



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'ESPACE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



OBSERVATOIRE
NATIONAL
DE LA VIE
ÉTUDIANTE

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES ÉTUDIANT·ES

Cahiers de l'OVE

Juillet 2026

Rapport d'analyse à partir des enquêtes
Conditions de vie des étudiant·es, OVE 2023
et Bien-être et santé des étudiant·es, OVE 2024

AVANT-PROPOS

La santé constitue un prisme essentiel pour comprendre les conditions de vie et d'études des étudiant·es. Pourtant, elle demeure un angle insuffisamment abordé dans les grandes enquêtes généralistes, qui ne permettent pas d'en saisir la complexité. C'est pour combler ce manque que l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE), en collaboration avec la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), a conçu l'enquête Bien-être et habitudes de santé des étudiants (BSE).

Plutôt que de se concentrer sur une problématique isolée, cette enquête a opté pour une approche large, embrassant aussi bien la santé générale, le sommeil, l'alimentation et la consommation que la santé psychologique, la vie affective et le recours aux soins. Adossée à un dispositif original de réinterrogation des répondant·es à l'enquête Conditions de vie des étudiant·es 2023, et enrichie par les contributions d'équipes de recherche ayant répondu à un appel à exploitation, elle vise à dresser un état des lieux à la fois rigoureux et nuancé de la santé étudiante.

Cette ambition prend un relief particulier dans un contexte marqué par la pandémie de Covid-19, qui a souvent agi comme un catalyseur de dynamiques préexistantes. Comprendre les difficultés rencontrées par les étudiant·es, identifier les facteurs qui pèsent sur leur bien-être et repérer les inégalités — sociales, de genre, ou liées à l'orientation sexuelle — qui les traversent : tels sont les objectifs qui ont motivé cette démarche.

Le présent rapport propose une première série d'analyses issues de l'enquête BSE. Sans prétendre à l'exhaustivité, il offre un instantané des travaux en cours, appelés à se poursuivre et à donner lieu à de futures publications, notamment dans le cadre d'une post-enquête qualitative prolongeant le partenariat entre l'OVE et la DGESIP. Au-delà du constat, il entend ouvrir des pistes de réflexion et formuler des recommandations pour guider les actions à venir en faveur de la santé et du bien-être dans l'enseignement supérieur.

Le présent rapport débute par une présentation de l'enquête et de ses principales caractéristiques. Il traite ensuite des analyses portant sur le recours aux soins et les logiques de renoncement, puis aborde la question des liens entre le statut de boursier et l'état de santé. Il présente ensuite une analyse approfondie des différents indicateurs de santé mentale et ce que ces derniers révèlent de la santé psychologique de la population étudiante. Le rapport se poursuit ensuite par un examen des populations dites minoritaires d'orientation sexuelle et de genre, à travers deux analyses : sur la santé et sur les parcours d'études. Enfin, le rapport se termine par une analyse des enjeux de l'alimentation, étudiant de façon inédite les relations entre qualité, quantité et diversité de l'alimentation. Une dernière partie conclut ce rapport par une synthèse générale présentant des recommandations et des réflexions pour les politiques publiques en faveur du bien-être et de la santé des étudiant·es.

CONTEXTE DE RÉALISATION

Le présent rapport est une copublication entre l'OVE et la DGESIP (sous-direction A2-2, vie étudiante et réussite). Il est le fruit des premières exploitations de l'enquête Bien-être et pratiques de santé des étudiant·es réalisée en partenariat entre l'OVE et la DGESIP.

Le présent rapport est le résultat d'une collaboration entre plusieurs contributeurs et contributrices, chacun·e ayant apporté son expertise à des sections spécifiques du document. Il est précisé que chaque auteur et autrice est responsable du contenu de sa propre contribution et en assume la pleine responsabilité scientifique et éditoriale. Les analyses, interprétations et conclusions présentées dans chaque partie engagent uniquement leur(s) auteur(s) et autrice(s).

Cette répartition des responsabilités vise à garantir la rigueur et la transparence des travaux menés, conformément aux principes éthiques et déontologiques en vigueur et pratiqués au sein de la communauté scientifique.

