

SSU : « La santé des étudiants reste un sujet de tensions vives depuis la crise Covid » (L. Gerbaud)

News Tank Éducation & Recherche -
Paris - Interview n°248753 - Publié le 15/04/2022 à 17:06

Imprimé par Xavier Teissedre - abonné #13929 - le 22/04/2022 à 09:13



Laurent Gerbaud - © Seb Lascoux

« La ligne du ministère sur les services de santé universitaires se situera probablement dans le champ médian que constituent mon rapport et celui de l'Igésr (Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche). La question de la santé des étudiants est à vif depuis la crise Covid et reste un sujet de tensions vives. La notion de conseiller santé étudiante de la présidence — présente dans les deux rapports — en est un parfait exemple. »

C'est ce que déclare [Laurent Gerbaud](#), président de l'ADSSU (Association des Directeurs des Services de Santé Universitaires), à News Tank le 12/04/2022, après la publication de son rapport en mars 2022, un an après sa remise à la ministre de l'Esri (Enseignement supérieur, recherche et innovation) en mai 2021.

Il ajoute que « les médecins-directeurs de SSU (Service de santé universitaire) pensent, assez naturellement, qu'ils seront ces conseillers de la présidence, ce qui les différencie des vice-présidents en charge de la santé ou de la vie étudiante. En effet, il nous semble que ce poste est de nature technique et non pas démocratique. »

Or, selon lui, « cette position hérisse le poil de certains qui estiment que cela porterait atteinte à l'indépendance des présidents d'université. Mais comment peuvent-ils nommer un médecin-directeur sans lui faire assez confiance pour être leur conseiller santé ? »

En outre, le directeur du SSU de Clermont-Auvergne appelle à « un plan d'investissement de la part de l'État, comme au niveau des établissements (...) C'est aussi pour cela que le poste de conseiller santé étudiant nous paraît intéressant, de porter un savoir technique, à la fois théorique et pratique, sur ce que nous faisons ».

Laurent Gerbaud revient également pour News Tank sur l'hétérogénéité des SSU et de leurs liens avec ARS (Agence régionale de santé) et CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), la nécessité d'une transformation de la visite médicale obligatoire et d'un élargissement des publics, ou encore la place des SSU dans les universités.

« Des problèmes lourds de locaux et de moyens, qui ne se résoudreont pas en un coup de baguette magique »

Un an après la remise de votre rapport à la ministre de l'Esri (Enseignement supérieur, recherche et innovation), celui-ci est enfin rendu public. Quelle a été la réception de vos recommandations par le Mesri (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation) ?

Deux rapports ont été commandés par le ministère sur les SSU (Service de santé universitaire), l'un dont j'avais la charge, avec la participation de l'Igésr (Inspecteur/inspectrice générale de l'éducation, du sport et de la recherche) [Pierre Valla](#), et l'autre mené par une équipe de l'Igésr, dont il faisait également partie. Sa mission était donc de créer de la cohérence entre les deux rapports, notamment en validant ce que je produisais. C'est pourquoi un certain nombre de mes propositions et observations se retrouvent également dans le rapport de l'Igésr, ce qui ne préjuge en rien de ce qui sera repris par le cabinet.

La ligne du ministère sur les SSU se situera probablement dans le champ médian que constituent ces deux rapports. La question de la santé des étudiants est à vif depuis la crise Covid et reste un sujet de tensions vives. La notion de conseiller santé étudiante de la présidence — présente dans les deux rapports — en est un parfait exemple.

Une fonction que vous souhaitez dédier aux médecins-directeurs de SSU, mais ce n'est pas de l'avis de tous...

Les médecins-directeurs de SSU pensent, assez naturellement, qu'ils seront ces conseillers de la présidence, ce qui les différencie des vice-présidents en charge de la santé ou de la vie étudiante. En effet, il nous semble que ce poste est de nature technique et non pas démocratique, et alors que les récents rapports [Pittet](#) et [Chauvin](#) pointent un déficit de compétence en santé publique à tous les étages de nos institutions.

Or, cette position hérisse le poil de certains qui estiment que cela porterait atteinte à l'indépendance des présidents d'université. Mais comment peuvent-ils nommer un médecin-directeur sans lui faire assez confiance pour être leur conseiller santé ?

