



Observatoire national
de la vie étudiante

INFOS

no27
Mars
2013

LES ÉTUDIANTS, UNE POPULATION INÉGALEMENT PROTÉGÉE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Feres BELGHITH, Ingénieur d'études à l'OVE
Simon LE CORGNE, Ingénieur d'études à l'OVE

La santé constitue un thème incontournable pour appréhender les conditions de vie des étudiants. L'enquête triennale Conditions de vie des étudiants qui a recueilli 33 000 réponses pour sa sixième édition en 2010, aborde de multiples aspects des conditions de vie et d'études des étudiants (parcours, vie studieuse, ressources, logement, restauration...). Elle permet ainsi une analyse fine des conditions de santé de cette population ainsi que de leurs effets.

Cet OVE infos analyse les jugements et les pratiques des étudiants en matière de santé, il interroge les raisons des renoncements à des consultations médicales, les conduites à risques et met en lumière les facteurs qui jouent sur les fragilités psychologiques des étudiants.

Avec une moyenne d'âge de 22 ans¹ (86 % des étudiants ont moins de 25 ans), la population étudiante française est la plus jeune d'Europe², bénéficiant de ce fait du privilège de la jeunesse qui constitue, de manière générale, un atout majeur dans le domaine de la santé. A cela s'ajoutent d'autres protections liées aux caractéristiques de cette population : ils sont majoritairement issus des classes moyennes et supérieures de la société et disposent d'un niveau d'études et d'un accès à l'information tendanciellement plus élevé que celui des autres membres de leur classe d'âge. Ces éléments permettent de rendre compte de la relative bonne santé des étudiants, qui se traduit par une évaluation globalement positive de leur état de santé général.

Au-delà de ce constat général, l'analyse fait apparaître une variabilité des pratiques de santé et d'accès aux soins au sein de la population étudiante. Parmi les variables qui cristallisent les inégalités en matière de santé, l'âge des étudiants joue un rôle prépondérant : l'avancée en âge se traduit, au sein de la population étudiante, par une autonomisation vis-à-vis des parents et une transformation des pratiques. Cette transition vers l'indépendance, et particulièrement vers l'indépendance résidentielle, a pour effet de réduire la protection relative en matière de santé que procure la famille. Le sexe des étudiants constitue un autre facteur discriminant dans le domaine de santé : malgré des comportements et des pratiques moins à risque que leurs homologues masculins, les étudiantes sont sensiblement moins nombreuses à se juger en bonne santé, ce qui influe notamment sur la manière dont elles recourent aux soins. Enfin, la situation socio-économique constitue une troisième source de différenciation au sein de la population étudiante : c'est alors l'aspect plus proprement économique de l'accès aux soins qui explique que les étudiants d'origine sociale modeste bénéficient moins souvent d'une couverture complémentaire et renoncent plus souvent aux soins.

Si les questions de santé physique trouvent en grande partie leurs déterminants dans les caractéristiques socio-démographiques des étudiants, les fragilités psychologiques font également intervenir d'autres facteurs liés aux conditions d'études propre aux différentes filières de l'enseignement supérieur. Ainsi, le volume de travail studieux des différentes filières, la superposition de plusieurs emplois du temps ainsi que l'autonomisation grandissante au fil des études sont autant de facteurs qui accroissent les risques de fragilisation psychologique de la population étudiante.

1

¹ Enquête conditions de vie des étudiants 2010, Observatoire de la vie étudiante

² Cf. EUROSTUDENT IV : Une comparaison européenne des conditions de vie des étudiants, Ronan Vourc'h, Feres Belghith, OVE infos n°26, novembre 2011

Tableau 1 – Autoévaluation de l'état de santé (en %)

		Mauvaise ou très mauvaise	Moyenne	Bonne ou très bonne	%
Sexe	Homme	4,7	16,7	78,6	100
	Femme	7,5	24,5	68,1	100
Ages	- de 19ans	4,3	18,5	77,2	100
	19-20ans	5,5	18,5	75,9	100
	21-22ans	5,8	20,2	74,0	100
	23-25ans	7,0	22,7	70,3	100
	+ de 25ans	9,2	27,2	63,7	100
Nationalité	Français (y compris binationaux)	6,0	20,4	73,6	100
	Etranger	8,2	25,6	66,2	100
CSP	Supérieures	5,4	18,9	75,7	100
	Moyennes	6,3	20,7	73,0	100
	Populaires	6,9	23,4	69,7	100
Logement	Cohabitant	5,3	19,1	75,5	100
	Décohabitant semi-indépendant*	5,2	18,4	76,4	100
	Décohabitant indépendant**	7,4	23,6	69,1	100
Ensemble		6,3	21,1	72,7	100