Coordinateur du rapport : Malo Mofakhami

CONTRIBUTRICES ET CONTRIBUTEURS

DU RAPPORT

Warda Bariz, ingénieure d'étude, Université Sorbonne Paris Nord, affiliée à l'Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle (Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques, Université Sorbonne Paris Nord et Université Paris Cité, UMR U1153 Inserm, U1125 Inrae, Cnam)

Alice Bellicha, maîtresse de conférences en nutrition et santé publique, Université Sorbonne Paris Nord, affiliée à l'Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle (Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques, Université Sorbonne Paris Nord et Université Paris Cité, UMR U1153 Inserm, U1125 Inrae, Cnam)

Henri Dehove, doctorant en nutrition et santé publique, affilié à l'Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle (Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques, Université Sorbonne Paris Nord et Université Paris Cité, UMR U1153 Inserm, U1125 Inrae, Cnam)

Maxime Gignon, professeur en santé publique, praticien hospitalier (CHU Amiens), conseiller auprès de la DGESIP

Maya Jouany, anciennement chargée d'études, stagiaire à la DGESIP et étudiante à l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne au sein du Master parcours Chargés d'études et de recherches économiques et sociales (CEES)

Nathan Lévêque, doctorant en sociologie, chercheur à l'Ined, l'Iris et l'EHESS

Malo Mofakhami, maître de conférences en économie, Université Sorbonne Paris Nord, affilié à l'IFRJ, à l'IRIS et au CEET-CNAM, conseiller auprès de la DGESIP

Yannick Morvan, professeur des universités en psychologie, Université Paris Nanterre, UFR SPSE-UR CLIPSYD, Inserm U1018 CESP, FSEF Relais Etudiant Lycéen 75

Caroline Saint-Girons, coordinatrice des enquêtes et données de la vie étudiante à la DGESIP

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le fruit d'une collaboration étroite, initiée conjointement par l'OVE et la sous-direction « réussites et vie étudiante » A2-2 de la DGESIP. Sa réalisation n'aurait pas été possible sans l'engagement et l'investissement conséquent de l'ensemble des personnes qui y ont contribué.

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement l'équipe de l'OVE (par ordre alphabétique) : Feres Belghith, Fanny Bugeja-Bloch, Marie-Paule Couto, Odile Ferry, Merryl Gouy, Yannick Morvan, Théo Patros, Olivier Rey, Monique Ronzeau et Élise Tenret.

Du côté de la DGESIP, nos remerciements vont particulièrement à Charles Duportail, Maxime Gignon, Maya Jouany, Laurence Lefèvre et Caroline Saint-Girons, ainsi qu'à l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de cette enquête. Le SIES a également apporté une contribution précieuse à ces travaux ; nous remercions les équipes de Frédéric Tallet et, tout particulièrement, Marie Fourré pour son travail et son accompagnement.

Lors de la conception de l'enquête, de nombreux collègues ont été sollicités afin d'enrichir certains modules. Nous leur exprimons toute notre gratitude et adressons nos remerciements appuyés à l'équipe Eren, représentée par Alice Bellicha, ainsi qu'à l'équipe Envie, représentée par Marie Bergström.

Enfin, nous remercions très chaleureusement l'ensemble des contributrices et contributeurs de ce rapport pour leur précieux investissement.

SOMMAIRE

Avant-propos.....	1
Contexte de réalisation	2
Constitutrices et contributeurs du rapport	3
Remerciements	4
Sommaire	5
Éditorial d'Olivier Ginez	7
Éditorial d'Olivier Rey.....	8
Présentation de l'enquête	9
Champs de l'enquête et thématiques abordées	9
Recueil des données.....	9
Statistiques descriptives de la population étudiante de l'enquête	11
Construction des principales variables de santé.....	12
Recours aux soins et services de santé de la population étudiante	14
Méthodologie de la classification ascendante hiérarchique (CAH) et construction des variables utilisées	14
Construction des variables actives.....	14
Construction des variables pertinentes à croiser avec les trois typologies d'étudiants.....	16
Typologie de recours aux soins parmi la population étudiante	17
Analyses entre profil de recours aux soins et problème de santé	20
État de santé et difficultés financières au sein de la population étudiante boursière après revalorisation des barèmes et montants des bourses entre 2023 et 2024.....	23
Méthode de mesure des difficultés économiques et des variations de bourse.....	23
Une relative stabilité du nombre bénéficiaires de bourse d'une année sur l'autre malgré un ajustement paramétrique	24
Une variation de l'échelon de bourse à la baisse ayant plus d'effets qu'une variation à la hausse sur les difficultés perçues	26
Analyse de la santé mentale des étudiant·es	28
Préambule	28
Synthèse.....	28
La détresse psychologique	30
La dépression	32
L'anxiété	34
Idéations suicidaires et tentatives de suicide	35
Le recours aux soins	36
Effets de genre sur la prévalence et le recours aux soins	40

