

LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS

Observatoire national de la vie étudiante

Sous la direction de
Feres Belghith
Aline Bohet
Yannick Morvan
Arnaud Régnier-Loilier
Élise Tenret
Élise Verley

La **documentation** Française

SOMMAIRE

Préface	9
Introduction	11
Pourquoi une enquête sur la santé des étudiants ?	11
Élise TENRET, Élise VERLEY	
Mise en place de l'enquête Santé des étudiants	15
Aline BOHET, Arnaud RÉGNIER-LOILIER, Feres BELGHITH	
PARTIE 1 – ÉTAT DES LIEUX/PRATIQUES	23
CHAPITRE 1	
La vie intime des étudiants : entrée dans la sexualité et situation amoureuse	25
Arnaud RÉGNIER-LOILIER	
CHAPITRE 2	
Alimentation et troubles alimentaires des étudiants	41
Géraldine COMORETTO, Élise TENRET, Bérangère VÉRON	
CHAPITRE 3	
La consommation d'alcool, de cannabis et de dopants cognitifs chez les étudiants	53
Fabien GIERSKI, Yannick MORVAN	
CHAPITRE 4	
La dépression et le suicide chez les étudiants d'université	69
Yannick MORVAN, Boris CHAUMETTE	
CHAPITRE 5	
Problèmes de santé, souffrances psychiques et investissements studieux	85
Feres BELGHITH, Claire BESWICK, Élise VERLEY	

PARTIE 2 – RECOURS AUX SOINS	101
CHAPITRE 6	
Les inégalités socio-économiques de santé des étudiants	103
Feres BELGHITH, Claire BESWICK, Élise VERLEY	
CHAPITRE 7	
Pratiques préventives des étudiants, infections sexuellement transmissibles et grossesses non désirées	113
Arnaud RÉGNIER-LOILIER	
CHAPITRE 8	
Le recours aux soins des étudiants souffrant de dépression en 2016	129
Doriane MIGNON, Yannick MORVAN	
CHAPITRE 9	
Se préoccuper de sa santé : arbitrage entre le curatif, la prévention et les comportements à risque	145
Doriane MIGNON	
CHAPITRE 10	
Place des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et promotion de la santé dans l'accompagnement des étudiants	161
Amélie BRIFFAUX, Martine ROSENBACHER-BERLEMONT	
Acronymes	175

PRÉFACE

La santé des étudiant(e)s est un élément clé de leur réussite tout au long de leur parcours d'études, qui tend à prendre une importance croissante dans l'analyse de leurs conditions de vie et de leur processus de transition vers l'indépendance et l'autonomie. Si en France la santé des étudiants est globalement bonne, et perçue comme telle à une forte majorité par les intéressés eux-mêmes, l'émergence de signaux d'alerte sur leur santé, et en particulier leurs fragilités psychologiques, a conduit l'Observatoire de la vie étudiante à lancer pour la première fois, au printemps 2016, une enquête nationale complémentaire à l'enquête triennale sur les conditions de vie des étudiants. Il s'agissait en l'espèce de recueillir auprès des étudiants des données plus complètes sur le sujet, notamment sur l'autoévaluation de leur état de santé, leurs comportements, leurs représentations, leurs pratiques en matière de soin, leur bien-être... et de les comparer avec les données disponibles sur la santé dans la population générale.

Le présent ouvrage est issu de l'analyse des données obtenues par le biais de cette enquête spécifique sur la santé, étant précisé que la population consultée ne comportait que les étudiants inscrits à l'université, en France métropolitaine et outre-mer. Il a été construit et rédigé par un ensemble de chercheurs et d'acteurs de la santé étudiante venant d'horizons disciplinaires et de champs d'expertises différents. Si l'on s'interroge aujourd'hui légitimement sur les indicateurs de précarité au sein de la population étudiante, il est clair que la santé est à cet égard un marqueur révélateur des difficultés que peuvent rencontrer les étudiants les plus fragiles, et notamment les femmes, les étudiants étrangers ou encore ceux qui sont indépendants financièrement de leur famille.

Conformément à ses missions, l'OVE entend contribuer, grâce à cette première publication consacrée à la santé des étudiants, à une meilleure connaissance d'un sujet devenu majeur pour appréhender les conditions de vie des étudiants, et, bien au-delà, les conséquences potentielles d'une santé altérée sur la qualité de leurs études et *in fine* sur leur réussite.

Monique RONZEAU
Présidente de l'Observatoire national
de la vie étudiante

INTRODUCTION

Pourquoi une enquête sur la santé des étudiants ?

Élise TENRET

Maîtresse de conférences en sociologie, université Paris-Dauphine, IRISSO, chargée de mission à l'OVE

Élise VERLEY

Maîtresse de conférences en sociologie, Sorbonne Université, GEMASS

L'Observatoire national de la vie étudiante (OVE) a pour principal outil d'analyse et de recueil de données la réalisation d'une grande enquête triennale sur les conditions de vie des étudiants. Cette enquête, réalisée depuis 1994 et inscrite dans le cadre du projet européen EUROSTUDENT, est unique en France de par son périmètre d'action. Elle contribue en outre à l'élaboration d'un état des lieux qui permet d'appréhender la diversité des situations concrètes des étudiants ; elle permet notamment de cerner et d'identifier les difficultés matérielles ou sociales susceptibles de compromettre la poursuite des études ou la réussite aux examens, et de disposer d'indicateurs sur la qualité des conditions de vie des étudiants. Elle donne ainsi des pistes pour dégager des priorités dont les tutelles et les acteurs pourront se saisir afin de mettre en place les aménagements souhaitables. Compte tenu de son caractère généraliste, cependant, cette enquête ne permet pas de collecter des informations sur tous les aspects de la vie étudiante. Dans ce contexte, l'Observatoire a souhaité compléter ses sources et modes d'information pour disposer, dans les domaines insuffisamment éclairés par l'enquête triennale, de connaissances essentielles au regard de ses missions.

La santé constitue un thème majeur pour appréhender les conditions de vie des étudiants. Au regard du manque de données de grande ampleur disponibles sur la question, ou de leur manque de représentativité, une enquête spécifique sur la santé des étudiants et complémentaire de l'enquête Conditions de vie (CDV) a été souhaitée. L'objectif était de dresser un état des lieux de la santé des étudiants (état de santé réel et perçu, santé mentale, maladies et troubles, recours aux soins, qualité de vie, conduites alimentaires, tabac, alcool et produit psychoactif, sexualité et contraception, sommeil, handicap...), tout en s'inscrivant dans une démarche comparative avec les données disponibles sur la santé en population générale (Baromètre santé des Français et EuroBarometer).