* Décohabitant semi-indépendant : Etudiant ne vivant pas chez ses parents mais qui dort y plus d'un week-end par mois
 ** Décohabitant indépendant : Etudiant ne vivant pas chez ses parents et qui dort un week-end par mois ou moins

Des étudiants qui se jugent globalement en bonne santé

La santé perçue constitue traditionnellement un des indicateurs subjectifs de mesure de la santé, qui traduit la manière dont les individus ressentent leur état de santé. Sur ce point, le premier constat concernant la population étudiante est celui d'une représentation globalement plutôt positive de leur santé. Invités à évaluer leur état de santé, 73 % d'entre eux se jugent en bonne ou très bonne santé alors qu'ils ne sont que 6 % à s'estimer en mauvaise ou très mauvaise santé (tableau 1). Les étudiants sont donc un peu plus nombreux à se percevoir en bonne santé par rapport à la population générale âgée de 15 ans et plus, au sein de laquelle 69 % se déclarent en bonne ou très bonne santé et 9 % en mauvais ou très mauvais état de santé³. Cette différence de perception par rapport à la population française dans son ensemble traduit certains des avantages dont bénéficie la sous-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).

Pour autant, le jugement que les étudiants portent sur leur état de santé n'est pas uniforme au sein de cette population, certaines caractéristiques démographiques venant moduler

les perceptions. C'est notamment le cas du sexe et de l'âge des étudiants, qui induisent des différences d'appréciation notables. Ainsi, les filles évaluent plus négativement leur état de santé que les garçons, ces derniers étant 79 % à s'estimer en bonne ou très bonne santé contre seulement 68 % des filles. Il s'agit là d'une constante dans le domaine de la santé, que l'on retrouve dans la population générale (71 % des hommes et 66 % des femmes s'estiment en bonne ou très bonne santé⁴) mais également dans tous les pays européens sans exception⁵. Ces perceptions sexuées reflètent notamment des différences dans les modes de vie, le rapport au corps et à l'alimentation ou encore la santé psychique⁶ (56 % des filles et 40 % des garçons déclarent un état de nervosité et 39 % des filles expriment un sentiment de déprime contre 30 % des garçons).

Le jugement positif que les étudiants portent sur leur état de santé s'atténue également avec l'avancement en âge puisque les étudiants de plus de 25 ans ne sont que 64 % à s'estimer en bonne santé contre 77 % des étudiants de moins de 19 ans. La perte progressive des bénéfices de l'âge et surtout de la protection familiale trouve ici une

3 L'état de santé de la population en France - Rapport 2011, Collection Etudes et statistiques, DREES, 2011

4 Ibid

5 Eurostat 2011 : http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_01&lang=fr

6 La santé des jeunes - Conférence biennale du 29 octobre 2009, sous la direction d'Anne-Marie Brocas et de Lucile Olier, Paris, DREES, 2009

traduction dans la perception de l'état de santé. En effet, les conditions de logement, et ce qu'elles indiquent sur le degré de dépendance résidentielle vis-à-vis des parents ont également un effet sur l'appréciation de son état de santé : les étudiants « décohabitants indépendants » (ne revenant pas plus d'un weekend par mois chez leurs parents) sont les moins nombreux à se déclarer en bonne santé (69 % contre 76 % pour les cohabitants). 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.

Comme cela a été montré par ailleurs (cf. par exemple le dernier rapport de la DREES sur l'état de santé de

la population en France⁷), les caractéristiques sociales influent également sur l'estimation de l'état de santé. Ainsi, l'appartenance sociale ou le revenu des parents font varier le jugement de bonne santé : les étudiants d'origine sociale populaire se déclarent un peu moins souvent en bonne santé que les étudiants issus des classes supérieures (70 % contre 76 %) ; de même, les étudiants dont les revenus parentaux n'excèdent pas 900 euros mensuels sont 10 % à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé, contre seulement 4 % des étudiants dont les parents gagnent plus de 5 000 euros mensuels. Ce sont ici les inégalités sociales en matière de santé, très largement analysées par ailleurs, qui jouent à plein.

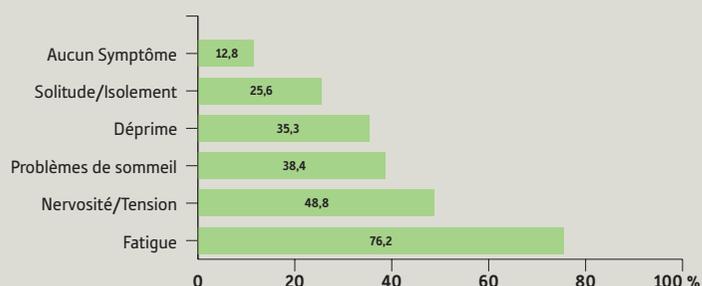
Des fragilités psychologiques différenciées selon les filières et l'exercice d'une activité rémunérée

