèle fonctionnel basé sur le protocole LDAP, un modèle de sécurité et un modèle de réplication. Un annuaire LDAP a une structure arborescente.

Les données ont été stockées sur la plateforme d'enquête de l'université utilisant le logiciel Limesurvey.

L'accès aux questionnaires était restreint à Mme Marie-Annick DENCHE (Chargée de développement d'enquête à l'Observatoire de la Vie Etudiante de l'UNS) et à moi-même.

Une anonymisation des réponses a été effectuée préalablement à l'analyse statistique.

2.6.7. Déclaration au Comité National Informatique et Liberté :

Notre étude a fait l'objet d'une déclaration au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de l'UNS, qui s'est chargé de faire une déclaration au Comité National Informatique et Liberté (CNIL).

2.6.8. Analyse statistique

L'analyse statistique réalisée a été de type descriptive.

Elle a été faite avec l'aide du département de Santé Publique du Pr PRADIER du CHU de Nice et de la plateforme Limesurvey.

Les principaux tests utilisés ont été le test paramétrique de Fisher et le test non paramétrique du Chi-2.

La significativité statistique a été calculée grâce au logiciel R commander.

Les différences étaient déclarées significatives si le degré de significativité était inférieur à 5% (noté $p < 0,05$).

Les résultats non significatifs ont été notés NS.

La dernière question, qui était de type rédactionnel (commentaires libres), n'a pas fait l'objet d'une analyse qualitative vraie mais a été utilisée sous forme de Verbatim. De même, les réponses « autres » proposées dans certaines questions ont bénéficié d'un recodage très rapide mais n'ont pas été traitées sous la forme d'une analyse qualitative réelle.

3. RÉSULTATS

3.1. Description globale de la population

3.1.1 Résultats bruts – diagramme de flux

Notre étude a commencé le 12 décembre 2012 par l'envoi du questionnaire aux 22 924 étudiants de l'UNS en formation initiale.

Sur une période de trois mois, il y a eu trois relances, espacées de façon régulière.

Le profil des réponses a été le suivant :

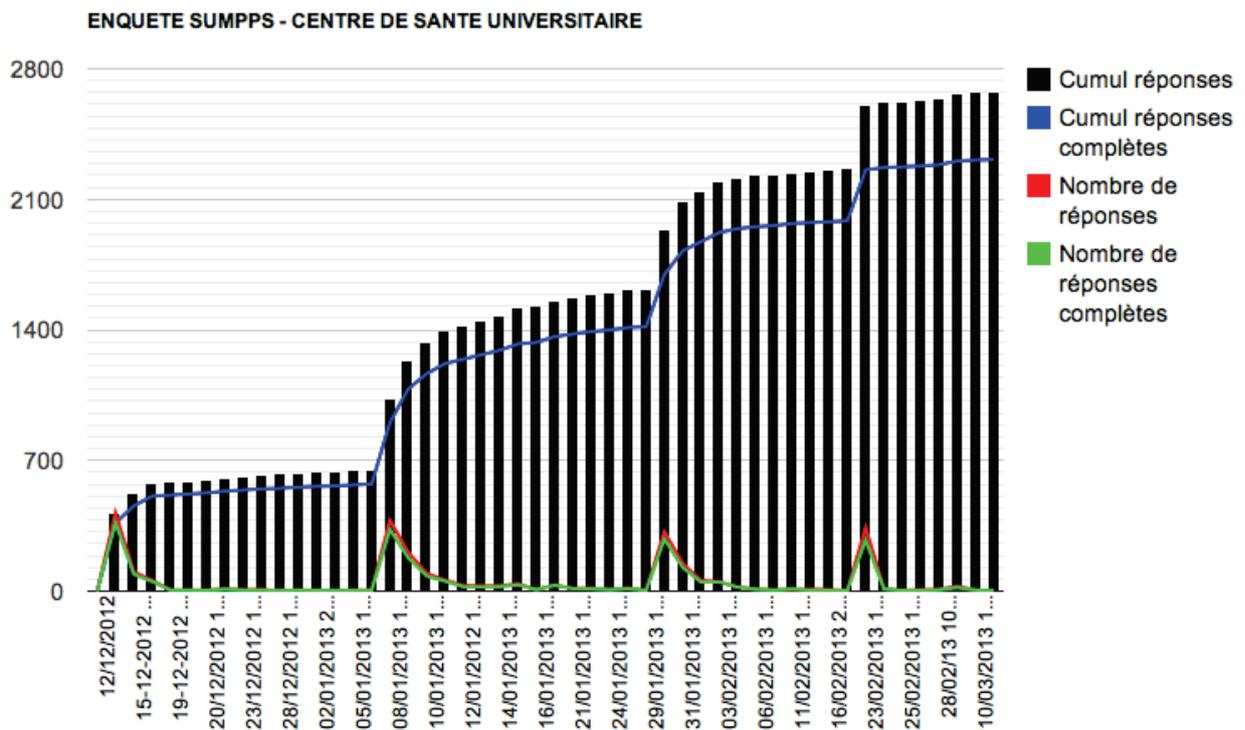


Figure 6 : Evolution des réponses à l'enquête en fonction des relances

Au final, 2 885 emails sur les 22 924 emails envoyés aux étudiants sur leur boîte électronique étudiante sont revenus avec la mention « erreur de distribution » (motif non précisé).

TAUX DE REPONSES : 2676 / 19039 : 14,06%

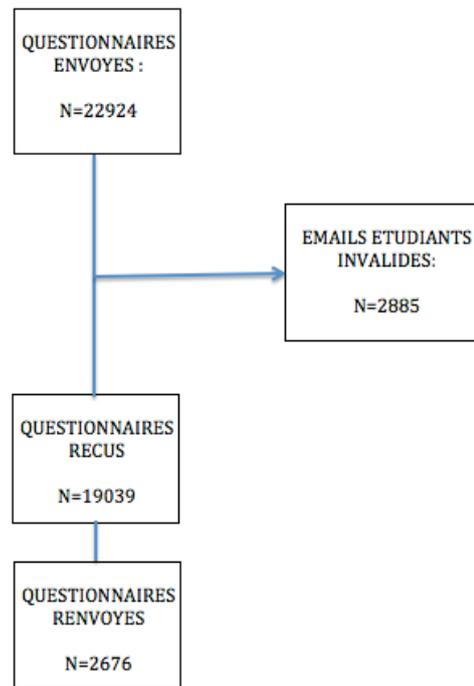


Figure 7 : diagramme de flux

3.1.2 Caractéristiques générales de notre échantillon

3.1.2.1 Au niveau sociodémographique

3.1.2.1.1 Démographie

- **GENRE** (non réponse : 8% (n=228))

Notre échantillon comprend 62% de femmes et 29% d'hommes

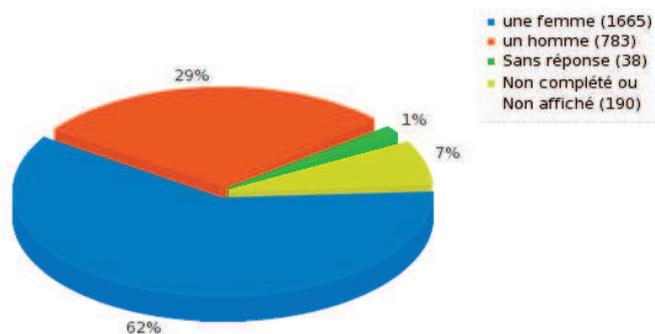


Figure 8 : Genre

- **NATIONALITE** (non réponse : 9% (n=244))

Notre échantillon comporte 74% de français et 17% d'étrangers.

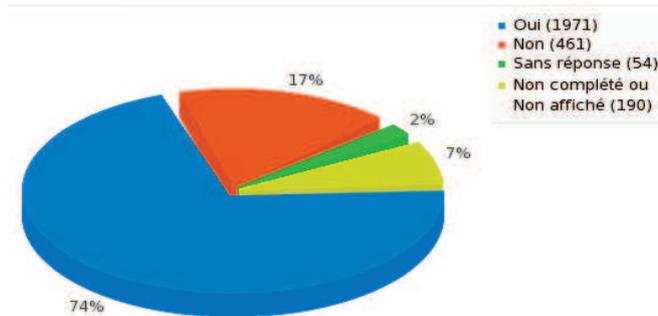


Figure 9 : Nationalité

- **AGE** (non réponse : 9,1% (n=244))

L'âge moyen de notre échantillon est de 21,9 ans

Moyenne	21.9
Minimum	16
1er Quartile (Q1)	19
Valeur médiane	21
3ème Quartile (Q3)	23
Maximum	66

Tableau 2 : Age de notre échantillon

La tranche d'âge majoritaire est constituée des 19-20 ans, avec la répartition suivant :

– moins de 19 ans	13,8% (360)
– 19-20 ans	26,0% (697)
– 21-22 ans	22,5% (606)
– 23-25 ans	17,9% (478)
– plus de 25 ans	10,9% (291)

3.1.2.1.2 Aspects financiers

SENTIMENTS DE DIFFICULTES FINANCIERES (non réponse : 17,6% (n=377))

50% des étudiants ont le sentiment d'avoir des difficultés financières, et 37,3% n'ont pas ce sentiment.

AIDES FINANCIERES PERCUES PAR LES ETUDIANTS

L'aide principale est d'origine familiale pour 57,4% des étudiants,

- par les bourses CROUS pour 30,3% d'entre eux
- par un travail à côté des études à temps partiel pour 23,3% d'entre eux

Réponse	Décompte	Pourcentage
Aide parentale / familiale (1121)	1535	57.36%
Aide du concubin (1122)	100	3.74%
Travail à côté des études à temps partiel (1123)	623	23.28%
Travail à côté des études à temps plein (1124)	60	2.24%
Stage rémunéré (1125)	118	4.41%
Bourse d'étude (doctorant) (1126)	107	4.00%
Bourse CROUS (1127)	812	30.34%
Aide d'urgence du CROUS (1128)	14	0.52%
Allocation (exemple : APL) (1129)	510	19.06%

Tableau 3 : Type d'aides financières perçues par les étudiants

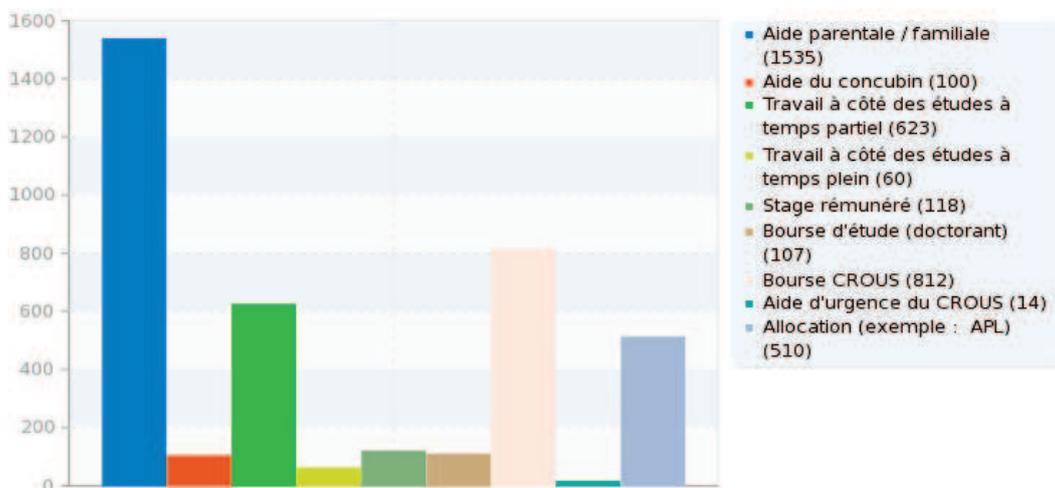


Figure 10 : Répartition des aides financières perçues par les étudiants.

3.1.2.1.3 Entourage familial

- **LOCALISATION FAMILIALE** (non réponse : 10,2% (n=272))
 - 39% des étudiants ont leur famille en dehors du département où ils étudient (22% dans un autre département et 17% à l'étranger),
 - 29% ont leur famille dans le département où ils étudient
 - 22% dans la ville où ils étudient.

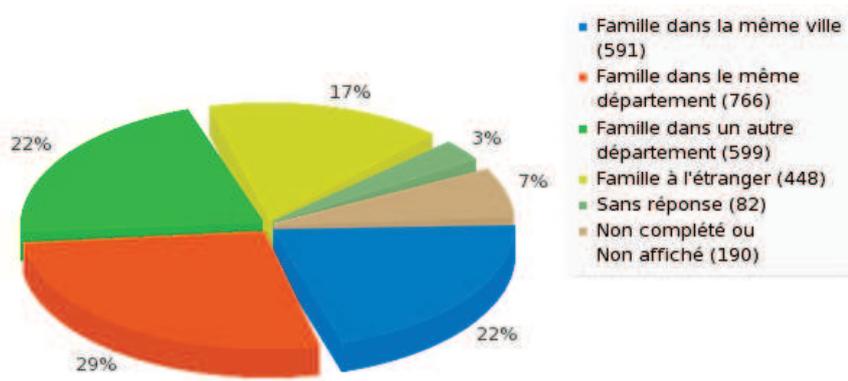


Figure 11 : localisation familiale

- **LIEU DE LEUR BACCALAUREAT** (non réponse : 8,9% (n=235))
 - 52% des étudiants ont eu leur baccalauréat dans le département des Alpes-Maritimes ;
 - 39,1% l'ont passé en dehors du département des Alpes-Maritimes.

- **HABITAT** (non réponse : 9,5% (n=254))
 - 41% des étudiants de note échantillon habitent en logement indépendant,
 - 36,3% habitent chez leur parents et
 - 13,1% en cité universitaire

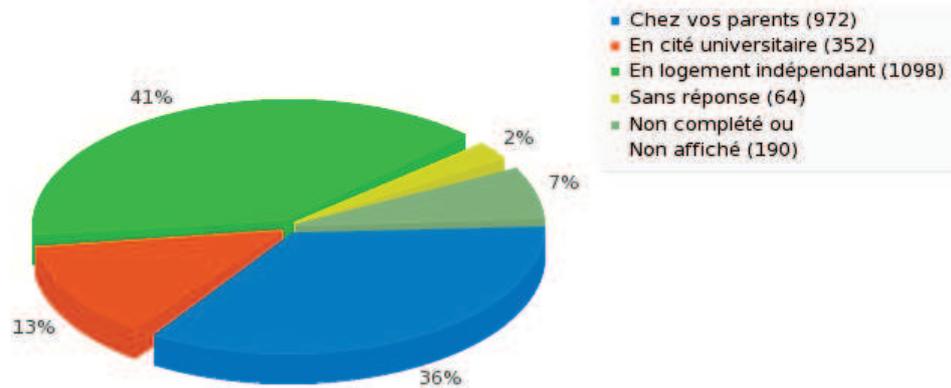


Figure 12 : Lieu d'habitation des étudiants

3.1.2.1.4 Existence d'un handicap

- **ETUDIANTS HANDICAPES** (non réponse : 14% (n=374))

1,4% des étudiants sont reconnus handicapés par la MDPH.

- **ETUDIANTS INSCRITS A LA CELLULE D'ACCUEIL DES ETUDIANTS HANDICAPES (CAEH)** (non réponse : 18,3% (n=490))

2,5% des étudiants de notre échantillon sont inscrits à la CAEH

3.1.2.2 Au niveau médical

3.1.2.2.1 Etat de santé

- **SANTE RESSENTIE** (non réponse : 12% (n=343))
 - 79% des étudiants considèrent leur santé bonne, très bonne ou excellente
 - 9% la considèrent mauvaise ou médiocre.

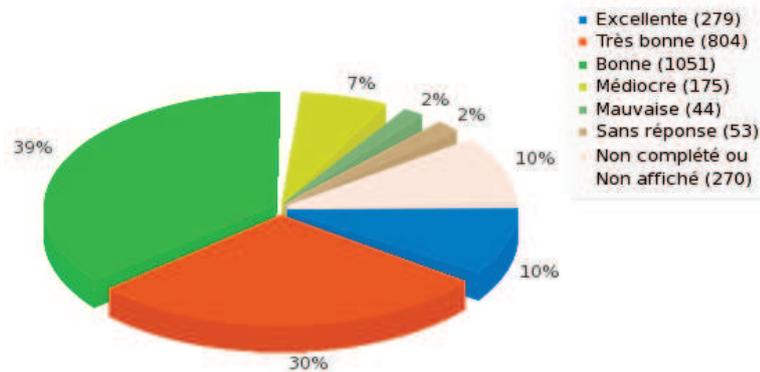


Figure 13 : État de santé ressenti

- **CONSULTATIONS CES 12 DERNIERS MOIS** (non réponse : 12,7% (n=361))

74% des étudiants de notre échantillon ont consulté un professionnel de santé ces 12 derniers mois, et 13% n'a pas consulté.

- **MOTIFS DE NON CONSULTATION**

Parmi les 347 étudiants n'ayant pas consulté durant les 12 derniers mois :

- 71% d'entre eux ont pour principale raison le fait qu'ils n'en ressentent pas le besoin ;
- 30% ne consultent pas parce que consulter coûte trop cher ;
- 21% ne consultent pas parce qu'ils manquent de temps pour y aller

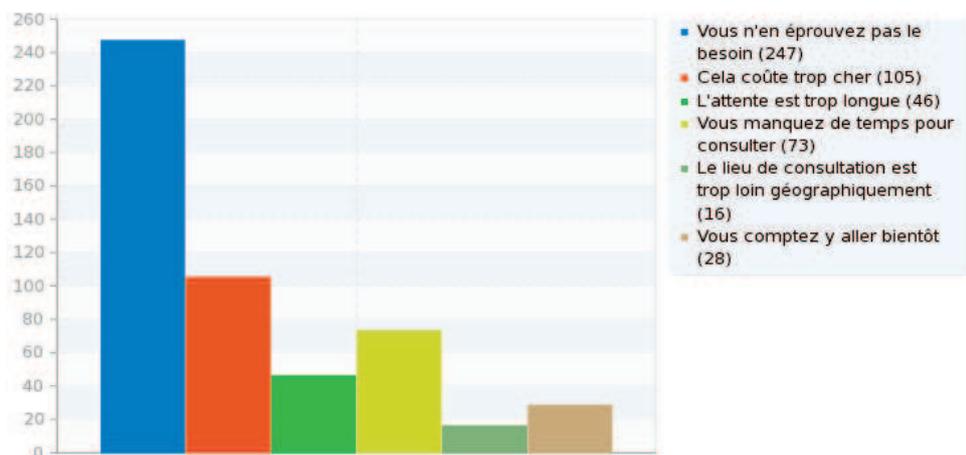


Figure 14 : Motifs de non consultation d'un professionnel de santé durant l'année précédente.

3.1.2.2.2 Médecin traitant

- **EXISTENCE D'UN MEDECIN TRAITANT** (non réponse : 10 % (n=272))

80% des étudiants de notre échantillon ont un médecin traitant, et 10% n'en ont pas.

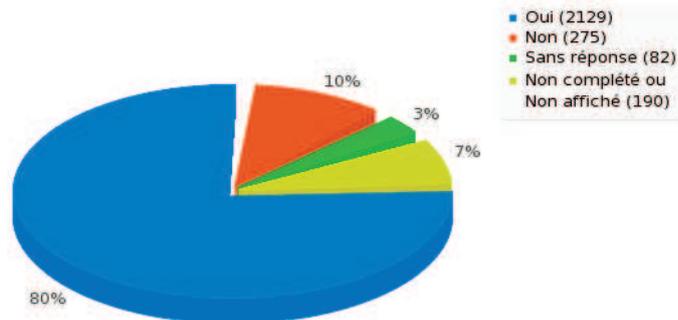


Figure 15 : Existence d'un médecin traitant

- **TYPE DE MEDECIN TRAITANT** (non réponse : 3,6% (75/2129))

Parmi les 2129 étudiants ayant un médecin traitant :

- 67% ont comme médecin traitant leur médecin de famille
- 29% ont un médecin traitant différent de celui de leur famille

- **LIEU D'EXERCICE DU MEDECIN TRAITANT** (non réponses : 1,8% (39/2129))

Parmi les 2129 étudiants ayant un médecin traitant :

- 45,5% des étudiants ont leur médecin traitant dans la ville où ils étudient
- 35,8% dans une autre ville des Alpes-Maritimes
- 16,8% en dehors du département des Alpes-Maritimes

- **SATISFACTION ENVERS LE MEDECIN TRAITANT** (non réponse : 9,9% (221/2129))

80,6% des 2129 étudiants ayant un médecin traitant en sont satisfaits.

3.1.2.2.3 Mutuelle

- **EXISTENCE D'UNE MUTUELLE** (non réponse : 11,2% (n=300))

75% des étudiants ont une mutuelle et 14% n'en ont pas.

- **TYPE DE MUTUELLES** (non réponse : 0,8% (17/2005))

Parmi les 2005 étudiants ayant une mutuelle :

- 44,7% ont une mutuelle étudiante
- 38,2% ont la mutuelle des parents
- 11,4% ont une mutuelle personnelle non étudiante
- 2,3% ont la CMU complémentaire

3.1.3 Spécificités liées au sexe

Pour le détail des tableaux de comparaison des réponses des femmes et des hommes à toutes les questions de notre enquête, se référer à l' ANNEXE 2.

Les principales différences statistiquement significatives entre femmes et hommes sont :

➤ Sur le plan sociodémographique :

- Les étudiants plus que les étudiantes :
 - sont de nationalité étrangère (22% versus 17%)
 - habitent en cité universitaire (16,6% versus 13,2%)
 - sont aidés financièrement par leurs parents (63,5% versus 61,6%), ou reçoivent des bourses d'études (5,8% versus 3,6%)
- Les étudiantes plus que les étudiants :
 - ont le sentiment d'avoir des difficultés financières (51,5% versus 42,9%)
 - habitent en logement indépendant (45,9% versus 41,3%)

- sont aidés financièrement par leur concubin (52,0% versus 1,7%), le CROUS (35,4% versus 27,8%) et l'aide d'urgence (0,8% versus 0,1%)

	Femmes n= 1665	Hommes n=783	p
<u>DEMOGRAPHIE</u>			
Etranger	285 (17,12%)	172(21,97%)	<0,05
Habitent en cité U	220 (13,21%)	130(16,60%)	<0,05
Habitent en logement Indépendant	764 (45,89%)	324(41,38%)	<0,05
<u>ASPECTS FINANCIERS</u>			
Sentiment d'avoir des difficultés financières	857 (51,47%)	336(42,91%)	<0,05
Ressources financières :			
-Aide parentale / familiale	1025 (61,56%)	497(63,47)	<0,05
-Aide du concubin	87 (5,23%)	13(1,66%)	<0,05
-Bourse d'études	60 (3,60%)	45(5,75%)	<0,05
-Bourse CROUS	590 (35,44%)	218(27,84%)	<0,05
-Aide d'urgence	13 (0,78%)	1(0,13%)	<0,05*

* test exact de Fisher

Tableau 4 : Données sociodémographiques retrouvées différentes de façon statistiquement significative selon le genre

➤ Sur le plan de la santé :

Les étudiantes comparativement aux étudiants :

- se sentent en moins bonne santé (10,2% versus 5,6%),
- ont plus consulté ces douze derniers mois (84,9% versus 71,4%),

- ont plus souvent un médecin traitant (88,2% versus 82,3%).

En cas de maladie, elles sont plus nombreuses à s'auto-médiquer (48,3% versus 38,7%) et à demander conseil au pharmacien (17,8% versus 12,8%).

	Femmes n= 1665	Hommes n=783	p
Santé ressentie négative	169 (10,15%)	44(5,62%)	<0,05
A un médecin traitant (MT)	1468 (88,17%)	644(82,25%)	<0,05
A consulté ces 12 derniers mois	1413 (84,86%)	559(71,39%)	<0,05
<u>Attitude face à la maladie :</u>			
-consulte son MT (parmi ceux qui en ont un)	849 (57,78%)	357(55,43%)	<0,05
-demande conseil au pharmacien	297 (17,84%)	100(12,77%)	<0,05
-s'auto-médique	804 (48,29%)	303(38,70%)	<0,05

Tableau 5: Données de santé retrouvées différentes de façon statistiquement significative selon le genre

3.1.4 Comparaison échantillon – population étudiante de l'UNS

Les seules données qui ont pu être obtenues pour comparer notre échantillon à la population étudiante de l'UNS concernent la population étudiante globale, et non pas celle en formation initiale (22 927 étudiants en formation initiale sur les 25 049 de l'UNS, soit un différentiel de 2 122 étudiants).

Sur ces données, notre échantillon présente des proportions comparables d'étudiants de nationalité étrangère, et d'étudiants provenant des filières Espaces et Cultures, Droits, IAE, ISEM, Odontologie et d'étudiants en doctorat (tableau 6).

	Echantillon n=2 676	Population étudiante n= 25 049	p
En formation initiale (Critère d'inclusion)	2676 (100%)	22 927 (91,50 %)	
Hommes	783 (29,26%)	10 995 (43,90 %)	p<0,05
Femmes	1665 (62,22%)	14 028 (56,10 %)	p<0,05
Age moyen*	21,9	23,2	p<0,05
Etrangers	461 (17,23%)	4625 (18,50 %)	p=0,12
Boursiers CROUS	812 (30,34%)	6677 (26,60 %)	p<0,05
Filières			
-Espaces et Cultures	32 (1,20%)	261 (1%)	p=0,46
-Droits	250 (9,34%)	2400 (13%)	p=0,29
-Polytech Nice	25 (0,93%)	1233 (4,9%)	p<0,05
-IAE	99 (3,70%)	781 (3,10%)	p=0,10
-LASH	860 (32,14%)	570 (22,80%)	p<0,05
-ISEM	259 (9,68%)	225 (9,00%)	p=0,24
-Médecine	177 (6,60%)	313 (12,50%)	p<0,05
-Odontologie	20 (0,75%)	282 (1,10%)	p=0,07
-STAPS	85 (3,18%)	105 (4,20%)	p<0,05
-Sciences	667 (24,93%)	346 (13,80%)	p<0,05
-IUT	154 (5,78%)	253 (10,10%)	p<0,05
-IUFM	38 (1,42%)	586 (2,30%)	p>0,05
-IPDP	9 (0,34%)	213 (0,90%)	p<0,05
Cycle LMD :	2665 (99,59%)	18 798 (71,00%)	
-Licence	1760 (65,77%)	12565 (50,20%)	p<0,05
-Master	734 (27,43%)	514 (20,50%)	p<0,05
-Doctorat	171 (6,40%)	1340(5,30%)	p=0,07
Hors cycle LMD :	11 (4,11%)	6251 (24,96%)	p<0,05
Travail rémunéré à coté des études	683 (25,52%)	3984(15,40%)	p<0,05

* : Comme nous ne disposons pas de l'écart type de l'âge moyen de la population étudiante, nous avons considéré qu'il s'agissait d'une moyenne de référence, et donc nous avons comparé la moyenne d'âge de notre échantillon à cette moyenne de référence en utilisant un test de Student.

Tableau 6 : Comparaisons des caractéristiques générales de notre échantillon à sa population de référence.

3.2. Facteurs de risque de santé ressentie négative

Si l'on compare les étudiants se sentant en bonne santé (groupe comprenant santé ressentie excellente, très bonne et bonne) aux étudiants se sentant en mauvaise santé (groupe comprenant santé ressentie mauvaise et médiocre), on se rend compte que certaines situations sont statistiquement associées à un niveau de santé ressenti mauvais (pour le détail voir l'ANNEXE 3).

On peut ainsi identifier six grandes situations associées de façon statistiquement significative au fait de se sentir en mauvaise santé (tableau 7) :

- Etre de nationalité étrangère

- Avoir le sentiment de difficultés financières

- Avoir sa famille en dehors des Alpes-Maritimes

- Etre handicapé

- Avoir son médecin traitant en dehors des Alpes-Maritimes

- Etre insatisfait de son médecin traitant

A noter que le fait d'être de genre féminin est aussi statistiquement lié à un niveau de santé ressenti moins bon, comme nous l'avons vu dans le tableau comparant l'état de santé des femmes et des hommes au paragraphe précédent.