Cette nouvelle enquête Santé des étudiants a donc été lancée au cours de l'année universitaire 2015-2016, en parallèle de l'enquête CDV 2016. L'échantillon de cette étude, estimé à 100 000 individus, a été obtenu à partir d'un échantillonnage aléatoire de la population étudiante cible inscrite à l'université en France pour l'année 2015-2016. Le questionnaire adressé à ces 100 000 étudiants se structurait selon le plan suivant : études, emploi du temps et caractéristiques sociodémographiques du répondant ; état de santé général ; couverture médicale et accès aux soins ; sexualité et contraception, santé mentale ; conduites alimentaires ; consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, sensibilisation et vaccinations et, enfin, activité rémunérée et situation financière.

La construction, la supervision et l'exploitation de cette enquête ont été réalisées par un comité de pilotage constitué, dans une logique pluridisciplinaire (sociologie,

économie, démographie, psychologie, médecine), par des chercheurs porteurs d'une expertise dans les différents champs couverts par cette enquête.

La population étudiante a peu fait l'objet d'enquêtes spécifiques sur sa santé. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle pourrait sembler, à double titre, davantage prémunie que le reste de la population en matière de santé ou de renoncement aux soins. Elle serait, d'une part, prémunie par sa jeunesse, qui serait corrélée à une moindre probabilité de présenter des problèmes de santé. En effet, les étudiants français sont parmi les plus jeunes d'Europe, avec un âge moyen de 23 ans et 83 % de moins de 25 ans (contre respectivement 25 ans et 68 % en moyenne dans le reste de l'Europe – EUROSTUDENT, 2018). D'autre part, elle serait prémunie par sa situation relativement favorisée d'un point de vue socio-économique : en effet, la dernière enquête Conditions de vie de l'Observatoire national de la vie étudiante montre que les enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 36 % de la population étudiante alors que les cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 18 % de la population active (INSEE, enquête Emploi en continu 2015).

Néanmoins, ces représentations d'une population étudiante favorisée et prémunie en matière de santé sont battues en brèche par les recherches sur cette population, qui contribuent à en souligner l'hétérogénéité, d'une part, et sa vulnérabilité intrinsèque, d'autre part. En effet, la population étudiante, de plus en plus diverse socialement, compte en son sein des situations de forte vulnérabilité se traduisant par des difficultés d'accès aux soins. Ainsi, les étudiants étrangers ou les étudiants parents, ou encore les étudiants indépendants financièrement, constituent des groupes plus à même de se retrouver dans une situation de précarité, situation susceptible d'augmenter le renoncement aux soins pour raisons financières (Giret, Van de Velde et Verley, 2016). Par ailleurs, la conciliation d'une entrée progressive dans la vie adulte et des impératifs de « réussite » dans l'enseignement supérieur produit des fragilités inhérentes à la population étudiante. Cela pourrait expliquer le pourcentage particulièrement élevé – et croissant au fil des enquêtes – d'étudiants stressés ou fragilisés : 69 % des étudiantes et 49 % des étudiants déclarent ainsi avoir ressenti du stress lors de la semaine précédant leur réponse à l'enquête Conditions de vie 2016, des pourcentages en hausse par rapport à la précédente vague d'enquête (OVE, 2016). Pour autant, les étudiants recourent moins aux soins que les jeunes en population générale, alors même que des dispositifs ont été mis en place spécifiquement dans les universités, à travers les SUMPPS.

Le présent ouvrage vise à mieux comprendre les spécificités de la population étudiante en matière de santé, que ce soit en termes de pratiques ou de recours aux soins.

La **première partie**, qui vise à dresser un état des lieux de la santé des étudiants et de leurs pratiques, aborde ainsi plusieurs thématiques montrant les multiples facettes des fragilités étudiantes.

Un **premier chapitre**, sur la vie intime des étudiants, rend compte des conditions d'entrée dans la sexualité et montre que si l'âge au premier rapport ne diffère pas entre hommes et femmes, cette expérience ne se conjugue pas à l'identique selon le sexe. Les étudiantes décrivent deux fois plus souvent que les étudiants un premier rapport non pleinement consenti, voire forcé. La précocité du premier rapport, mais aussi le fait d'être de nationalité étrangère, s'accompagnent également d'un moindre consentement. Or ces conditions d'entrée dans la sexualité semblent en partie associées à des comportements amoureux spécifiques par la suite, une sexualité moins exclusive par exemple, et à des pratiques préventives plus lâches. À l'entrée dans les études supérieures, une large part des étudiants n'a pas encore vécu son premier rapport, faisant de cette population une cible à privilégier en termes de prévention et d'information sur le consentement.

Un **second chapitre**, sur l'alimentation et les troubles alimentaires des étudiants, montre l'importante prévalence de ces troubles parmi la population étudiante : tant les rythmes de travail que l'autonomie en construction des étudiants expliquent sans doute cette plus grande vulnérabilité, qui se manifeste en outre par une dérégulation des conduites alimentaires. Certains facteurs favorisent l'apparition de ces troubles, qui semblent davantage associés à des difficultés psychologiques qu'à des particularités sociales ou universitaires.

Dans un **troisième chapitre** sur la consommation d'alcool, de cannabis et de dopants cognitifs, les auteurs observent que les étudiants, contrairement aux idées reçues, sembleraient consommer en moyenne moins d'alcool et de cannabis que la population générale de même tranche d'âge. Cependant, les niveaux de consommation des étudiants restent élevés et pourraient avoir des conséquences sur leurs capacités cognitives et par là même réduire leurs chances de réussite universitaire. Enfin, très peu de données étaient disponibles concernant l'utilisation de dopants cognitifs ou *smart drugs* pour améliorer les performances avant un examen. Ce chapitre présente les taux de prévalence de consommation pour un échantillon représentatif d'étudiants inscrits à l'université et montre par quel biais ces substances ont été obtenues.