Si les étudiants jugent globalement leur santé comme étant bonne, *a contrario*, nombreux sont ceux qui déclarent éprouver des symptômes de mal-être (figure 1). Ils expriment fréquemment des états de fatigue (77 %), de nervosité (50 %), de déprime (35 %), d'isolement (25 %). Considérer ces états, ces sentiments comme des symptômes de mal-être invite à considérer la poursuite d'études supérieures comme potentielle source de tension, plus ou moins exacerbées selon les filières et les caractéristiques des étudiants. Les emplois du temps (studieux et/ou professionnel), très variables selon les filières d'études, ne sont pas sans incidences sur la fragilisation « psychologique » des étudiants. Les heures de cours comme les heures de travail personnel, soumises à de fortes variations selon les filières, influent sur les états de stress ou de fatigue. En particulier, par rapport à la moyenne des étudiants, ceux fréquentant les Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles (CPGE) sont les étudiants qui expriment le plus fortement un sentiment de « mal-être », en particulier des problèmes de sommeil ou de fatigue, de nervosité ou d'isolement. Ces filières ouvrant sur des concours, plus concurrentielles pour l'accès aux meilleures positions, génèrent des tensions exacerbées.

Outre ces injonctions studieuses, l'exercice d'une activité rémunérée durant l'année universitaire (50 % des étudiants), et la gestion d'un double emploi du temps studieux et professionnel qu'elle induit, apparaît source de tension : les étudiants travaillant au moins à mi-temps 6 mois dans l'année ou plus déclarent plus que les autres des problèmes de sommeil, de fatigue ou de nervosité. Il serait toutefois erroné d'affirmer que les effets sont uniquement négatifs : ces derniers sont aussi moins nombreux à se sentir isolés (20 % contre 26 %) ou déprimés (27 % contre 35 %). Le travail rémunéré en plus des études aurait donc pour effet d'accroître la fatigue par l'accumulation d'heures hebdomadaires mais réduirait dans le même temps l'isolement des étudiants-travailleurs par l'augmentation des relations sociales et des interactions professionnelles. L'influence de l'exercice d'une activité rémunérée sur le bien-être des étudiants est particulièrement prégnante lorsque l'on s'intéresse à ceux qui déclarent avoir du mal à concilier leurs études avec leur activité rémunérée (figure 2). Ces derniers ressentent systématiquement plus fortement les symptômes du mal-être que ceux qui ne déclarent aucune difficulté de conciliation entre leur activité rémunérée et leurs études. Ces éléments pourraient laisser penser que le fait d'exercer une activité rémunérée à côté de ses études apporte une certaine satisfaction à condition que cette activité ne nuise pas aux études.

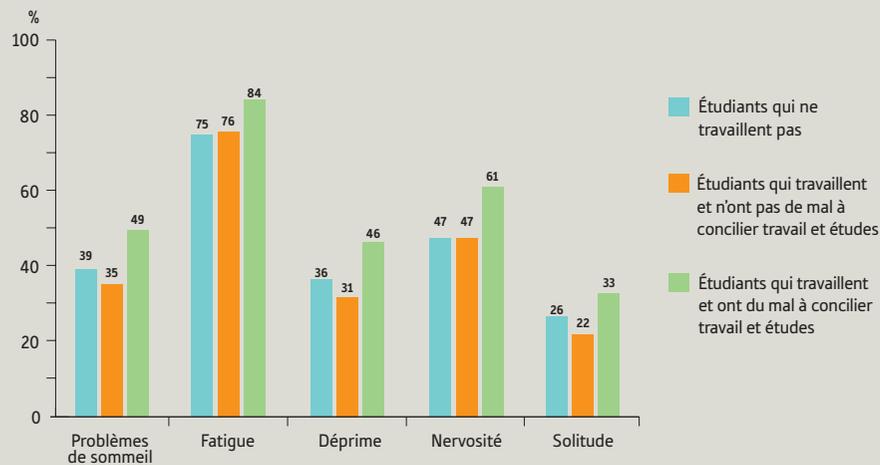
Enfin, les problèmes de sommeil et de nervosité ont tendance à augmenter avec l'avancée en âge tandis que les sentiments de fatigue et de déprime diminuent. Les jeunes étudiants vivant encore chez leurs parents développent des symptômes de mal-être plus proches de ceux des adolescents alors qu'à l'inverse, les plus âgés, plus fréquemment impliqués dans des dynamiques plurielles (notamment salariales), déclarent des symptômes plus proches de ceux des salariés classiques (fatigue, nervosité, sentiment d'être débordés).