État de santé et expositions des minorités d'orientation sexuelle et de genre au sein de la population étudiante	42
Méthodologie de mesure des identifications d'orientation sexuelle et d'exposition aux violences	42
Caractéristiques de la population de l'enquête	43
Une santé très dégradée pour les minorités de genre	46
Propos critiques lors d'une consultation médicale, une surexposition des minorités de genre et d'identité sexuelles	50
Violences sexistes et sexuelles dans le cadre des études et situations douloureuses ou de harcèlement au cours de l'année universitaire	51
Minorités sexuelles et de genre, une surexposition aux violences et aux problèmes de santé	53
Choisir sa filière. Quels effets de l'orientation sexuelle et de genre ?	55
Les choix de filière et de spécialités selon le sexe et l'orientation sexuelle	57
Des inégalités horizontales entre étudiant·es	61
Comprendre les spécificités des parcours des minorités sexuelles et genre	62
Conclusion – Des logiques d'orientation entre goût spécifiques, socialisation minoritaire et contraintes extérieures	63
Alimentation : associations avec l'origine sociale et les conditions de vie	65
Contexte	65
Objectifs	67
Méthodologies propres à cette analyse	67
Insécurité alimentaire, qualité de l'alimentation et pratiques durables vis-à-vis de la consommation de produits animaux	71
Associations avec les caractéristiques sociodémographiques	74
Associations avec l'origine sociale	74
Associations avec les conditions de vie	75
Associations avec le comportement alimentaire	75
Discussion	79
Conclusion	80
Enseignements et enjeux pour les politiques publiques de l'ESR	81
Annexes	85
Recours aux soins et services de santé de la population étudiante	85
État de santé et difficultés financières au sein de la population étudiante boursière après revalorisation des barèmes et montants des bourses entre 2023 et 2024	88
État de santé et expositions des minorités d'orientation sexuelle et de genre au sein de la population étudiante	90

ÉDITORIAL D'OLIVIER GINEZ

La publication de ce rapport sur le bien-être et la santé des étudiants marque l'aboutissement d'un partenariat inédit engagé en 2022 entre la direction générale de l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) et l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE).

A la sortie de la crise Covid, les alertes concernant la précarité, la santé mentale et les difficultés d'accès aux soins des étudiants se sont multipliés dans l'espace public. Ces constats, largement relayés dans le débat public, appelaient toutefois à être objectivés par des données nationales robustes. C'est dans cette perspective qu'a été construite cette collaboration entre la DGESIP et l'OVE pour construire une enquête dédiée à la santé et le recours aux soins des étudiants complétée par un dispositif innovant de réinterrogation en 2024 des répondants à l'enquête conditions de vie des étudiants 2023 de l'OVE.

Les résultats présentés dans ce rapport mettent en évidence deux constats majeurs. Le premier concerne l'ampleur des problèmes de santé psychologique au sein de la population étudiante. Quels que soient les indicateurs mobilisés, les étudiants apparaissent plus exposés que le reste de la population à ces fragilités, qui semblent désormais s'inscrire dans la durée.

Le second porte sur le recours aux soins et révèle des situations distinctes. Certains étudiants restent éloignés des dispositifs de prévention ou de soins, par méconnaissance des ressources disponibles ou des enjeux liés à leur santé. D'autres, bien qu'inscrits dans des parcours de soins, renoncent encore à certains accompagnements ou traitements, en raison de contraintes financières, organisationnelles ou territoriales.

Ces enseignements rappellent l'importance et l'intérêt d'inscrire au cœur des politiques publiques en faveur des étudiants une intégration pleine et entière de la promotion de la santé et du bien-être afin de garantir à chaque étudiant les conditions d'études, d'épanouissement et d'émancipation auxquelles il et elle doit pouvoir prétendre.