	Santé ressentie Excellente Très bonne Bonne n=2 134 (79,8%)	Santé ressentie Mauvaise Médiocre n=219 (8,2%)	p
Stress « Etre étranger »	373 (17,47%)	50 (22,8%)	<0,05
Stress « Financier »	1008 (47,24%)	144 (65,75%)	<0,05
Stress « Isolement familial »	878 (41,14%)	113 (52,00%)	<0,05
Stress « Handicap »	136 (6,37%)	51 (23,29%)	<0,05
Stress « Avoir son MT en dehors du département »	320 (14,90%)	22 (10,05%)	<0,05
Stress « Insatisfaction envers le MT »	136 (6,33%)	51 (23,29%)	<0,05

Tableau 7 : Synthèse des principaux facteurs de risque de « stress santé » identifiés

3.2.1. Mise en évidence de trois principaux « stress santé »

Parmi les différents facteurs influençant le niveau de santé ressenti, les quatre premiers évoqués sont liés à des caractéristiques propres à l'étudiant ; nous les nommerons « stress santé » dans la suite de notre travail.

A noter que le stress santé « être handicapé » ne sera pas étudié de façon approfondie dans notre analyse : le SUMPPS de Nice centre déjà actuellement ses actions sur cette population, comme nous l'avons vu dans la présentation de ses activités en première partie de travail.

Verbatim soulignant les trois stress santé identifiés (partie « commentaire libre » de l'enquête) :

➤ Stress « financier » :

- « (...) les soins sont tellement chers, que je réfléchis à deux fois avant de consulter! »
- « Je pense que c'est un projet très important car globalement les étudiants sont très mal soignés et n'ont pas les moyen de consulter des médecins et encore moins des spécialistes. Généralement je ne vais chez le docteur que si ma maladie ne passe pas après plusieurs semaines, je n'ai pas les moyens d'aller consulter pour une simple prescription de pilule ou une maladie passagère »

➤ Stress « être étranger » :

- « Pour moi, j'ai souvent peur d'aller voir un médecin car je ne suis pas française et je ne suis jamais sûre des tarifs, des attentes pour avoir un rendez-vous, si le médecin comprendrait mon parler, où aller, etc. »
- « bonjour, je suis étudiante étrangère je souffre des douleurs (...). J'ai la sécurité sociale, mais je veux avoir un complément médicale mais c'est cher et je n'ai pas les moyens pour le faire (...) je connais pas les démarches. s'il vous plait j'ai besoin de votre aide »

➤ Stress « isolement familial » :

- « Si ce projet pouvait voir le jour, ce serait une très bonne chose. L'accessibilité aux soins pour des étudiants qui sont souvent loin de leur entourage familial serait facilité

par ce type de centre et permettrait un meilleur suivi. »

- « Ouvrir ce centre serait une aubaine pour les étudiants n'étant pas de la même ville ou du même département que celui de leur étude. On ne sait pas trop où trouver un bon médecin et pas trop loin de son lieu scolaire. Grâce à ce centre, on pourrait avoir un interlocuteur proche de nous, efficace et en qui on aurait confiance ».

3.2.2. Comportements de santé des étudiants soumis à un de ces trois « stress santé »

Un étudiant soumis à un « stress santé » va avoir un comportement de santé global changé de façon statistiquement significative par rapport à un étudiant qui n'est pas soumis à ce même « stress santé ».

Quel que soit le « stress santé » étudié, les étudiants soumis à celui-ci vont, en cas de maladie (par rapport au groupe non soumis à ce stress santé) :

- moins consulter leur médecin traitant
- moins demander conseil au pharmacien
- plus consulter un site internet en santé (que leur population de comparaison)

Si l'on s'intéresse en détail à chaque « stress santé », on constate que chacun est associé un comportement de santé prédominant en cas de maladie :

- les étrangers ont comme comportement de santé principal, en cas de maladie, de consulter leur médecin traitant (tableau 8)
- les étudiants isolés de leur famille et les étudiants avec un sentiment de difficultés financières ont comme comportement de santé principal, en cas de maladie, de s'auto-médiquer (tableaux 9 et 10).

	ETRANGERS n= 461	FRANÇAIS n=1 971	p
Attitude face à la maladie :			
-consulte votre médecin traitant	<u>177 (38,39%)</u>	<u>1025 (52%)</u>	<0,05
-demande conseil pharmacien	106 (22,99%)	285(14,46%)	<0,05
-consulte un autre généraliste	42 (9,11%)	117(5,94%)	<0,05
-se rend au SUMPPS	6 (1,30%)	7(0,36%)	<0,05
-s'auto-médique	169 (36,66%)	934(47,39%)	<0,05
-prend des médicaments qu'un proche donne	96 (20,82%)	542(27,50%)	<0,05
-consulte un site internet spécialisé en santé	50 (10,85%)	116(5,89%)	<0,05
-se rend à l'hôpital, aux urgences	25 (5,42%)	54 (2,74%)	<0,05
-se rend dans un centre de santé	4 (0,87%)	24 (1,22%)	NS
-attend que cela passe	151 (32,75%)	885(44,90%)	<0,05

Légende :

Souligné : comportement principal de santé

Gras : autres comportements prédominants

Tableau 8 : Comparaison des comportements de santé des étudiants selon leur nationalité

	SENTIMENT PROBLEMES FINANCIERS n=1 204	PAS SENTIMENT PROBLEMES FINANCIERS n=999	p
Attitude face à la maladie :			
-consulte votre médecin traitant	535 (44.44%)	<u>546(54.65%)</u>	<0,05
-demande conseil pharmacien	206 (17.11%)	144(14.41%)	<0,05
-consulte un autre généraliste	82 (6.81%)	64 (6.41%)	NS
-se rend au SUMPPS	11 (0.91%)	2 (0.20%)	NS
-s'auto-médique	<u>578 (48.01%)</u>	34(43.44%)	<0,05
-prend des médicaments qu'un proche donne	316 (26.25%)	259 (25.93%)	NS
-consulte un site internet spécialisé en santé	106 (8.80%)	56(5.61%)	<0,05
-se rend à l'hôpital, aux urgences	47 (3.90%)	25(2.50%)	NS
-se rend dans un centre de santé	19 (1.58%)	9 (0.90%)	NS
-attend que cela passe	551 (45.76%)	387(38.74%)	<0,05

Légende :

Souligné : comportement principal de santé

Gras : autres comportements prédominants

Tableau 9: Comparaison des comportements de santé des étudiants selon l'existence d'un sentiment de problèmes financiers

	ISOLÉ FAMILLE n=1 047	NON ISOLÉ FAMILLE n=1 357	p
Attitude face à la maladie :			
-consulte votre médecin traitant	418 (39.92%)	<u>771(56,82%)</u>	<0,05
-demande conseil pharmacien	205 (19.58%)	186(13,71%)	<0,05
-consulte un autre généraliste	108 (10.32%)	51(3,76%)	<0,05
-se rend au SUMPPS	12 (1.15%)	1 (0,07%)	*<0,05
-s'auto-médique	<u>473 (45.18%)</u>	621(45,76%)	NS
-prend des médicaments qu'un proche donne	225 (21.49%)	409(30,14%)	<0,05
-consulte un site internet spécialisé en santé	96 (9.17%)	72(5,31%)	<0,05
-se rend à l'hôpital, aux urgences	48 (4.58%)	32(2,36%)	<0,05
-se rend dans un centre de santé	20 (1.91%)	11(0,81%)	<0,05
-attend que cela passe	443 (42.31%)	585(43,11%)	NS

*test d'indépendance du chi-2 non applicable : utilisation du test exact de FISHER

Légende :

Souligné : comportement principal de santé

Gras : autres comportements prédominants

Tableau 10 : Comparaison des comportements de santé des étudiants selon que l'étudiant a sa famille en dehors du département (=isolé) ou au moins dans le département (non isolé)

3.2.3. Suivi médical des étudiants soumis à ces « stress santé »

3.2.3.1 Couverture médicale

Si l'on compare chacune des catégories de « stress santé » entre elles et à la population totale de notre échantillon (tableau 11) :

- Les étudiants étrangers ont, le moins souvent, un médecin traitant ; puis ce sont les étudiants avec une famille habitant en dehors des Alpes-Maritimes
- Les étudiants ayant un sentiment de difficultés financières ont plus souvent un médecin traitant
- Concernant la mutuelle, ces trois catégories d'étudiants ont moins souvent une mutuelle que la population totale de notre échantillon.

La principale population précaire est la population étrangère, puis celle dont la famille habite en dehors du département et enfin celle avec un sentiment de difficultés financières.

	ISOLES FAMILLE n=1047	SENTIMENT PB FINANCIERS n=1204	ETRANGERS n=461	POPULATION TOTALE n=2676
Existence d'un MT	814 (77,75%)	1023 (84,97%)	297 (64,43%)	2129 (79,56%)
Absence de mutuelle	229 (21,87%)	230 (19,10%)	177 (38,39%)	371 (13,86%)

Tableau 11 : Couverture médicale des étudiants soumis à un « stress santé » comparativement à l'ensemble de notre échantillon.

3.2.3.2 Besoins de santé exprimés

Les étudiants étrangers souhaitent plus que les autres catégories d'étudiants avoir un suivi régulier au sein du futur centre de santé universitaire, et les trois catégories d'étudiants présentant un « stress santé » souhaitent toutes cela plus que la population totale de notre échantillon.

Parmi ceux intéressés par un suivi régulier, la proportion d'étudiants qui aimeraient qu'un des médecins généralistes de ce centre devienne leur médecin traitant est comparable pour chaque « stress santé » (entre 80,5% et 83,6%).

	ISOLES FAMILLE n=1 047	SENTIMENT PB FINANCIER n=1 204	ETRANGERS n=461	POPULATION TOTALE n=2 676
Aimerait un suivi régulier dans le centre	525 (53,41%)	606 (53,20%)	269 (58,35%)	1030 (38,49%)
Parmi eux, Aimerait avoir son MT dans le centre	434 (82,67%)	488 (80,53%)	225 (83,64%)	796 (77,28%)

Tableau 12 : Comparaison des besoins de santé exprimés par les étudiants soumis à un stress santé et ceux de l'ensemble de notre échantillon

Enfin : 221 étudiants, soit 8,26 % de notre échantillon, sont soumis aux trois stress santé étudiés (« sentiment de difficultés financières », « éloignement familial », « être étranger ») en même temps.

3.3. Place du médecin généraliste auprès des étudiants

La réforme du médecin traitant a placé ce dernier au cœur de la prise en charge ambulatoire médicale de la population générale, et donc des étudiants.

Dans notre échantillon 10,8 % des étudiants n'ont pas de médecin traitant.

C'est une situation à risque majeur de rupture de suivi médical.

3.3.1. Etudiants à risque de rupture de suivi médical

Si l'on s'intéresse aux personnes à risque de rupture de suivi médical, on identifie facilement trois populations :

- les étudiants sans médecin traitant : n=275 soit 10,8% de notre échantillon
- les étudiants dont le médecin traitant est en dehors du département (du fait d'un déménagement) : n=357 soit 13,3% de notre échantillon
- les étudiants qui sont insatisfaits de leur médecin traitant : n=195 soit 7,3% de notre échantillon

On constate d'ailleurs que ces situations se retrouvent plus souvent pour les « stress santé » identifiés précédemment qu'en population totale de notre échantillon, avec une prédominance d'un type de risque de rupture de suivi médical pour chacun d'eux (lecture horizontale du tableau 13):

- 31,7% des étrangers ont comme risque principal de rupture de suivi médical le fait de ne pas avoir de médecin traitant
- 32% des étudiants isolés de leur famille ont comme risque de rupture principal de suivi médical le fait d'avoir un médecin traitant situé en dehors du département

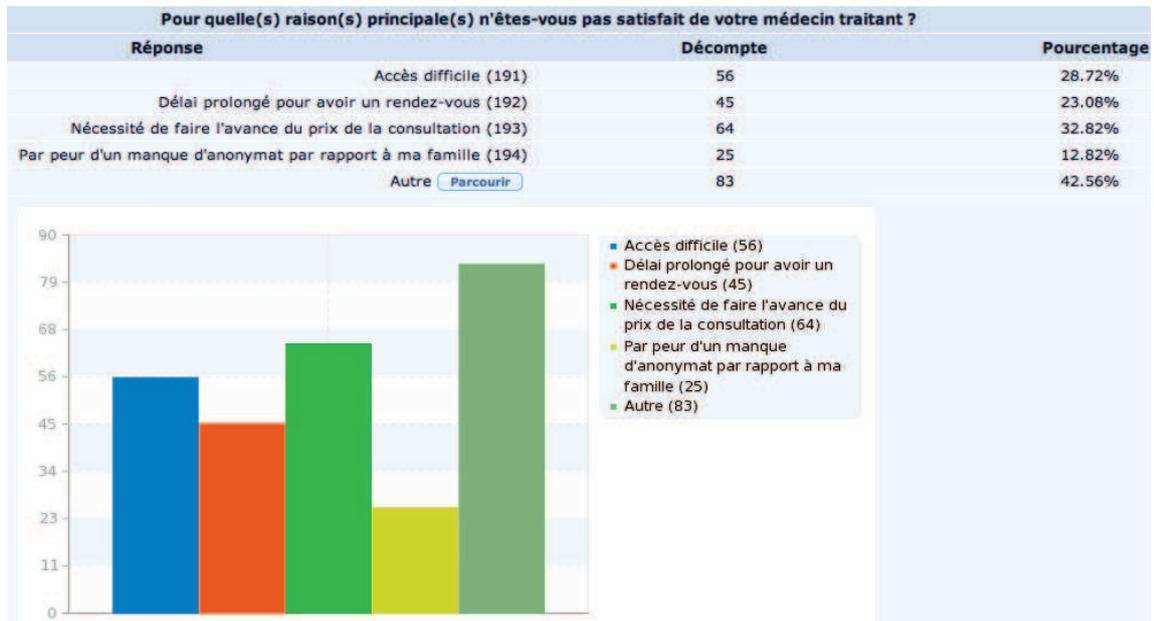
- Parmi les étudiants ayant un sentiment de difficultés financières, deux risques de rupture de suivi médical dominant : le fait d'être insatisfait de leur médecin traitant (15,2%) et le fait de ne pas avoir de MT (12,3%).

	Sans médecin traitant	Insatisfaits du médecin traitant	Médecin traitant hors département	Population totale (n=2676)
Etrangers n=461	146 (31,67%)	42 (9,1%)	21 (4,55%)	461 (17,23%)
Isolés de leur Famille n= 1047	207 (19,77%)	87 (8,3%)	335 (32%)	1047 (39,12%)
Sentiment de difficultés financières n=1204	148 (12,29%)	120 (9,97%)	183 (15,19%)	1204 (44,99%)

Tableau 13 : Situations à risque de rupture de suivi médical chez les étudiants ayant un « stress santé »

- Insatisfaction envers le médecin traitant :

Les étudiants insatisfaits de leur médecin traitant le sont d'abord car il y a nécessité de faire l'avance du prix de la consultation (32,8%), puis du fait d'un accès difficile (28,7%) et enfin du fait d'un délai prolongé pour avoir un rendez vous (23,1%).



La catégorie « autre » comprend 83 réponses mentionnées par les étudiants, regroupant des motifs du type « incompetence », « méchanceté », etc.. Il n'a pas été fait d'analyse qualitative sur cette partie de la réponse.

Figure 16 : Motifs d'insatisfaction envers le médecin traitant

➤ Motifs expliquant l'absence de médecin traitant :

L'explication la plus souvent avancée par les étudiants est le fait de ne pas en ressentir le besoin pour 48% d'entre eux, puis le fait de ne pas savoir comment faire pour en avoir un pour 24% d'entre eux.

8% des étudiants qui n'ont pas de MT n'en veulent pas.

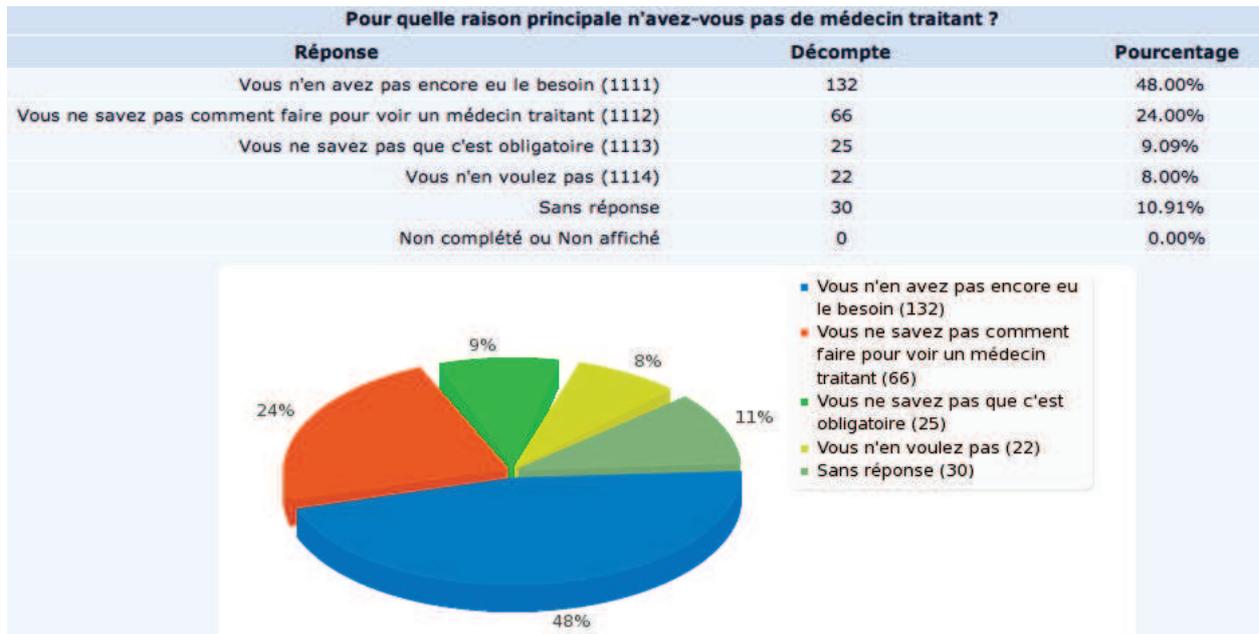


Figure 17 : Motif principal expliquant l'absence de médecin traitant

3.3.2. Comportement de santé actuel des étudiants à risque de rupture de suivi médical

En cas de maladie (tableau 14):

- *Lecture verticale du tableau :*
 - Les étudiants sans MT ont comme comportement de santé principal d'attendre que leurs symptômes passent
 - Les étudiants insatisfaits de leur MT ont comme comportement de santé principal le fait de s'auto-médiquer.

- Les étudiants avec MT hors département ont aussi comme comportement de santé principal le fait de s'auto-médiquer.

- *Lecture horizontale du tableau :*
 - l'automédication est un comportement de santé dominant en population totale comme dans les trois situations à risque de rupture de suivi médical, mais plus marqué chez ces derniers.

 - l'attitude expectative est un comportement de santé dominant en population totale comme dans les trois situations à risque de rupture de suivi médical, mais plus marqué chez ces derniers.

A noter:

- 39,5% des étudiants avec leur médecin hors du département disent le consulter en cas de maladie.

- 28% des étudiants parmi ceux qui sont insatisfaits de leur médecin traitant le consultent quand même.

	Sans MT n=275	Insatisfait du MT n=195	MT hors département n=357	population totale n=2676
<u>Attitude face à la maladie :</u> (réponses à choix multiples)				
-consulte son MT	0	55(28,21%)	141(39,50%)	<u>1219(45,55%)</u>
-demande conseil au pharmacien	60(21,82%)	32(16,41%)	60(16,80%)	398(14,87%)
-consulte un autre médecin généraliste	42(15,27%)	21(10,77%)	45(12,61%)	160(5,98%)
-se rend au SUMPPS	4 (1,45%)	1(0,51%)	1(0,28%)	13(0,49%)
-s'auto-médique	118(42,91%)	<u>109(55,90%)</u>	<u>189(52,94%)</u>	116(41,70%)
-prend des médicaments qu'un proche donne	70(25,45%)	40(20,51%)	81(22,69%)	644(24,09%)
-consulte un site internet spécialisé en santé	28(10,18%)	20(10,29%)	18(5,04%)	171(6,39%)
-se rend à l'hôpital, aux urgences	19(9,91%)	6(3,08%)	7(1,96%)	81 (3,03%)
-se rend dans un centre de santé	7(2,55%)	2(1,03%)	2(0,56%)	31 (1,16%)
-attend que cela passe	<u>137(49,82%)</u>	108(55,38%)	178 (48,46%)	1053 (39,35%)

Légende :

Souligné et en gras: comportement principal de santé

Gras : autres comportements prédominants

Tableau 14 : Synthèse des comportements de santé actuels pour 3 catégories d'étudiants en situation de risque de rupture de suivi médical.

3.3.3. Besoins exprimés de suivi médical parmi les étudiants à risque de rupture de suivi médical

La possibilité d'un suivi régulier par un médecin généraliste au sein du futur centre de santé universitaire est fortement espérée par :

- 63% des étudiants insatisfaits de leur médecin traitant
- 53% de ceux n'ayant pas de médecin traitant
- 38% de ceux dont le médecin traitant est en dehors du département

Au sein de la population espérant un suivi régulier par un médecin dans le CSU, la possibilité qu'un des médecins généralistes du CSU devienne leur médecin traitant référent est espérée par :

- 89% des étudiants insatisfaits de leur médecin traitant,
- 86% des étudiants sans médecin traitant,
- 82% des étudiants dont le médecin est en dehors du département des Alpes Maritimes.

Comparativement en population totale de notre échantillon :

- 38,5% des étudiants sont intéressés par la possibilité d'un suivi régulier dans ce CSU
- parmi eux, 77% aimerait la possibilité d'y avoir leur médecin traitant

	SANS MT n=275	INSATISFAIT DU MT n=195	MT HORS DEPARTEMENT n=357	POPULATION TOTALE n=2676
Aimerait suivi Régulier	147 (53,45%)	123 (63,08%)	137 (38,38%)	1030 (38,49%)
Parmi ceux qui aimeraient un suivi régulier :				
Aimerait y avoir son MT	126 (85,71%)	110 (89,43%)	113 (82,48%)	796 (77,28%)

Tableau 15 : Synthèse des besoins de suivi dans le centre de santé exprimés par catégories d'étudiants à risque de rupture de suivi médical.

3.4. Motifs de consultation des étudiants

Depuis plusieurs années maintenant, nous savons l'importance fondamentale d'une action préventive associée à une action curative, dans une approche globale du patient.

Mais, à l'inverse, évaluons l'impact de la mise en place d'une médecine curative s'ajoutant à la médecine préventive actuellement en place (SUMPPS) dans le futur CSU.

3.4.1. Catégorisation des motifs de consultation actuels et souhaités

Pour cette analyse, deux questions de notre enquête sont considérées :

- *la question 22* : « D'une façon générale, quels sont les motifs de consultations les plus fréquents dans votre cas auprès d'un professionnel de santé ? »
- *la question 30* : « Envisageriez-vous de consulter dans cette maison de santé universitaire pour ... » :

Pour chacune d'elle, les items des réponses proposées ont été regroupés en quatre catégories (voir ANNEXE 4) :

- motifs curatifs
- motifs préventifs
- aide psychologique
- aide administrative

En comparant les pourcentages de chacune des catégories obtenues pour les deux questions, on compare l'usage actuel par les étudiants de l'ensemble du système de soin disponible, à celui qu'ils imaginent faire du futur CSU proposé.

On observe en quoi la diversification de l'offre proposée _ en passant d'une médecine préventive pure à une médecine préventive et curative dans ce nouveau centre de santé _ peut influencer les motifs de consultation des étudiants.

3.4.2. Conséquences de la création d'un centre de santé sur l'importance relative des catégories de motifs de consultations en population totale

Les motifs ACTUELS de consultations des étudiants de notre échantillon se répartissent de la façon suivante :

- 48% de motifs curatifs
- 30% de motifs préventifs
- 14% de motifs administratifs
- 8% de motifs psychologiques

La création d'un CSU génère une augmentation globale du nombre de consultations pour toutes les catégories de motifs de consultations (tableau 16).

On note que l'augmentation prédomine sur les motifs administratifs et psychologiques:

- Motifs administratifs : + 176 % de consultations
- Motifs psychologiques : + 131% de consultations
- Motifs préventifs : + 42% de consultations
- Motifs curatifs : + 6 % de consultations

Population Totale	Motifs actuels les plus fréquents de consultations	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre	Augmentation du nombre de consultations (%)
CURATIFS	1852	1972	+ 6,48%
PREVENTIFS	1150	1631	+ 41,82%
ADMINISTRATIFS	532	1467	+ 175,7%
PSYCHOLOGIQUES	317	732	+ 130,9%

Tableau 16 : Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants, par catégories de motifs de consultations.

L'importance relative des catégories de consultations reste la même : les consultations pour motifs curatifs sont toujours plus fréquentes que celles pour motifs préventifs, administratifs et psychologiques (tableau 17).

La proportion des consultations pour motifs administratifs augmente de 12%, celle pour motifs psychologiques augmente de 4% ; les motifs curatifs diminuent en proportion de 15% et les motifs préventifs diminuent de 1%.

Population totale	Motifs actuels les plus fréquents de consultations n=3851	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre n=5802
CURATIFS	1852 (48,09%)	1972 (33,99%)
PREVENTIFS	1150 (29,86%)	1631 (28,11%)
ADMINISTRATIFS	532 (13,81%)	1467 (25,28%)
PSYCHOLOGIQUES	317 (8,23%)	732 (12,61%)

Tableau 17 : Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, en population totale.

3.4.3. Conséquences de la création d'un centre de santé sur l'importance relative des catégories de motifs de consultations selon les groupes d'étudiants considérés

Evaluons les modifications de comportement associées à l'ouverture d'un CSU selon le genre de l'étudiant et son état de santé ressenti.

En effet, ces deux aspects cristallisent les grandes différences de comportements de santé observées dans notre étude: les femmes consultent plus que les hommes, et la catégorie « mauvaise santé ressentie » regroupe l'essentiel des « stress santé » et des situations à risque de rupture de suivi médical que nous avons identifiés précédemment.

3.4.3.1. Selon le genre

3.4.3.1.1. Motifs actuels de consultation :

- *Lecture verticale du tableau 18:*

L'importance relative des catégories de consultations est la même pour les étudiantes et les étudiants (motifs curatifs > préventifs > administratifs > psychologiques), mais:

- chez les femmes : les motifs préventifs représentent un volume égal à près de trois fois celui des motifs administratifs (alors que chez les hommes ils sont à peu près comparables)
- chez les hommes : les motifs curatifs sont au minimum deux fois plus fréquents que tous les autres motifs de consultation.

- *Lecture horizontale du tableau 18 :*

- les hommes consultent plus fréquemment en proportion (pourcentage) que les femmes pour des motifs curatifs et administratifs.
- Les femmes consultent plus fréquemment que les hommes pour des motifs préventifs et psychologiques.

MOTIFS ACTUELS DE CONSULTATIONS	MOTIFS FEMMES n=2785	MOTIFS HOMMES n=1033
CURATIF	1284 (46,1%)	551 (53,3%)
PREVENTIF	916 (33,89%)	223 (21,59%)
ADMINISTRATIF	339 (12,17%)	191 (18,49%)
PSYCHOLOGIQUE	246 (8,83%)	68 (6,58%)

Tableau 18 : Motifs actuels de consultation des étudiants, selon le genre, par catégories de motifs de consultations.

3.4.3.1.2. Motifs souhaités de consultation :

Ensuite les motifs de consultations SOUHAITEES sont aussi différents entre les deux sexes.

3.4.3.1.2.1. Pour les femmes :

❖ L'ouverture d'un CSU entraîne une augmentation du nombre de consultation des femmes pour toutes les catégories de motifs de consultation (tableau 19).

On note chez elles une augmentation nettement plus marquée pour les motifs administratifs que pour les autres motifs de consultation:

- motifs administratifs : + 188%
- motifs préventifs : + 25%
- motifs psychologiques : + 11%
- motifs curatifs : + 5%

FEMMES	Motifs actuels les plus fréquents de consultations	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre	Augmentation du nombre de consultations (en %)
CURATIF	1284	1349	+ 5,06%
PREVENTIF	916	1148	+ 25,4%
ADMINISTRATIF	339	977	+ 188,2%
PSYCHOLOGIQUE	246	518	+ 10,56%

Tableau 19 : Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants, chez les femmes, par catégories de motifs de consultations.