Figure 1 – Proportions d'étudiants ayant ressenti des symptômes de mal-être au cours de la semaine précédant l'enquête



7 L'état de santé de la population en France - Rapport 2011, op. cit.

Graphique 3 – Représentation des enfants d'ouvriers



Un recours aux soins inégal selon les caractéristiques des étudiants

Parmi les pratiques en matière de santé, le recours aux soins médicaux est assez élevé au sein de la population étudiante, témoignant d'une attention particulière à leur état de santé. Ainsi, 87 % des étudiants ont effectué au moins une consultation médicale au cours des 6 mois qui ont précédé l'enquête.

Cependant, se percevant moins souvent en bonne santé et déclarant plus souvent des états de fragilité psychologique, les étudiantes consomment davantage de soins médicaux que les étudiants, particulièrement pour la médecine spécialisée (tableau 2). Cette différence s'explique également en partie par un recours plus important aux soins gynécologiques. Conjointement à l'évaluation plus négative de leur état de santé, les étudiantes ont plus souvent consulté un médecin (elles sont 82 % à avoir consulté un généraliste et 52 % à avoir consulté un spécialiste, contre respectivement 70 % et 30 % pour les garçons). De même, d'importantes différences apparaissent en ce qui concerne la fréquence des consultations médicales : les étudiantes sont deux fois plus nombreuses à avoir consulté plus de quatre fois un généraliste et plus de quatre fois un spécialiste (23 % des étudiantes et 12 % des étudiants ont consulté plus de quatre fois un généraliste et 6 % des étudiantes et 3 % des étudiants ont consulté plus de quatre fois un spécialiste). Enfin, même si cela reste à un niveau relativement bas, les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à avoir consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychanalyste.

L'effet de la famille en matière de santé s'observe assez nettement dans la différenciation des pratiques de soins selon l'âge des étudiants : plus les étudiants sont âgés et moins ils ont consulté un médecin généraliste (79 % pour les moins de 19 ans contre 71 % pour les plus de 25 ans) alors qu'à l'inverse, ils ont un peu plus souvent recours à un spécialiste (45 % pour les plus de 25 ans et 40 % pour les moins de 19 ans). En lien avec l'âge, la situation résidentielle module également les consultations médicales : ce sont les étudiants cohabitants qui ont eu le plus souvent recours à un médecin généraliste durant les six mois précédents l'enquête

(81 % d'entre eux contre 73 % des étudiants décohabitants indépendants), la fréquentation d'un médecin spécialisé ne faisant apparaître que peu d'écart de ce point de vue. Le contexte familial, protecteur et incitateur, joue ici un rôle important en maintenant l'attention portée à la santé. A mesure qu'ils avancent dans leurs études, les étudiants les plus âgés sont également confrontés à une période d'incertitude durant laquelle se pose de manière plus concrète la question de la réussite et de l'insertion professionnelle, qui n'est pas sans conséquence sur leur santé. Cette période d'instabilité se traduit par une fragilisation qui se retrouve dans les consultations des professionnels de la santé psychique : les plus de 25 ans sont 10 % à avoir consulté au moins une fois un psychologue, un psychiatre ou un psychanalyste durant les six derniers mois (et 6 % ont eu plus de quatre visites) alors qu'ils ne sont que 4 % parmi les moins de 19 ans.

Bien qu'il ne fasse pas apparaître de différence tranchée, le milieu social d'appartenance induit tout de même des nuances dans les modalités du recours aux soins. Si une origine sociale élevée fait légèrement baisser la fréquentation d'un médecin généraliste (78 % pour les CSP populaires contre 73 % pour les CSP supérieures), elle a peu d'effet sur celle des médecins spécialisés. Cependant, si l'on ne s'intéresse qu'à la fréquentation des médecins généralistes et spécialistes, on constate que 10 % des étudiants issus de milieux sociaux favorisés n'ont consulté que des spécialistes quand ils ne sont que 6 % dans ce cas parmi les étudiants d'origine sociale populaire.

Enfin, la nationalité apparaît également comme un élément nettement discriminant dans le recours aux soins médicaux puisque les étudiants étrangers sont moins nombreux que les étudiants français à avoir eu recours à une consultation médicale, et ce, aussi bien auprès d'un généraliste (65 % contre 78 % des étudiants français), que d'un spécialiste (35 % contre 44 % des étudiants français). Une autre spécificité réside dans la différence assez nette dans la fréquentation d'un dentiste, puisque dix points de pourcentage séparent les étudiants étrangers (28 %) des étudiants français (38 %).