Le **quatrième chapitre**, sur la dépression et le suicide, montre que les étudiants présentent des taux de prévalence de dépression plus importants que la population générale du même âge. Ils présentent également des taux importants d'idéation suicidaire, mais des taux de tentative de suicide proches de la population générale. Les données montrent également des associations entre ces difficultés psychiques et l'interruption des études, la non-validation des examens ou des résultats inférieurs à la moyenne. La durée moyenne d'interruption des études due à des symptômes de dépression étant importante (plus de deux mois) pour les étudiants concernés.

Le **cinquième chapitre** analyse les inégalités socio-économiques en matière de santé des étudiants et montre en particulier l'existence d'un lien fort entre précarité économique, perception d'un état de santé dégradé et détresse psychologique. Censés consacrer la majorité de leur temps à la réalisation de leurs études, les étudiants peuvent accepter des conditions de vie moins favorables pendant plusieurs années, dans l'objectif d'améliorer celles-ci par la suite. Mais si ce « sacrifice » est consenti, les étudiants les plus vulnérables vivent parfois dans des conditions telles que leur santé somatique et psychique se dégrade.

Enfin, le **sixième chapitre** interroge le lien entre santé, investissement studieux et réussite universitaire. L'analyse porte ici sur la façon dont les études (filières, niveau, emploi du temps), et plus spécifiquement les cadres temporels qu'elles imposent, sont susceptibles de fragiliser les étudiants. Il apparaît ainsi que les conditions d'études ont un impact important sur la santé somatique et psychique des étudiants et en retour, sur la réussite de leur parcours d'études. Il montre que les symptômes de détresse psychologique des étudiants sont tout aussi déterminants pour leur réussite que les symptômes de mauvaise santé physique (somatique), et que la santé apparaît comme l'un des biais par lesquels les conditions de vie des étudiants (précarité, emploi du temps, travail rémunéré durant les études...) affectent la réalisation de leur projet d'études en accroissant le risque d'échec.

La **deuxième partie** de l'ouvrage, tournée vers le recours aux soins, interroge la façon dont les pratiques (notamment à risque) s'accompagnent d'une mobilisation proportionnelle des dispositifs de prise en charge (notamment institutionnels).

Le **septième chapitre** met en lumière le lien entre pratiques préventives à l'entrée dans la sexualité et risque d'infections sexuellement transmissibles ou de grossesses non désirées. Il montre une apparente contradiction entre sexes : alors que les étudiants font moins souvent état de pratiques préventives que les étudiantes, ils déclarent

aussi moins d'infections sexuellement transmissibles (signe probable d'un défaut de dépistage) et de grossesses non désirées (probablement lié à leur méconnaissance de la grossesse). Ces différences révèlent une spécialisation persistante entre sexes qui fait reposer sur les femmes, plus que sur les hommes, les préoccupations relatives à la santé sexuelle et reproductive.

Dans le **huitième chapitre**, l'accent est porté sur le recours aux soins des étudiants souffrant de dépression. Il est mis en évidence que ceux-ci recourent nettement moins que la population à un professionnel de santé ou à une structure de soins, à la psychothérapie et aux prescriptions de médicaments. En outre, lorsque les étudiants reçoivent des médicaments, il semble s'agir pour une part non négligeable de traitements inadéquats de la dépression. Notons que les inégalités d'accès aux soins liées à la situation économique paraissent marginales, mais d'un autre côté, le pourcentage d'étudiants se considérant informés sur la dépression est réellement faible.

Le **neuvième chapitre** s'intéresse à la manière dont les étudiants se préoccupent de leur santé à travers l'analyse de différents comportements : le recours aux soins, la prévention et les comportements à risque. Il est souligné que l'engagement dans les comportements à risque est une réalité de la vie étudiante mais aussi que beaucoup ont recours aux soins et à la prévention, ce qui témoigne d'une préoccupation de sa santé. Il est à noter également que le recours aux soins est fortement limité compte tenu de la forte proportion de renoncement aux soins constatée.

Le **dernier chapitre** de cet ouvrage s'intéresse à la place des SUMPPS dans la prise en charge de la santé médico-psycho-sociale des étudiants. Il révèle que les étudiants fréquentent majoritairement le SUMPPS dans le cadre d'une activité de prévention qui devance les demandes de soin. Il montre aussi qu'il importe de renforcer l'information sur les SUMPPS auprès de ceux qui les connaissent le moins et de conforter leurs missions (santé mentale, santé sexuelle, vaccinations...). En effet, ces services sont au cœur du dispositif d'accompagnement des étudiants dans leurs spécificités et leurs fragilités.

ALIMENTATION ET TROUBLES ALIMENTAIRES DES ÉTUDIANTS¹

Géraldine COMORETTO

Post-doctorante en sociologie, université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, PRINTEMPS

Élise TENRET

Maîtresse de conférences en sociologie, université Paris-Dauphine, IRISSO, chargée de mission à l'OVE

Bérangère VÉRON

Maîtresse de conférences en sociologie, AgroParisTech, INRA-ALISS

INTRODUCTION

L'alimentation des « jeunes » est surtout un objet d'études de la sociologie de la jeunesse, qui mobilise pour ce faire le critère de l'âge – le Baromètre santé porte par exemple sur la population générale, mais permet de quantifier les conduites alimentaires perturbées des jeunes de 15 ans à 30 ans (Beck *et al.*, 2013) – ou de la sociologie de l'alimentation, qui se borne souvent, toutefois, aux périodes de l'enfance (Dupuy, 2013 ; Comoretto, 2017) et de l'adolescence (ANR Alimados, 2009 ; Maurice, 2014), sans aller jusqu'à l'étude de l'entrée dans l'âge adulte. Ainsi, à quelques exceptions près, les pratiques alimentaires de la population étudiante semblent encore peu étudiées (Grignon, 2003 ; Gourmelen, 2017).

Dans ce contexte, il semble opportun de s'interroger sur les spécificités des étudiants : souffrent-ils de troubles particuliers qui les différencieraient de la catégorie plus large et plus flottante des « jeunes » ? Quel est le profil des étudiants « à risque » ? Quel peut être l'effet de l'intégration institutionnelle sur leurs pratiques alimentaires ? Ce chapitre se propose d'étudier les questions concernant les troubles alimentaires des étudiants à partir des données de l'enquête Santé des étudiants (ESE 2016, OVE). Après avoir décrit la prévalence des troubles dans la population étudiante, nous analyserons les déterminants sociaux de ces troubles.

TROUBLES ALIMENTAIRES : LES ÉTUDIANTS PLUS VULNÉRABLES ?