- ❖ Si l'on évalue l'impact du CSU sur les proportions des catégories de consultations, on constate que (tableau 20) :
 - Les motifs administratifs augmentent (en pourcentage du volume total des consultations imaginées) de 12,5% et les motifs psychologiques de 4% ; les motifs curatifs diminuent de 12,5% et les motifs préventifs de 4%
 - Mais, l'importance relative des catégories de consultation reste inchangée : les motifs curatifs sont toujours en première position en termes de fréquence, suivis par les motifs préventifs, administratifs et psychologiques

FEMMES	Motifs actuels les plus fréquents de consultations n=2785	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre n=3992
CURATIF	1284 (46,10%)	1349 (33,79%)
PREVENTIF	916 (32,89%)	1148 (28,76%)
ADMINISTRATIF	339 (12,17%)	977 (24,47%)
PSYCHOLOGIQUE	246 (8,83%)	518 (12,98%)

Tableau 20 : Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les femmes.

3.4.3.1.2.2. Pour les hommes :

❖ L'ouverture d'un CSU entraîne une augmentation du nombre de consultations des hommes pour toutes les catégories de consultations (tableau 21).

On note chez eux une augmentation nettement plus marquée pour les motifs psychologiques, administratifs et préventifs :

-motifs psychologiques : + 201%

-motifs administratifs : + 135%

-motifs préventifs : + 109%

-motifs curatifs : + 10%

HOMMES	Motifs actuels les plus fréquents de consultations	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre	Augmentation du nombre de consultations
CURATIF	551	605	+ 9,80%
PREVENTIF	223	468	+ 109%
ADMINISTRATIF	191	44	+ 134,6%
PSYCHOLOGIQUE	68	205	+ 201%

Tableau 21 : Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants, chez les hommes, par catégories de motifs de consultations.

- ❖ Si on évalue l'impact du CSU sur les proportions des catégories de consultations, on constate que (tableau 22):
 - Les motifs administratifs, préventifs et psychologiques augmentent (en pourcentage du volume total des consultations imaginées) de 7%, 6% et 5% respectivement ; les motifs curatifs diminuent de 17%
 - Mais, l'importance relative des catégories de consultation reste inchangée: les motifs curatifs sont toujours en première position en termes de fréquence, suivis par les motifs préventifs, administratifs et psychologiques

HOMMES	Motifs actuels les plus fréquents de consultation n=1033	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre n=1725
CURATIF	551 (53,3%)	605 (35,07%)
PREVENTIF	223 (21,59%)	468 (27,13%)
ADMINISTRATIF	191 (18,49%)	447 (25,90%)
PSYCHOLOGIQUE	68 (6,58%)	205 (11,88%)

Tableau 22 : Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les hommes.

3.4.3.2. Selon le niveau de santé ressenti :

3.4.3.2.1. Motifs actuels de consultation

Tout d'abord, on constate à nouveau que les motifs de consultations ACTUELS ne sont pas exactement les mêmes suivant l'état de santé ressenti :

- *Lecture verticale du tableau 23:*
 - L'importance relative des catégories de consultations est la même pour les étudiants se sentant en bonne santé et ceux se sentant en mauvaise santé (motifs curatifs > préventifs > administratifs > psychologiques), mais :
 - Si les motifs curatifs et préventifs restent prioritaires (en proportion) pour les deux catégories d'étudiants, les motifs psychologiques sont en 3eme position pour les

étudiants se sentant en mauvaise santé, alors que cette place est prise par les motifs administratifs chez ceux se sentant en bonne santé

- *Lecture horizontale du tableau 23:*

Les étudiants se sentant en mauvaise santé consultent plus en proportion pour des motifs curatifs et psychologiques, alors que ceux se sentant en bonne santé consultent plus en proportion pour des motifs préventifs et administratifs.

MOTIFS ACTUELS DE CONSULTATIONS	SANTE RESSENTIE BONNE n=3 411	SANTE RESSENTIE MAUVAISE n= 380
CURATIF	1637 (47,99%)	188 (49,47%)
PREVENTIF	1043 (30,58%)	92 (24,21%)
ADMINISTRATIF	491 (14,39%)	31 (8,16%)
PSYCHOLOGIQUE	240 (7,04%)	69 (18,16%)

Tableau 23 : Motifs actuels de consultations des étudiants, selon le niveau de santé ressenti, par catégories de motifs de consultations.

3.4.3.2.2. Motifs souhaités de consultation

Les motifs de consultations SOUHAITÉS sont eux aussi différents :

3.4.3.2.2.1. Pour ceux qui se sentent en bonne santé:

- ❖ L'ouverture d'un CSU entraîne une augmentation du nombre de consultations chez les étudiants se sentant en bonne santé pour toutes les catégories de consultations (tableau 24).

On note chez eux une augmentation nettement plus marquée pour les motifs administratifs et psychologiques:

- motifs administratifs : + 169%
- motifs psychologiques : + 160%
- motifs préventifs : + 41%
- motifs curatifs : + 7%

BONNE SANTE RESSENTIE	Motifs actuels les plus fréquents de consultations	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre	Augmentation du nombre de consultations
CURATIFS	1637	1754	+ 7,1%
PREVENTIFS	1043	1467	+ 40,7%
ADMINISTRATIFS	491	1319	+ 168,6%
PSYCHOLOGIQUES	240	623	+ 159,6%

Tableau 24 : Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants se sentant en bonne santé, par catégories de motifs de consultations.

- ❖ Si l'on évalue l'impact du CSU sur les proportions des catégories de consultation, on constate que (tableau 25) :

- Les motifs administratifs augmentent (en pourcentage du volume total des consultations souhaitées) de 11% et les motifs psychologiques de 5% ; les motifs curatifs diminuent de 14% et les motifs psychologiques 2%
- Mais, l'importance relative des catégories de consultation reste une fois encore inchangée : les motifs curatifs sont toujours en première position en termes de fréquence, suivis par les motifs préventifs, administratifs et psychologiques

BONNE SANTE RESSENTIE	Motifs de consultations actuels n=3 411	Motifs de consultations souhaités n=5 163
CURATIF	1637 (48%)	1754 (33,97%)
PREVENTIF	1043 (30,58%)	1467 (28,41%)
ADMINISTRATIF	491 (14,39%)	1319 (25,55%)
PSYCHOLOGIQUE	240 (7,04%)	623 (12,06%)

Tableau 25 : Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les étudiants se sentant en bonne santé.

3.4.3.2.2. Pour ceux qui se sentent en mauvaise santé:

- ❖ L'ouverture d'un CSU entraîne une augmentation du nombre de consultations chez les étudiants se sentant en bonne santé pour toutes les catégories de motifs de consultations.

On note chez eux une augmentation nettement plus marquée pour les motifs administratifs (tableau 26) :

- motifs administratifs : + 300%
- motifs préventifs : + 47%
- motifs psychologiques : + 44%
- motifs curatifs : + 0,5%

MAUVAISE SANTE RESSENTIE	Motifs actuels les plus fréquents de consultations	Motifs souhaités de consultations dans le futur centre	Augmentation du nombre de consultations
CURATIF	188	189	+ 0,5%
PREVENTIF	92	135	+ 46,7%
ADMINISTRATIF	31	124	+ 300%
PSYCHOLOGIQUE	69	99	+ 43,5%

Tableau 26 : Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants se sentant en mauvaise santé, par catégories de motifs de consultations.

- ❖ Si l'on évalue l'impact du CSU sur les proportions des catégories de consultations, on constate que (tableau 27) :
 - Les motifs psychologiques et préventifs sont à peu près stables en pourcentage du volume total des consultations souhaitées ; les motifs administratifs augmentent de 14% ; les motifs curatifs diminuent de 15%
 - Ainsi, l'importance relative des catégories de consultation est par contre cette fois-ci changée: les motifs administratifs passent en 3eme position en termes de

fréquence, au détriment des motifs psychologiques qui prennent alors la 4eme position

MAUVAISE SANTE RESSENTIE	Motifs de consultations actuels n=380	Motifs de consultations souhaités n=547
CURATIF	188 (49,47%)	189 (34,55%)
PREVENTIF	92 (24,21%)	135 (24,68%)
ADMINISTRATIF	31 (08,16%)	124 (22,67%)
PSYCHOLOGIQUE	69 (18,16%)	99 (18%)

Tableau 27 : Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les étudiants se sentant en mauvaise santé.

3.5. Aspects organisationnels du futur centre de santé

3.5.1. Besoins et attentes spécifiques des étudiants

Il a été demandé aux étudiants de classer par ordre de priorité décroissante différents critères logistiques. La demande logistique mise en premier le plus fréquemment est la gratuité immédiate des soins pour 34% d'entre eux ; un délai rapide pour obtenir une consultation est le critère principal pour 26% d'entre eux et la facilité d'accès est le critère principal pour 13% des étudiants.

L'anonymat par rapport au médecin traitant ne vient qu'en dernière position, mais 4% d'entre eux pensent que c'est le critère principal d'ouverture de ce centre de santé.

Réponse	Décompte	Pourcentage
Gratuité immédiate des soins	898	33,56%
Délai rapide pour obtenir une consultation	708	26,46%
Facilité d'accès (localisation sur votre campus)	338	12,63%
Rencontrer des professionnels habitués aux problématiques étudiantes	158	5,90%
Anonymat par rapport à votre médecin traitant	107	4%

Non réponses : 467 (17,45%)

Tableau 28 : Classement des critères logistiques : pourcentages d'étudiants ayant classé chacun des critères comme critère logistique principal.

Dans la partie « commentaires libres », les étudiants ont souligné l'importance de chacun des critères logistiques précédents.

3.5.1.1. Gratuité immédiate des soins :

- « Je vais dans un centre social où je n'ai pas d'avance de frais à faire. C'est une problématique centrale pour les étudiants qui sont souvent remboursés longtemps après la consultation avec les mutuelles étudiantes... »
- « Je pense que c'est un excellent projet, en effet la majorité des étudiants sont en difficulté financière du moins pour ceux qui ne vivent plus chez leurs parents, de

nombreuses factures empêchent parfois la bonne prise en charge médicale du fait de son cout ! »

- « Dans les Alpes Maritimes selon moi plus qu'ailleurs le nombre très limité de praticiens secteur I est le problème majeur... dans certaines spécialités c'est un vrai challenge »

3.5.1.2. Délai rapide pour obtenir une consultation

- « Surtout accessibilité facile, le délai d'attente ne doit pas être long »
- « Ce centre permettrait d'éviter une attente trop longue. »
- « C'est une très bonne idée...Mais ca n'a aucun intérêt de mettre un médecin s'il n'est que très peu disponible (comme par exemple les infirmières scolaires qui ne sont présente dans les établissement que 1 ou 2 jours par semaine) mais s'il y a un medecin (ou plusieurs en alternance) qui est la tous les jours et sur des plages horaires assez large (pas seulement le matin de 10h à 12h par exemple!!) cela pourrait être effectivement très utile et pratique car situé sur le campus.. et ce serait effectivement encore mieux si c'était gratuit »

3.5.1.3. Facilité d'accès

- « Beaucoup d'étudiants n'ont pas de véhicule c'est pourquoi l'idée d'avoir un centre plus accessible est très bonne. »
- « Que ce centre possède des plages d'ouverture très large »
- « Etant etudiante sans voiture, il serait beaucoup plus simple de pouvoir prendre rendez vous sur le campus meme »

3.5.1.4. Professionnels habitués aux problématiques étudiantes

- « Je préfère un Centre de Santé (..) qui est exclusivement consacré aux étudiants ».
- « S'il (*le centre*) permet en plus d'obtenir un suivi médical régulier et d'autres services de santé, cela représenterait une médecine adaptée aux étudiants, avec des personnes qui connaissent leurs besoins. Ce centre devrait être apprécié des étudiants. »
- « c'est une très bonne idée. Ce serait bien d'y trouver un personnel accueillant qui sait

s'occuper des jeunes, et qui change cette vieille image du médecin. »

3.5.1.5. Anonymat

- « Cela serait remarquable et très utile pour l'intégralité des étudiants que ce projet puisse être réalisé. En effet, les étudiants ont tendance à désirer un accès à des soins dont ils savent l'anonymat et l'efficacité »
- « Projet intéressant, surtout pour des étudiants étant loin de leur domicile d'origine ou des étudiants étant désarmés face à un problème quelconque et qui n'oseraient pas en parler à leur médecin traitant ou autre. »
- « Je pense que ce Centre devrait permettre à tout étudiant d'obtenir un conseil ou un soin ponctuel dans l'anonymat s'il le souhaite »

Au final, un verbatim synthétise tous ces éléments :

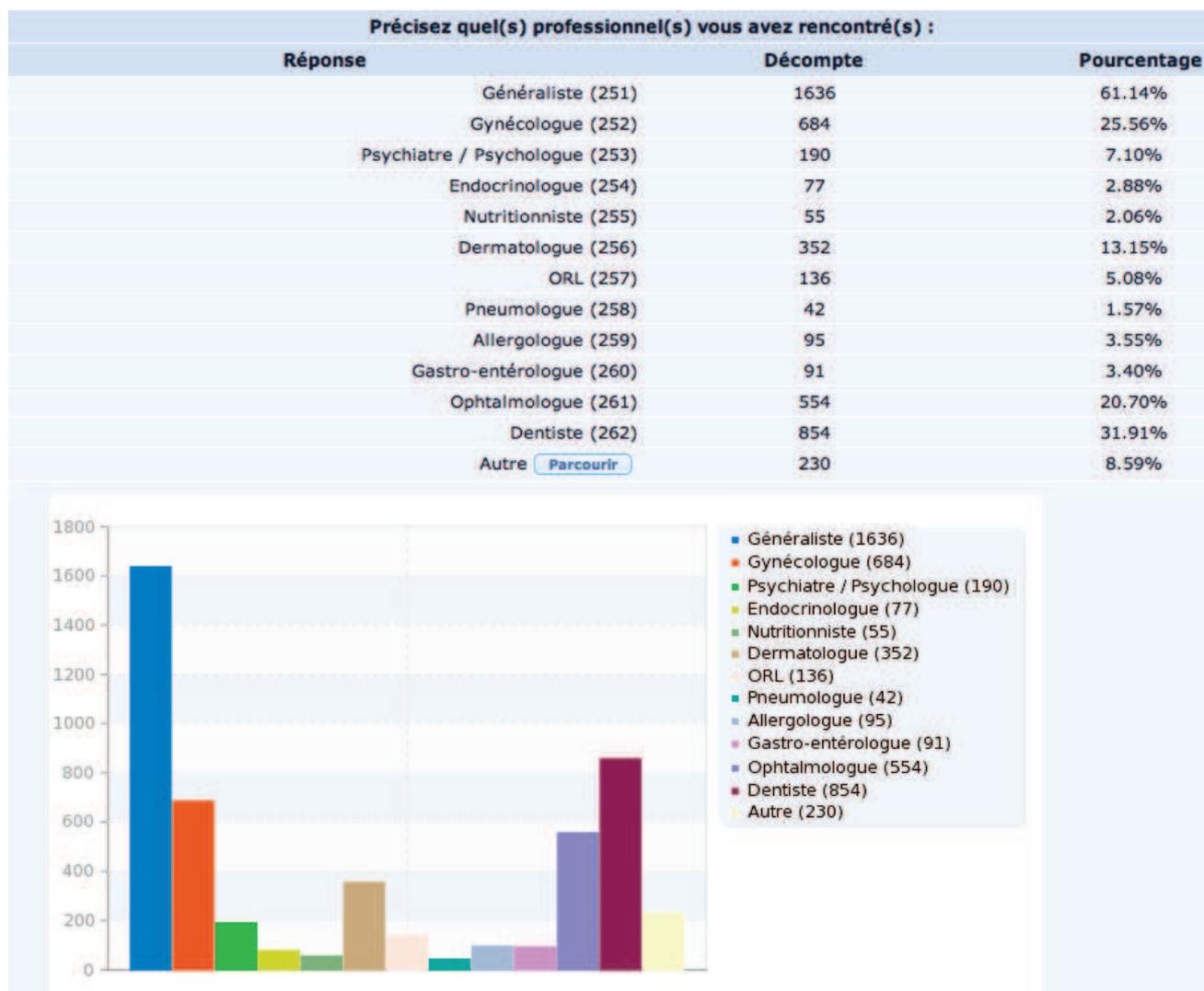
« Etant donné la situation financière de la plupart des étudiants, je trouve qu'il serait extrêmement bien d'avoir accès aux soins facilement, gratuitement et rapidement directement à la faculté. C'est une idée géniale qui pourrait aider beaucoup d'étudiants qui préfèrent souvent repousser les soins faute de moyens. »

3.5.2. Professionnels de santé

3.5.2.1. Professionnels rencontrés par les étudiants

Les professionnels de santé les plus rencontrés sont les généralistes (61%), puis les dentistes (32%), les ophtalmologues (21%), les gynécologues (26%) et les dermatologues (13%).

Concernant la catégorie « autres », on note l'importance du pôle locomoteur (médecins du sport, kinésithérapeutes, ostéopathes) avec 57 réponses ; le cardiologue est la 2ème spécialité fréquentée dans la catégorie « autres ».



Catégorie «AUTRES»

-- acupuncteur : 2
 – algologue: 2
 – angiologue : 1
 – cardiologue : 24
 – chirurgien (toutes spécialités) : 45
 – médecin du sport : 9
 – radiologue : 16

– hématalogue : 3
 – homéopathe : 5
 – interniste : 2
 – kinésithérapeute : 22
 – médecine préventive : 1
 – urgence : 1
 – naturopathe : 3
 – néphrologue : 4

– neurologue : 18
 – orthodontiste : 3
 – orthoptiste : 6
 – ostéopathes : 26
 – ORL : 1
 – pédiatre : 2
 – phlébologue : 3
 – podologue : 4

– médecin du travail : 1
 – urologue : 12
 – rhumatologue : 9
 –stomatologue : 5.

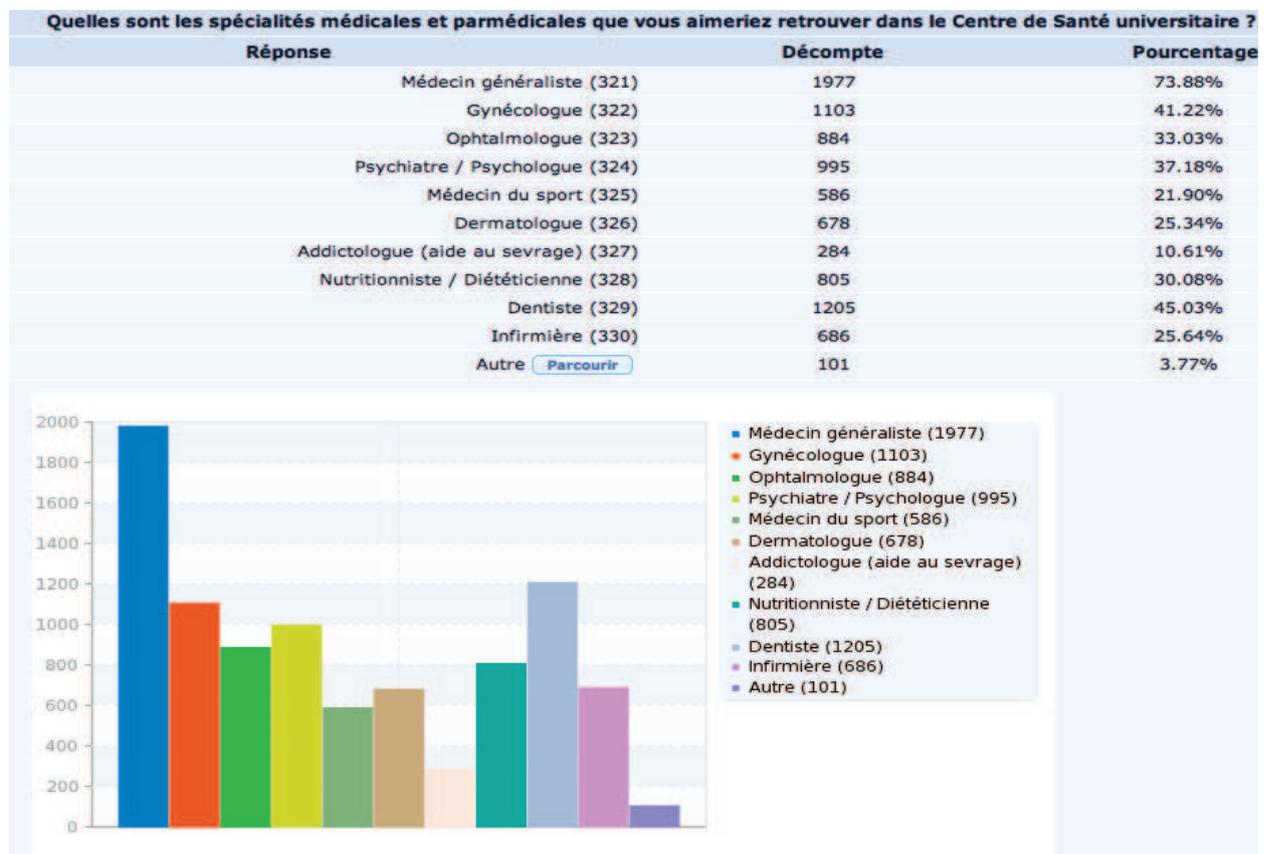
Figure 18 : Professionnels rencontrés par les étudiants durant l'année précédente.

3.5.2.2. Professionnels plébiscités par les étudiants

Les professionnels de santé les plus espérés sont les généralistes (74%), puis les dentistes (45%), les gynécologues (41%), les psychiatres (37%), et les ophtalmologues (33%).

A noter que des consultations de gynécologie sur le campus sont demandées par 10% d'hommes.

Le pôle locomoteur est très demandé à nouveau avec 22% des étudiants espérant un médecin du sport dans le futur CSU, et 46 étudiants mentionnant kinésithérapeutes ou ostéopathes dans la catégorie « autres ».



Catégories «AUTRES»

-- allergologue : 10
 – aromathérapeute : 1
 – cardiologue : 8
 – chiropracteur : 1
 – endocrinologue : 5

– gastro-entérologue : 2
 – hématologue : 1
 – homéopathe : 4
 – kinésithérapeute : 26
 – naturopathe : 3
 – néphrologue : 1

– neurologue : 6
 – ORL : 6
 – orthoptiste : 1
 – ostéopathes : 20
 – phlébologue : 1
 – Podologue : 2

– radiologue : 1
 – rhumatologue : 4
 – sexologue : 2
 –urologue : 2

Figure 19: Professionnels espérés par les étudiants au sein du futur centre de santé universitaire.

3.6. Perspectives de fréquentation du centre de santé

3.6.1. Comparaison nombre de consultations réalisées - consultations imaginées par les étudiants

Les étudiants se projettent peu dans des besoins de santé à l'échéance d'une année : concernant la population totale, le volume de consultations imaginées comme nécessaires durant l'année à venir diminue de 11% par rapport à la réalité des consultations effectuées ces douze derniers mois (tableau 29).

De toutes les catégories étudiées, seules deux catégories d'étudiants pensent qu'ils auront besoin de consulter l'année prochaine plus que ce qu'ils ont consulté durant l'année passée :

-les étudiants sans médecin traitant : + 5% de consultations

-les étudiants étrangers : + 5% de consultations

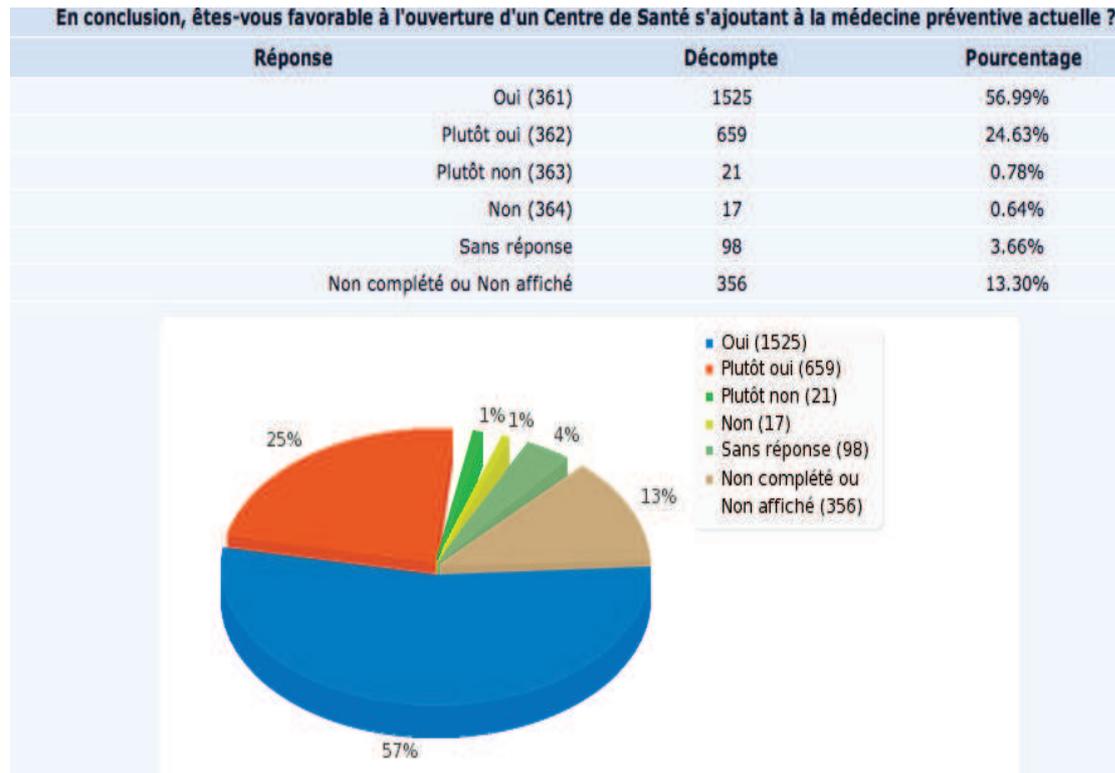
La catégorie d'étudiants qui se projettent le moins dans des besoins de consultations l'année prochaine est celle des hommes, avec moins 15% de consultations, pour atteindre le taux le plus bas de besoins de consultation imaginés (60%) toutes catégories confondues.

	A consulté un professionnel de santé ces douze derniers mois	Pense avoir besoin de consulter un professionnel de santé durant l'année à venir
POPULATION TOTALE n=2 676	1988 (74,29%)	1690 (63,15%)
❖ FEMMES n=1 165	1413 (86,79%)	1229 (75,49%)
❖ HOMMES n=783	559 (74,83%)	447 (59,84%)
ISOLÉS DE LEUR FAMILLE n=104	795 (75,93%)	751 (71,73%)
SENTIMENTS PB FINANCIERS n=1 204	955 (81,28%)	897 (74,50%)
ETRANGERS n=461	298 (64,64%)	320 (69,41%)
SANS MT n=275	<u>161 (60,75%)</u>	<u>175 (66,04%)</u>
INSATISFAIT DU MT n=195	<u>166 (87,37%)</u>	<u>156 (82,11%)</u>
MT HORS DEPARTEMENT n=357	295 (85,01%)	232 (66,86%)

Tableau 29 : Comparaison du nombre de consultations réalisées / nombre de consultations imaginées par les différentes populations d'étudiants.

3.6.2. Accueil du projet de création d'un centre de santé universitaire s'ajoutant à la médecine préventive actuellement en place

L'accueil fait à ce projet est très favorable avec 82% des étudiants favorables (réponses « oui » ou « plutôt oui ») contre 1,4% d'étudiants défavorables (réponses « non » ou « plutôt non »).



Non réponse : 354 (16,96%)

Figure 20 : Accueil du projet d'ouverture de centre de santé universitaire par les étudiants.

Si l'on s'intéresse aux différentes catégories étudiées jusqu'à présent, on constate que l'accueil le plus favorable vient de la catégorie des étudiants :

- ayant leur médecin traitant en dehors du département et des étudiants insatisfaits de leur médecin traitant (91,3% pour chacun de ces groupes), puis
- des étudiants ayant un sentiment de difficultés financières (90,5% de ce groupe), puis
- des étrangers (82,2% de ce groupe), puis

- des étudiants de sexe féminin (80,5% d'entre elles)

La catégorie d'étudiants la plus défavorable à ce projet est représentée par les hommes, avec 2,2% d'étudiants défavorables.