D'autant plus que cette position du médecin-directeur a été l'objet de tensions dans de nombreux établissements, tensions issues et renforcées par la crise sanitaire. Sur 48 médecins-directeurs, une dizaine a démissionné ou n'a pas prolongé, voire a été mis à pied. Ceci provient en grande partie du moment où les instructions que nous recevions, tardivement, n'étaient plus conformes avec ce que nous savions devoir faire, la situation épidémique évoluant souvent plus vite que les modalités de prise de décision.



Il existe des choses qui relèvent d'un savoir et non d'une opinion, même si cette opinion provient d'autres professionnels de santé »

Il faut donc admettre que dans le domaine de la santé publique, il existe des choses qui relèvent d'un savoir et non d'une opinion, même si cette opinion provient d'autres professionnels de santé. Nous avons réellement un gros problème de santé publique en France, où tout le monde peut se « piquer » de santé publique sans y connaître goutte. Mais cela donne aussi des discours manquant de cohérence, qui ont donné le sentiment de changements d'avis permanents. L'adaptation à un phénomène nouveau, que l'on découvre au fur et à mesure qu'il se développe, nécessite une maîtrise technique des décisions comme de leur publicité et d'apporter cette maîtrise technique aux processus de décision démocratiques.

Ainsi, en octobre 2020, le ministère des solidarités et de la santé nous demandait d'organiser un dépistage de masse dans les universités,

alors que les délais pour un résultat de test PCR pour les cas-contact étaient de trois à cinq jours. Il nous était facile de constater que la saturation des capacités des laboratoires rendait impossible tout dépistage de masse, qu'il était normal de ne pas mettre en place. Or, cette politique de dépistage de masse a été répétée en janvier 2021, alors que les jauges étaient à 20 %. À ce moment-là, nous avons demandé des autotests, mais ceux-ci sont finalement arrivés en mai-juin. Alors que ce n'était plus le moment et que nous étions passés à l'étape d'après, celle de la vaccination.

Toutefois, il faut souligner qu'à partir de novembre 2020, la relation a été différente au niveau du Mesri. Le cabinet et la Dgesip (Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle) réunissaient les directeurs de SSU toutes les semaines, pour lesquels nous préparions des questions et ils nous transmettaient des informations. Les remontées de terrain étaient assurées et cela a permis d'éviter un reconfinement universitaire au printemps 2021, de mettre en place le dispositif de chèques psy étudiants, etc.

Vous constatez une forte hétérogénéité entre les SSU selon qu'ils soient centres de santé ou non, mais aussi pour les conditions de travail et de rémunération, de statut des médecins. Comment résoudre cette situation ?

J'avais rédigé le volet santé du PNVE (Plan national de vie étudiante) en 2015, une grande partie de nos propositions avaient déjà été énoncées à ce moment-là, notamment le développement du nombre de centres de santé. Cinq ans après, nous constatons que plus de la moitié des universités ne dispose pas de centre de santé. Les SSU sont toujours marqués par des problèmes lourds de locaux et de moyens, qui ne se résoudront pas en un coup de baguette magique. L'idée est donc de trouver une manière d'accélérer le développement des services de santé universitaire.

En outre, l'hétérogénéité forte entre les SSU sur le territoire entraîne une totale inégalité en termes d'accès aux soins. L'attribution des ETP (Équivalent temps plein) supplémentaires de psychologues annoncée par Jean Castex en janvier 2021 n'a par exemple pas été effective partout, car certains SSU n'avaient pas les locaux ou d'autres ont été empêchés pour des questions de masse salariale. On augmente ainsi les ETP de psychologues, mais pour ceux qui en ont déjà et peuvent en accueillir, plutôt que ceux qui n'en ont pas. C'est normal d'un point de vue structurel, mais cela ne l'est pas envers nos étudiants.

Dans les deux rapports, nous retrouvons l'idée qu'il faut structurer une conférence nationale pour adopter un plan national de santé étudiante, et demander aux universités de développer leurs politiques de santé dans ce cadre. Nous constatons d'un autre côté le développement des solutions de téléconsultation privées au sein de certains établissements. Or ce n'est pas avec de tels dispositifs que les universités résoudront leurs problèmes de santé étudiante. Il faut développer la téléconsultation, mais au sein des SSU, avec des infirmières en pratique avancée.