Tableau 2 – Fréquentations médicales au cours des six mois précédents l'enquête (en %)

		Généraliste	Spécialiste	Dentiste	Psychologue, psychiatre
Sexe	Homme	69,8	30,4	34,5	3,5
	Femme	81,6	52,3	38,0	7,2
Ages	- de 19ans	78,8	39,5	39,8	3,8
	19-20ans	79,5	41,6	35,5	3,9
	21-22ans	76,6	43,9	34,3	4,6
	23-25ans	74,2	42,5	34,5	6,8
	+ de 25ans	71,2	45,4	41,2	10,2
Nationalité	Français (y compris binationaux)	78,1	43,8	37,7	5,7
	Etranger	64,8	35,0	27,9	4,8
CSP	Supérieures	73,2	43,6	36,5	6,7
	Moyennes	78,4	43,9	35,9	5,3
	Populaires	78,4	41,3	37,3	4,6
Logement	Cohabitant	80,8	44,9	39,6	4,7
	Décohabitant semi-indépendant*	77,7	40,0	36,0	3,9
	Décohabitant indépendant**	72,6	42,4	34,1	7,0
Ensemble		76,4	42,7	36,5	5,6

* Décohabitant semi-indépendant : Étudiant ne vivant pas chez ses parents mais qui dort y plus d'un week-end par mois

** Décohabitant indépendant : Étudiant ne vivant pas chez ses parents et qui dort un week-end par mois ou moins

La famille, un rempart efficace contre le renoncement aux soins

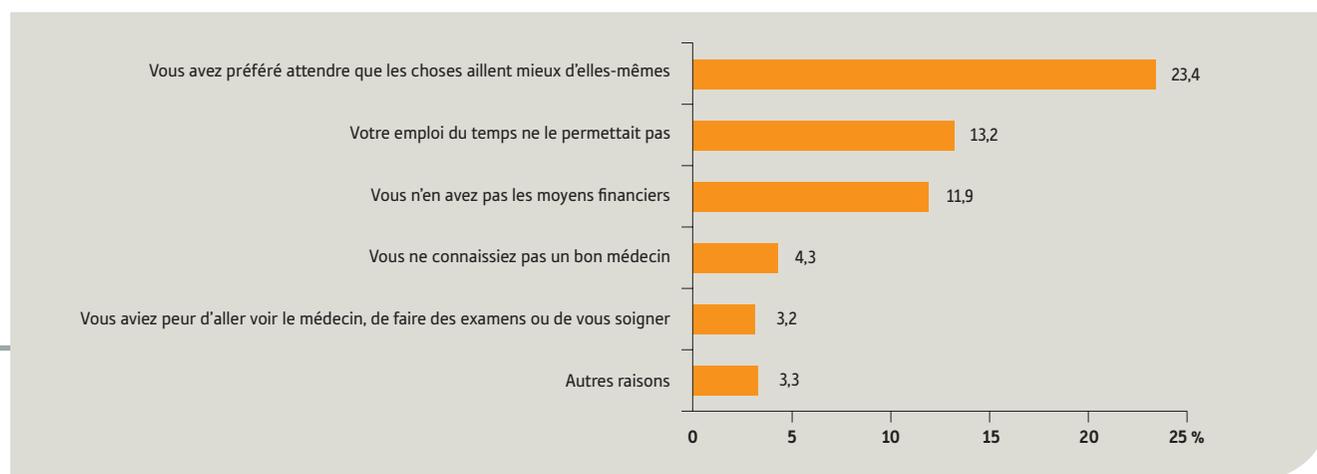
Parmi les indicateurs permettant d'appréhender d'éventuelles fragilisations de la population étudiante en matière de soin, le renoncement aux soins, et particulièrement pour raisons financières, fournit des informations supplémentaires sur le rapport à la santé des étudiants et sur les inégalités en matière de soin.

Ainsi, bien que la population étudiante apparaisse assez bien protégée, un tiers d'entre eux déclarent tout de même avoir renoncé à aller voir un médecin. Parmi les raisons expliquant ce renoncement (figure 3), c'est le fait d'avoir choisi d'attendre que leur état de santé s'améliore de lui-même qui est le plus

souvent invoqué par les étudiants (23 % de ceux qui ont renoncé), suivi par le manque de temps (13 % des étudiants). Le renoncement pour raisons financières n'arrive donc qu'en troisième position dans les explications invoquées par les étudiants et concerne 12 % d'entre eux. Cette moindre importance de l'aspect économique du renoncement aux soins peut trouver une de ses explications dans le statut social relativement protégé de la population étudiante.

Pour autant, l'analyse des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières permet d'aller un peu plus loin dans l'étude des inégalités d'accès et d'utilisations des

Figure 3 – Raisons du renoncement aux soins (réponses multiples possibles)



services de santé. En matière de santé, la situation socio-économique générale des étudiants les protège quelque peu contre l'aspect financier du renoncement aux soins. On relève ainsi une différence de 3,5 points de moins que la population française de plus de 18 ans⁸. Malgré cette sécurité relative, la population étudiante se révèle légèrement moins bien protégée que l'ensemble de la population en matière de couverture complémentaire : 92 % d'entre eux déclarent bénéficier d'une mutuelle complémentaire (47 % de celle de leurs parents et 4 % de la CMUC) et 8 % des étudiants n'en déclarent aucune. En comparaison, seulement 6 % de la population globale déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire⁹. Parmi les étudiants, les décohabitants, les étudiants de plus de 26 ans et ceux dont les revenus parentaux n'excèdent pas 1 500 euros mensuels, sont ceux qui sont les moins bien protégés (entre 14 et 16 % déclarent n'avoir aucune mutuelle complémentaire).