	FAVORABLES	DEFAVORABLES	NON REPONSE
POPULATION TOTALE n=2 676	2184 (81,62%)	38 (1,42%)	454 (16,96%)
❖ FEMMES n=1 165	1506 (90,45%)	20 (1,20%)	139 (8,34%)
❖ HOMMES n=783	658 (84,03%)	<u>17 (2,17%)</u>	108 (13,80%)
ISOLÉS DE LEUR FAMILLE n=1047	928 (88,63%)	10 (0,95%)	109 (10,41%)
SENTIMENTS PB FINANCIERS n=1204	1090 (90,53%)	11 (0,91%)	103 (8,56%)
ETRANGERS n=461	379 (82,21%)	8 (1,73%)	74 (16,05%)
SANS MT n=275	231 (84%)	5 (2,02%)	39 (14,19%)
INSATISFAIT DU MT n=195	<u>178 (91,28%)</u>	3 (1,54%)	14 (7,18%)
MT HORS DEPARTEMENT n=357	<u>327 (91,30%)</u>	5 (1,40%)	25 (7%)

Tableau 30 : Accueil du projet de création d'un centre de santé universitaire par les différentes catégories d'étudiants étudiées.

Différents verbatim de la partie « commentaire libre » appuient ces résultats :

➤ FAVORABLES :

- « C'est vraiment une initiative géniale car dans mon ancienne université nous en avons un et c'était très utile ».
- « C'est une idée indispensable et nécessaire. La mise en place de ce projet et son extension à tous les campus serait une avancée sociale majeure ».
- « Les démarches à faire en France pour obtenir une consultation médicale (gratuite ou remboursée) de toute ordre sont très compliqués. Ainsi la création d'un Centre de Santé universitaire pour les étudiants de l'UNS qui facilitera et simplifiera le processus sera très bienvenue ».
- « (...) ce Centre puisse exister pour que les étudiants démunis puissent être soignés avec dignité afin de leur permettre de s'adonner à leurs études et réussir en bonne santé. »
- « ce serait vraiment bien de pouvoir avoir un vrai médecin sur place et l'idée d'en faire son médecin traitant est aussi excellente (...) »

➤ DEFAVORABLES :

- « (...) il y a un centre de santé juste à côté du pôle Saint Jean d'Angely où j'étudie. C'est ici que je me rend, que j'ai mon médecin traitant, et que j'ai consulté les spécialistes que j'ai eut besoin de rencontrer. Je pense qu'un centre de santé près du pôle n'est donc pas nécessaire, même s'il serait bien que le centre déjà en place puisse communiqué avec l'université (le centre de médecine préventive par exemple), par je ne sais quel moyen. »
- « Les confrères risquent de ne pas apprécier la concurrence (...). »
- « (...) j'ai tendance à penser (peut-être égoïstement) qu'il existe d'autres priorités au niveau de l'Université. Je ne pense pas qu'il soit difficile aujourd'hui d'avoir accès à des soins. Je m'interroge sur le rapport coût/utilité. »
- « Ce ne sont pas les jeunes qui ont le plus besoin de soins. De plus les médecins ne rêvent surement pas d'un poste en centre universitaire. Je trouve ce projet totalement absurde. »

➤ EXEMPLES DE SUGGESTIONS DES ETUDIANTS :

- « Il ne s'agit pas seulement de mettre à disposition des étudiants des soins gratuits et ponctuels mais des suivis avec des avantages que la mutuelle étudiante n'offre pas. (...) Je cherche actuellement à changer de lunettes de vue, je ne peux pas car ma mutuelle ne prend pas ce genre de frais en charge. »
- « Il serait intéressant de penser non seulement au site principal de l'université mais aussi à ses annexes »
- « Il faudrait vraiment pouvoir venir sans rendez vous (...) »
- « Les étudiants souvent ne se soignent pas, car les médicaments coûtent chère et ne sont plus remboursé (...) . Est il possible d'avoir un stock de médicament gratuit ? (...) »

4. DISCUSSION

4.1. Objectifs de l'étude et méthodologie

Dans les différentes parties que nous aborderons, il sera souvent question de significativité. Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux variables, il teste une hypothèse d'indépendance. Si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant doit avoir une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse qu'un comportement de santé est indépendant du sexe, lorsque l'on croise ces deux variables, la proportion devrait être la même parmi les femmes et les hommes. Si cet écart est très élevé, il est très peu vraisemblable que le sexe et le facteur étudié soient indépendants dans l'ensemble de la population [9, 10].

La probabilité que les différences de proportions soient dues au hasard est mesurée par le « p ». Plus cette probabilité est faible, plus on aura tendance à rejeter l'hypothèse d'indépendance, et donc à conclure à contrario que les deux variables sont fortement liées l'une à l'autre. Cette probabilité est appelée seuil de significativité (ou risque de première espèce) : plus elle est faible, plus les variables croisées sont significativement liées.

On dira donc d'une relation statistique qu'elle est significative au seuil p si la probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance est inférieure ou égale à p.

Le seuil utilisé dans notre étude est de 5%, noté $p < 0,05$, car lorsque l'on dit d'une relation qu'elle est significative sans préciser le seuil, il s'agit généralement de 5% : on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en concluant qu'il y a bien une relation, et non indépendance [9, 10].

Les statistiques descriptives telles que nous les avons faites dans notre étude ont un inconvénient majeur : elles mettent en évidence les liens statistiques entre des variables, mais ne permettent pas de contrôler les effets de structure, qu'ils proviennent des variables sociodémographiques ou d'autres facteurs de confusion possibles. Pour tenir compte de ces variables, il convient d'effectuer une analyse multi-variée en créant une matrice d'ajustement multiple. L'analyse multi-variée nécessite ainsi d'avoir identifié au préalable les variables de confusion possibles. Comme nous le détaillerons plus loin, cela n'a pu être fait pour certaines parties de notre analyse.

Notre étude n'a pas pu porter exactement sur l'ensemble de la population étudiante de l'UNS, puisque pour homogénéiser un peu plus notre population étudiante nous nous sommes

intéressés aux étudiants en formation initiale seulement. Nous avons donc exclu 8,5% de la population étudiante de l'UNS (en formation continue ou professionnelle).

Avec un taux de réponse de 14%, notre étude présente un taux de retour limité comparativement aux enquêtes des mutuelles étudiantes présentant des taux de retour de 20 à 30 % [52], même s'il est vrai que leur calcul de taux de réponses n'est pas toujours très clair. Cela reste cependant un résultat correcte, compte tenu de la longueur du questionnaire et du mode de recrutement : en effet, l'envoi de courriel sur l'adresse électronique étudiante est une méthode de recrutement si fréquemment utilisée qu'elle peut être à l'origine d'un agacement et d'un sentiment négatif d'avoir sa boîte aux lettres électronique « spammée » ou « saturée », limitant le nombre de répondants.

L'envoi du questionnaire sur les adresses étudiantes a permis de contacter un nombre conséquent d'étudiants, mais un des défauts de cette enquête pour pouvoir évaluer la valeur du taux de retour de notre questionnaire, est que nous ne savons pas précisément le taux d'utilisation de cet outil informatique universitaire par les étudiants dans leur quotidien (puisque'il s'agit de leur adresse électronique étudiante et non personnelle). Il est vraisemblable que ce taux de consultation est élevé, puisque les cours sont de plus en plus relayés par un support informatique, et les étudiants informés par voie électronique des modifications éventuelles de leur planning. Quoiqu'il en soit, cet élément n'a pu être mesuré.

La période d'envoi de notre questionnaire, relances comprises, s'est étalée sur des mois assez chargés du point de vue du planning étudiant : de décembre à mars se succèdent les premiers partiels, intercalés de périodes de révisions et de périodes de vacances. Ce n'était probablement pas la période la plus propice pour obtenir le plus de réponses de la part des étudiants, qui, très occupés, ne devaient pas porter trop d'attention à un questionnaire potentiellement chronophage.

Il n'a pas été possible de procéder autrement, car il a fallu attendre que l'ensemble des inscriptions à l'université soit clôturé, puis les adresses électroniques des étudiants validées par eux même, avant d'effectuer le lancement de l'enquête.

Enfin, les retours des courriels avec une mention de non distribution n'ont pu être analysés : après contact avec le département des services informatiques de l'université, nous n'avons pas réussi à déterminer la part de ses erreurs dues à des adresses erronées, à des boîtes électroniques saturées, ou à des adresses étudiantes invalides du fait d'une désinscription en cours d'année de l'étudiant par exemple.

L'idée initiale était de proposer un questionnaire non pas sous la forme de courrier électronique, mais sous la forme d'un questionnaire « obligatoirement proposé » lors de l'inscription à l'université de l'étudiant, de sorte à obtenir un maximum de réponses tout en

limitant le biais de recrutement lié à l'intérêt porté aux questions de santé. Du fait d'un manque de personnel dans le département des services informatiques, il n'a pas été possible de mettre en place cette méthode malgré un accord de principe de la Présidente de l'université. Ceci étant, il n'existe aucune méthode infaillible, et si cette dernière avait fonctionné, nous aurions été exposé à d'autres biais comme celui de la réactance par exemple.

Ainsi notre étude présente au moins un biais de recrutement : il est vraisemblable que les étudiants intéressés par les problématiques de santé et par l'ouverture d'un centre de santé universitaire aient plus répondu que la population générale étudiante à notre questionnaire.

Certaines questions ont peut-être été à l'origine d'un biais de mémorisation, notamment celles concernant les motifs de consultations les plus fréquents pour les étudiants, ou encore les professionnels rencontrés durant l'année précédente.

De plus, la méthodologie utilisée pose le problème des enquêtes de type déclaratif : nos résultats n'ont pas un caractère exhaustif.

Ce travail est validé pour une zone géographique définie, à savoir le bassin niçois (l'université de Nice Sophia Antipolis recouvrant une zone géographique allant de Menton à Sophia Antipolis).

Sur les 2 676 questionnaires, 13,6% sont incomplets pour au moins une question. Nous avons donc mentionné dans nos résultats pour chaque question le pourcentage de réponses manquantes, de sorte à ne pas négliger le biais de non réponse partielle dans l'analyse de nos résultats.

Nous n'avons cependant pas utilisé de méthode d'imputation pour diminuer ce biais [10]. Concernant le biais de non réponse totale, nous avons eu recours à trois relances pour essayer de le réduire.

Les informations tirées de nos résultats sont donc parcellaires, pour autant elles restent intéressantes. En effet, elles présentent des points de convergence avec le reste des études et des travaux réalisés jusqu'à présent, ainsi que certaines forces méthodologiques comparativement à elles.

L'utilisation d'un questionnaire auto-administré associé à un message d'accueil précisant le caractère anonyme des réponses a certainement limité un biais de déclaration : il y avait moins de gêne à répondre à certaines questions du fait de l'absence d'interlocuteur et d'une participation anonyme.

De plus, nombreuses sont les études nationales qui ont lieu par téléphone, s'exposant alors à des biais de type erreur de couverture téléphonique ou encore génération non aléatoire des numéros de téléphones (du fait par exemple de la nécessité d'envoyer souvent une « lettre d'information » du caractère officiel de l'enquête) [5] ce que nous avons évité avec l'usage

d'internet pour recruter nos étudiants.

Le fait qu'il y ait eu un codage et une informatisation en directe des réponses par la plateforme Limesurvey a aussi diminué le risque d'erreur lors du traitement des données.

Comparativement aux études mutualistes souvent prise en référence, nous ne présentons aucun conflit d'intérêt avec les étudiants : notre étude a concerné l'ensemble des étudiants, et non pas uniquement ceux inscrits dans des bases de données privées.

Enfin, une dernière force de ce travail de thèse est d'essayer d'analyser les réponses des étudiants sous des prismes un peu différents de ceux employés dans les études faites jusqu'à présent : la plupart des études sur la population étudiante analysent les résultats obtenus en fonction de l'âge, de la filière d'étude, de l'existence d'un travail à côté des études ou d'un niveau de fatigue ressenti ; les notions de mal être et de comportements à risque sont prédominantes dans la plupart des études sur la santé des étudiants, et commencent à être bien connues. Ces données sont fondamentales dans la compréhension de la période étudiante, et nous comparerons ces données à nos résultats. Néanmoins, nous avons préféré privilégier l'étude des besoins de santé objectivement perçus au travers des réponses des étudiants, ainsi que ceux ressentis et exprimés par les étudiants. Cela nous aidera à mettre en place une offre de soins la plus adaptée possible aux attentes et aux besoins des étudiants de l'UNS dans ce futur CSU.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Généralisation et extrapolation

4.2.1.1. Généralisation

Notre échantillon est tout d'abord plus jeune que la population de référence de l'UNS : on peut imaginer que plus les étudiants sont jeunes, plus ils se sentent obligés de répondre à des questionnaires à valeur officielle (aspect scolaire encore marqué au début des études supérieures), ou bien qu'ils sont encore dans une dynamique de suivi médical dans la continuité de la prise en charge supervisée pour eux par leurs parents jusqu'à récemment, et ainsi plus sensibilisés aux problématiques de santé.

Ensuite notre échantillon comporte plus de femmes : ce n'est pas un résultat étonnant. On sait que les femmes sont plus préoccupées par les motifs de santé que les hommes, qu'elles ont souvent un niveau de santé ressenti plus faible [23] et qu'elles sont plus consommatrices de soins médicaux.

Notre échantillon comporte plus d'étudiants effectuant un travail à côté des études que la population globale étudiante de l'UNS : il est possible qu'une plus grande précarité financière génère un espoir plus fort d'un CSU accessible facilement, et qu'ainsi un questionnaire tel que celui-ci ait fait écho à un besoin ressenti, d'où un taux de participation plus élevé de cette population-là.

Concernant la population étudiante étrangère, la proportion d'étrangers est comparable dans notre échantillon à celle de l'UNS.

Enfin, la répartition par filière des étudiants de notre échantillon est, par rapport à la population étudiante totale de l'UNS, la même pour les filières Espaces et cultures, Droits, IAE, ISEM, Odontologie et pour les étudiants en Doctorat ; en revanche, notre échantillon comporte plus d'étudiant dans les filières LASH et Sciences, et moins d'étudiants inscrits en Polytech Nice, Médecine, STAPS, IUT, IPDP.

Notre échantillon est donc sur les critères principaux de comparaisons évoqués précédemment assez peu représentatif de la population étudiante de l'UNS : ceci est certainement dû au fait que la population ayant répondu à ce questionnaire est plus sensibilisée et / ou intéressée par les problématiques de santé comme nous l'avons déjà suggéré.

De ce fait, la généralisation des résultats paraît difficile, mais il faut rappeler que les données sur lesquelles nous avons basé la comparaison avec les étudiants de l'UNS ne sont pas exactement celle de la population dont est issu notre échantillon ; les seules données obtenues pour comparer notre échantillon concernent la population totale des étudiants de l'UNS, et non pas celle en formation initiale.

On ne peut donc garantir que notre échantillon soit représentatif de la population étudiante de l'UNS.

4.2.1.2. Extrapolation

Nos résultats peuvent cependant être extrapolés à la population générale étudiante si la description de notre échantillon est comparable à celles des enquêtes nationales, ce que nous allons détailler.

Nos résultats abordant différents aspects partiellement évoqués suivant les études considérées, nous essaierons de faire une comparaison la plus exhaustive possible à partir des différentes

grandes études nationales actuellement reconnues : celles de l'OVE, celles des études mutualistes (LMDE, USEM), celles du Baromètre Santé Jeunes de l'INPES, mais aussi les chiffres issus du ministère de l'enseignement supérieur et enfin le rapport du député Laurent WAUQUIEZ de 2006.

Nous essaierons cependant de garder un regard critique sur ces différentes études, leurs méthodologies et leurs résultats étant souvent source de débat.

4.2.2. Etat des lieux de la population étudiante de l'UNS

4.2.2.1 Caractéristiques démographiques et sociales de notre échantillon : comparaison à la population générale et aux populations étudiantes à l'échelle nationale.

Notre échantillon comprend 62% de femmes et 29% d'hommes : il est donc un peu déséquilibré en faveur des femmes, comparativement aux chiffres nationaux, où les femmes représentent environ 57% de l'effectif étudiant sur l'ensemble des années universitaires (avec des variations selon les filières) [38], ce que l'on retrouve dans la majorité des études portant sur le thème de la santé (67% de femmes pour l'USEM en 2009 [49]; 56% de femmes pour l'OVE en 2010 [25])

Avec un âge moyen de 21,9 ans, la population de notre étude est comparable à celle de l'OVE dans son enquête effectuée en 2013 (22 ans) et à l'âge moyen de 21,5 ans des étudiants affiliés sur l'ensemble des mutuelles [49].

Notre échantillon est donc plutôt jeune et féminin.

L'université Nice Sophia Antipolis présente une proportion d'étudiant étrangers plus importante qu'au niveau national, ce que l'on retrouve dans notre étude (17% d'étrangers versus 15% au niveau national) [38].

Au sein des étudiants étrangers la proportion d'homme est plus importante que la proportion de femmes (22% vs 17%).

50% des étudiants de notre échantillon ont le sentiment d'avoir des difficultés financières, et 34% bénéficient d'une bourse (CROUS pour 30% d'entre eux et bourses d'études pour 4% d'entre eux). Ces données sont très différentes de celles retrouvées au niveau national, où seulement 26 % des étudiants déclarent avoir des difficultés financières et 39% ont obtenu une bourse (de type non précisé).

Les étudiants de notre échantillon sont aussi nettement moins aidés financièrement par leurs familles (57%) alors que les chiffres nationaux révèlent une aide parentale dans 73% des cas [42].

Ces chiffres sont probablement à relativiser pour deux raisons principales:

- d'une part les mutuelles étudiantes dans leurs études prennent en compte les étudiants en études supérieures tous types confondus (universités, écoles, BTS, IUT, DUT, classes préparatoires, institut) ce qui n'en fait pas une population exactement comparable à la nôtre, puisque seul 59% de leur échantillon effectue ses études en université ; les écoles préparatoires, les écoles privées et les instituts regroupant souvent des étudiants issus de classes sociales un peu plus privilégiées ;
- d'autre part le sentiment de difficultés financières entraîne une précarité limitant l'accès aux soins, ce qui fait que la proportion d'étudiants ayant répondu à ce questionnaire est probablement majoritaire parmi ceux ayant un sentiment de difficultés financières.

Dans notre étude, on retrouve de façon statistiquement significative que les étudiantes ont le sentiment d'avoir des difficultés financières bien plus que les étudiants hommes (52% versus 43%, $p < 0,05$). Elles sont cependant plus nombreuses à être aidées financièrement par leur concubin que les étudiants (5,2% versus 1,7%, $p < 0,05$), à bénéficier d'une bourse CROUS (35,4% versus 27,8%, $p < 0,05$) ou encore de l'aide d'urgence (0,8% vs 0,1%, $p < 0,05$).

Les étudiants hommes, quant à eux, sont plus souvent aidés financièrement par leurs parents (63,5% versus 61,6%, $p < 0,05$) et reçoivent plus que les étudiantes des bourses d'études (5,7% vs 3,6%, $p < 0,05$).

Dans notre échantillon 25% des étudiants travaillent à côté des études, ce qui est comparable aux 22% d'étudiants exerçant une activité rémunérée retrouvés au niveau national [42, 50].

On peut d'ailleurs remarquer que le pourcentage de la population totale étudiante de référence de l'UNS effectuant un travail rémunéré à côté des études est nettement inférieur à la moyenne nationale, puisqu'il est de 15,4% [73, 74]. La population étudiante de l'UNS semble donc privilégiée sur cet aspect-là, et notre échantillon serait en fait plus représentatif de la réalité nationale.

Les emplois du temps sont très variables selon les filières d'études et ne sont pas sans incidence sur le bien-être des étudiants, par « fragilisation psychologique ». En effet, les heures de cours, tout comme les heures de travail personnel, sont soumises à des variations importantes selon les filières, ce qui influe sur les états de stress ou de fatigue. L'exercice d'une activité rémunérée durant l'année universitaire entraîne la gestion d'un double emploi du temps, studieux et professionnel, ce qui est une source de tension pour ceux qui n'arrivent pas à concilier les deux. Mais les derniers travaux réalisés laissent penser que le tableau n'est pas si tranché : le fait d'exercer une activité rémunérée à côté de ses études apporterait une certaine satisfaction à condition que cette activité ne nuise pas aux études [3].

On note une différence importante entre le pourcentage d'étudiant ayant un sentiment de difficultés financières, et la réalité d'un travail rémunéré à côté des études ; cet aspect pointe la faiblesse méthodologique induite par le fait d'avoir utilisé une question à la réponse subjective (« Avez vous le sentiment d'avoir des difficultés financières ? ») et non pas objective (exemple : budget mensuel disponible pour vivre). Il reste cependant fort probable qu'un sentiment de difficultés financières induise des comportements réguliers de restriction, d'intensité plus ou moins importante, qui pourront ensuite retentir sur le bien-être de l'étudiant, et donc sur sa santé et sur sa consommation de soins médicaux.

« Si les étudiants sont rarement très pauvres c'est parce que les pauvres deviennent rarement étudiants » soulignait l'Observatoire de la Vie Etudiante en 2000 [39] : il n'en demeure pas moins que beaucoup d'étudiants connaissent des difficultés financières. Les étudiants des classes moyennes constituent une sorte de « trou noir » sociologique. Notre système se caractérise en effet par une relative inégalité en aidant les deux extrêmes : les plus démunis par le biais des bourses sur critères sociaux, et les ménages aisés par le biais des aides fiscales. Les classes moyenne et modeste sont ainsi oubliées [51]. Les étudiants non boursiers compensent l'insuffisance de leurs ressources en prenant un travail qui vient en concurrence de leurs études et peut ainsi compromettre leurs chances de réussite.

40% des étudiants de notre échantillon ont leur famille en dehors du département, et ils sont aussi 40% à avoir passé leur baccalauréat en dehors des Alpes-Maritimes. On peut donc considérer que 40% des étudiants de notre échantillon effectuant leurs études supérieures dans le bassin niçois se sont déplacés pour raisons universitaires. Notre étude n'a cependant pas permis d'identifier les principaux départements d'origine de ces étudiants, et ainsi évaluer leur niveau d'éloignement familial.

Concernant le mode d'habitation, 41% des étudiants de notre échantillon habitent en logement indépendant, 36% habitent chez leurs parents et 13% habitent en cité universitaire. Ces résultats sont inversés par rapport aux résultats observés sur l'ensemble des études

mutualistes, où le taux d'étudiants habitant chez leurs parents est de 40% et celui d'étudiants habitant en logements indépendants est de 31% [49]. Dans notre étude, les étudiantes habitent plus souvent en logement indépendant que les étudiants (46% versus 41%, $p < 0,05$), et les hommes habitent plus souvent en cité universitaire (17% versus 13%, $p < 0,05$).

Il est logique de penser que les étudiants qui n'habitent plus chez leurs parents ressentent des difficultés plus importantes pour accéder aux soins, d'autant plus s'ils sont déracinés de leur région, et par la même sont intéressés par un questionnaire sur la création d'un CSU qui leur sera dédié.

En effet on sait que cette transition qu'est l'âge étudiant _ et particulièrement du point de vue de l'indépendance résidentielle_ a pour effet de réduire la protection relative en matière de santé que procure la famille [3, 49] .

4.2.2.2. État de santé :

79% des étudiants de notre échantillon considèrent leur santé « bonne », « très bonne » ou « excellente » et 9 % la considèrent « mauvaise » ou « médiocre ». Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude publiée par l'Observatoire national de la Vie Etudiante en mars 2013 [3], révélant une représentation globalement positive de la santé des étudiants pour 76% d'entre eux et négative pour 6 % d'entre eux.

Les étudiants sont donc un peu plus nombreux à se percevoir en bonne santé que la population générale âgée de plus de 15 ans, au sein de laquelle 69% seulement se déclare en bonne ou très bonne santé, et 9% en mauvaise ou très mauvaise santé [12]. Cette différence de perception par rapport à la population française dans son ensemble traduit à priori certains des avantages dont bénéficie la population étudiante du fait de ses caractéristiques : son jeune âge, son origine sociale, son niveau d'études et d'instruction, son accès privilégié à l'information.

La santé est ressentie négative (mauvaise ou médiocre) de façon très majoritaire pour les femmes avec un taux de 10% dans cette catégorie contre 6% chez les hommes ($p < 0,05$). Il s'agit là d'une constante dans le domaine de la santé que l'on retrouve aussi en population générale, mais également dans tous les pays européens sans exception [36]. Ces perceptions sexuées reflètent notamment des différences dans les modes de vie, le rapport au corps ou encore à la santé psychique [3, 37]. Les filles présentent, quelles que soient les dimensions étudiées, des scores de santé plus mauvais que les garçons [3, 11, 23].

Les hommes surestimeraient-ils leur état de santé réel, les femmes ayant par ailleurs une espérance de vie nettement supérieure à celle des hommes dans la plupart des pays ?

D'une manière générale les femmes apparaissent davantage concernées par les questions de santé que les hommes, que ce soit pour elles ou pour les autres membres de leur famille [11]. De nombreux travaux de sociologie ont montré que ce souci ne relève pas d'une simple compétence féminine, mais reflète plus vraisemblablement le partage encore inégal de certaines tâches : les fonctions d'éducation, de veille, d'entretien, de soins et d'attentions sont en effet traditionnellement dévolues aux femmes et restent toujours majoritairement accomplies par elles [1]. Cela dit, la raison principale des écarts hommes-femmes est liée à la gynécologie : dès la puberté la quasi-totalité des filles vont devoir consulter un médecin (pour des motifs tels que la contraception, les dysménorrhées, les mastopathies, etc.) de sorte que le recours au médecin en cas de problème de santé devient naturel chez elles.

Lorsque l'on s'intéresse aux motifs de consultation déclarés par les étudiants dans notre échantillon, on retrouve dans le « top cinq », par ordre de fréquence :

- pour les femmes :
 - rhume / sinusite / rhinite allergique : 40%
 - contraception / troubles des règles : 38%
 - angine / otite / laryngite : 27%
 - vaccination : 21%
 - procédures administratives/certificat : 20%

- pour les hommes :
 - rhume / sinusite / rhinite allergique : 35%
 - procédures administratives / certificat : 24%
 - vaccination : 22%
 - angine / otite / laryngite : 19%
 - blessure / contusion / douleurs articulaires : 17%

Les données les plus récentes concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale sont celles données par l'Observatoire de la Médecine Générale [78]. La tranche d'âge des 20-29 ans, que l'on peut aussi analyser en sous-catégorie hommes-femmes, a ainsi été étudiée. Cependant, la comparaison de nos résultats à cette étude est difficile pour raisons méthodologiques : l'Observatoire de la Médecine Générale publie les motifs de consultation déterminés au décours d'une consultation par le médecin généraliste, alors que

notre questionnaire recense les motifs de consultation décrits par les étudiants. Or, la plupart du temps, les motifs de consultation déclarés ne sont pas les mêmes que ceux objectivés par un professionnel de santé à la fin de l'entretien médical.

Notre échantillon est moins bien protégé que l'ensemble de la population en matière de couverture complémentaire : 75% des étudiants seulement ont une mutuelle, 14% de notre échantillon n'en déclarant aucune. Le récent rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental [33] révèle des chiffres comparables pour la population étudiante : un jeune sur six de 18 à 24 ans (soit environ 17%) n'a pas accès à une complémentaire santé.

En comparaison avec la population globale française, seulement 6% des personnes déclarent ne pas avoir de complémentaire santé, contre 14% dans notre échantillon [41] ; or, on sait que le renoncement aux soins pour des raisons financières est lié en partie à l'absence de couverture complémentaire. Les personnes qui ne possèdent pas de couverture complémentaire renoncent deux fois plus fréquemment aux soins médicaux [51]. Précisons tout de même que ce constat concerne essentiellement les soins dentaires et d'optique. Ainsi, le taux élevé d'étudiants sans complémentaire santé engendre pour cette population des difficultés à faire l'avance des frais médicaux et un recours tardif aux consultations.

Dans notre échantillon, parmi les étudiants ayant une mutuelle, 45% des étudiants ont une mutuelle de type étudiante, 38% ont celle des parents, 11% ont une mutuelle personnelle non étudiante et 3% bénéficient de la CMU complémentaire.

1,4% des étudiants de notre échantillon sont reconnus handicapés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et 5% des étudiants de notre échantillon sont inscrits à la Cellule d'Accueil des Etudiants Handicapés (CAEH). La proportion d'étudiants en situation de handicap au niveau national est aux environs de 0,8% [38]. Cette différence peut être expliquée probablement par un intérêt accru de la population étudiante handicapée pour les problématiques de santé, d'où un taux de participation plus élevé dans notre travail.