« Une conférence nationale pour adopter un plan national de santé étudiante »

Cette hétérogénéité s'applique également dans le lien des SSU avec leur ARS (Agence régionale de santé) ou leur CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie)...

Notre lien avec les ARS est effectivement trop hétérogène. Bien qu'une circulaire demande aux agences régionales de travailler avec nous, et que les SSU sont cités sept fois dans le code de santé publique, la situation est très variable d'une région à l'autre. Si des ARS collaborent très avec les SSU, d'autres considèrent qu'il est hors de question que les « financements de la santé aillent dans l'enseignement supérieur ».

Afin de faciliter les relations, nous souhaitons voir se développer des CPOM (Contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens) avec les ARS. Le SSU de Clermont avait par exemple dans le passé un CPOM de quatre ans avec l'ARS Auvergne. En début d'année, 80 % du budget était versé, et en juillet, après un bilan de l'année, il était décidé de verser tout ou partie des 20 % restants. Depuis la fusion avec Rhône-Alpes, nous sommes repassés à un budget annuel, pour lequel il faut remplir huit dossiers de financement. C'est une perte de temps et d'énergie. Or, la prévention et l'éducation à la santé ne se saucissonnent pas que ce soit en termes de thématiques ou d'annuité. Il faut du temps, de la constance et coller en permanence aux problèmes et demandes des populations concernées.

En revanche, avec l'Assurance maladie, les relations sont plus simples et le seront encore davantage à l'avenir, même si les CPAM sont déjà facilitantes, à la suite de la signature de la convention nationale entre les ministères de tutelle, les conférences d'établissements et la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie). Cela permettra notamment un appui plus important aux SSU, notamment dans la politique de soins de premier recours, car les étudiants sont parmi les populations ayant de grandes difficultés à trouver un médecin traitant. Les caisses primaires sont en train de développer des partenariats proactifs.

Il sera ainsi intéressant que les caisses primaires se remettent à repérer les étudiants, ce qui n'est pas si facile que cela sans code étudiant. Nous travaillons donc avec eux sur ce volet, mais la difficulté reste aussi d'aller vers les étudiants inscrits hors des universités. L'idée est de faire un lien pour les étudiants les plus fragiles, notamment ceux sans complémentaire santé.

Avec la crise sanitaire, un plan d'action, de financement, est-il devenu encore plus urgent ?

Les SSU qui sont centres de santé peuvent aborder leurs problèmes budgétaires grâce à l'accord conventionnel entre l'Assurance maladie et les centres de santé. Malgré une rémunération trop souvent basse et l'absence de statut, les modalités de travail offertes par nos services permettent malgré tout de recruter assez facilement des jeunes médecins ; et encore plus quand on les a accueillis comme externes ou internes. La télétransmission des actes, l'aide au financement de l'Assurance maladie nous permettent compléter les dotations de l'État, des universités et, globalement, de nous en sortir au quotidien.



Le problème est plus structurel et profond »

Le problème est plus structurel et profond comme lorsque nous n'avons pas les locaux suffisant pour travailler ou que ceux-ci sont fortement dégradés. Par exemple, localement, je peux recruter un médecin ou une psychologue sans trop de problèmes, mais je n'ai pas de bureau pour l'accueillir. Et je suis très loin d'être le seul.

Il faut donc un plan d'investissement de la part de l'État, comme au niveau des établissements. Or, le changement de gouvernance ne permet parfois pas de maintenir une politique sur la longueur. C'est aussi pour cela que le poste de conseiller santé étudiant nous paraît intéressant, de porter un savoir technique, à la fois théorique et pratique, sur ce que nous faisons.

Nous appelons par ailleurs à réorienter la politique de la visite systématique des étudiants en licence, qui date des années 1950 et, pour beaucoup, ne sert à rien. Faire un bilan de santé à des gens qui ne le demandent pas et n'en ont, pour la plupart, pas besoin, est inefficace. Voir quelqu'un systématiquement, sans ciblage ni demande, n'a pas démontré d'efficacité scientifiquement, que ce soit en termes de prévention ou en termes de prise en charge.