Conformément à ce que l'on observe en population générale, la possession d'une mutuelle complémentaire diminue la probabilité de renoncement aux soins : 27 % des étudiants qui déclarent ne pas avoir de mutuelle disent avoir renoncé à des soins contre seulement 11 % des autres. Pour un étudiant, bénéficiaire de la mutuelle de ses parents ou d'une autre mutuelle (mutuelle privée ou contrat d'assurance) diminue plus fortement le risque d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières (tableau 3) que la possession d'une mutuelle

étudiante. Ainsi, les étudiants dont les revenus parentaux sont faibles, moins couverts en matière de complémentaire santé et bénéficiant moins souvent de la mutuelle de leur parent, renoncent plus souvent aux soins : 40 % des étudiants dont les parents gagnent moins de 1 500 euros par mois ont déclaré avoir renoncé à des soins contre 28 % des étudiants dont les parents gagnent plus de 5 000 euros par mois. Ces étudiants ont également une probabilité plus importante d'avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Les effets négatifs de l'avancée en âge sur la protection individuelle se retrouvent également dans le renoncement aux soins : 27 % des étudiants de moins de 19 ans déclarent avoir renoncé à des soins quand c'est le cas de 38 % des étudiants âgés de 23 à 25 ans. Pour autant, l'avancement en âge ne fait pas augmenter de manière uniforme le renoncement global aux soins. De ce point de vue, la tranche des 23-25 ans apparaît comme la population la plus fragilisée. Ceci s'explique notamment par la position charnière qu'occupe cette tranche d'âge dans la transition vers une situation d'indépendance économique et familiale : pour les plus jeunes, la famille joue un rôle de protection en matière de santé alors que pour les plus âgés c'est l'indépendance économique (notamment par le travail) qui assure ce rôle. Les étudiants âgés de 23 à 25 ans sont également les plus touchés par l'aspect financier du renoncement aux soins. De même, l'indépendance résidentielle vis-à-vis des parents,

Tableau 3 – Probabilité d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières

Effet	Odds ratio	Khi-2	Effet	Odds ratio	Khi-2
Sexe			Age		
Femme	ref.	ref.	Moins de 19ans	0,523	<.0001
homme	0,597	<.0001	19-20ans	0,82	0.0004
CSP			21-22 ans	ref.	ref.
Classe pop	1,003	ns.	23-25ans	1,095	ns.
Classes moy	1,022	ns.	Plus de 25ans	0,945	ns.
Classe Sup	ref.	ref.	Nationalité		
Revenu parents			Française (y compris double nationalité)	ref.	ref.
Moins de 1500 €	1,828	<.0001	Etrangère	0,542	<.0001
1501-2500 €	1,73	<.0001	Activité rémunérée		
2501-3500 €	1,295	<.0001	Moins 3 mois/an	0,956	ns.
3501-5000 €	ref.	ref.	3-6 mois/an	1,099	ns.
Plus de 5000 €	0,644	<.0001	Plus de 6 mois/an	ref.	ref.
Situation logement			Activité uniquement l'été	0,931	ns.
Cohabitant	ref.	ref.	Aucune activité	0,722	<.0001
Décohabitant semi-indépendant *	1,031	ns.	Mutuelle		
Décohabitant indépendant **	2,177	<.0001	Mutuelle étudiante	ref.	ref.
Indépendance économique			Mutuelle parents	0,796	<.0001
Aide familiale	ref.	ref.	CMUC	0,892	ns.
Aide de l'état	1,517	<.0001	Autre mutuelle	0,613	<.0001
Aucune aide	1,106	ns.	Aucune mutuelle	2,127	<.0001

* Décohabitant semi-indépendant : Etudiant ne vivant pas chez ses parents mais qui dort y plus d'un week-end par mois
 ** Décohabitant indépendant : Etudiant ne vivant pas chez ses parents et qui dort un week-end par mois ou moins

8 *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, Caroline Després, Paul Dourgnona, Romain Fantin, Florence Jusot, Questions d'économie de la santé, n° 170, novembre 2011.
 9 *Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2008*, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)
 10 *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, op.cit.

appréciée ici par le fait de ne plus vivre chez ses parents et de n'y retourner qu'assez rarement (« décohabitant indépendant »), augmente fortement les chances d'avoir renoncé à des soins. L'autonomisation vis-à-vis des parents diminue donc le bénéfice de l'assistance parentale et de ses nombreux effets protecteurs, tout particulièrement pour ceux qui ne jouissent pas encore pleinement des effets compensateurs que procure l'entrée pleine et entière dans la situation d'indépendance.