4.2.2.3. Comportement de santé :

80% des étudiants de notre échantillon déclarent avoir un médecin traitant, que celui-ci soit officiellement déclaré médecin traitant ou qu'il soit considéré comme médecin traitant par l'étudiant. Ce résultat laisse donc penser que 80% des étudiants ne sont pas en rupture totale

de suivi médical. Et sans connaître le chiffre exact d'assurés étudiants ayant déclarés un médecin traitant, on sait qu'en population générale ils sont 90% à en avoir déclaré un [34]. Dans notre échantillon, 10% des étudiants n'ont pas de médecin traitant (et 10% n'ont pas répondu à cette question).

Parmi ces 80% d'étudiants déclarant avoir un médecin traitant, 67% ont comme médecin traitant leur médecin de famille et 29% ont un médecin différent de celui de leur famille. Ces résultats sont à associer au fait que notre population dans notre échantillon est relativement jeune, ce qui fait que le processus d'autonomisation vis-à-vis du médecin de famille n'a peut-être pas encore eu lieu.

Enfin, parmi les 80% d'étudiants ayant un médecin traitant, 17% déclarent avoir leur médecin traitant en dehors des Alpes-Maritimes et 36% dans une autre ville du département. L'accès aux soins n'est donc pas évident pour ces étudiants, et notamment pour des soins urgents.

La proportion d'étudiantes ayant un médecin traitant est plus importante que chez les étudiants (88,2 % versus 82,3%, $p < 0,05$), ce qui souligne une fois encore le rapport à la santé différent des femmes et des hommes.

74% des étudiants de notre échantillon ont consulté un professionnel de santé ces douze derniers mois et seulement 13% n'ont pas consulté.

Les étudiantes ont plus consulté durant cette période un professionnel de santé (85% versus 71% des étudiants, $p < 0,05$). Ces chiffres sont comparables aux données nationales : les étudiantes ont consulté un médecin généraliste pour 82 % d'entre elles l'année précédente contre 70% pour les garçons [3]. Il faut noter cependant que dans notre étude la question n'était pas posée exactement de la même façon : il n'était pas abordé la consultation spécifique d'un médecin généraliste ou spécialiste, mais juste d'un professionnel de santé durant les douze derniers mois.

L'analyse des différents déterminants au renoncement de consultation retrouve trois raisons principales. Celle évoquée dans 75% des cas est de ne pas en ressentir le besoin, 30% des réponses sont relatives à un coût trop élevé et enfin 21 % des réponses concernent le manque de temps pour y aller.

Le renoncement pour raisons financières apparaît donc en deuxième position (30%) dans notre étude avec un taux plus élevé que dans les études nationales, où il apparaît en troisième position (pour seulement 12% d'étudiants) [3].

Finalement, l'aspect financier représente donc une barrière pour environ 4,3% de notre échantillon total, ce qui est par contre comparable à l'étude de l'OVE de mars 2013 [3].

En 2010, 16% de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois [72] ; chez les

étudiants, l'aspect économique du renoncement aux soins est donc nettement moindre. Cela peut s'expliquer d'une part par un statut social relativement protégé comparativement à la population générale, et d'autre part par leur état de santé généralement meilleur, la jeunesse étant un atout majeur dans le domaine de la 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 sur la manière dont elles ont recourt aux soins [30]. Notamment, les étudiantes de notre échantillon s'auto médiquent nettement plus que les étudiants (48% versus 39%, $p < 0,05$). Paradoxalement, les femmes présentent un risque plus élevé de renoncement aux soins. Cela peut s'expliquer par la conjugaison de deux facteurs d'ordre subjectif : d'une part, le fait de se sentir plus en mauvaise santé que les hommes, et d'autre part, par une différence d'attente en matière de soins. En effet, le renoncement aux soins suppose au préalable la perception d'un besoin de soins, qui n'est pas le même chez les femmes chez les hommes [37].

Ces deux aspects amèneraient à percevoir chez les femmes un plus grand nombre de situations nécessitant des soins, et donc un plus grand nombre de situations où elles se sentiraient contrainte d'y renoncer [3].

En cas de maladie, les étudiantes et étudiants de notre échantillon ont comme comportement de santé principal le fait de consulter un médecin traitant (respectivement 51% et 45%, $p < 0,05$).

Le fait d'attendre que les symptômes passent est un comportement plus masculin (45% des étudiants contre 41% des étudiantes, $p < 0,05$), comportement de santé qui est équivalent chez eux en terme de fréquence à celui d'aller voir leur médecin traitant.

4.2.3. Rôles identifiés du centre de santé universitaire et place du médecin généraliste

La comparaison des caractéristiques psychosociales des étudiants se sentant en bonne santé à ceux se sentant en mauvaise santé a permis de mettre en évidence deux éléments majeurs:

- L'existence de cinq grands « stress santé » associés de façon statistiquement significative ($p < 0,05$) au fait de se sentir en mauvaise santé :
 - être de nationalité étrangère,
 - avoir le sentiment d'avoir des difficultés financières,

- avoir sa famille en dehors du département des Alpes-Maritimes,
 - être de sexe féminin,
 - être handicapé.
- Trois grands types de risque de rupture de suivi médical sont retrouvés plus fréquemment chez les étudiants se sentant en mauvaise santé:
- ne pas avoir de médecin traitant,
 - avoir son médecin traitant en dehors des Alpes-Maritimes,
 - être insatisfait de son médecin traitant.

4.2.3.1. Stress santé

4.2.3.1.1. Stress « sentiment de difficultés financières »

Dans notre échantillon, parmi les étudiants se sentant en bonne santé, 47% d'étudiants ont un sentiment de difficultés financières alors que le groupe se sentant en mauvaise santé en compte 66% ($p < 0,05$).

On note également que les étudiants avec un sentiment de difficultés financières ont moins souvent une mutuelle que la population générale (14% vs 19%, $p < 0,05$).

Ils sont cependant plus nombreux à déclarer l'existence d'un médecin traitant (85% vs 79,5%, en population générale, $p < 0,05$) ce qui est étonnant mais que l'on pourrait expliquer par un moindre recours au spécialiste : le médecin traitant est le repère le plus fiable, constant et économique en cas de problèmes de santé. Cette donnée est confirmée dans d'autres études où le médecin généraliste demeure le professionnel le plus consulté ; et même en dehors des consultations pour raisons de santé, 48% des 15-30 ans l'ont consulté pour consultation de routine il y a moins d'un an (certificat, etc..) [24].

Malgré cela, en cas de maladie, les étudiants avec un sentiment de difficultés financières consultent moins souvent leur médecin traitant que ceux n'ayant pas cette problématique (44% vs 55%, $p < 0,05$). On sait en effet que la situation socio-économique des étudiants constitue une source de différenciation au sein de la population étudiante : l'aspect économique de l'accès aux soins explique que les étudiants d'origines sociales modestes bénéficient moins souvent d'une couverture complémentaire, et renoncent plus souvent aux soins [3].

Ainsi, comparativement aux étudiants de notre échantillon ne ressentant pas de difficultés financières, les étudiants avec sentiment de difficultés financières sont plus nombreux en cas de maladie à demander conseil aux pharmaciens (17% versus 14%, $p < 0,05$), et nettement plus nombreux à attendre que les symptômes passent tout seul (46% versus 39%, $p < 0,05$). Enfin ils utilisent d'avantage l'automédication (48% vs 43%, $p < 0,05$) et consulte plus un site internet spécialisé en santé (8,8% vs 5,6%, $p < 0,05$).

Le comportement de santé principale en cas de maladie chez ces étudiants est l'automédication, alors qu'en population générale il est de consulter son médecin traitant.

Enfin, les étudiants soumis au stress santé « sentiment de difficultés financières » aimeraient nettement plus un suivi régulier par un médecin généraliste dans le futur centre de santé que la population générale (53% vs 39%).

Parmi eux, plus de 80% aimeraient avoir leur médecin traitant dans le centre.

4.2.3.1.2. Stress « isolement familial »

Différentes études ont montré que les conditions de logement et ce qu'elles indiquent sur le degré de dépendance résidentielle vis-à-vis des parents ont un effet sur l'appréciation de l'état de santé [3, 12, 50]. De ce point de vue, ne plus vivre chez ses parents et ne plus bénéficier de leur assistance (situation qui s'accroît avec l'âge) augmente les vulnérabilités en matière de santé. Le contexte familial, protecteur et incitateur, joue un rôle important en maintenant l'attention portée à la santé.

C'est exactement ce que l'on trouve dans notre étude où la condition « isolement familial » (famille habitant en dehors des Alpes-Maritimes) est source de « stress santé » : le groupe se sentant en bonne santé comporte 41% d'étudiants isolés de leur famille alors que celui des étudiants se sentant en mauvaise santé en compte 52% ($p < 0,05$).

Ces étudiants s'auto-médiquent dans des proportions comparables à la population d'étudiants non soumis à un isolement du milieu familial (45%), mais cette auto médication est chez eux le comportement principal de santé en cas de maladie.

Leur deuxième comportement de santé est de consulter leur médecin traitant pour 40% d'entre eux, contre 57% des étudiants non isolés de leur famille (les proportions sont donc inversées dans ce cas là). Lorsque l'on s'intéresse à la couverture médicale des étudiants isolés de leur famille, 78% disent avoir un médecin traitant. C'est un taux comparable à celui de la population totale de notre échantillon.

Cet écart de comportement (entre les étudiants isolés de leur famille et ceux non isolés de leur famille) pourrait s'expliquer par les 17% d'étudiants en population totale qui ont leur médecin

traitant en dehors des Alpes-Maritimes : le fait de consulter son médecin traitant n'est alors plus le comportement de santé principal. On ne peut cependant pas déterminer parmi ceux ayant répondu qu'ils consultent leur médecin traitant en cas de maladie, la part des étudiants demandant en fait conseil par téléphone à leur médecin traitant habituel, ou attendant lorsque cela est possible de le consulter à l'occasion d'un retour dans leur région d'origine.

Enfin ces étudiants demandent bien plus conseil aux pharmaciens (19,5% versus 14%) et consultent pour 9% d'entre eux des sites internet spécialisés en santé.

Ainsi, cette catégorie d'étudiants a le comportement de santé le moins « encadré » qui existe (l'automédication), et ils auraient donc plus recours aux conseils pharmaceutiques et à internet.

4.2.3.1.3. Stress « être étranger »

La nationalité apparaît également comme un élément discriminant dans le niveau de santé ressentie et le recours aux soins médicaux. Le groupe des étudiants se sentant en bonne santé comporte 17% d'étudiants étrangers alors que celui regroupant les étudiants se sentant en mauvaise santé en compte 23% ($p < 0,05$).

C'est un élément que l'on retrouve dans d'autres études [3, 25].

Le comportement de santé principal des étudiants étrangers en cas de maladie est une fois encore le fait de consulter le médecin traitant. Pourtant, de tous les « stress santé » étudiés jusqu'à présent, cette catégorie est celle qui a la couverture médicale la moins développée de notre échantillon : seulement 64% d'entre eux ont un médecin traitant (contre 79% de la population totale de l'échantillon), et ils sont presque 40% à ne pas avoir de mutuelle.

Les étudiants étrangers demandent plus souvent des conseils aux pharmaciens (23 %) et ils s'auto-médiquent nettement moins (37%). Ils sont aussi moins nombreux que les autres étudiants avoir une attitude expectative : seulement 33% d'entre eux attendent que les symptômes s'amendent spontanément.

Ces différences peuvent s'expliquer par diverses hypothèses : d'une part, s'ils sont venus faire leurs études pour une durée courte, il est probable que ces étudiants étrangers aient moins souvent eu besoin de voir un médecin, et encore moins de déclarer un médecin traitant ; d'autre part, on peut aussi imaginer qu'il y ait des influences culturelles sur les comportements de consultations (consultations plus tardives en cas de problème de santé par

exemple), mais c'est un aspect que nous n'avons pas abordé dans cette étude. Enfin, la méconnaissance des médicaments disponibles dans le pays les incite peut-être à demander conseil aux pharmaciens plus souvent, et à ne pas oser s'auto-médiquer. Ils sont aussi un peu plus nombreux à se rendre à l'hôpital ou aux urgences en cas de maladies.

Il est vraisemblable que le fait de ne pas savoir vers quel professionnel se tourner (situation difficile à l'occasion d'un changement de pays) incite peu les étudiants étrangers à trouver un médecin traitant.

On pourrait penser que, chez eux aussi, les raisons financières influent sur le renoncement à une consultation médicale. Mais un travail récent [3] a montré qu'une fois l'effet de la possession d'une mutuelle complémentaire neutralisé (dont on sait qu'elle a en effet marqué sur le renoncement à la consultation) la probabilité des étudiants étrangers de renoncer à des soins pour raisons financières devient inférieure à celle des étudiants français.

Les besoins de santé exprimés par les étudiants étrangers montrent que ceux-ci, plus que les étudiants isolés de leur famille ou que ceux ayant le sentiment d'avoir des difficultés financières, aimeraient avoir la possibilité d'un suivi régulier dans le futur CSU (58%).

Ils sont aussi plus nombreux à vouloir un médecin traitant dans ce centre (84%).

Première conclusion:

On constate que, quel que soit le « stress santé » étudié, les étudiants victimes de ce stress ont en commun :

- de moins avoir de mutuelles
- en cas de maladie, par rapport au groupe non soumis à ce « stress santé » :
 - o de moins consulter leur médecin traitant,
 - o de plus demander conseil aux pharmaciens,
 - o de plus consulter un site internet en santé.

Les trois catégories précédentes d'étudiants soumis à un « stress santé » sont nettement plus intéressées que la population totale de notre échantillon par un suivi régulier dans le CSU à venir et par la possibilité d'y avoir leur médecin traitant.

Enfin, il faut noter que 8% de notre échantillon est soumis simultanément aux trois « stress santé » étudiés.

On peut penser à la vue de ces résultats qu'il serait judicieux de centrer notre attention sur les étudiants présentant ce type de « stress santé ». Pour cela, que ce soit en médecine générale en ville ou dans le futur centre de santé universitaire, des questions simples relatives à l'éloignement de la famille, au sentiment de difficultés financières, à la durée prévisible d'études en France pour les étrangers pourraient être posées à l'étudiant.

De même, ces éléments devraient modifier la façon dont nous informons les étudiants de l'existence d'un centre de santé, en effectuant une communication « ciblée ». Il est possible que des affiches du type « Vous ne savez pas quel médecin rencontrer en cas de problème de santé ? Vous ne pouvez pas consulter pour raisons financières ? Les professionnels de votre centre de santé universitaire peuvent vous aider » aient un fort impact sur les comportements de consultations de ces étudiants.

4.2.3.2. Situations à risque de rupture de suivi médical :

La réforme du médecin traitant de 2004 a placé ce dernier au cœur de la prise en charge ambulatoire médicale de la population générale, et donc des étudiants.

Si l'on pense au parcours de soins et au suivi du patient, on identifie facilement trois grandes situations à risques de rupture de suivi médical pour les étudiants:

- Ceux sans médecin traitant,
- Ceux dont le médecin traitant est en dehors du département,
- Ceux qui sont insatisfaits de leur médecin traitant.

Dans notre échantillon :

- 13% ont un médecin traitant qui est en dehors du département,
- 10% n'ont pas de médecin traitant,
- 7% sont insatisfaits de leur médecin traitant.

On constate d'ailleurs que ces situations se retrouvent plus souvent qu'en population générale dans chacune des situations de « stress santé » identifiées précédemment, les problématiques étant logiquement intriquées.

En fait, à chaque situation de « stress santé » correspond un type prédominant de risque de rupture de suivi médical:

- 32% des étudiants étrangers présentent comme risque principal de rupture de suivi médical le fait de ne pas avoir de médecin traitant,
- 32% des étudiants isolés de leur famille ont comme risque principal le fait d'avoir un médecin traitant en dehors du département ;
- la situation est moins tranchée chez les étudiants ayant un sentiment de difficultés financières, avec 15% d'entre eux insatisfaits de leur médecin traitant et 12% d'entre eux n'ayant pas de médecin traitant.

Lorsqu'on essaie de comprendre les raisons expliquant certaines situations à risque de rupture de suivi médical au sein de la population totale de notre échantillon, on constate que les étudiants insatisfaits de leur médecin traitant le sont d'abord à cause de l'avance du prix de la consultation pour 33% d'entre eux, puis du fait d'un accès difficile pour 29% et enfin du fait d'un délai prolongé pour un rendez-vous pour 23%.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'explication la plus souvent avancée par les étudiants concernant l'absence de médecin traitant est le fait de ne pas en ressentir le besoin (pour 48%). Mais 24% des étudiants de notre échantillon signalent quand même ne pas savoir comment faire pour en avoir un ; pour finir, 8% des étudiants qui n'ont pas de médecin traitant n'en veulent pas.

Ces données sont cohérentes avec le fait que les étudiants de notre échantillon se sentent globalement en bonne santé, et sont pour 17% étrangers et pour 40% issus d'autres départements que celui des Alpes-Maritimes ; enfin on sait qu'une partie d'entre eux ont, du fait de leur jeune âge, une perception très lointaine du risque santé [13].

Les comportements de santé des étudiants en situation de risque de rupture de suivi médical sont moins différents de ceux de la population totale de notre échantillon, que ne sont ceux des étudiants soumis à un « stress santé » vis-à-vis de la population totale.

Les trois comportements principaux en cas de maladie sont les mêmes chez les étudiants insatisfaits de leur médecin traitant ou ayant leur médecin traitant en dehors du département que dans la population totale: l'automédication, la consultation du médecin traitant et l'attitude expectative.

Chez les étudiants sans médecin traitant, les comportements de santé sont légèrement différents : la consultation du médecin traitant n'est pas remplacée par le fait de consulter un autre médecin généraliste (option qui leur était clairement proposée dans le questionnaire) mais par le fait de prendre des médicaments qu'un proche leur donne. Cela confirme que ces

étudiants sont plus exclus du système de soins que ceux insatisfaits ou éloignés géographiquement de leur médecin traitant.

On note que 40% des étudiants ayant leur médecin traitant en dehors du département disent le consulter en cas de maladie, ce qui pourrait révéler une difficulté à faire confiance à des médecins inconnus, ou encore un attachement au médecin habituel, ce qui est important dans la relation thérapeutique. Ceci peut induire un retard de consultation qui pourrait être problématique dans le cas où un suivi plus régulier est nécessaire.

A contrario 28% des étudiants qui sont insatisfaits de leur médecin traitant le consultent quand même, ce qui ne doit pas concourir à créer une relation thérapeutique de qualité.

Les besoins exprimés de suivi médical chez les étudiants à risque de rupture de suivi révèlent que la possibilité d'un suivi régulier par un médecin généraliste au sein du futur CSU est espérée par 63% des étudiants insatisfaits de leur médecin traitant, par 53% de ceux qui n'ont pas de médecin traitant et par 38% de ceux dont le médecin traitant est en dehors du département. En population totale de notre échantillon, 38% des étudiants sont intéressés par la possibilité d'un suivi régulier par un médecin généraliste dans ce CSU.

Les étudiants dont le médecin traitant est en dehors des Alpes Maritimes ne recherchent pas plus un suivi régulier dans ce centre que la population totale de notre échantillon : ces chiffres peuvent indiquer que le processus d'autonomisation envers le médecin de famille n'a pas eu lieu.

On sait que cette période d'éloignement familial est une transition dans l'autonomisation de l'étudiant vis-à-vis du médecin de famille, et qu'à l'âge adulte très peu de patients ont gardé comme médecin traitant leur médecin de famille originel [54].

Enfin, au sein de la population espérant un suivi régulier par un médecin dans le centre de santé, et qui aimerait la possibilité qu'un des médecins généralistes du centre de santé devienne son médecin traitant référent, on compte : 89% des étudiants insatisfaits de leur médecin traitant, 86% des étudiants sans médecin traitant et 82% des étudiants dont le médecin traitant est en dehors du département des Alpes-Maritimes. En population totale de notre échantillon, cela concerne 77% des étudiants.

Deuxième conclusion :

Les situations à risque de rupture de suivi médical entraînent chez ces étudiants des comportements de santé et des besoins différents de ceux de la population générale étudiante.

Les comportements de ces étudiants-là sont globalement comparables à ceux ayant un « stress santé », ce qui nous permet de penser que de nombreux éléments environnementaux créent un type commun de précarité, caractérisée notamment par un faible encadrement et suivi médical.

L'offre médicale étant particulièrement fournie dans les Alpes-Maritimes, il convient donc de cibler les étudiants nécessitant le plus d'aide, même si bien sûr le CSU sera ouvert à tous. Mais il ne faut pas pour autant oublier un autre élément important que nous avons mis en évidence : la bonne intégration des étudiants dans notre système de santé, puisque 80% des étudiants ont un médecin traitant, 75% ont une mutuelle et 79% se considèrent globalement en bonne santé.

Synthèse de cette première partie :

À ce stade, notre travail a permis de faire un état des lieux précis d'un point de vue social, économique et démographique de la population étudiante de l'UNS, avec des résultats comparables à ceux retrouvés au niveau national.

Nous avons effectué un panorama général de l'état de santé de la population étudiante de l'UNS, de son niveau objectivable de couverture médicale, de son accès aux professionnels de santé, d'une partie de ces comportements réels de santé, de ses besoins de santé et de ses attentes concernant le futur CSU.

Nous avons aussi pu mettre en évidence un besoin accru de suivi au sein de populations particulières présentant des risques propres, intrinsèques comme extrinsèques, que nous avons recoupés avec les attentes en termes de suivi médical qu'elles expriment.

Ainsi, indépendamment de toute considération économique (que nous aborderons ultérieurement) la justification médicale de l'ouverture de ce centre de santé universitaire apparaît déjà évidente, puisque l'on constate que le CSU jouera AU MINIMUM deux rôles majeurs auprès de deux types de populations d'étudiants :

- En palliant à une absence de soins chez certains étudiants, du fait de facteurs de précarité que nous avons nommés dans notre étude « stress santé »
- En évitant une rupture de suivi médical à une période charnière de la vie, chez les étudiants présentant un risque de rupture de suivi médical

La santé de ces jeunes constitue un réel enjeu tant individuel que collectif : il y a plus de deux millions d'étudiants en France [22, 38]] (tout type d'études supérieures confondus), ce qui représente près de la moitié d'une génération.

Cela est d'autant plus vrai que la santé a un fort impact sur la réussite des études : un étudiant en bonne santé a plus de chances de réussir son parcours universitaire, puis son entrée dans le monde du travail.

Le tableau objectivement globalement favorable que l'on dresse de la santé des étudiants ne doit pas faire négliger la prise en charge médicale de cette population, dont les problèmes de santé pourront peser financièrement sur l'ensemble de la collectivité. D'autant plus que le suivi médical permet l'acquisition de bonnes pratiques de santé qui perdureront dans la vie adulte [52].

4.2.4. Transformation du SUMPPS en centre de santé universitaire : impact de l'apport d'une médecine curative

Depuis plusieurs années maintenant, on sait que médecine préventive et médecine curative sont fortement liées, dans une logique de continuité des soins. L'apport d'une action préventive s'associant à une médecine curative n'est plus à démontrer : cela permet une approche globale du patient. L'essentiel des études de santé publique de ces dernières années l'ont montré, mais peu se sont attachées à évaluer l'apport de la mise en place d'une médecine curative sur une médecine préventive en place. En effet, à l'exception des centres de médecine préventive (de type universitaires, PMI, centres de planification, etc.), et des centres de santé qui ont une double mission curative et préventive, les soins médicaux réalisés sont essentiellement de type curatif (dans le public comme dans le privé, à l'hôpital comme en libéral).

Notre questionnaire a permis de récupérer des informations concernant les motifs actuels de consultations les plus fréquents des étudiants d'une part, et leurs projections de consultations au sein du futur CSU d'autre part.

Les motifs de consultations (actuels comme souhaités) ont été regroupés en quatre catégories : motifs curatifs, préventifs, administratifs et psychologiques.

En comparant les pourcentages obtenus pour chacune des catégories de motifs de consultations pour les deux questions, nous essayons de comparer l'usage actuel que font les étudiants de l'ensemble du système de soins disponible à celui qu'ils imaginent faire du CSU proposé. En effet, le taux de fréquentation du SUMPPS par notre échantillon est actuellement très faible en cas de maladie (0,5%), et les consultations actuelles là bas sont essentiellement

préventives : on peut donc penser que les réponses des étudiants sur les motifs actuels les plus fréquents de consultations concernent des consultations réalisées en milieu libéral. Ainsi, leurs réponses seraient le reflet de l'usage du système de soins disponible.

Sur un plan méthodologique, cette analyse pose évidemment plusieurs problèmes majeurs :

- Comme nous l'avons expliqué précédemment, les items de réponses proposés dans ces deux questions ont été secondairement regroupés en quatre catégories: les items de réponses n'étaient donc pas initialement les mêmes.

En effet, nous pensions stimuler plus facilement les souvenirs des étudiants sur leurs motifs les plus fréquents de consultations en leur suggérant des situations précises / réelles, de sorte aussi à diminuer un biais de mémorisation. Les items de réponses proposés étaient inspirés du « top 25 » des motifs de consultations en médecine générale recensés chez les jeunes de 18 à 25 ans [78].

À l'inverse, concernant les projections de consultations au sein du futur CSU, le but était de proposer des motifs généraux de consultations. L'idée sous-jacente était double : éviter une redondance typographique par rapport à la question précédente (le questionnaire étant déjà assez long), et essayer de faire la « publicité » des nouveaux rôles possibles de ce futur centre de santé.

- Nous n'avons pas effectué d'analyse multi-variée lors de l'analyse de nos résultats.

En effet, les déterminants de consultations sont si nombreux - car influencés par des aspects aussi vastes que le niveau social, le niveau économique, l'accès à l'éducation et à l'information - qu'ils sont extrêmement complexes à déterminer. Les disparités entre étudiants sont telles que, pour effectuer une analyse méthodologiquement validée de cette question, un autre travail de recherche consacré à cela est nécessaire.

Nous avons seulement essayé de mettre en évidence des tendances de consultations, et de voir si elles étaient suffisamment redondantes et tranchées pour que l'on puisse présumer qu'elles peuvent être induites, entre autres, par la création d'un centre de santé.

Malgré ces aspects méthodologiques, les résultats restent intéressants. On y observe en quoi la diversification de l'offre proposée - en passant d'une médecine préventive pure à une médecine préventive et curative - peut contribuer à influencer les motifs de consultations des étudiants.

En population totale, rappelons que l'ordre de fréquence des motifs de consultation des étudiants actuellement est le suivant : 48% de curatif, 30% de préventif, 14% d'administratif et 8% de motifs psychologique.

La création d'un centre de santé universitaire entraîne un pourcentage d'augmentation très net du nombre total de consultation : +51% de consultations souhaitées par rapport à celles réalisées actuellement.

Cette augmentation prédomine largement sur les motifs administratifs (+ 176%) et psychologique (+ 131%) ; les motifs préventifs enregistrent quant à eux une hausse de 42% et les motifs curatifs de 6%.

Les différentes catégories de consultations gardent le même ordre en termes de fréquence pour les motifs souhaités de consultations dans le futur CSU, mais avec une homogénéisation des proportions des catégories entre elles: 34% de curatifs, 28% de préventifs, 25% d'administratifs et 13% de motifs psychologiques.

Les résultats de cette partie de notre travail sont si nombreux qu'il est nécessaire pour pouvoir les discuter d'en faire un bref rappel :

Comme nous l'avons vu, deux caractéristiques cristallisent des différences de comportements de santé très importantes entre les étudiants :

- Le genre : les femmes consultent plus que les hommes,
- Le niveau de santé ressentie : la catégorie « mauvaise santé ressentie » regroupant en effet l'essentiel des « stress santé » et des situations à risque de rupture de suivi médical étudiés précédemment.

➤ *Lorsque l'on s'intéresse aux résultats en fonction du genre :*

- **En termes de consultations actuelles :**

- Les femmes consultent plus fréquemment en proportion que les hommes pour des motifs préventifs (34% versus 22%) et psychologiques (9% versus 7%). Elles consultent moins que les hommes pour des motifs administratifs (12% vs 18%) et curatifs (46% versus 53%).
- Chez les femmes, les motifs préventifs sont presque trois fois plus fréquents que les motifs administratifs (33% versus 12%) ; alors que chez les hommes ils sont à peu près comparables en fréquence (22% et 19%).

Chez les hommes, les motifs curatifs sont au moins 2,4 fois plus fréquents que les tous autres motifs de consultation (53% vs 22%, 19%, 7%).