Vers qui alors réorienter cette politique de visite médicale ?

Il faut donc réorienter cet effort vers des publics pour qui cela aura un réel impact, les populations précaires, les étudiants internationaux primo-arrivants et ceux soumis à risques particuliers du fait des études. L'idée est donc de développer le repérage des facteurs de vulnérabilités chez des publics soumis soit à des risques particuliers, soit à des risques sanitaires ou socio-économiques, à l'image de ce qu'on fait les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie à partir des années 2000.

L'argument que l'on oppose à cette réorientation serait une rupture d'égalité entre étudiants. Cet argument oublie que ce sont actuellement entre 27 % et 35 % des étudiants de premier cycle qui passent cette visite systématique et qu'elle ne sert à rien en dehors des situations précédemment citées.

Concernant les étudiants étrangers, depuis la loi de mars 2016 rompant les conventions mises en place avec l'[Ofii \(Office français de l'immigration et de l'intégration\)](#) en 2016, nous repérons médiocrement ces publics, car nous n'avons plus de lien avec les attributions de titre de séjour. Nous voyons ceux considérés comme des étudiants étrangers par l'université, mais il y a de nombreux primo-arrivants qui ne sont pas repérés (par exemple au niveau master, pour des établissements d'enseignement supérieur hors université, etc.). Il faut donc rétablir ce lien avec l'Ofii pour repérer de nouveau ces publics et leur permettre un accès aux soins, au dépistage et à la vaccination.

Pour les étudiants en situation de précarité, les liens forts avec les services sociaux des [Crous \(Centre régional des œuvres universitaires et scolaires\)](#) et l'accueil d'assistantes sociales permettent d'organiser un système de repérage assez efficace. De notre côté, nous devons aussi organiser comment repérer les comportements à risque, l'alcoolisation ponctuelle importante, l'incapacité de s'arrêter de boire, la consommation de drogues, etc., pour les diriger vers les services de santé dont les étudiants ont besoin.

Des financements supplémentaires vous permettraient également de toucher davantage d'étudiants, hors des universités...

Lorsque nous sommes centres de santé, nous nous adressons à tout le monde, mais nous sommes face à des publics très mobiles. Nous faisons encore face à des établissements d'enseignement supérieur qui accueillent des étudiants reconnus pas l'État, mais éloignés des universités et des SSU. Nous avons dû intégrer ces étudiants, sans moyens complémentaires, sans locaux supplémentaires. On nous a dit que la [CVEC \(Contribution de vie étudiante et de campus\)](#) servait à cela et que nous devions nous débrouiller avec. Les deux rapports portent l'extension des missions des SSU en direction de tous les étudiants post-bac, mais accompagnée des moyens qui vont avec.

Le plan de santé étudiante doit donc être aussi une réflexion sur les moyens et pas uniquement sur les objectifs. L'[ADSSU \(Association des Directeurs des Services de Santé Universitaires\)](#) avait déjà chiffré les moyens de chacun des services il y a quelques années, par tranche de 10 000 étudiants, nous sommes en capacité de le refaire.

L'idée est désormais d'entamer une réflexion sur le rôle des services vers l'ensemble des étudiants et de commencer à moduler la visite systématique, en gardant le principe, mais en demandant une priorisation sur les étudiants en difficulté.



L'extension des missions des SSU, mais accompagnée des moyens qui vont avec »

Pour faciliter cet élargissement, une structure comme celle des Crous pourrait-elle être envisagée ?

Le problème avec les structures de type Crous est qu'elles ne peuvent pas être présentes dans tous les sites universitaires. Actuellement, il y a de nombreuses situations universitaires où les SSU sont présents dans des antennes où les Crous ne sont pas.

En outre, il ne faut pas oublier le rôle extrêmement important des SSU envers les étudiants en situation de handicap. Or, ce travail s'effectue dans un partenariat étroit avec les services universitaires handicap, parfois même dans le cadre de fusion ou de pôles communs. Des services de santé hors des universités créeraient donc de fortes difficultés sur ces prises en charge. Être au sein des universités permet d'échanger plus facilement avec les équipes pédagogiques, d'organiser les équipes plurielles et d'adapter ainsi les enseignements.