Si les influences de l'âge ou des revenus parentaux trouvent plus aisément leur explication, les effets du sexe et de la nationalité (les femmes et les étudiants de nationalité française ont plus de chance d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières) ne sont pas sans poser quelques questions. Le risque plus élevé de renoncement aux soins de la part des femmes peut s'expliquer par la conjugaison de deux facteurs d'ordre subjectif, le fait qu'elles se perçoivent plus souvent en mauvaise santé que les hommes et des différences d'attentes en matière de soins¹⁰ (le renoncement aux soins supposant au préalable la perception d'un besoin de soin), ce qui les amènerait à percevoir un plus grand nombre de situations comme nécessitant des soins et donc un plus grand nombre de situations où elles se verraient contraintes d'y renoncer. En ce qui concerne les étudiants étrangers, la moindre probabilité d'avoir renoncé à des soins s'explique par l'effet « toutes choses égales par ailleurs ». En effet, une fois neutralisé l'effet de la possession d'une mutuelle complémentaire (30 % des étudiants étrangers n'ont pas de mutuelle, ce qui n'est le cas que de 5 % des étudiants français), dont on vient de voir qu'elle avait un effet très marqué sur le renoncement, leur probabilité d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières devient inférieure à celle des étudiants français.

Des sociabilités estudiantines qui influent sur les comportements à risque

Les risques pris en matière de santé peuvent être évalués, dans l'enquête *Conditions de vie des étudiants*, à partir de deux indicateurs que sont la consommation de tabac et la consommation d'alcool. En ce qui concerne le tabac, moins d'un étudiant sur cinq déclare fumer tous les jours quel que soit le sexe (figure 4) et la part de ceux dont la consommation quotidienne excède 5 cigarettes s'élève à 14 %. En comparaison, une étude publiée en 2009¹¹ estimait que la consommation quotidienne de tabac concernait 39 % des jeunes à âge comparable. Pour autant, des différences apparaissent selon la filière d'études : si les élèves de CPGE, plus jeunes que les autres, présentent la proportion de fumeurs la plus basse (7 % fument tous les jours), environ un quart des étudiants en IFSI et en commerce et presque un tiers des étudiants en écoles de la culture déclarent fumer tous les jours. De même, la consommation quotidienne de cigarettes augmente avec l'âge, atteignant 20 % des étudiants de 23 ans et plus.

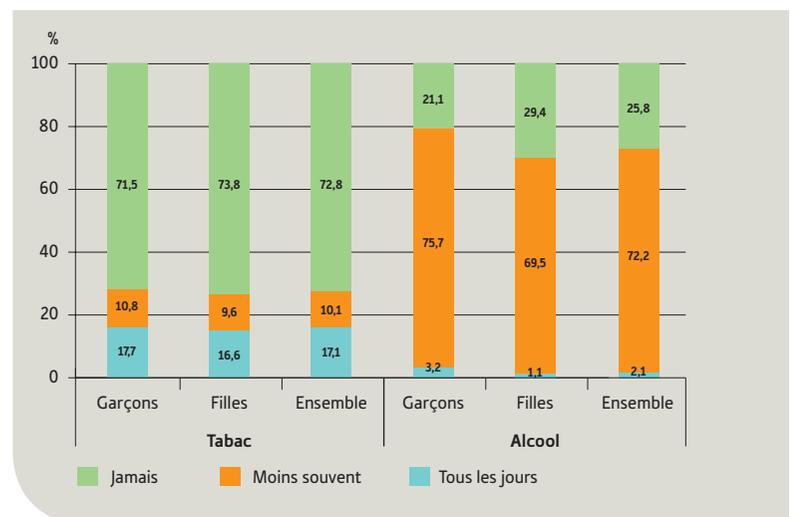
A l'inverse de ce que l'on observe pour la consommation de tabac, la consommation d'alcool des étudiants est comparable à celle des jeunes de même âge : dans les deux cas, presque les trois quarts consomment de l'alcool¹². Comme pour la consommation de tabac, de nombreuses différences apparaissent au sein de la population étudiante. Ainsi, 40 % des garçons boivent au moins

une fois par semaine alors que ce n'est le cas que de 23 % des filles et presque un tiers de ces dernières ne boivent jamais d'alcool contre à peine plus d'un quart des garçons. Les écarts s'accroissent même pour les comportements les plus « extrêmes ». Même si cela ne concerne qu'une part restreinte de la population, presque trois fois plus d'étudiants que d'étudiantes boivent de l'alcool tous les jours (respectivement 3,2 et 1,1 %). La différence est également très marquée en ce qui concerne l'ivresse puisque 13 % des étudiants ont déclaré avoir été au moins quatre fois en état d'ivresse au cours du mois qui a précédé l'enquête alors que cela ne concerne que 5 % des filles.