- En termes de consultations **souhaitées**, l'ouverture d'un CSU entraîne :
 - Chez les femmes, une augmentation du nombre de consultations pour toutes les catégories de consultation, avec une prédominance très nette des motifs administratifs (+ 188 %), représentant alors 25% du volume total des consultations souhaitées.
En termes de proportion, l'ouverture du centre de santé favorise ainsi des consultations dans le centre pour motifs administratifs (+ 12,5%) et psychologiques (+ 4%), au détriment des consultations pour motifs curatifs (- 12,5%) et préventifs (- 4%). Mais, l'ordre global n'est pas pour autant changé : les motifs curatifs restent en première position, représentant 34% des motifs de consultations souhaités, suivi par les motifs préventifs (29%).
 - Chez les hommes, on constate une augmentation du nombre de consultations pour toutes les catégories de consultation, avec une prédominance très nette des motifs psychologiques (+ 201 %), administratifs (+ 135 %) et préventifs (+ 109 %).
En termes de proportion, l'ouverture du CSU ne change pas l'ordre des différentes catégories de consultation, même si elle favorise des consultations pour motifs administratifs (+ 7%), pour motifs préventifs (+ 6%) et psychologiques (+ 5%). Les motifs curatifs diminuent de 17% en volume total des consultations souhaitées, mais restent le premier motif de consultation : ils représentent encore 35% du total des consultations souhaitées.
A l'inverse, les motifs psychologiques, s'ils présentent une très forte augmentation en nombre de consultations, restent cependant en proportion le dernier motif de consultation : ils représentent 12% des consultations souhaitées.

Donc :

- Le CSU ne modifie pas l'importance relative des différentes catégories de consultations, que ce soit en population totale ou chez les deux sexes : les motifs curatifs restent majoritaires en fréquence, suivis des motifs préventifs, administratifs et psychologiques.
- L'ouverture d'un CSU modifie particulièrement les comportements de consultations des étudiants de sexe masculin, qui voient leur intérêt pour les motifs psychologiques,

administratifs et préventifs augmenter énormément, si l'on se réfère à l'augmentation de leur nombre de consultations.

- Les comportements de consultation des étudiantes sont modifiés de façon plus homogène, ce qui est cohérent par rapport à leur consommation actuelle de soins, elle-même homogène entre les différentes catégories de consultations.

➤ *Lorsque l'on s'intéresse aux résultats en fonction du niveau de santé ressentie :*

- En termes de consultations **actuelles** :

- Si les motifs curatifs et préventifs reste prioritaires (en proportion) pour les deux catégories d'étudiants, les motifs psychologiques sont en troisième position pour les étudiants se sentant en mauvaise santé, alors que cette place est prise par les motifs administratifs chez ceux se sentant en bonne santé.
- Les étudiants se sentant en mauvaise santé, par rapport à ceux se sentant en bonne santé, consultent plus en proportion pour des motifs curatifs (50% versus 48%) et psychologiques (18% versus 7%).
Ils consultent moins qu'eux pour des motifs préventifs (24% vs 31%) et des motifs administratifs (14% vs 8%).

- En termes de consultations **souhaitées**, l'ouverture d'un CSU entraîne :

- Pour les étudiants qui se sentent en bonne santé :
Il entraîne une augmentation du nombre de consultations pour toutes les catégories de consultations, mais avec une prédominance très nette des motifs administratifs (+ 169%) et psychologiques (+ 160%) ; les motifs préventifs enregistrent une hausse de 41%, et les motifs curatifs de 7%.
L'ouverture d'un CSU ne change pas l'ordre de fréquence des différentes catégories de motifs de consultations, mais favorise en proportion des consultations pour motifs administratifs (+ 11%) et psychologiques (+ 5%). Les consultations pour motifs psychologiques sont très augmentées en termes de nombre mais restent en dernière position en proportion malgré tout, représentant 12% des motifs de consultations souhaités.

La plus forte baisse en nombre de consultations concerne à nouveau les motifs curatifs (- 14%) et préventifs (- 2%), même si ceux ci restent respectivement en première et deuxième place en terme de fréquence parmi les consultations souhaitées dans le futur CSU.

- Pour ceux qui se sentent en mauvaise santé :

L'ouverture d'un CSU entraîne une augmentation du nombre de consultations pour toutes les catégories de consultations, mais avec une prédominance nette des motifs administratifs (+ 300%). Les motifs préventifs enregistrent une hausse de 47%, les motifs psychologiques de 44%, et les motifs curatifs de 0,5 %.

L'ouverture d'un CSU modifie l'ordre de fréquence de deux catégories de motifs de consultation, en favorisant des consultations pour motifs administratifs qui passent alors en troisième position devant les motifs psychologiques.

Les motifs préventifs restent stables en volume (25% du total des consultations souhaitées) et en deuxième position. Les consultations pour motifs curatifs présentent une baisse de 15% de leur volume mais gardent la première (avec 35% du total des consultations souhaitées).

Donc :

- Les étudiants se sentant en mauvaise santé, qui regroupent comme nous l'avons vu des conditions de précarité et de risque de rupture de suivi médical, ont leurs comportements de santé très modifiés par l'ouverture d'un CSU concernant les motifs administratifs, préventifs et psychologiques.
- La très faible augmentation de leurs consultations curatives laisse penser que l'état de santé considéré mauvais n'est pas essentiellement d'origine somatique, puisqu'ils ne feront pas plus de consultations pour des motifs curatifs, mais plus pour des motifs d'ordre psychologique ou préventif.

Pour tous les étudiants, quelles que soient les catégories d'étudiants considérées, et que ce soit pour des motifs de consultations actuels ou souhaités, le curatif est prédominant en volume devant les motifs préventifs, administratifs, et psychologiques.

Synthèse de cette deuxième partie :

L'ouverture d'un CSU semble lever des freins importants à la consultation, puisque l'on observe, que ce soit en population totale de notre échantillon ou dans les différents sous-groupes étudiés, un pourcentage très élevé d'augmentation du nombre de consultations. Cette remarque est valable aussi bien en nombre total de consultation, qu'au sein de chacune des catégories de motifs de consultations.

Il est important de préciser qu'à aucun moment dans le questionnaire les étudiants n'ont été informés du fait que ce centre universitaire pourrait être d'accès gratuit : cela aurait été un biais majeur dans l'analyse de l'augmentation du nombre de consultations.

Cette augmentation peut être aussi bien le reflet de l'adhésion des étudiants à ce projet de centre de santé qui leur est dédié, que le fait qu'ils le pensent géographiquement plus facile d'accès ; ou tout simplement le reflet de l'idée qu'un CSU devrait (selon toute logique) leur être plus accessible financièrement. Notre questionnaire tel qu'il a été rédigé ne permet pas de le savoir.

Des travaux menés dans d'autres universités ont confirmé que le statut de centre de santé impacte clairement sur le nombre de consultations par rapport à une offre préventive seule. Par exemple, l'accès à un centre de vaccination ou de dépistage via un service de santé universitaire se traduit par un pourcentage plus élevé de près de 30% de prise en charge et d'accès aux soins [7].

L'ouverture d'un CSU semble dans notre étude faire la part belle aux motifs administratifs et psychologiques, loin devant les motifs préventifs. Et les motifs curatifs seraient même les moins stimulés par l'apport d'une médecine curative.

De là à conclure que l'apport d'une médecine curative « booste » les motifs de consultations administratifs, psychologiques, préventifs et très peu ceux curatifs, il n'y a qu'un pas que nous ne pouvons statistiquement franchir, au regard du trop grand nombre d'imperfections de notre analyse.

Contrairement aux consultations curatives, les consultations préventives sont en domaine « fermé », aussi bien au niveau collectif qu'au niveau individuel : une action préventive n'induit pas d'action de soins systématiquement, alors qu'une action curative recentre très souvent l'approche médicale dans un contexte préventif et d'éducation à la santé.

Cet aspect là est retrouvé dans nos résultats, et constitue un des atouts majeurs de la création d'un CSU par rapport à la médecine préventive actuellement en place : ayant la connaissance d'une possibilité de soins curatifs, les étudiants envisagent plus facilement des consultations d'ordre préventif.

Par ailleurs, nos résultats concernant l'importance relative des différentes catégories de consultations au sein du futur centre de santé restent cohérents à bien des égards :

- les motifs administratifs (certificat par exemple) sont des motifs fréquents de consultation retrouvés dans d'autres études ; mais n'étant pas d'une utilité vitale les étudiants doivent peut-être plus facilement les mettre de côté en termes de priorité de consultation. Le centre de santé leur donnerait la possibilité de se faire aider sur un aspect délaissé.

- Les forts besoins de consultations pour motifs psychologiques retrouvés dans notre étude reflètent un mal-être étudiant que de nombreux travaux ont décrit [3, 37, 42, 50, 52, 55].
Ce mal-être prend des aspects multiples, et est souvent identifié par l'étudiant comme une entrave à sa vie quotidienne. Il ressent ainsi le besoin d'être aidé, ce que l'on retrouve aussi dans notre étude. Ces éléments sont cohérents avec des travaux récents montrant que le généraliste est le repère principal des jeunes pour la santé mentale [12].

- La plus faible augmentation des motifs préventifs, comparativement aux autres motifs de consultations, correspond à une difficulté bien connue des jeunes à intégrer l'importance de comportement de santé « sécurés ». D'ailleurs, du fait de cette perception très lointaine du risque santé, on sait que les campagnes de prévention, pour être efficaces, doivent être adaptées à un public ciblé.
En fait, elles ne devraient même pas s'adresser - on le voit bien au travers de nos résultats - aux jeunes de façon indifférenciée.

- La faible part d'augmentation des motifs curatifs par rapport aux autres s'explique probablement par un accès élevé aux soins à Nice malgré tout. Rappelons qu'en cas d'urgence, indépendamment de toute considération financière ou d'offre de soins libérale disponible, les services hospitaliers soignent tout le monde. De ce fait, les renoncements de consultations doivent être bien moins marqués sur des motifs curatifs que sur des motifs psychologiques ou préventifs. De plus, pour ces derniers, il faut déjà avoir conscience de sa fragilité pour aller consulter un professionnel, et ces motifs relèvent moins souvent d'une urgence médicale immédiate.

On sait que les jeunes ont un rapport particulier à la santé : ils consultent peu et se sentent peu concernés par des problèmes de santé. Ils sont donc difficiles à atteindre ou à intégrer dans une démarche éducative [12]. Ils sont dans l'exigence d'une réponse immédiate, qui soit facilement accessible (dans des lieux ouverts et sans rendez-vous) et « à la carte », c'est-à-dire très adaptée à leur situation propre [54]. Ils se sentent abreuvés d'informations qu'ils ne parviennent pas toujours à s'approprier.

L'analyse que nous venons d'effectuer confirme cette idée : en ouvrant notre champ de compétences sur des motifs curatifs, en offrant la possibilité d'un soin immédiat et « à la carte », nous pourrions aborder au décours de consultations des problématiques pour lesquelles les étudiants ne viendraient pas (ou peu) consulter de façon spontanée. En ce sens, le centre de santé fera la part belle aux actions préventives et à la prise en charge psychologique, en pointant par la possible récurrence des consultations des comportements à risques ou un mal-être.

Comparativement à la médecine libérale en place, la spécificité étudiante du centre de santé permettra d'avoir des professionnels très attentifs aux problématiques particulières de cette population. En effet, il n'est pas évident en ville, lorsque la patientèle regroupe un tout-venant très varié, d'arriver à chaque consultation à avoir un mode de pensée adapté aux spécificités du groupe auquel appartient le patient en face de nous.

4.2.5. Besoins organisationnels identifiés

4.2.5.1. Approche logistique :

La présence d'une structure médicale de proximité avec des professionnels de santé qui réalisent des prescriptions donnant lieu à un remboursement, s'inscrit dans le cadre de la responsabilité sociale de l'université sur son territoire. Elle contribue à l'objectif de « campus dans la vie » et favorise le bien-être des étudiants. L'absence d'avance de frais et l'accès au parcours de soins coordonnés rendent un grand service aux étudiants, en particulier aux plus démunis.

Un des éléments abordés dans le questionnaire était le classement par ordre de priorité décroissante de différents critères logistiques.

La demande logistique prioritaire est la gratuité immédiate des soins, pour 34% des étudiants de notre échantillon. Pour 27% d'entre eux, un délai rapide pour obtenir une consultation est le

critère principal, et pour 13% c'est la facilité d'accès. 6% des étudiants ont retenu comme critère principal logistique le fait de rencontrer des professionnels habitués aux problématiques des jeunes. Pour finir, l'anonymat par rapport au médecin traitant est le critère logistique principal pour 4% d'entre eux.

Si dans notre étude l'anonymat vis-à-vis du médecin traitant n'est pas identifié comme un élément recherché majoritairement au sein du CSU, il n'en reste pas moins que la problématique de la distanciation envers le médecin de famille existe. Par exemple, certains jeunes ont des difficultés à accepter de montrer une image sexuée vis-à-vis de leur médecin traitant, contre l'image d'enfant qu'ils renvoyaient auparavant, entraînant des difficultés de suivi dans des domaines tels que la contraception.

Le projet de centre de santé de l'UNS répond ainsi aux deux principales exigences des étudiants de l'UNS, comme le montrent les extraits du dossier de demande d'agrément du SUMPPS [47] :

- « La prise en charge sanitaire des étudiants se fera au moyen de la carte vitale, et le tiers payant sera pratiqué pour tout le monde. Les étudiants qui n'ont pas de carte vitale seront quand même reçus, et ceux qui n'ont pas de mutuelle ne paieront pas la partie complémentaire. Une convention avec la CPAM sera signée dans ce sens ».
- La coordination avec la CPAM sera effective par voie de convention ; elle définira comment les mutuelles étudiantes LMDE et les Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP) s'intégreront dans le dispositif de remboursement des actes de soins. »
- « L'étudiant sera accueilli le jour même de sa demande, ou par le biais d'un rendez-vous donné rapidement, par la secrétaire d'accueil qui désignera le médecin généraliste qui le recevra. Il bénéficiera de soins identiques à la pratique de la médecine de ville, et conforme aux recommandations du Conseil de l'Ordre en matière de déontologie ».

4.2.5.2. Place du médecin généraliste et des autres professionnels de santé :

Notre étude nous a permis d'évaluer le type de professionnels rencontrés par les étudiants durant les douze mois précédents le questionnaire. Ainsi, dans notre échantillon, les

professionnels les plus rencontrés sont les généralistes dans 61% des cas, puis les dentistes (32%), les gynécologues (26%), les ophtalmologues (21%) et les dermatologues (13%).

La place prépondérante des médecins généralistes dans ce classement est cohérente à bien des égards :

- le médecin traitant a une place centrale dans notre système de santé basé sur la notion de médecin référent
- c'est un médecin de proximité, s'occupant de toute la famille
- sa consultation est moins chère que celle des spécialistes
- et comme nous l'avons vu, le consulter fait parti des trois comportements prédominants en cas de maladie chez les étudiants, qu'il y ait ou non un facteur de précarité.

Les étudiants de notre échantillon ont conscience que le médecin généraliste est le premier recours en cas de problèmes de santé. A la question « Quelles sont les spécialités médicales et paramédicales que vous aimeriez retrouver dans le futur centre de santé universitaire ? », le médecin généraliste est le premier médecin plébiscité par 74% d'entre eux.

Pour autant, il n'est pas le seul professionnel de santé à être espéré. La demande de spécialistes est très élevée : les étudiants aimeraient retrouver dans le futur centre de santé universitaire des dentistes (45%), des gynécologues (41%), des psychiatres (37%) et des ophtalmologues (33%).

Concernant la spécialité gynécologique, les résultats sont évidemment à pondérer par le sexe, cette demande étant plus d'origine féminine. Cependant, la possibilité d'avoir des consultations de gynécologie sur le campus a été demandée par 10% des hommes de notre échantillon : l'implication des étudiants dans l'aspect contraceptif et le suivi médical de leur partenaire semble donc très faible dans notre échantillon ; ces résultats sont en partie dus au jeune âge de notre échantillon (insouciance, pas de partenaire sexuel fixe), à la méconnaissance qu'ont beaucoup d'hommes de ce qu'est la réalité d'une consultation gynécologique et bien sûr à leur implication moindre dans les problématiques de santé. Il ne faut pas en conclure pour autant que les campagnes d'information sur la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles et / ou la contraception sont inefficaces. Mais, ce résultat paraît faible eu égard à des études internes réalisées par d'autres universités (exemple : 45% des hommes, sur 6000 étudiants de l'université de Clermont-Ferrand interrogés à ce sujet en 1992, souhaitaient l'ouverture d'une consultation de gynécologie sur le campus).

Les généralistes et les dentistes sont donc des spécialités à la fois fortement rencontrées et plébiscitées en priorité par les étudiants notre échantillon (médecins généralistes plus que dentistes).

Les ophtalmologues et les gynécologues sont aussi des spécialités consultées et demandées.

En revanche les psychiatres / psychologues correspondent à un besoin ressenti très important (38%) mais à une réalité de consultation bien plus faible (7%).

Les bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU) sont des structures existantes en France depuis un peu plus de 50 ans ; ils proposent à tous les étudiants du supérieur des consultations prises en charge intégralement par la sécurité sociale, avec des psychiatres, des psychologues et éventuellement des assistantes sociales, le tout dans un cadre confidentiel. L'UNS s'est dotée d'un BAPU en septembre 2009. Après deux ans d'activité, le bilan d'activité réalisé fin 2010 a montré que près de 1 400 actes de consultations ont été réalisés ; le BAPU serait repéré et identifié par les étudiants comme un lieu qui leur est dédié. Ce bilan révèle aussi le manque majeur de personnel, avec une attente très importante gênant particulièrement la prise en charge des demandes de soins non urgentes.

Enfin, le pôle locomoteur apparaît comme un élément important : médecins du sport, kinésithérapeutes, ostéopathes ont été mentionnés majoritairement au sein de la catégorie «autres» concernant les professionnels de santé rencontrés au cours de l'année précédente. Cette tendance a été confirmée par une demande de médecins du sport par 22% des étudiants de notre échantillon dans le futur CSU, et par une forte demande de kinésithérapeutes ou d'ostéopathes.

Conclusion :

Le médecin généraliste apparaît dans notre étude comme un référent pour la santé des étudiants.

Pourtant certains médecins généralistes sont très peu interventionnistes envers cette population, considérée en bonne santé. Cela suggère l'importance d'une formation pour les médecins à l'approche médicale des « jeunes », que ce soit en terme préventif ou en terme curatif.

Plus que le spécialiste ou d'autres professionnels de santé, le médecin généraliste est le premier interlocuteur de l'adulte jeune, même si la fréquence de consultations des jeunes n'est pas très élevée. Ce constat est particulièrement vrai pour les problématiques de santé mentale

ou de contraception, motifs qui donnent moins souvent lieu à une consultation de spécialistes ; ce résultat est sans doute à mettre en regard avec les inégalités sociales des étudiants, voir des inégalités territoriales en termes de répartition de spécialistes, comme pour les gynécologues ou les psychiatres [2].

L'emploi de médecins spécialistes étant compliqué pour diverses raisons, il semble intéressant de proposer dans ce futur CSU des consultations, peut-être sous forme de vacations, avec des spécialités fréquemment demandées et peu accessibles financièrement. Cela dit, pour les ophtalmologues et les dentistes la problématique siège le plus souvent dans le plateau technique nécessaire et le matériel prescrit au patient.

Un partenariat avec des dentistes ou des ophtalmologues au sein du futur CSU semble envisageable :

- pour les dentistes : peut-être sous la forme d'un partenariat avec la faculté d'odontologie, sous les mêmes formes que les consultations existantes actuellement à l'hôpital ; le premier intérêt étant la proximité des consultations et du matériel de consultation, car le CSU sera au sein de l'université ; le deuxième intérêt étant d'avoir une consultation dédiée aux étudiants.
- pour les ophtalmologues : on pourrait envisager un partenariat avec un cabinet libéral ou sous forme salariale, voire l'achat du matériel diagnostique par l'université si le taux de fréquentation du CSU est suffisant.

Quoi qu'il en soit, si la gratuité de la consultation au sein du futur CSU peut être envisagée, offrir des avantages que les mutuelles ne prennent que peu en charge pour les lunettes ou les prothèses dentaires semble moins réalisable, alors que peut être plus nécessaire.

4.2.6. Aspects médico-économiques du projet de centre de santé universitaire

Les étudiants se projettent peu dans des besoins de santé à l'échéance d'un an : dans notre échantillon, le nombre de consultants potentiels durant l'année à venir diminue de 11% par rapport à la réalité des consultations effectuées les douze derniers mois.

De toutes les catégories étudiées, seules deux pensent qu'elles auront besoin de consulter l'année prochaine plus que ce qu'elles ont consulté durant l'année passée. Il s'agit des étudiants sans médecin traitant (+ 5% de consultants) et des étudiants étrangers (+ 5% de consultants).

La catégorie d'étudiants qui se projettent le moins dans des besoins de consultations l'année prochaine est celle des hommes : on enregistre pour eux une diminution de 15% de consultants, pour atteindre le taux le plus bas de besoins de consultations imaginés durant l'année à venir toutes catégories confondues (60% de consultants seulement parmi les hommes). En comparaison, le pourcentage de consultants parmi les étudiants insatisfaits de leur médecin traitant l'année prochaine atteint 82 % (pourcentage le plus élevé).

En population total de notre échantillon, 63% des étudiants ayant répondu à notre questionnaire pensent avoir besoin de consulter un professionnel de santé durant l'année à venir.

L'accueil fait à ce projet est très positif avec 82% des étudiants favorables à la création d'un centre de santé universitaire, contre 1,4% d'étudiants défavorables. L'accueil le plus favorable est objectivé chez les étudiants dont le médecin traitant est en dehors du département, et chez ceux qui sont insatisfaits de leur médecin traitant (91% de chacun de ces groupes) suivi de très près par les étudiants ayant un sentiment de difficultés financières (90,5% de ce groupe).

Chez les jeunes en général en France (pas seulement les étudiants), 79% des 15-30 ans ont consulté au moins une fois un généraliste au cours des douze derniers mois, et 49% ont consulté leur médecin généraliste il y a moins d'un an pour une visite de routine (exemple : consultations relatives à des certificats de vaccination ou de sport) [24].

Si l'on se base sur notre étude, 38,5% de notre échantillon aimerait avoir la possibilité d'un suivi régulier au sein du centre de santé, et 77% d'entre eux aimeraient y avoir leur médecin traitant. Cela fait donc potentiellement 1 031 étudiants souhaitant être suivi régulièrement (et parmi eux, 794 étudiants souhaitant avoir leur médecin référent au sein du centre de santé).

Ainsi, en appliquant les chiffres nationaux cités plus haut, si l'on considère que 79% de nos 1 031 étudiants consultent au moins une fois par année scolaire, il y a au moins 815 consultations par an s'ajoutant à la médecine préventive du fait du centre de santé.

Si grâce au centre de santé les étudiants s'affranchissent de la problématique financière, on peut imaginer une moyenne de trois consultations par an pour ces étudiants souhaitant un suivi régulier au sein du centre de santé, pour la gestion des différents problèmes de santé qui se présentent à eux. On part alors sur une base de 2 400 consultations sur notre échantillon seul. Et parmi les 82% d'étudiants favorables au projet, si 38,5% plébiscitent un suivi régulier, on peut penser que les 44% restants sont susceptibles de consulter au moins une fois, ce qui ajoute 1178 consultations.

On arrive donc déjà un total de près de 3 600 consultations pour le centre de santé, s'ajoutant aux consultations du service de médecine préventive. Tout cela sans tenir compte du fait que notre échantillon représente seulement 14% de la population étudiante de l'UNS (mais l'on sait que les personnes ayant répondu au questionnaire sont probablement les plus intéressées par le projet).

Ces 3 600 consultations justifient seules l'ouverture d'un centre de santé.

Mais est-on capable d'absorber autant de consultations par an ?

Le SUMMPS a réalisé 3 665 actes de consultations durant l'année 2012, pour 2,7 Equivalents Temps Pleins de médecins (ETP).

Le centre de santé ouvrira sur la base de 3,7 ETP : cela suffira t il à permettre de doubler le nombre de consultation sur l'année (+ 3 600 consultations) ?

4.3. Comparaisons aux centres de santé en place

Actuellement, quinze SUMMPS se sont constitués en centre de santé au niveau national.

Le bilan d'activité des SUMPPS et SIUMPPS pour l'année universitaire 2011-2012 permet de faire le point sur les retombées positives comme les difficultés rencontrées [44] :

Difficultés rencontrées :

- « La lourdeur administrative et les nombreuses défaillances du système ; absence de carte vitale pour les étudiants étrangers une partie de l'année, oubli des cartes vitales problèmes de télétransmission, de facturation. » (*Université de Clermont Ferrand*)
- « Augmentation très importante de la charge de travail administrative. Augmentation de la charge de travail pour assurer à la fois les consultations du centre de santé, et la réalisation des projets de promotion et d'éducation à la santé. Difficultés de remboursement des consultations médicales par les assurances complémentaires, et pénalités quand l'étudiant n'est pas repéré comme étant inclus dans un parcours de soins. Absence fréquente de carte vitale. Pas d'assurance sociale pour les étudiants étrangers primo arrivants, du 1er au 31 septembre de l'année d'inscription universitaire. » (*Université de Poitiers*)

- « Difficulté de cohésion des personnels, tout le personnel n'adhérant pas au centre de santé. Difficultés de mise en place de la transmission, concertation avec les mutuelles.»
(*Université de Nantes*)

Aspects positifs relevés :

- « La dynamisation des actions de prévention, la capacité à prendre en charge globalement des étudiants ayant des problèmes complexes (comme les étudiants handicapés), l'intégration dans le parcours de soins - nous pouvons agir en relais d'autres prescripteurs hospitaliers ou spécialistes - et la contribution à l'équilibre financier du service.» (*Université de Clermont Ferrand*)
- « Meilleure réponse aux besoins de santé des étudiants les plus précaires (géographiquement, économiquement, socialement, ...) et les plus en difficulté sur le plan santé. Activité médicale performante car non limitée à l'unique prévention, mais permettant diagnostics et soins, ce qui est l'essence même de l'activité des personnels soignants. » (*Université de Grenoble*)
- « Pour les étudiants : service plus attractif, mieux reconnu, plus fréquenté, plus en adéquation avec leurs besoins. Activité des médecins plus globale et motivante. Facilité à recruter de nouveaux médecins. Augmentation du temps de travail des médecins. Diversification de l'activité de l'infirmière et des médecins. Ouverture vers le réseau de soins local. Augmentation des recettes du budget propre du service, du fait du remboursement des consultations par la sécurité sociale et les mutuelles. » (*Université Le Mans*)
- « Accès aux soins facilités notamment pour les étudiants de la résidence universitaire ; également pour les étudiants isolés venant de l'étranger ou de province. » (*Université de Paris-X*)
- « Certitude de répondre aux vrais besoins des étudiants, donc amélioration de l'ambiance générale des centres. Augmentation de la fréquentation de 50%. Le soin « booste » la prévention : meilleure participation des étudiants aux différentes actions de prévention santé. L'ensemble du personnel se sent valorisé : plus grande efficacité ; développement de l'approche globale de la santé, de la citoyenneté et de la responsabilisation des étudiants. » (*Université de Lille II*)

Les retombées positives relevées par les services universitaires s'étant constitués centres de santé correspondent ainsi aux différents besoins identifiés dans notre étude, ainsi qu'aux différentes attentes exprimées par les étudiants.

4.4. Perspectives

4.4.1. Continuum d'intervention

Dans les années 80, le nombre d'étudiants a très fortement progressé en France. Cette population, jusque-là socialement homogène, a accusé du fait de la démocratisation des études un nombre croissant d'étudiants ayant à surmonter des difficultés financières, matérielles, psychologiques ou de santé [48]. L'idée d'un mal-être étudiant apparaît à cette période. Ce mal-être n'est pas spécifique à la France et les étudiants européens connaissent les mêmes problèmes [26]. Une étude réalisée en 2003 sur le thème « Santé et Epanouissement » [32] a montré qu'une étudiante sur cinq a notifié des symptômes de troubles psychologiques et que selon un étudiant sur quatre l'origine de ces problèmes est liée aux conditions de vie étudiantes [52].