Les questions portant sur les pratiques alimentaires des étudiants de l'enquête Santé des étudiants (ESE 2016) sont rares : au nombre de cinq, elles sont regroupées dans une section intitulée « Conduites alimentaires ». Les premières portent sur des pratiques liées aux prises alimentaires : sauter des repas et grignoter (pratique déclarée et

1 Les auteures tiennent à remercier tout particulièrement Yannick Morvan pour sa relecture du chapitre ainsi que les références en psychologie, notamment sur les liens entre dépression et troubles alimentaires.

fréquence). Ensuite, quatre questions, inspirées de celles des Baromètres santé 2005 et 2010, interrogent des pratiques utilisées comme indicateurs de troubles alimentaires : « manger énormément avec de la peine à [s']arrêter », « [se] faire vomir volontairement », « regretter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir [s']arrêter », et « manger en cachette ». Chacune de ces questions était posée pour les douze derniers mois, et une variable de fréquence devait être sélectionnée (souvent, parfois, rarement, jamais). Enfin, deux questions portent sur le fait de manger à sa faim (pratique déclarée et raisons). Pour ce chapitre, et afin de rendre homogène l'analyse en termes d'âge, seuls les étudiants ayant entre 16 ans et 30 ans ont été retenus.

Ces quatre questions, reprises des Baromètres santé 2005 et 2010, portent sur les difficultés des étudiants à contrôler leur comportement alimentaire. Dans ce chapitre, nous faisons le choix d'employer le terme « troubles alimentaires » pour caractériser les quatre pratiques alimentaires déclarées par les étudiants, plutôt que de parler de pratiques déviantes ou transgressives, termes qui pourraient introduire un jugement de valeur. Pour autant, comme le précisent Beck *et al.* (2013), ces questions ne suffisent d'autant pas à établir de diagnostic que les pathologies de la conduite alimentaire se distinguent par une multitude de symptômes. Elles permettent néanmoins de quantifier des « troubles précliniques » en tant que signes annonciateurs de pathologies alimentaires telles que la boulimie (ingestion importante et incontrôlée de nourriture) ou l'anorexie (restriction alimentaire, parfois accompagnée de conduites de vomissement avec ou sans épisodes de boulimie). Malgré ces difficultés d'ordre méthodologique déjà soulignées, ces questions indiquent la fréquence et l'intensité de ces troubles parmi les étudiants de 16 ans à 30 ans.

Tableau 1
Distribution des troubles alimentaires déclarés parmi les étudiants de 16 ans à 30 ans

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé...	... de manger énormément avec de la peine à vous arrêter ?	... de vous faire vomir volontairement ?	... de regretter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter ?	... de manger en cachette ?
<i>Souvent</i>	8,7	0,7	4,6	2,8
<i>Parfois</i>	18,2	2,2	7,3	6,2
<i>Rarement</i>	20,5	3,5	7,7	7,8
Jamais	52,6	93,6	80,3	83,2
<i>Jamais (jeunes de 15-30 ans – Baromètre santé 2010)*</i>	57,0	96,3	89,4	84,4

Source : ESE 2016, OVE.

* Source : Beck *et al.*, 2013.

Champ : étudiants universitaires de 16 ans à 30 ans (n = 17 634).

Lecture : 8,7 % des étudiants ont déclaré avoir souvent mangé énormément et avoir eu de la peine à s'arrêter au cours des douze derniers mois.

Comme l'indique le **Tableau 1**, certains « troubles » s'avèrent plus répandus que d'autres. Ainsi, au cours des douze derniers mois, près d'un étudiant sur deux a déjà été concerné (toutes fréquences confondues) par le fait de « manger énormément en ayant de la peine à s'arrêter », même si seuls 8,7 % des étudiants universitaires interrogés répondent que cela les a concernés « souvent ». Au contraire, les autres troubles ont déjà concerné entre 6 % des étudiants (« se faire vomir volontairement ») et 20 % des étudiants (« regretter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter »). Ces ordres de grandeur sont comparables à ce que l'on peut observer sur

la population des jeunes de 15 ans à 30 ans, telle qu'ont pu l'analyser Beck *et al.* à partir des données du Baromètre santé 2010. Toutefois, quand on compare l'ensemble des jeunes à la population étudiante, cette dernière semble plus « vulnérable » aux troubles alimentaires, surtout en ce qui concerne les frénésies alimentaires.

Si les modalités de réponse proposées, comme les dates d'enquête, ne sont pas tout à fait comparables entre l'enquête réalisée auprès des jeunes du Baromètre santé de 2010 et celle réalisée auprès des étudiants de 2016 (ce qui peut sans doute en partie expliquer les différences observées²), cette plus grande vulnérabilité de la population étudiante à certains symptômes de troubles alimentaires pourrait être liée aux conditions de vie propres à cette tranche de vie. Bien que les étudiants s'écartent peu du modèle français des repas (Grignon, 2003), ils sont soumis à des contraintes et à des rythmes spécifiques. La plus ou moins grande souplesse des emplois du temps, notamment selon les filières (Vourc'h, 2009 ; Fernex et Lima, 2016), et la charge inégale de travail demandée aux étudiants selon les cursus, pourraient conduire à des pratiques alimentaires moins normées, surtout dans une période de prise d'indépendance par rapport à l'alimentation familiale. Ainsi, 48,1 % des étudiants déclarent qu'il leur est déjà arrivé de sauter des repas ; et près de deux tiers des étudiants déclarent grignoter parfois ou souvent dans la journée, quand seuls 8 % des étudiants déclarent n'avoir jamais grignoté. Or, ces pratiques de grignotage ou le fait de sauter des repas sont notamment corrélés à une forme de frénésie alimentaire : parmi les étudiants qui déclarent grignoter « souvent », 59,7 % ont déjà mangé en ayant des difficultés à s'arrêter, tandis qu'ils ne sont que 30,6 % parmi les étudiants déclarant ne « jamais » grignoter. De même, parmi les étudiants déclarant avoir déjà sauté des repas, 50,5 % ont déjà mangé en ayant des difficultés à s'arrêter, tandis qu'ils ne sont que 46,5 % parmi les étudiants n'ayant jamais sauté de repas. Ainsi, les raisons d'un écart de la population étudiante avec le modèle alimentaire courant sont peut-être davantage à rechercher dans les pratiques alimentaires périphériques aux normes sociales communes plutôt que dans les conduites alimentaires plus classiques.