La filière d'études, notamment du fait des formes de sociabilités différentes qu'elle implique, est un autre élément différenciateur des pratiques en matière de consommation d'alcool. Ainsi, c'est dans les filières de management, d'ingénieurs et dans les écoles de la culture que l'on trouve les plus importantes consommations d'alcool puisque respectivement 48 %, 46 % et 43 % des étudiants déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine. Enfin, la consommation d'alcool évolue également selon l'âge, suivant une courbe en cloche dont le sommet se situe entre 22 et 24 ans (à ces âges, environ 36 % des étudiants boivent de l'alcool au moins une fois par semaine). Cependant, l'analyse permet de constater un mode de consommation différent des plus jeunes : c'est entre 19 et 21 ans que l'on trouve les proportions les plus importantes d'étudiants qui ont connu au moins quatre fois un état d'ivresse lors du mois qui a précédé l'enquête (environ 10 %). On peut supposer ici que l'on se rapproche d'un mode de consommation spécifique aux plus jeunes, le binge-drinking, qui consiste précisément en une consommation d'alcool excessive, en un laps de temps restreint, conduisant logiquement plus souvent à un état d'ivresse.

Ce rapide panorama incite donc à nuancer le constat d'une relative protection en matière de santé dont bénéficie la population étudiante. Certaines caractéristiques protègent les étudiants quand d'autres amenuisent au contraire cette protection relative. Ainsi, les filles, les étudiants les plus âgés, les étudiants d'origine sociale populaire, les étudiants étrangers et les étudiants décohabitants apparaissent, dans ce cadre, comme des populations plus à risque en matière de santé.

Figure 4 – Consommation de Tabac et d'alcool selon le sexe (%)



¹¹ Panel d'élèves entrés en 6^e en 1995, enquête complémentaire santé, DEPP, INSEE, 2007

¹² Ibid.

DERNIERE PUBLICATION

LES MOBILITES ETUDIANTES

Valérie Erlich, *La Documentation française, Panorama des savoirs, septembre 2012*

En s'appuyant sur la littérature sociologique existante, cet ouvrage interroge la spécificité des mobilités étudiantes intra-européennes. Les étudiants sont-ils des migrants comme les autres ? De quelle manière la mobilité étudiante est-elle perçue selon les pays ? Quels changements dans l'accès à la mobilité ont été provoqués par la mise en place des programmes européens Erasmus et Socrates ? Telles sont les questions soulevées par ce Panorama des savoirs.

Cet ouvrage est le résultat d'une recherche menée pour le compte de l'Observatoire national de la vie étudiante par Valérie Erlich, maître de conférence à l'université Nice-Sophia Antipolis et membre de l'Unité de recherche migrations et société (URMIS, UMR 205).

Pour vous procurer cet ouvrage, rendez-vous sur le site :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>



A PARAITRE

L'AUTONOMIE DES JEUNES

Questions politiques et sociologiques sur les mondes étudiants

Vincenzo Cicchelli, *La Documentation française, Panorama des savoirs, mars 2013*

L'autonomie contrariée des jeunes est la question la plus discutée des politiques publiques relatives à cet âge de la vie en France. En s'attachant à reconstruire l'évolution des débats publics et des préconisations administratives depuis une vingtaine d'années, en procédant à des comparaisons européennes, en exploitant une large littérature sociologique consacrée à cette question, cet ouvrage analyse conjointement la condition des jeunes et des étudiants. Si de forts clivages séparent désormais ces deux jeunesse, les mêmes paradoxes les caractérisent. Autonomes plus précocement et dépendants plus longtemps, les jeunes demandent à pouvoir maîtriser leurs destins, tout en formulant des attentes fortes de soutien.

Maître de Conférences à Paris Descartes, chercheur au Gemass (CNRS/Paris Sorbonne), Vincenzo Cicchelli mène des recherches comparatives sur le cosmopolitisme des jeunes dans la société globale.



Observatoire national de la vie étudiante

37, boulevard de Port-Royal - Bât. 01

CS 41374 - 75634 PARIS CEDEX 13

Tél. 01 55 43 57 92 - Fax. 01 55 43 57 19

Courriel communication.ove@cno.us.fr - Site <http://www.ove-national.education.fr>

Twitter @ove_national - Facebook <http://www.facebook.com/ovenational>

OVE INFOS

Directrice de publication : Monique Ronzeau

Maquette : De Visu

© OVE 2013 - ISSN : 1638-8542