Une communication ciblée sur une population précise apparaît comme un élément essentiel de la réussite de ce projet. Mais une communication ciblée pose cependant le problème de privilégier clairement une population particulière : elle sera peut-être plus aidée, mais aussi plus stigmatisée. De plus, comme nous venons de le voir, tous les étudiants, quelles que soit leurs caractéristiques propres, du fait même de leurs conditions de vie, sont soumis à différents stress susceptibles d'être à l'origine d'un mal-être.

La santé des étudiants n'est donc pas une problématique isolée. Elle renvoie à leurs conditions de vie et d'études, et doit donc faire l'objet d'une construction globale. Lutter contre le mal-être des étudiants et améliorer leur état de santé, c'est aussi leur apporter des clés pour mieux vivre : en favorisant l'aide sociale et en améliorant leurs conditions de vies. Certaines mesures, comme l'amélioration de l'accès à un logement et la mise à disposition de ressources suffisantes afin d'éviter d'avoir à travailler pour financer les études, sont actuellement proposées par les universités. Reste à vérifier la justesse de leurs critères de sélection.

Les centres de santé au sein des universités conceptualisent tout ce que l'on vient de décrire : un lieu unique pour une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants.

À l'entrée dans l'enseignement supérieur, les étudiants sont confrontés à des problématiques de vie nouvelles et diversifiées. Bien souvent, ils ne savent pas à qui s'adresser pour accéder aux soins, effectuer des démarches administratives ou encore obtenir une aide sociale.

Les CSU permettront ainsi de traiter les questions posées par les étudiants dans toutes leurs dimensions, qu'elles soient sanitaires, sociales ou administratives. L'agrément centre de santé, en permettant au médecin de prescrire, offre une possibilité diversifiée de soins.

4.4.2. Diversification de l'offre proposée

Compte tenu des particularités de la population étudiante de l'UNS mises en évidence dans notre étude, il semble important de mettre en place localement deux missions de santé publique qui sont à l'heure actuelle facultatives au niveau national:

- La proportion très importante d'étrangers retrouvée dans notre échantillon, et valable au niveau de l'UNS, souligne la nécessité de mettre en place la visite médicale des étudiants étrangers non ressortissants de l'Union Européenne, entrant en France pour des études universitaires.

Cette mission est effectuée pour le compte de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, et permettrait d'éviter la redondance des deux visites obligatoires.

- Une contribution aux actions de médecine du sport : nous avons vu dans notre échantillon une forte demande pour le pôle locomoteur, que ce soit sous forme de médecins du sport ou d'autres professionnels du monde sportif (kinésithérapeutes, ostéopathes).

4.4.3. Conséquences logistiques et cliniques

Pour permettre une approche pluridisciplinaire des besoins des étudiants il faut :

- Favoriser l'information des étudiants sur le fait que les services de médecine universitaire disponibles vont exponentiellement s'étoffer ; un partenariat avec les bureaux étudiants permettra certainement une meilleure communication.
- Il faut mettre en place des horaires adaptés à leurs emplois du temps, et envisager rapidement une action multi-site pour faire face à une problématique d'accès géographique aux soins.
- La demande très forte concernant une prise en charge psychologique souligne le manque de personnel des BAPU : un partenariat avec plus de psychologues / psychiatres paraît indispensable.
- Les étudiants handicapés sont déjà au cœur de la politique de prévention mise en place actuellement par le SUMPPS de Nice. Il faudra veiller à ne pas négliger par la suite cette population dont le risque santé est par définition majeur, et est en plus couplé à un risque de discrimination bien identifié.
- On peut aussi imaginer que les étudiants présentant des maladies chroniques puissent bénéficier de programmes d'éducation thérapeutique couplés à l'éducation à la santé, en partenariat avec les médecins les suivant habituellement : l'intérêt serait de recentrer l'apprentissage de certains gestes déjà vu avec leurs soignants habituels en tenant compte de la réalité des contraintes de la vie sur un campus ou des plannings étudiants (exemple : étudiants diabétiques type 1 / gestion de l'insuline / restaurant universitaire).
- Un partenariat avec les structures externes à l'université paraît indispensable, que ce soit pour la gestion des urgences médicales, l'obtention des avis de confrères, ou pour la transmission de données médicales à la fin de la période universitaire de l'étudiant vers le médecin traitant de son choix.
L'étudiant utilisera ainsi comme relais le CSU entre son médecin traitant de famille et son nouveau médecin traitant d'adulte.

5. CONCLUSION

La population étudiante de l'Université Nice Sophia Antipolis (UNS), tout comme la population étudiante en générale, présente de nombreuses particularités sociodémographiques, comportementales et sanitaires.

Pour ces raisons que les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) et les Centres de Santé Universitaires (CSU) ont une spécificité très forte dans l'abord des étudiants comparativement au médecin généraliste classique.

En étant adapté aux modes de consultations particuliers et aux problématiques spécifiques des étudiants, le centre de santé permet d'offrir une continuité de soins auprès de populations présentant des facteurs de risques accrus de mauvaise santé ou de rupture de suivi médical. Il permet de multiplier les aides possibles auprès des étudiants, qu'elles soient d'ordre médical, social ou administratif, et peut devenir ainsi un repère fiable pour ceux-ci.

Pour aider au repérage des étudiants à risques, certains moyens simples pourraient être mis en place : par exemple, le dépistage des « stress santé » et / ou des situations à risque de rupture de suivi médical par le biais d'un court questionnaire rempli lors de la primo-inscription à l'UNS, éventuellement reconduit régulièrement au cours du cursus de l'étudiant ; ou encore des affiches informatives sur les rôles du CSU et ciblant les populations évoquées ; mais d'autres travaux de recherche sur le sujet sont encore nécessaires.

La constitution en centre de santé du service universitaire de médecine préventive est un besoin clairement ressenti par la grande majorité des étudiants de l'UNS. Son rôle devrait être complété par des actions ciblées sur des populations spécifiques.

Ce CSU ne crée pas une « concurrence déloyale » par rapport à l'offre de soins en place dans le département, même s'il est vrai que des arguments financiers et / ou de facilité d'accès favoriseront un drainage important de certaines catégories d'étudiants. En effet, les étudiants ne chercheront pas dans ce CSU le même type de relation qu'avec leur médecin traitant habituel, étant dans un processus d'autonomisation ; de plus, cela permettra finalement de pallier à une situation de rupture ou de carence de suivi médical régulier existant déjà.

Les médecins généralistes gardent, en libéral comme dans ce type de projet, une place centrale auprès des étudiants.

L'éducation à la santé est indissociable de la prise en charge médicale des étudiants. Ce centre de santé pourrait y avoir un rôle majeur, constituant une véritable valeur ajoutée par rapport à l'offre de soins existante.

A cette période charnière, l'étudiant pourra être face à divers professionnels de santé présentant une neutralité vis-à-vis de son médecin traitant et un abord pluridisciplinaire, le tout dans un contexte de durée de consultation plus prolongée (du fait des conditions salariales des professionnels employés), ce qui favorisera la mise en place de comportements de santé de qualité.

Enfin, l'offre de soins curative stimule grandement le nombre et la fréquence de consultations d'un professionnel de santé par les étudiants (en taux global, comme par catégorie de consultations). Sa mise en place, par le biais de la constitution en centre de santé universitaire du SUMPPS de l'UNS, doit être ainsi perçue comme un continuum d'intervention par rapport au rôle initial - et primordial - de prévention de la médecine universitaire.

L'amélioration de la santé des étudiants nécessite une prise en charge globale, puisqu'elle renvoie autant aux conditions de vie et d'études de ceux-ci qu'à leur état de santé réel. De ce point de vue là, si l'on agit sur les différents déterminants de la santé, on peut espérer diminuer le nombre de consultations nécessaires : en dépassant le cadre clinique classique, et en considérant qu'une partie des pathologies est conditionnée par le cadre de vie, nous pourrons adapter nos actions médicales.

Ce centre de santé universitaire ouvre ainsi la voie à un nouveau type de Santé Publique, et donc aussi de Médecine Générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **REVUES - PERIODIQUES - QUOTIDIENS D'INFORMATIONS**

[1] Allaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. *INSEE première*. 2002 ; (869) : 1-4.

[2] Barlet M, Collin C, DREES et al. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec l'accessibilité. *INSEE première*. 2012 ; (1418) : 1-4.

[3] Belgith F, Le Corgne S. Les étudiants, une population inégalement protégée en matière de santé. *Observatoire nationale de la vie étudiante Infos*. 2013 ; (27) : 1-8.

[4] Dubet F. Dimensions et figure de l'expérience étudiante dans l'université de masse, *Revue française de sociologie*. 1994 ; (35) : 511– 532.

[5] Dussaix A-M. La qualité dans les enquêtes. *Revue MODULAD*. 2009 ; (39) : 137-171.

[6] Galap C. La santé : un défi pour les étudiants. *La santé de l'homme*. 2008 ; (393) : 21-22.

[7] Gerbaud L, Grondin M-A, Perrève A. A quand de véritables services de santé dans les universités ? *La santé des hommes*. 2008 ; (393) : 23-25.

[8] Raillard N. Le généraliste face aux adolescents. *Le forum des médecins généralistes. MG form* ; 2007 (20) : 11-12

- **OUVRAGES**

[9] Ardilly P. *Echantillonnage et méthodes d'enquêtes*. Paris : DUNOD. 2004. 375p.

[10] Ardilly P. *Les techniques de sondage*. Paris : Technip. 2006. 675p.

- [11] Beck F, Guignard R, Richard J-B, Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé. In : *Les comportements de santé des jeunes, analyses du Baromètre santé 2010*. Paris : INPES ; 2013. pp. 55-65.
- [12] Beck F, Richard J-B. *Les comportements de santé des jeunes, analyses du Baromètre santé 2010*. Paris : INPES ; 2013. 346p.
- [13] Beck F, Richard J-B. La santé des jeunes au coeur des enjeux stratégiques de santé publique. In : *Les comportements de santé des jeunes, analyses du Baromètre santé 2010*. Paris : INPES ; 2013. pp. 19-23.
- [14] Bernardin E, Tron I, Nossereau C, Michel L, Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (Usem). *La santé des étudiants en 2007*. Paris : Usem ; 2007. 109p.
- [15] Direction Générale de l'offre de soins, *Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS*, Paris : Ministère de la santé et des sports ; 2012. 120p.
- [16] Erlich V. *Les nouveaux étudiants. Un groupe social en mutation*. Paris : Armand Colin ; 1998.
- [17] Grignon C, Gruel L. *Le monde des étudiants*. Paris : PUF ; 1999.
- [18] Lahire B. *Les manières d'étudier*. Paris : la documentation française Cahier de l'OVE ; 1997. 175p.
- [19] Le Breton-Lerouillois G. *Atlas national de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} Janvier 2013*, Conseil national de l'ordre des Médecins Paris : Ordre National des Médecins ; 2013. pp. 9-29.
- [20] Le Breton-Lerouillois G. *Atlas national de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} Janvier 2013*, Conseil national de l'ordre des Médecins Paris : Ordre National des Médecins ; 2013. pp. 154-155.
- [21] Le Breton-Lerouillois, *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Situation au 1^{er} juin 2011*, Paris : Ordre national des médecins ; 2012. pp. 15-37.

[22] Lefebvre O. *Atlas régional des effectifs étudiants en 2011-2012*. Paris : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2012. pp. 9-27.

[23] Leplège A. *Le questionnaire MOS SF-36 : Manuel l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*, Paris : Estem ; 2011. pp. 122-126.

[24] Ménard C, Guignard R, Santé et consommation de soins des 15 - 30 ans. In : *Les comportements de santé des jeunes, analyses du Baromètre santé 2010*. Paris : INPES ; 2013. pp. 175-197.

[25] Observatoire national de la Vie Etudiante. *Les mondes étudiants, Enquête Conditions de vie 2010*. Paris : La documentation française ; 2011. 240p.

[26] Orr D, Gwosc C, Netz N, Bertelsmann Verlag W. *Social and economic conditions of student life in Europe. Synopsis of indicators. Final report. Eurostudent IV 2008-2011*. Germany : HIS GmbH. ; 2011. 277p.

[27] Pin S, Des constats à l'action. In : *Les comportements de santé des jeunes, analyses du Baromètre santé 2010*. Paris : INPES ; 2013. pp. 267-272

[28] Rey O. *L'enseignement supérieur sous le regard des chercheurs, les dossiers de la veille*. Lyon : Service de Veille Scientifique et Technologique de l'Institut National de Recherche Pédagogique ; 2005. pp. 5-13.

- **RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS**

[29] Agence Régionale de la Santé. *Projet régional de santé Provence-Alpes Côte d'Azur 2012*, Marseille : ARS ; 2012. 936p.

[30] Belghith F, Verley E, Vourc'h R, Zilloniz S. La vie étudiante. Repères. Observatoire national de la vie étudiante. 2011. pp. 14-24.

[31] Commission des affaires sociales. *Groupe de travail sur la sécurité sociale et la santé des étudiants - rapport d'information*. Décembre 2012.

[32] Commission Européenne. *Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*. Livre vert de la commission européenne. 2005.

[33] Conseil Economique Social et Environnemental (CESE). *Rapport annuel sur l'état de la France en 2012*. 2012.

[34] Cours des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné : une réforme inaboutie, In : *Rapport public annuel de la Cour des Comptes*. 2013. pp. 187-213.

[35] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). *Comptes nationaux de la santé – 2011*. Paris : Ministre de l'économie et des Finances collection études et statistique ; 2012 : pp.11-26.

[36] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). *Etat de santé de la population en France – Rapport 2011*. Paris : Ministre de l'économie et des Finances collection études et statistique ; 2012 : pp.15-36

[37] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). *Santé des jeunes. Conférence biennale sur la santé des jeunes du 29 Octobre 2009*. 2009. pp. 1-36.

[38] Enseignement supérieur et Recherche. *Les étudiants inscrits dans les universités publiques françaises en 2011-2012*. Note d'information. Janvier 2013. pp1-8.

[39] Grignon C. *Les étudiants en difficulté, pauvreté et précarité*. Rapport à monsieur le ministre de l'éducation nationale. Observatoire de la vie étudiante. Mai 2000. pp.1-18.

[40] Haute Autorité de Santé (HAS). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinée aux médecins généralistes, pédiatre et médecins scolaires*. Recommandations pour la pratique clinique. Septembre 2005.

[41] Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport IRDES n°547*. Juin 2011. 258p.

[42] La Mutuelle Des Etudiants (LMDE). *Quel est l'état de santé des étudiants en France? Enquête nationale sur la santé des Etudiants 2011*. 2011. pp.1-12.

[43] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. *Plan Santé Jeunes*. Février 2008. pp.33-38.

[44] Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGSIP). *Bilan d'activité des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé SUMPPS / SIUMPPS année universitaire 2011-2012*. 2013. pp. 1-30

[45] Organisation Mondiale de la Santé. *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*. 1946. 100p.

[46] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. 2002. pp.3-4.

[47] Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centre de Santé. *Projet de santé d'un centre de santé, règlement intérieur*. 2010. pp. 1-13.

[48] Tourret A. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur le régime étudiant de sécurité sociale*. Assemblée nationale. 1999.

[49] Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM). *La santé des étudiants en 2009*. Paris : Usem ; 2009. 84p.

[50] Union nationale des mutuelles étudiantes régionales (USEM). *La santé des étudiants en 2011*. Paris : Usem ; 2011. 100p.

[51] Wauquiez L. *Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ? Rapport de mission parlementaire au Premier ministre*. Assemblée nationale. 2006. 159p.

[52] Wauquier L. *Rapport d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants ; Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion d'une mission d'information*. Assemblée nationale. 2006

[53] World family doctors caring for people Europe (WONCA). *La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille*. 2002

- **THESES**

[54] Lacotte-Marly E. *Les jeunes et leur médecin traitant*. Thèse de doctorat : médecine. Paris : Université René Descartes Paris V. 2004.

[55] Perrollet A. *Approche du mal être étudiant : Enquête descriptive évaluant la qualité de vie, l'estime de soi, la consommation de substances psycho actives et la place du médecin généraliste auprès des étudiants de première année d'enseignement supérieur à Nice*. Thèse de doctorat : médecine. Nice : Université Nice Sophia Antipolis. 2011.

- **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES – JURISPRUDENCES**

[56] France. Circulaire n°2006–215 du 26 décembre 2006 d'application du décret numéro 2005–1617 du 21 décembre 2005 relatif à l'organisation des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap.

[57] France. Décret n° 2000–1220 du 13 décembre 2000 relatif aux centres de santé et modifiant le code de santé publique. JORF 15 décembre 2000. p. 19937.

[58] France. Décret n° 2005–1617 du 21 décembre 2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap.

[59] France. Décret n° 2008–1026 du 7 octobre 2008 relatif à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. JORF, 09 octobre 2008. p. 15518.

[60] France. Décret N°2009-477 du 27 avril 2009 relatif à certaines catégories de visas pour un séjour en France d'une durée supérieure à 3 mois. JORF, 29 avril 2009. p. 7255.

[61] France. Le code de l'éducation – art. L711–7 (VII)

[62] France. Le code de l'éducation – art. L831–1 (VIII)

[63] France. Le code de l'éducation – art. L831–3 (VIII)

[64] France. Le code de la santé publique – art. L1411–8 (I)

[65] France. Le code de la santé publique – art. L1411–11 (V)

[66] France. Le code de la santé publique – art. L6323-1 (II)

[67] France. Code de la sécurité sociale – art.L381-4 (VIII)

[68] France. Loi n°2005–102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées –art 20 (I)

[69] France. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF, 22 juillet 2009. p. 12184.

[70] Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Médecine Préventive. Organisation et missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. *Bulletin officiel* ; 2010 (14).

- **ADRESSES ELECTRONIQUES**

[71] Conseil général des Alpes-Maritimes. Aide médicale et sociale (en ligne). (Consulté le 02/10/13). Disponible sur : <http://www.cg06.fr>

[72] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). Renoncement aux soins pour raisons financières - Deuxième rapport au Parlement octobre 2012 (en ligne). (Consulté le 02/10/2013). Disponible sur : www.drees.sante.gouv.fr

[73] Direction Stratégie et Développement UNS. Analyse sociodémographique des étudiants de l'université Nice Sophia Antipolis. Observations et statistiques n°5 2011-2012. Service d'aide au pilotage Etablissement (en ligne). (Consulté le 02/10/2013). Disponible sur le site internet www.unice.fr

[74] Direction Stratégie et Développement UNS. Les chiffres de l'université de Nice Sophia Antipolis 2012-2013. Service Aide au Pilotage Etablissement (en ligne). (Consulté le 02/10/13). Disponible sur : www.unice.fr

[75] Direction Stratégie et Développement UNS. Premiers constats effectifs étudiants Rentrée 2012/2013. Service Aide au Pilotage Etablissement (en ligne). (Consulté le 02/10/2013). Disponible sur : www.unice.fr

[76] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Définition et Méthode (en ligne). (Consulté le 02/10/13). Disponible sur www.insee.fr

[77] Médecine préventive - Université de Nice Sophia Antipolis (en ligne). (Consulté le 02/10/2013). Disponible sur : www.unice.fr

[78] Observatoire de Médecine Générale. Top 25 / Les diagnostics les plus fréquents, Société Française de Médecine Générale 2004 (en ligne). (Consulté le 02/10/2013). Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>

[79] Sécurité sociale étudiante. Direction de l'information légale et administrative (en ligne). (Consulté le 02/10/2013). Disponible sur : www.service-public.fr

ANNEXES

ANNEXE 1

Enquête 2012-2013 Centre de Santé universitaire
Questionnaire d'aide à la création d'un Centre de Santé pour les étudiants de
l'Université Nice Sophia Antipolis

L'UNS travaille actuellement à la création d'un Centre de Santé universitaire pour tous les étudiants.

Merci de prendre 3 minutes pour répondre à ce questionnaire, pour nous permettre de mettre en place les mesures les plus adaptées à vos attentes et besoins en terme de santé.

Toutes les données seront traitées de manière totalement ANONYME ET CONFIDENTIELLE.

VOTRE PROFIL

1- Vous êtes : (*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes*)

- Une femme
- Un homme

2- Etes-vous de nationalité française ? (*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes*)

- Oui
- Non

3- Quel est votre âge ?

(*Exemple : 23*)

4- Avez-vous obtenu votre baccalauréat dans le département des Alpes-Maritimes?

(*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes*)

- Oui
- Non

5- Où habitez-vous ? (*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes*)

- Chez vos parents
- En cité universitaire
- En logement indépendant

6- Avez-vous un médecin traitant ? (*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes*)

- Oui
- Non

7- Votre médecin traitant est : *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Le médecin traitant de votre famille
- Un médecin traitant différent de celui de votre famille

8- Etes-vous satisfait de votre médecin traitant ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

9- Pour quelle(s) raison(s) principale(s) n'êtes-vous pas satisfait de votre médecin traitant ? *(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- Accès difficile
- Délai prolongé pour avoir un rendez-vous
- Nécessité de faire l'avance du prix de la consultation
- Par peur d'un manque d'anonymat par rapport à ma famille
- Autres:

10- Où exerce votre médecin traitant ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Dans la ville où vous étudiez
- Dans une autre ville des Alpes-Maritimes
- Hors du département des Alpes-Maritimes

11- Pour quelle raison principale n'avez-vous pas de médecin traitant ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Vous n'en avez pas encore eu le besoin
- Vous ne savez pas comment faire pour voir un médecin traitant
- Vous ne savez pas que c'est obligatoire
- Vous n'en voulez pas

12- Quelles sont vos ressources financières principales ? *(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- Aide parentale / familiale
- Aide du concubin
- Travail à côté des études à temps partiel
- Travail à côté des études à temps plein
- Stage rémunéré
- Bourse d'étude (doctorant)
- Bourse CROUS
- Aide d'urgence du CROUS
- Allocation (exemple : APL)

13- Avez-vous le sentiment d'avoir des difficultés financières ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui

- Non

14- Votre famille est-elle éloignée de votre lieu d'étude ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Famille dans la même ville
- Famille dans le même département
- Famille dans un autre département
- Famille à l'étranger

15- Avez-vous une mutuelle ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

16- Quel type de mutuelle avez-vous ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- La mutuelle de vos parents
- Une mutuelle étudiante
- Une mutuelle non étudiante
- La CMU complémentaire
- Je ne sais pas

VOTRE SANTE

17- Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est : *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Médiocre
- Mauvaise

18- La plupart du temps lorsque vous êtes malade : *(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- Vous consultez votre médecin traitant
- Vous demandez conseil à votre pharmacien
- Vous consultez un autre médecin généraliste
- Vous vous rendez à la médecine préventive universitaire
- Vous vous auto-médiquez
- Vous prenez des médicaments qu'un proche vous donne (parents, amis)
- Vous consultez un site internet spécialisé en santé
- Vous vous rendez à l'hôpital, aux urgences
- Vous vous rendez dans un centre de santé (mutualiste, municipal, ...)
- Vous attendez que cela passe

19- Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté un professionnel de santé ?*(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

20- Pour quelles raisons n'avez vous pas consulté ?*(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- Vous n'en éprouvez pas le besoin
- Cela coûte trop cher
- L'attente est trop longue
- Vous manquez de temps pour consulter
- Le lieu de consultation est trop loin géographiquement
- Vous comptez y aller bientôt

21- Précisez quel(s) professionnel(s) vous avez rencontré(s) : *(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- Généraliste
- Gynécologue
- Psychiatre / Psychologue
- Endocrinologue
- Nutritionniste
- Dermatologue
- ORL
- Pneumologue
- Allergologue
- Gastro-entérologue
- Ophtalmologue
- Dentiste
- Autres:

22- D'une façon générale, quels sont les motifs de consultations les plus fréquents dans votre cas auprès d'un professionnel de santé ? *(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- rhume / sinusite / rhinite allergique
- angine / otite / laryngite
- bronchite / asthme
- vaccination
- contraception / troubles des règles
- procédures administratives / certificat
- douleurs au ventre
- infection génitale / infection urinaire
- fatigue / troubles du sommeil
- mal de tête / migraine
- Tristesse / Humeur dépressive
- besoin d'aide face à une situation éprouvante / stress
- eczéma / acné / allergie cutanée
- blessures / contusions / douleurs articulaires

- anorexie / boulimie / surpoids / problèmes nutritionnels
- examen systématique et prévention / dépistage
- Aide au sevrage de tabac / alcool / autres toxiques

23- Etes-vous reconnu(e) étudiant(e) handicapé(e) par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

24- Etes-vous inscrit(e) ou comptez-vous vous inscrire à la Cellule d'Accueil des Etudiants Handicapés (CAEH) ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

Il n'est pas nécessaire d'être inscrit à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour pouvoir s'inscrire à la Cellule d'Accueil des Etudiants Handicapés (CAEH).

25- Pensez-vous que vous aurez besoin de consulter un médecin durant l'année à venir ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

VOS ATTENTES

26- Qu'attendez-vous sur le plan logistique de la création d'un Centre de Santé universitaire pour les étudiants ? *(Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 5)*

- Un délai rapide pour obtenir une consultation (<48H)
- Anonymat par rapport à votre médecin traitant
- Gratuité immédiate des soins
- Facilité d'accès (localisation sur votre campus)
- Rencontrer des professionnels habitués aux problématiques étudiantes

Classez de 1 à 5 les critères ci dessus dans un ordre croissant : le numéro 1 correspond au critère le plus important pour vous, le numéro 5 correspond au critère le moins important pour vous.

27- Quelles sont les spécialités médicales et paramédicales que vous aimeriez retrouver dans le Centre de Santé universitaire ? *(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Ophtalmologue
- Psychiatre / Psychologue
- Médecin du sport
- Dermatologue

- Addictologue (aide au sevrage)
- Nutritionniste / Diététicienne
- Dentiste
- Infirmière
- Autres :

28- Attendez-vous la possibilité d'un suivi régulier par un médecin généraliste dans ce Centre de Santé? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

29- Aimeriez-vous que le médecin généraliste travaillant dans ce Centre de Santé puisse devenir votre médecin traitant si vous le souhaitez ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Non

30- Envisageriez-vous de consulter dans cette maison de santé universitaire pour: *(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)*

- un problème de santé ponctuel
- un certificat médical
- une vaccination
- une contraception (régulière ou d'urgence)
- un suivi médical régulier
- un soutien psychologique
- effectuer un dépistage
- obtenir un conseil de prévention
- réaliser un soin ponctuel (exemple: pansement infirmier)
- obtenir une aide administrative pour un aménagement spécifique en cas de handicap

31- En conclusion, êtes-vous favorable à l'ouverture d'un Centre de Santé s'ajoutant à la médecine préventive actuelle ? *(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

32- Avez-vous un commentaire ou une remarque à faire sur ce projet de Centre de Santé universitaire pour les étudiants de l'UNS ?