Tableau 2
Nombre de troubles alimentaires déclarés

Nombre de troubles alimentaires déclarés	% jeunes de 15-30 ans (Baromètre santé 2010, DREES)*	% étudiants de 16-30 ans (ESE 2016, OVE)**
0	78,1	46,8
1	nc	29,5
2	nc	13,5
3	1,7	7,8
4	0,3	2,4

*Source : Beck *et al.* 2013 ; **Source : ESE 2016, OVE.

Champ : étudiants universitaires de 16 ans à 30 ans (n = 17 634).

Lecture : 46,8 % des étudiants, dans l'enquête Santé des étudiants, n'ont déclaré aucun trouble alimentaire.

2 Dans l'enquête Santé des étudiants, quatre modalités étaient proposées (« souvent », « parfois », « rarement », « jamais »), tandis que dans le Baromètre, seules trois modalités (« souvent », « rarement » et « jamais ») étaient proposées. Ce déséquilibre pourrait conduire à une surdéclaration artificielle des troubles par les étudiants. Par ailleurs, Beck *et al.* (2010) indiquent que la proportion des jeunes souvent concernés par l'un ou l'autre de ces symptômes a légèrement diminué, « peut-être sous l'influence de l'attention sanitaire qui s'est développée dans la même période, et notamment lors du déploiement du deuxième PNNS entre 2006 et 2010 » (Beck *et al.*, 2010, p. 221-222).

La plus grande vulnérabilité de la population étudiante aux troubles alimentaires se perçoit également à travers le cumul plus fréquent des troubles, comparé à la population des jeunes du même âge (**Tableau 2**). Alors que Beck *et al.* relèvent que 0,3 % des jeunes cumule quatre troubles, cette proportion est de 2,4 % parmi la population des étudiants. Si elle est donc plus élevée, force est de constater la faiblesse du nombre d'étudiants concernés par tous les troubles : près d'un sur deux (46,8 %) n'est ainsi concerné par aucun trouble, et 29,5 % des étudiants ne sont concernés que par un seul trouble, qui s'avère être, pour 82 % d'entre eux, celui d'« avoir de la peine à s'arrêter de manger ». Comme on l'a suggéré, ce trouble pourrait être corrélé aux emplois du temps des étudiants, parfois très denses ou au contraire hachés. Mais les frénésies alimentaires sont aussi à relier au contexte dans lequel se déroulent les repas. Plus ils décohabitent et s'éloignent de leur famille, plus les étudiants sont susceptibles de prendre de la distance avec le modèle traditionnel des repas (Grignon, 2003). La sociabilité alimentaire étudiante peut alors constituer un élément important dans la définition des rythmes et des contenus. On peut par exemple émettre l'hypothèse qu'un repas festif au fast-food ou chez un camarade provoque un épisode de frénésie alimentaire suivi d'un saut de repas, tout comme un manque d'intégration sociale peut conduire à des formes moins structurées de prises alimentaires.

Dans la suite de l'analyse, nous avons choisi d'analyser les étudiants concernés par au moins deux troubles – c'est-à-dire près d'un quart de la population étudiante (23,7 %) – afin d'analyser les variations sociales de la distribution de ces troubles alimentaires.

TROUBLES ALIMENTAIRES ET DÉTERMINANTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

L'alimentation constitue un précieux outil de lecture des inégalités sociales (de Saint Pol, 2017) : les normes, les pratiques et les habitudes alimentaires varient selon l'appartenance sociale (Régnier *et al.*, 2006). L'étude des pratiques alimentaires nous renseigne notamment sur la façon dont les individus font le lien entre leur alimentation et leur santé (Régnier et Masullo, 2009), mais aussi sur le rapport qu'ils entretiennent à leur poids et corpulence (de Saint Pol, 2010). La littérature sur les troubles alimentaires montre quant à elle que les pathologies comme l'anorexie mentale (Darmon, 2003) et l'obésité (Poulain, 2009 ; Régnier, 2010) sont socialement situées.

Outre ces inégalités sociales de santé, ces troubles révèlent également des inégalités de genre, le plus souvent à la défaveur des femmes (Beck *et al.*, 2013). Dans l'enquête Santé des étudiants, c'est en effet parmi les étudiantes que l'on observe le plus fréquemment le cumul d'au moins deux troubles alimentaires déclarés (**Tableau 3**) : 30,4 % des étudiantes déclarent au moins deux troubles, contre 14,8 % des étudiants. On observe également un effet d'âge, 27,0 % des moins de 19 ans déclarant avoir déjà été sujets à au moins deux troubles, contre 23,2 % des 19-25 ans et 22,5 % des plus de 25 ans. Cet effet âge ne recoupe pas un effet cohabitation, puisque les proportions ne sont pas significativement différentes entre les cohabitants et les décohabitants. La cohabitation, en revanche, joue un rôle dans certains troubles spécifiques, notamment le fait de « manger en cachette », déclaré plus fréquemment par les cohabitants que par les décohabitants, ces derniers ayant sans doute moins « besoin » de se cacher comme ils pouvaient le faire lorsqu'ils vivaient encore chez leurs parents.

Tableau 3

Caractéristiques sociales, physiques, psychologiques et universitaires des étudiants ayant déclaré plus de deux troubles comparés aux étudiants ayant déclaré aucun ou un trouble