Lors de la crise sanitaire, nous avons bien constaté que le traçage Covid nécessitait un lien direct avec les services de scolarité, pour

connaître les parcours des étudiants et pouvoir donner des alertes pertinentes. Ou encore pour la méningite à méningocoque, nous mettons en général moins de 72 h pour donner les antibiotiques à toutes les personnes concernées, grâce à ce traçage efficace en lien avec la scolarité.

Si le transfert aux Crous ne figure dans aucun des deux rapports, il est clair que notre partenariat avec le [Cnous \(Centre national des œuvres universitaires et scolaires\)](#) et les Crous est destiné à être renforcé. Cela signifierait notamment, mais pas uniquement, renforcer l'animation et la prévention en santé, tout en se rappelant que la compétence technique est à notre niveau.

Avez-vous finalement constaté une prise de conscience, une avancée, depuis la crise, sur l'importance de la santé étudiante ?

Parmi les acteurs de l'[ESR \(Enseignement supérieur et recherche\)](#), au niveau du ministère, nous avons très clairement constaté une volonté de faire avancer les choses, d'où le fait de me confier cette mission, plus politique que technique, complétée par la mission de l'Igésr sur le volet technique.



Le niveau de réflexivité, d'élaboration des politiques de santé publique est tout à fait médiocre »

Toutefois, la question de la santé publique nécessite une réorganisation profonde du système de santé, et nous en sommes loin. Cela n'est pas différent pour les étudiants par rapport au reste de la société. Comme le souligne les rapports Pittet et Chauvin, la question de la santé publique n'est pas dans les logiciels de formation des élites en France. Le niveau de réflexivité, d'élaboration des politiques de santé publique est tout à fait médiocre.

Toutes les personnes qui font de la santé publique en France constituent un bien petit monde et ce n'est pas normal. Chez nos voisins belges et suisses, alors que la population est bien inférieure, il y a respectivement trois et deux grandes écoles de santé publique. En France, nous en sommes loin.



Laurent Gerbaud

Directeur du centre de santé universitaire @ Centre Universitaire Hospitalier de Clermont - CHU

Membre de la conférence spécialisée sur de droit des usagers @ Conférence Nationale de Santé

PU-PH @ CHU Clermont-Ferrand

Médecin directeur @ Service de Santé Universitaire Université Clermont-Auvergne

Date de naissance : 03/07/1960

Parcours

-	<p>Association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU) Président</p>
Depuis 2019	<p>Centre Universitaire Hospitalier de Clermont - CHU Directeur du centre de santé universitaire</p>
Depuis juin 2010	<p>Conférence Nationale de Santé Membre de la conférence spécialisée sur de droit des usagers</p>
Depuis septembre 2001	<p>CHU Clermont-Ferrand PU-PH</p>
Depuis septembre 1992	<p>Service de Santé Universitaire Université Clermont-Auvergne Médecin directeur</p>

Fiche n° 16897, créée le 05/04/2016 à 16:46 - MàJ le 06/04/2020 à 10:20



Association des directeurs des services de santé universitaires (ADSSU)

Catégorie : Groupement professionnel

Adresse du siège

25 rue E. Dolet
63000 Clermont-Ferrand France

Général

Date de création	1993
Statut	Association loi 1901
Implantations (dont siège)	Paris
Missions et objectifs	<ul style="list-style-type: none">• Assurer la représentation des services de santé universitaires au niveau national.• Organiser des échanges sur les pratiques en santé universitaire.• Être un partenaire de réflexion, de négociation et de progrès avec les ministères (enseignement supérieur, santé et toute autre structure nationale).
Présidence	Président : Laurent Gerbaud (Clermont-Auvergne)

Fiche n° 4484, créée le 10/11/2016 à 11:08 - MàJ le 01/07/2021 à 11:36

© News Tank Éducation & Recherche - 2022 - **Code de la propriété intellectuelle** : « La contrefaçon (...) est punie de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende. Est (...) un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une oeuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur. »