ANNEXE 2

TABLEAU DES DONNES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES (n=2676)

	Femmes n= 1665	Hommes n=783	p
Etranger	285 (17,12%)	172 (21,97%)	<0,05
Age :	21,8	22,08	
-moins de 19 ans	269 (16,17%)	101 (12,90%)	
-19-20 ans	485 (29,10%)	212 (27,20%)	
-21-22 ans	404 (24,26%)	198 (25,28%)	
-23-25 ans	320 (19,22%)	158 (20,18%)	
-plus de 25 ans	182 (10,93%)	109 (13,92%)	
Bac hors département des alpes maritimes	713 (42,82%)	322 (41,12%)	
Licence	1105 (66,36%)	497 (63,47%)	
Master	460 (27,63%)	220 (28,09%)	
Doctorat	93 (5,59%)	63 (8,95%)	<0,05
Filières actuelles :			
-Espaces et cultures	19 (1,14%)	10 (1,28%)	
-Droit	156 (9,37%)	70 (8,94%)	
-EPU Polytech	11 (0,7%)	12 (1,53%)	
-IAE	63 (3,78%)	28 (3,58%)	
-MASH	660 (39,64%)	136 (17,37%)	
-ISEM	145 (8,71%)	87 (11,11%)	
-Médecine	116 (6,97%)	53 (6,77%)	
-Odontologie	11 (0,70%)	7 (0,90%)	
-STAPS	28 (1,68%)	43 (5,49%)	
-Sciences	336 (20,18%)	275 (35,12%)	
-IUT	88 (5,29%)	52 (6,64%)	
-IUFM	30 (1,80%)	5 (0,64%)	
-IPDP	2 (0,12%)	4 (0,51%)	
Habitent chez parents	650 (39,04%)	315 (40,23%)	>0,05
Habitent en cité U	220 (13,21%)	130 (16,60%)	<0,05
Habitent en logement Indépendant	764 (45,89%)	324 (41,38%)	<0,05
A un médecin traitant (MT)	1468 (88,17%)	644 (82,25%)	<0,05
Parmi eux :			
⇒ -MT est le médecin de la famille	989 (67,37%)	437 (67,86%)	

-MT hors département	264 (17,98%)	90 (13,98%)	
-Insatisfaits de leur MT	139 (9,47%)	53 (8,22%)	
=>Motifs insatisfaction			
Parmi eux (réponses multiples Possibles)			
-accès difficile	35 (25,17%)	21 (39,62%)	
- délais prolongé pour avoir un RDV	27 (20,00%)	17 (32,08%)	
-nécessité de faire l'avance du prix de la consultation	43 (31,85%)	20 (37,73%)	
-Peur d'un manque d'anonymat par rapport à la famille	16 (11,85%)	9 (16,98%)	
-autre	69 (44,52%)	13 (24,53%)	
Pas de MT	155 (9,31%)	115 (14,69%)	<0,05
=>Explications pas de MT :			
-n'en ressent pas le besoin	70 (45,16%)	60 (52,17%)	
-ne sait pas comment faire	35 (22,58%)	29 (25,22%)	
-ne sais pas que c'est obligatoire	15 (9,68%)	10 (8,70%)	
-n'en veut pas	14 (9,03%)	8 (6,96%)	
Famille hors département ou à l'étranger	717 (43,07%)	317 (40,48%)	>0,05
Ressources financières :			
-Aide parentale/ familiale	1025 (61,56%)	497 (63,47%)	<0,05
-Aide concubin	87 (5,23%)	13 (1,66%)	<0,05
-Travail tps partiel	429 (25,77%)	191 (24,39%)	>0,05
-Travail tps plein	38 (2,28%)	22 (2,81%)	>0,05
-Stage rémunéré	71 (4,26%)	47 (6,00%)	>0,05
-Bourse d'études	60 (3,60%)	45 (5,75%)	<0,05
-Bourse CROUS	590 (35,44%)	218 (27,84%)	<0,05
-Aide d'urgence	13 (0,78%)	1 (0,13%)	<0,05*
-Allocation	336 (20,18%)	170 (21,71%)	>0,05
Sentiment d 'avoir des difficultés financières	857 (51,47%)	336 (42,91%)	<0,05
Pas de mutuelle	245 (14,71%)	123 (15,71%)	
Mutuelle :	1358 (81,56%)	631 (80,59%)	
-des parents	545 (40,13%)	215 (34,13%)	<0,05
-étudiante	584 (43,32%)	304 (48,25%)	>0,05
-non étudiante	157 (11,56%)	71 (11,27%)	
-CMU complémentaire	28 (2,06%)	18 (2,86%)	

*Utilisation du test exact de Fischer

TABLEAU ETAT DE SANTÉ

	Femmes n=1665	Hommes n=783	p
Santé ressentie positive	1428 (85,76%)	691 (89,14%)	>0,05
Santé ressentie négative	169 (10,15%)	44 (5,62%)	<0,05
Attitude face à la maladie :			
-consulte son MT	849 (50,99%)	357 (45,59%)	<0,05
-demande conseil pharmacien	297 (17,84%)	100 (12,77%)	<0,05
-consulte un autre médecin généraliste	101 (6,07%)	57 (7,28%)	>0,05
-se rend au SUMPPS	7 (0,42%)	6 (0,77%)	
-s'auto-médique	804 (48,29%)	303 (38,70%)	<0,05
-prend des médicaments qu'un proche donne	447 (26,85%)	192 (24,52%)	
-consulte un site internet spécialisé en santé	118 (7,09%)	50 (6,39%)	
-se rend à l'hôpital, aux urgences	54 (3,24%)	27 (3,45%)	
-se rend dans un centre de santé	20 (1,20%)	9 (1,15%)	
-attend que cela passe	688 (41,32%)	353 (45,08%)	>0,05
A consulté ces 12 derniers mois	1413 (84,86%)	559 (71,39%)	<0,05
=>Parmi eux, Professionnels rencontrés			
-Généraliste	1161 (82,17%)	462 (82,65%)	
-Gynécologue	680 (48,12%)	2 (0,36%)	
-Psychiatre / Psychologue	146 (10,33%)	42 (7,51%)	
-Endocrinologue	67 (4,74%)	10 (1,79%)	
-Nutritionniste	43 (3,04%)	11 (1,97%)	
-Dermatologue	279 (19,60%)	72 (12,88%)	
-ORL	95 (6,72%)	39 (6,98%)	
-Pneumologue	28 (1,98%)	13 (2,33%)	
-Allergologue	64 (4,53%)	29 (5,19%)	
-Gastro-entérologue	61 (4,32%)	29 (5,19%)	
-Ophtalmologue	431 (30,50%)	121 (21,65%)	
-Dentiste	632 (44,73%)	217 (38,82%)	
-Autre	137 (9,70%)	91 (16,28%)	
N'a pas consulté ces 12 derniers mois	177 (10,63%)	165 (21,07%)	<0,05
=>Parmi eux, pour quelles raisons n'a pas consulté :			
-pas le besoin	116 (65,54%)	129 (78,18%)	
-cela coûte trop cher	63 (35,59%)	40 (24,24%)	

-l'attente est trop longue	29 (16,38%)	16 (9,70%)	
-par manque de temps	41 (23,16%)	31 (18,79%)	
-lieu de consultation trop loin	9 (5,08%)	7 (4,24%)	
-compte y aller bientôt	17 (9,60%)	10 (6,06%)	
Etudiants handicapés	22 (1,32%)	14 (1,79%)	
Etudiants inscrit au CAEH 44	44 (2,64%)	21 (2,68%)	
Pense avoir besoin de consulter durant l'année à venir	1229 (73,81%)	447 (57,09%)	<0,0

TABLEAU CENTRE DE SANTÉ

	Femmes n= 1665	Hommes n=783	p
Spécialités médicales et paramédicales souhaitées dans le CSU:			
-Médecin généraliste	1346 (80,84%)	612 (78,16%)	>0,05
-Gynécologue	1014 (60,90%)	76 (9,71%)	<0,05
-Ophtalmologue	622 (37,36%)	253 (32,31%)	
-Psychiatre / Psychologue	708 (42,52%)	276 (35,25%)	<0,05
-Médecin du sport	311 (18,68%)	270 (34,48%)	<0,05
-Dermatologue	498 (29,91%)	172 (28,97%)	
-Addictologue (aide au sevrage)	184 (11,05%)	96 (12,26%)	
-Nutritionniste / Diététicienne	613 (36,82%)	185 (23,62%)	<0,05
-Dentiste	816 (49,01%)	377 (48,15%)	
-Infirmière	462 (27,75%)	218 (27,84%)	
-Autre	53 (3,18%)	48 (6,13%)	
Suivi régulier par MG attendu => parmi étudiants voulant Veut MT dans le centre	708 (42,52%)	312 (43,88%)	
	546 (77,12%)	241 (77,24%)	
Favorable ouverture centre	1505 (90,39%)	658 (84%)	
Défavorable ouverture centre	20 (1,20%)	17 (2,17%)	>0,05

ANNEXE 3

COMPARAISONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ETUDIANTS SELON LE NIVEAU DE SANTE RESSENTI

	Santé ressentie : Excellente Très bonne Bonne n=2134 (79,897%)	Santé ressentie : Médiocre Mauvaise n= 219 (8,18 %)	p
Age moyen	21,8	22,7	
Etrangers	373 (17,5%)	50 (22,8%)	<0,05
Filières			
-Espaces et Cultures	27 (1,27%)	2 (0,9%)	>0,05
-Droits	194 (9,10%)	27 (12,33%)	>0,05
-Polytech Nice	21 (1%)	2 (0,9%)	>0,05
-IAE	83 (3,89%)	6 (2,74%)	>0,05
-LASH	687 (32,19%)	80 (36,53%)	>0,05
-ISEM	193 (9,04%)	23 (10,50%)	>0,05
-Médecine	160 (7,50%)	5 (2,28%)	<0,05
-Odontologie	17 (0,8%)	0	>0,05
-STAPS	64 (3%)	4 (1,8%)	>0,05
-Sciences	545 (24,13%)	41 (18,72%)	>0,05
-IUT	115 (5,39%)	18 (8,22%)	>0,05
-IUFM	24 (1,12%)	9 (4,1%)	>0,05
-IPDP	4 (0,18%)	2 (0,9%)	>0,05
Cycles :			
-Licence	1396 (65,40%)	144 (65,08%)	>0,05
-Master	589 (27,60%)	64 (29,20%)	>0,05
-Doctorat	143 (6,70%)	8 (3,70%)	>0,05
Bac hors département des Alpes Maritimes	882 (41,33%)	105 (48%)	>0,05
Famille à l'étranger ou Hors département	878 (41,1%)	113 (51,6%)	<0,05
Habitat :			
-chez les parents	863 (40,4%)	69 (31,5%)	<0,05
-en cité universitaire	295 (13,8%)	38 (17,3%)	>0,05
-en logement indépendant	938 (44%)	106 (48,4%)	>0,05
Sentiments d'avoir des difficultés financières	1008 (47,2%)	144 (65,75%)	<0,05

Ressources financières :			
-aide parentale/familiale	1358 (63,4%)	108 (49,3%)	<0,05
-aide du concubin	87 (4,1%)	10 (4,57%)	>0,05
-travail à coté des études en temps partiel	543 (25,4%)	57 (26,03%)	>0,05
-travail à côté des études en temps plein	53 (2,4%)	1 (0,5%)	>0,05
-stage rémunérés	104 (4,9%)	12 (5,5%)	>0,05
-bourse d'études (doctorant)	95 (4,4%)	10 (4,6%)	<0,05
-bourse CROUS	679 (31,8%)	93 (42,5%)	<0,05
-aides d'urgence du CROUS	11 (0,5%)	3 (1,4%)	>0,05
-Allocations	433 (20,3%)	62 (28,3%)	<0,05
Absence de Médecin Traitant	235 (11,02%)	19 (8,68%)	>0,05
Présence médecin traitant Parmi eux :	1842 (86,3%)	194 (88,58%)	>0,05
-Médecin traitant hors du Département des alpes Maritimes	320 (17,4%)	22 (11,3%)	<0,05
-Insatisfaction MT	136 (7,4%)	51 (26,3%)	<0,05
Parmi eux, motifs d'insatisfaction Envers le MT (plusieurs réponses Possibles):			
-accès difficile	36 (26,5%)	16 (8,2%)	
-délai prolongé pour avoir un RDV	32 (23,5%)	12 (6,2%)	
-nécessité de faire l'avance du prix de la consultation	35 (25,7%)	26 (13,4%)	
-peur d'un manque d'anonymat par rapport à la famille	19 (13,97%)	6 (3,1%)	
Pas de mutuelle	308 (14,4%)	40 (18,3%)	>0,05
Etudiants handicapés	23 (1,1%)	14 (6,4%)	<0,05
Etudiants inscrits au CAEH	43 (2%)	23 (10,5%)	<0,05

ANNEXE 4

Regroupements des items des questions 22 et 30 en 4 catégories : motifs CURATIFS - PREVENTIFS - ADMINISTRATIFS - PSYCHOLOGIQUES

❖ **Pour la question 22** : « D'une façon générale, quels sont les motifs de consultations les plus fréquents dans votre cas auprès d'un professionnel de santé ? » :

- motifs curatifs : ce groupe contient les items suivants
 - rhume / sinusite / rhinite allergique
 - angine / otite / laryngite
 - bronchite / asthme
 - douleurs au ventre
 - infection génitale / infection urinaire
 - fatigue / troubles du sommeil
 - mal de tête / migraine
 - douleurs au ventre
 - eczéma / acné / allergie cutanée
 - blessures / contusions / douleurs articulaires

- motifs préventifs : ce groupe contient les items suivants
 - vaccination
 - contraception / troubles des règles
 - examen systématique et prévention / dépistage

- motifs psychologiques : ce groupe contient les items suivants
 - Aide au sevrage de tabac / alcool / autres toxiques
 - Tristesse / Humeur dépressive
 - besoin d'aide face à une situation éprouvante / stress
 - anorexie / boulimie / surpoids / problèmes nutritionnels

- motifs administratifs : ce groupe contient les items suivants
 - procédures administratives / certificat

❖ **Pour la question 30** « Envisageriez-vous de consulter dans cette maison de santé universitaire pour.. » :

- motifs curatifs : ce groupe contient les items suivants
 - un problème de santé ponctuel
 - un suivi médical régulier
 - réaliser un soin ponctuel (exemple: pansement infirmier)

- motifs préventifs : ce groupe contient les items suivants
 - une vaccination
 - une contraception (régulière ou d'urgence)
 - effectuer un dépistage
 - obtenir un conseil de prévention

- motifs administratifs: ce groupe contient les items suivants
 - un certificat médical
 - obtenir une aide administrative pour un aménagement spécifique en cas de handicap

- motifs psychologiques : ce groupe contient l'item
 - un soutien psychologique

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 :

Projections régionales des actifs en 2018 (Atlas national- CNOM 2013) 39

Figure 2 :

Les médecins inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière à l'échelle départementale ;
Variation 2007/2013 (Atlas National – CNOM 2013) 40

Figure 3 :

Pyramide des âges des généralistes (Atlas national -CNOM 2013) 41

Figure 4 :

Projection départementale des médecins spécialistes en médecine générale (Atlas national -
CNOM 2013) 41

Figure 5 :

Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5000 habitants à l'échelle des
bassins de vie (la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Provence
Alpes côte d'Azur, situation au 1er juin 2011). SROS 2012 42

Figure 6 :

Evolution des réponses à l'enquête en fonction des relances 57

Figure 7 :

Diagramme de flux 58

Figure 8 :

Genre 58

Figure 9 :

Nationalité 59

Figure 10 :

Répartition des aides financières perçues par les étudiants 60

<u>Figure 11 :</u>	
Localisation familiale	61
<u>Figure 12 :</u>	
Lieu d'habitation des étudiants	62
<u>Figure 13 :</u>	
Etat de santé ressenti	63
<u>Figure 14 :</u>	
Motifs de non consultation d'un professionnel de santé durant l'année précédente	63
<u>Figure 15 :</u>	
Existence d'un médecin traitant	64
<u>Figure 16 :</u>	
Motifs d'insatisfaction envers le médecin traitant	80
<u>Figure 17 :</u>	
Motif principal expliquant l'absence de médecin traitant	81
<u>Figure 18 :</u>	
Professionnels rencontrés par les étudiants durant l'année précédente	102
<u>Figure 19 :</u>	
Professionnels espérés par les étudiants au sein du futur centre de santé universitaire	103
<u>Figure 20 :</u>	
Accueil du projet d'ouverture de centre de santé universitaire par les étudiants	106

TABLEAUX :Tableau 1 :

Médecine générale : effectifs, densité et projection en activité régulière (Atlas national 2013, conseil national de l'ordre des médecins) 43

Tableau 2 :

Age de notre échantillon 59

Tableau 3 :

Type d'aides financières perçues par les étudiants 60

Tableau 4 :

Données sociodémographiques retrouvées différentes de façon statistiquement significative selon le genre 66

Tableau 5 :

Données de santé retrouvées différentes de façon statistiquement significative selon le genre 67

Tableau 6 :

Comparaisons des caractéristiques générales de notre échantillon à sa population de référence 68

Tableau 7 :

Synthèse des principaux facteurs de risque de « stress santé » identifiés 70

Tableau 8 :

Comparaison des comportements de santé des étudiants selon leur nationalité 73

Tableau 9 :

Comparaison des comportements de santé des étudiants selon l'existence d'un sentiment de problèmes financiers 74

Tableau 10 :

Comparaison des comportements de santé des étudiants selon que l'étudiant a sa famille en dehors du département (=isolé) ou au moins dans le département (non isolé) 75

Tableau 11 :

Couverture médicale des étudiants soumis à un « stress santé » comparativement à l'ensemble de notre échantillon 76

Tableau 12 :

Comparaison des besoins de santé exprimés par les étudiants soumis à un stress santé et ceux de l'ensemble de notre échantillon 77

Tableau 13 :

Situations à risque de rupture de suivi médical chez les étudiants ayant un « stress santé» 79

Tableau 14 :

Synthèse des comportements de santé actuels pour 3 catégories d'étudiants en situation de risque de rupture de suivi médical 83

Tableau 15 :

Synthèse des besoins de suivi dans le centre de santé exprimés par catégories d'étudiants à risque de rupture de suivi médical 84

Tableau 16 :

Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants, par catégories de motifs de consultations 86

Tableau 17 :

Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, en population totale 87

Tableau 18 :

Motifs actuels de consultation des étudiants, selon le genre, par catégories de motifs de consultations 89

Tableau 19 :

Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants, chez les femmes, par catégories de motifs de consultations 90

Tableau 20 :

Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les femmes 91

Tableau 21 :

Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants, chez les hommes, par catégories de motifs de consultations 92

Tableau 22 :

Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les hommes 93

Tableau 23 :

Motifs actuels de consultations des étudiants, selon le niveau de santé ressenti, par catégories de motifs de consultations 94

Tableau 24 :

Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants se sentant en bonne santé, par catégories de motifs de consultations 95

Tableau 25 :

Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les étudiants se sentant en bonne santé 96

Tableau 26 :

Evaluation de l'impact de la création d'un CSU sur le nombre de consultations des étudiants se sentant en mauvaise santé, par catégories de motifs de consultations 97

Tableau 27 :

Synthèse : Modifications induites par l'ouverture d'un CSU sur la proportion de consultations de chaque catégorie de consultations, chez les étudiants se sentant en mauvaise santé 98

Tableau 28 :

Classement des critères logistiques : pourcentage d'étudiants ayant classé chacun des critères comme critère logistique principal 99

Tableau 29 :

Comparaison du nombre de consultations réalisées / nombre de consultations imaginées par les différentes populations d'étudiants 105

Tableau 30 :

Accueil du projet de création d'un centre de santé universitaire par les différentes catégories d'étudiants étudiée 107

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	8
REMERCIEMENTS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION	16
1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE : CONTEXTE ACTUEL	18
1.1. Définitions	18
1.1.1. <u>Etre étudiant à l'université</u>	18
1.1.1.1 Définition de l'étudiant, de l'enseignement supérieur et de l'université	18
1.1.1.2 La « catégorie » étudiant	19
1.1.2 <u>La santé</u>	20
1.1.3 <u>La sécurité sociale étudiante</u>	21
1.2. Les études nationales sur la santé des étudiants	23
1.2.1. <u>L'Observatoire de la Vie Etudiante</u>	24
1.2.2. <u>Les études mutualistes</u>	25
1.2.2.1. Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes	25
1.2.2.2. Enquête nationale sur la santé des étudiants	26
1.2.3. <u>Institut National de Prévention et d'éducation à la Santé</u>	27
1.3. Médecin généraliste et population étudiante	28
1.3.1. <u>Définition et champs d'action de la médecine générale</u>	28
1.3.2. <u>Le médecin généraliste et les « jeunes »</u>	30

1.4. Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé	32
1.4.1. <u>Fondements juridiques</u>	32
1.4.2. <u>Rôles obligatoires</u>	33
1.4.3. <u>Rôles facultatifs</u>	35
1.5. Les centres de santé universitaires	37
1.5.1. <u>Définition – Fonctionnement</u>	37
1.5.2. <u>Etat des lieux des Centres de Santé Universitaires</u>	38
1.6. L'offre de soin locale	39
1.6.1. <u>Comparaison avec l'offre nationale de soins</u>	39
1.6.2. <u>Les actions médicales et sociales dans les Alpes Maritimes</u>	43
1.7. Données de santé connues concernant la population étudiante de l'UNS	44
1.8. Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de l'Université de Nice Sophia Antipolis	46
1.8.1. <u>Présentation</u>	46
1.8.2. <u>Organisation - Bilan d'activité 2011-2012</u>	46
2. MATERIEL ET METHODES	48
2.1. Objectif principal	48
2.2. Objectifs secondaires	48
2.3. Type d'enquête	49
2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	49

2.5. Recrutement	49
2.6. Modalités d'enquête	49
2.6.1. <u>Questionnaire auto administré</u>	49
2.6.2. <u>Phase test</u>	50
2.6.3. <u>Pérennité du questionnaire</u>	50
2.6.4. <u>Structure du questionnaire et choix des questions</u>	50
2.6.5. <u>Administration du questionnaire</u>	53
2.6.6. <u>Saisie des questions et recueil des données</u>	55
2.6.7. <u>Déclaration à la CNIL</u>	56
2.6.8. <u>Analyse statistique</u>	56
3. RÉSULTATS	57
3.1. Description globale de la population	57
3.1.1. <u>Résultats bruts – diagramme de flux</u>	58
3.1.2. <u>Caractéristiques générales de notre échantillon</u>	58
3.1.2.1. Au niveau sociodémographique	58
3.1.2.2. Au niveau médical	62
3.1.3. <u>Spécificités liées au sexe</u>	65
3.1.4. <u>Comparaison échantillon – population étudiante de l'UNS</u>	67
3.2. Facteurs de risque de santé	69
3.2.1. <u>Mise en évidence de « stress santé »</u>	71
3.2.2. <u>Comportements de santé des étudiants soumis aux principaux « stress santé »</u>	72
3.2.3. <u>Suivi médical des étudiants soumis à ces « stress santé »</u>	76
3.2.3.1. Couverture médicale	76
3.2.3.2. Besoins de santé exprimés	77

3.3. Place du médecin généraliste auprès des étudiants	78
3.3.1. <u>Etudiants à risque de rupture de suivi médical</u>	78
3.3.2. <u>Comportements de santé actuel des étudiants à risque de rupture de suivi médical</u>	81
3.3.3. <u>Besoins exprimés de suivi médical parmi les étudiant à risque de rupture de suivi médical</u>	84
3.4. Motifs de consultations des étudiants	85
3.4.1. <u>Catégories de motifs de consultations actuels et souhaités</u>	85
3.4.2. <u>Conséquences de la création d'un CSU sur l'importance relative des différentes catégories de motifs de consultations en population générale</u>	86
3.4.3. <u>Conséquences de la création d'un CSU sur l'importance relative des différentes catégories de motifs de consultations selon les groupes d'étudiants</u>	87
3.4.3.1. <i>Selon le genre</i>	88
3.4.3.1.1. Consultations actuelles	88
3.4.3.1.2. Consultations souhaitées	89
3.4.3.1.2.1. Femmes	89
3.4.3.1.2.2. Hommes	91
3.4.3.2. <i>Selon le niveau de santé ressenti</i>	93
3.4.3.2.1. Consultations actuelles	93
3.4.3.2.2. Consultations souhaitées	94
3.4.3.2.2.1. Bonne santé ressentie	95
3.4.3.2.2.2. Mauvaise santé ressentie	96

3.5. Aspects organisationnels du futur centre de santé	98
3.5.1. <u>Besoins et attentes spécifiques des étudiants</u>	98
3.5.1.1. Gratuité	99
3.5.1.2. Délai rapide pour obtenir une consultation	100
3.5.1.3. Facilité d'accès	100
3.5.1.4. Professionnels habitués aux problématiques étudiantes	100
3.5.1.5. Anonymat	101
3.5.2. <u>Professionnels de santé</u>	101
3.5.2.1. Ceux rencontrés par les étudiants	101
3.5.2.2. Ceux plébiscités par les étudiants	102
3.5.3. <u>Perspectives de fréquentation du centre de santé</u>	104
3.5.3.1. Comparaison nombre de consultations réalisées - consultations imaginées par les étudiants	104
3.5.3.2. Accueil du projet de création d'un centre de santé universitaire	106
4. DISCUSSION	110
4.1. Objectifs de l'étude et méthodologie	110
4.2. Analyse des résultats	113
4.2.1. <u>Généralisation et extrapolation</u>	113
4.2.1.1. Généralisation	113
4.2.1.2. Extrapolation	114
4.2.2. <u>Etat des lieux de la population étudiante de l'UNS</u>	115
4.2.2.1. Caractéristiques démographiques et sociales	115

4.2.2.2.	Etat de santé	118
4.2.2.3.	Comportements de santé	120
4.2.3.	<u>Rôles identifiés du centre de santé universitaire et place du médecin généraliste</u>	122
4.2.3.1.	Stress santé	123
4.2.3.1.1.	Stress « sentiment de difficultés financières »	123
4.2.3.1.2.	Stress « isolement familial »	124
4.2.3.1.3.	Stress « être étranger »	125
4.2.3.2.	Situations à risque de rupture de suivi médical	127
4.2.4.	<u>Transformation du Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé en centre de santé universitaire : impact de l'apport d'une médecine curative</u>	131
4.2.5.	<u>Besoins organisationnels identifiés</u>	139
4.2.4.1.	Approche logistique	139
4.2.4.2.	Place du médecin généraliste et des autres professionnels de santé	140
4.2.6.	<u>Aspect médico-économiques du projet de centre de santé universitaire</u>	143
4.3.	Comparaisons aux centres de santé en place	145
4.4.	Perspectives	147
4.4.1.	Continuum d'intervention	147
4.4.2.	Diversification de l'offre proposée	148
4.4.3.	Conséquences cliniques et logistiques	148

5. CONCLUSION	150
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	152
7. ANNEXES	160
7.1. Annexe 1 : Questionnaire de l'étude	160
7.2. Annexe 2 : Résultats selon le sexe	166
7.3. Annexe 3 : Résultats selon le niveau de santé ressenti	170
7.4. Annexe 4 : Regroupement des motifs de consultations	172
8. TABLE DES ILLUSTRATIONS	174
8.1. Table des figures	174
8.2. Table des tableaux	176
9. TABLE DES MATIERES	180
10. SERMENT D'HIPPOCRATE	187

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

RESUME

EVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION ETUDIANTE DE L'UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS POUR LA CREATION D'UN CENTRE DE SANTE UNIVERSITAIRE

CONTEXTE: Investir dans l'éducation à la santé et le soin de la population étudiante est un enjeu majeur de Santé Publique, pour prévenir des dépenses réparatrices du fait d'une carence de prise en charge à une période de vie charnière. La création de centres de santé universitaires (CSU) complétant la médecine préventive en est un point stratégique, et l'Université Nice Sophia Antipolis (UNS) s'apprête à en créer un. L'offre de soins dans le département étant particulièrement fournie, ce projet doit s'inscrire dans une logique d'optimisation de la filière de soins en place.

OBJECTIFS: Evaluer les besoins de santé des étudiants de l'UNS : déterminer leur profil médico-psycho-social, évaluer comment ils s'insèrent dans le système de soins actuel et ce qu'ils attendent de ce futur centre ; adapter l'offre de soins aux besoins recueillis. Cela permettra d'avoir un regard sur l'ensemble de la population étudiante de l'UNS et d'identifier quelles spécificités doit avoir ce CSU par rapport à l'offre de soins existante.

MATERIEL ET METHODES: Questionnaire auto-administré, envoyé de décembre 2012 à mars 2013 aux 22 926 étudiants de l'UNS en formation initiale sur leur courriel étudiant via la plateforme Limesurvey ; composé de 31 questions en trois parties (profil sociodémographique, état de santé, centre de santé) et d'un commentaire libre. Trois relances ont été faites.

RESULTATS: 2676 questionnaires ont été analysés. 79% des étudiants se sentent en bonne santé, 80% ont un médecin traitant, 75% ont une mutuelle et 82% sont favorables au projet. Deux rôles principaux ont été mis en évidence pour ce centre : se substituer à une rupture de suivi médical (du fait d'un éloignement géographique du médecin traitant, d'une absence de médecin traitant, d'une insatisfaction envers ce dernier) ; permettre le suivi d'étudiants avec un risque santé accru du fait d'un « stress » (être étranger, être éloigné de sa famille, avoir des difficultés financières). L'apport d'une médecine curative permet d'optimiser la prévention auprès des étudiants. Le médecin généraliste a un rôle central auprès des étudiants. Enfin, gratuité et facilité d'accès sont les conditions logistiques du succès d'un tel projet.

CONCLUSION: Les étudiants présentent des risques santé propres à leurs conditions de vie et d'études. L'amélioration de la prise en charge globale de leur santé doit aussi passer par une approche curative, pour stimuler nos actions préventives sur les déterminants de la santé (continuum d'intervention). Les étudiants sont très favorables à ce projet. Ce CSU ouvre ainsi la voie à un nouveau type de santé publique, et donc aussi de médecine générale.

MOTS CLES: questionnaire auto-administré, santé des étudiants, centre de santé universitaire, besoins de santé des étudiants, médecine générale, santé publique, continuum d'intervention.