Variables	Modalités	Aucun ou un trouble	Plus de deux troubles	Test chideux
Sexe	Homme	85,2	14,8	***
	Femme	69,6	30,4	
Classe d'âge	Moins de 19 ans	73,0	27,0	***
	De 19 ans à 25 ans	76,8	23,2	
	Plus de 25 ans	77,5	22,5	
Cohabitation	Cohabitant	75,6	24,4	/ns
	Décohabitant	76,6	23,4	
Filière	LLSHA	72,3	27,7	***
	SANTÉ	74,3	25,7	
	DROIT	75,1	24,9	
	IUT	75,9	24,1	
	MEEF	74,8	25,2	
	SCIENCES	80,6	19,4	
Catégorie socioprofessionnelle du père	Père agriculteur	75,2	24,8	/ns
	Père artisan, commerçant, chef d'entreprise	76,4	23,6	
	Père cadre	75,5	24,5	
	Père profession intermédiaire	75,7	24,3	
	Père employé	77,0	23,0	
	Père ouvrier	78,1	21,9	
	Père retraité	77,4	22,6	
Volume horaire hebdomadaire (cours, travail personnel, activités rémunérées)	Moins de 30 heures (1 ^{er} quartile)	75,3	24,7	/ns
	De 30 heures à 40 heures (2 ^e quartile)	76,9	23,1	
	De 40 heures à 50 heures (3 ^e quartile)	78,6	21,4	
	Plus de 50 heures (dernier quartile)	74,3	25,7	
Symptômes de tristesse et d'anhédonie	Absence de symptômes principaux de tristesse et d'anhédonie	79,5	20,5	***
	Présence de symptômes principaux de tristesse et d'anhédonie	65,7	34,3	
IMC	Poids normal	78,0	22,0	***
	Maigreur	86,3	13,7	
	Surpoids	64,0	36,0	
	Obésité	56,2	43,8	
Pratique sportive	Tous les jours	77,0	23,0	/ns
	Plusieurs fois par semaine	77,2	22,8	
	Une fois par semaine	76,2	23,8	
	Plus rarement	75,5	24,5	
	Jamais	75,4	24,6	
Ensemble		76,3	23,7	

Source : ESE 2016, OVE.

Champ : étudiants universitaires de 16 ans à 30 ans (n = 17 634).

Lecture : 14,8 % des étudiants ayant déclaré plus de deux troubles alimentaires sont des hommes.

La déclaration de plus de deux troubles est en outre significativement plus fréquente parmi les étudiants en surpoids³. Si le lien entre les troubles alimentaires déclarés et la prise de poids n'a pu être analysé, en raison du nombre trop important de non-réponses à la question de la prise de poids, la liaison significative entre l'IMC et les troubles alimentaires montre que les troubles constatés ne sont pas sans lien avec la corpulence des étudiants. En effet, une des caractéristiques des troubles alimentaires se manifeste par une prise de poids qui augmente l'IMC dans le cas des conduites boulimiques ou, à l'inverse, dans le cas des conduites anorexiques, à une perte de poids qui diminue l'IMC (Miller et Golden, 2010). Les étudiants qui, au cours des douze derniers mois, ont présenté des symptômes de tristesse ou d'anhédonie (voir le chapitre sur la dépression et le suicide chez les étudiants⁴) ont également plus fréquemment déclaré plus de deux troubles alimentaires. Cette association est une donnée connue de la littérature et des approches transdiagnostiques, qui reconnaissent un chevauchement des dimensions relatives aux conduites alimentaires d'une part, et des dimensions relatives aux émotions – notamment l'anxiété et la dépression – d'autre part (Solmi *et al.*, 2018). Il a également été mis en évidence que la confrontation à des émotions et situations négatives pouvait amener certaines personnes à enclencher des conduites boulimiques ou, à l'inverse, des conduites anorexiques (Bourdier *et al.*, 2018).

D'autres variables sociales ou universitaires semblent peu corrélées aux troubles alimentaires. Ainsi, l'origine sociale (mesurée par la catégorie socioprofessionnelle du père ou celle de la mère), ou encore les revenus des parents ne sont pas significativement liés aux troubles alimentaires déclarés par les étudiants. De même, la filière universitaire fait peu varier les troubles déclarés : les étudiants des filières Lettres, Langues et Sciences humaines déclarent plus fréquemment deux troubles alimentaires ou plus, tandis que les étudiants des filières Sciences déclarent moins fréquemment deux troubles alimentaires ou plus. Toutefois, cet effet filière, qui diminue lorsque l'on raisonne à sexe identique (c'est-à-dire quand on introduit la variable « filière » dans une régression logistique, et que l'on contrôle par le sexe), semble davantage lié à un effet de composition qu'à un effet propre de la filière. En effet, le fait que les personnes de sexe féminin soient plus fréquemment touchées par les troubles alimentaires est une donnée connue de la littérature (Miller et Golden, 2010). Par ailleurs, le volume horaire consacré aux activités studieuses ou professionnelles n'influence pas significativement les troubles alimentaires, de même que la pratique d'un sport, alors que l'on aurait pu penser que l'intensité du rythme de travail (scolaire ou rémunéré), ou encore la pratique sportive auraient un impact plus significatif sur le rapport à l'alimentation.

Afin d'analyser, de manière simultanée, la manière dont s'agencent caractéristiques universitaires et rapports à l'alimentation, une analyse des correspondances multiples (ACM) a été réalisée en introduisant les variables actives suivantes : grignoter, sauter des repas, manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir volontairement, regretter de commencer à manger, manger en cachette, ne pas manger à sa faim. Afin d'expliquer les axes portés par les variables décrivant le rapport à l'alimentation des étudiants, les variables supplémentaires suivantes ont été introduites dans l'analyse : le sexe, le statut de cohabitation, la classe d'âge, la PCS du père, les heures de travail, les symptômes de tristesse et d'anhédonie, la pratique sportive et l'IMC (en 4 catégories).

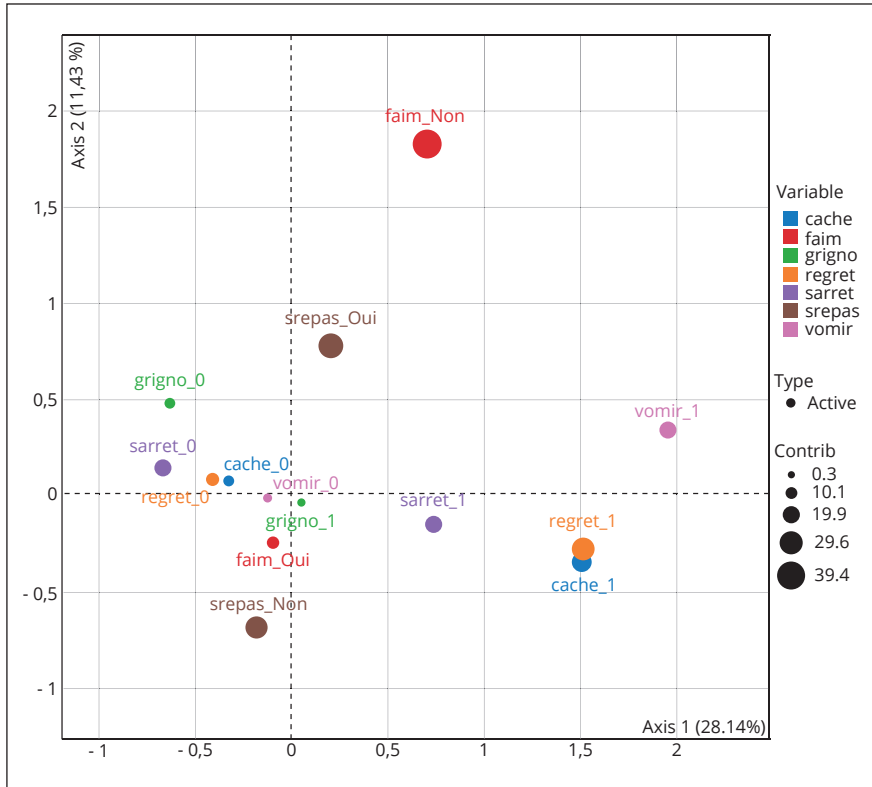
3 Les catégories de poids ont été définies en calculant l'IMC des étudiants, à partir du poids et de la taille déclarés dans l'enquête. Ainsi, les étudiants ayant un IMC < 18,5 ont été caractérisés comme étant en état de « maigre » ; les étudiants ayant un IMC compris entre 18,5 et 25 ont été caractérisés comme étant dans un état de « poids normal » ; les étudiants ayant un IMC compris entre 25 et 30 ont été caractérisés comme étant dans un état de « surpoids ». Enfin, les étudiants ayant un IMC > 30 ont été caractérisés comme étant dans un état de « obésité ».

4 Dans la mesure où une prise ou une perte de poids importante est l'un des critères diagnostics de l'épisode dépressif majeur, nous avons préféré mesurer la liaison avec la dimension dépressive par les symptômes principaux de tristesse et d'anhédonie.

Les deux graphiques suivants (**Figures 1 et 2**) représentent la position de ces différentes variables dans le plan factoriel porté par les deux premiers axes. Il apparaît que le premier axe, qui explique 26 % de l'inertie, est porté par les variables de troubles alimentaires, à savoir « regretter de commencer à manger », « manger en cachette », « avoir de la peine à s'arrêter de manger » et « se faire vomir volontairement ». À droite du graphique (valeurs positives sur l'axe des abscisses) sont représentés les étudiants qui déclarent ces troubles, tandis que la partie gauche (valeurs négatives) correspond aux étudiants qui ne présentent pas ces troubles. Les autres variables introduites, telles que les pratiques de grignotage, le saut de repas ou encore le fait de ne pas manger à sa faim, sont mal représentées sur cet axe (contributions inférieures à 2) ; seule la modalité « ne pas manger à sa faim » est faiblement corrélée aux troubles alimentaires déclarés. De toutes les variables supplémentaires introduites, ce sont l'IMC, le sexe et les symptômes de tristesse et d'anhédonie qui sont les plus corrélés aux troubles alimentaires représentés sur l'axe 1. Ainsi, ce sont plus fréquemment des étudiants dont l'IMC les classe dans les catégories « surpoids » ou « obésité », et des femmes présentant différents troubles alimentaires, qui se déclarent en état de tristesse et d'anhédonie. Les filières se différencient peu sur cet axe ; seule la filière LLSHA semble caractérisée par une proportion un peu plus importante d'étudiants présentant ces troubles. L'axe 2, quant à lui, est porté par les variables « saut de repas » ou « ne pas manger à sa faim », ce qui semble indiquer que ces variables correspondent à une autre dimension de l'alimentation étudiante. En effet, cela peut être parce qu'elles manifestent une contrainte extérieure empêchant la prise alimentaire (manque de temps ou d'argent), tandis que les premières indiquent une difficulté à s'alimenter pouvant être à l'initiative de l'étudiant lui-même. Ce deuxième axe apparaît peu structuré par les caractéristiques socio-économiques et universitaires introduites dans l'analyse, comme cela apparaît sur la figure 2 : les modalités des variables supplémentaires s'écartent peu de l'origine (l'endroit où les axes se croisent).

Figure 1

**Analyse des correspondances multiples (ACM) :
représentation des deux premiers axes factoriels (plan 1-2)**



Source : ESE 2016, OVE.

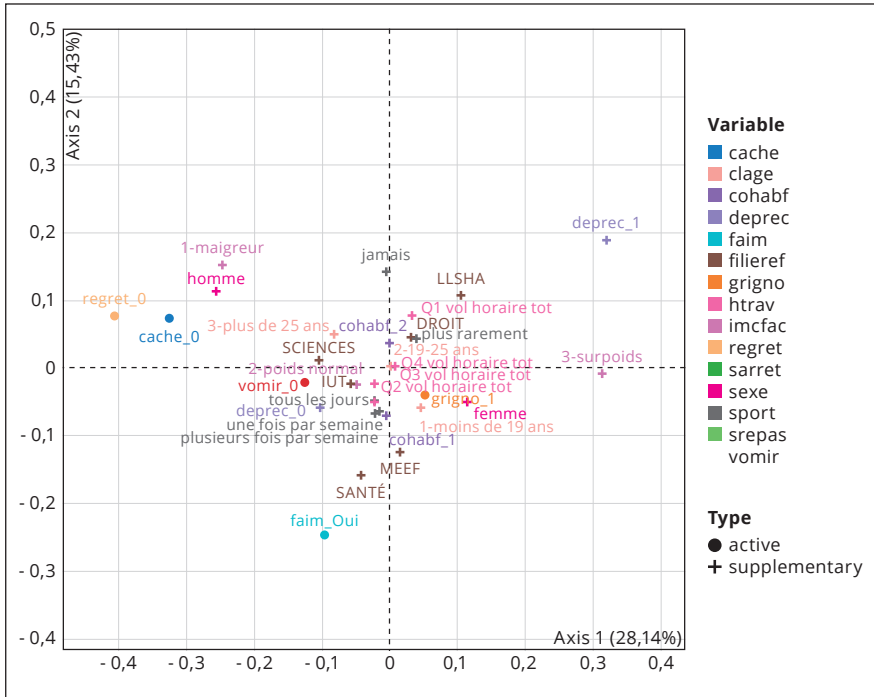
Champ : étudiants universitaires de 16 ans à 30 ans (n = 17 634).

Variables représentées : « grigno » : pratiques de grignotage ; « srepas » : saut de repas ; « sarret » : manger énormément avec de la peine à s'arrêter ; « vomir » : se faire vomir volontairement ; « regret » : regretter de commencer à manger ; « cache » : manger en cachette ; « faim » : ne pas manger à sa faim. Pour chaque variable, la modalité « oui » est représentée par un « 1 » et la modalité « non » par un « 0 ».

Lecture : les modalités sont représentées par des points dont la taille est proportionnelle aux contributions des points aux axes : plus les points sont de grande taille, plus ils participent à la définition de l'axe.

Figure 2

Analyse des correspondances multiples (ACM) : représentation des variables illustratives sur les deux premiers axes factoriels (plan 1-2)



Source : ESE 2016, OVE.

Champ : étudiants universitaires de 16 ans à 30 ans (n = 17 634).

CONCLUSION

En matière de troubles de l'alimentation, la population étudiante apparaît particulièrement vulnérable, y compris lorsqu'on la compare à celle des jeunes d'âge comparable. Ils sont en effet plus fréquemment touchés que ces derniers par les troubles mesurés à travers l'enquête Santé des étudiants, et plus nombreux à cumuler plusieurs de ces troubles. La spécificité de la population étudiante, de ses rythmes de travail et de son autonomie en construction explique sans doute cette plus grande vulnérabilité, qui se manifeste, en outre, par une dérégulation des conduites alimentaires. Au sein de la population étudiante, la probabilité d'être sujet à des troubles alimentaires apparaît par ailleurs plus fréquente parmi les étudiants de sexe féminin ou en surpoids, et plus souvent associée à des symptômes de tristesse ou d'anhédonie.

Toutefois, ces premiers résultats sur les troubles de l'alimentation, rendus possibles grâce à l'enquête Santé, pourraient être davantage contextualisés, notamment en les analysant en lien avec les pratiques alimentaires plus générales des étudiants. De moins en moins renseignées au fil des enquêtes Conditions de vie des étudiants, celles-ci permettraient en effet de mieux comprendre les contextes de survenue de ces troubles : avec qui mangent habituellement les étudiants ? À quels horaires ? Outre un ensemble de questions liées aux modes de vie des étudiants, d'autres gageraient

à être étudiées, concernant notamment l'équilibre alimentaire et le contenu des repas des étudiants – ce qu'ils mangent mais aussi ce qu'ils ne mangent pas. Ces différentes dimensions de l'alimentation et de la sociabilité étudiante telle qu'elle s'organise autour des repas mériteraient d'être davantage étayées au moyen de données récentes.

RÉFÉRENCES

- Beck F., Maillouche F. et Richard J.-B. (2013), « Conduites alimentaires perturbées des jeunes. Entre facteurs sociaux et détresse psychologique », *Agora débats/jeunesse*, vol. 63, n° 1, p. 128-139.
- Beck F., Legleye S., Maillouche F. et Richard J.-B., « Conduites alimentaires perturbées des jeunes », in Beck F. et Richard J.-B. (dir.), *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, Inpes, coll. « Baromètres santé », p. 219-231.
- Bourdier L., Morvan Y., Kotbagi G., Kern L., Romo L. and Berthoz S. (2018), « Examination of emotion-induced changes in eating: a latent profile analysis of the emotional appetite questionnaire », *Appetite*, vol. 123, p. 72-81.
- Comoretto G. (2015), « Le repas à la cantine, une expérience forcément négative ? », in Dubet F. (dir.), *Que Manger ? Normes et pratiques alimentaires*, La Découverte, coll. « Recherches », p. 151-163.
- Darmon M. (2003), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. La Découverte.
- Diasio N., Hubert A. et Pardo V. (2009), « Alimentations adolescentes en France », *Les Cahiers de l'OCHA*, n° 14.
- Dupuy A. (2013), *Plaisirs alimentaires. Socialisation des enfants et des adolescents*, PUR, coll. « Tables des hommes ».
- Escalon H., Beck F. (2013), « L'alimentation des 12-30 ans », in Beck F. et Richard J.-B. (dir.), *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis, Inpes, coll. « Baromètres santé », p. 201-215.
- Fernex A. et Lima L. (2016), « Temps de travail des étudiants : des pratiques très différenciées », in Giret J.-F., Van de Velde C. et Verley É. (dir.), *Les Mondes étudiants*, La Documentation française.
- Gourmelen A. (2017), « Améliorer les comportements alimentaires des étudiants : quels enjeux pour les pouvoirs publics ? », in Dubet F. (dir.), *Que Manger ? Normes et pratiques alimentaires*, La Découverte, coll. « Recherches », p. 119-135.
- Grignon C. (2003), « Alimentation et santé, 1^{re} partie : les repas », *OVE Infos*, n° 6.
- Maurice A. (2013), « L'éducation alimentaire en collège à l'épreuve de l'histoire familiale des élèves », *Recherches familiales*, vol. 10, n° 1, p. 127-137.
- Miller C. A. and Golden N. (2010), « An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis », *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 25, n° 2, p. 110-105.
- Poulain J.-P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, PUF, coll. « Sciences sociales et sociétés ».
- Régnier F., Lhuissier A. et Gojard S. (2009), *Sociologie de l'alimentation*, La Découverte, coll. « Repères ».
- Régnier F. et Masullo A. (2009), « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n° 4, p. 747-773.
- Régnier F. (2010), « Obésité et clivages sociaux : approche sociologique », in Bergeron H. et Castel P. (dir.), *Regards croisés sur l'obésité*, Éditions de Santé, p. 41-52.
- Saint Pol (de) T. (2010), *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, PUF, coll. « Le lien social ».

- Saint Pol (de) T. (2017), « Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales », *L'Année sociologique*, vol. 67, n° 1, p. 11-22.
- Solmi M., Collantoni E., Meneguzzo P., Degortes D., Tenconi E. et Favaro A. (2018), « Network analysis of specific psychopathology and psychiatric symptoms in patients with eating disorders », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 51, n° 7, p. 680-692.
- Vourc'h R. (2009). « Des vies diversement studieuses », in Gruel L., Galland O. et Houzel G. (dir.), *Les Étudiants en France. Histoire et sociologie d'une nouvelle jeunesse*, PUR.
- Zilloniz S. (2009), « La gestion du corps : alimentation et santé », in Gruel L., Galland O. et Houzel G. (dir.), *Les Étudiants en France. Histoire et sociologie d'une nouvelle jeunesse*, PUR.