Je tiens à remercier chaleureusement les équipes de l'OVE et de la DGESIP, ainsi que l'ensemble des chercheurs et contributeurs mobilisés pour la réalisation de ce travail. Par la qualité des analyses proposées, ce rapport apporte un éclairage scientifique précieux sur les réalités vécues par les étudiantes et étudiants en matière de santé et d'accès aux soins.

Olivier Ginez

Directeur général de
l'enseignement supérieur et
de l'insertion professionnelle

ÉDITORIAL D'OLIVIER REY

La compréhension des enjeux de santé étudiante nécessite une approche globale qui fasse toute sa place aussi bien à des données traditionnelles concernant l'accès et le recours aux soins qu'à des questions portant sur la santé psychologique, le sommeil, la vie affective, l'orientation sexuelle ou l'alimentation.

C'est en ce sens que l'enquête bien être et habitudes de santé des étudiants témoigne de la préoccupation commune de la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) et de l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE) de disposer d'analyses suffisamment complètes pour éclairer et étayer des politiques publiques en la matière.

Le premier rapport qui en est issu montre l'intérêt d'approfondir, sur ces questions, les grandes tendances objectivées par l'enquête Conditions de vie de l'OVE. Dans les débats sur la condition étudiante, la tentation est toujours grande d'en rester à des considérations sur des moyennes ou des généralités. La prise en compte de la diversité des populations étudiantes et des inégalités qui les traversent est au contraire nécessaire pour approcher la réalité des situations vécues par les personnes concernées.

On le remarque dans certains résultats exposés dans ce rapport. Les rapports de genre sont par exemple fortement structurants dans la perception de la santé mentale, le recours aux soins ou d'autres dimensions sanitaires et sociales telles que le harcèlement ou les discriminations, auxquels sont particulièrement sensibles les minorités de genre et d'orientation sexuelle.

Les constats établis dans ces travaux, s'ils rappellent le poids toujours important des inégalités d'origine sociale, soulignent la pertinence d'identifier des configurations caractérisées par la combinaison de plusieurs facteurs qui pèsent sur la santé et le bien-être, et produisent par conséquent des effets significatifs sur l'orientation et la réussite étudiante.

Cette cartographie des risques peut ainsi contribuer à la construction de réponses efficaces, tant par les établissements que par des dispositifs nationaux, pour pallier les difficultés critiques rencontrées par certaines catégories étudiantes.

Je suis heureux que ces travaux puissent se prolonger, dans les mois qui viennent, par des groupes d'exploitation qualitatifs sur un certain nombre de thématiques abordées ici.

Olivier Rey
Président de
l'Observatoire national
de la vie étudiante

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

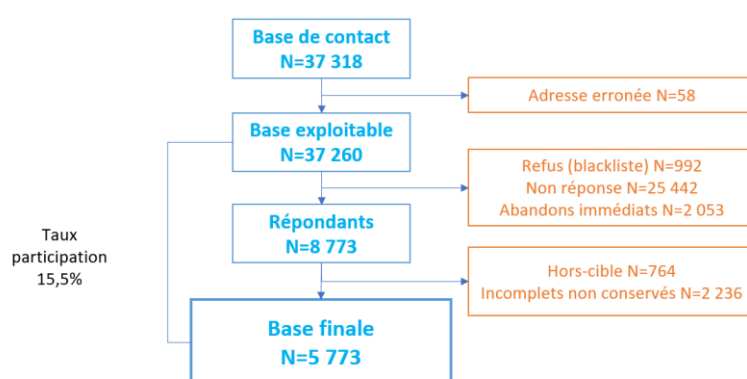
Champs de l'enquête et thématiques abordées

Le rapport s'appuie sur l'exploitation et l'analyse de l'enquête nationale Bien-être et habitudes des étudiant·es en matière de santé réalisée en France entre mai et juillet 2024 par l'OVE en collaboration avec la DGESIP. Cette enquête unique s'inscrit dans la continuité de l'enquête Conditions de vie des étudiant·es réalisée en 2023 par l'OVE.

L'enquête BSE aborde plusieurs thématiques permettant de saisir l'état de santé physique et mental des étudiant·es de l'enseignement supérieur, ainsi que leurs comportements et pratiques en matière de recours aux soins, de rapport à l'alimentation, de connaissances en littératie et de dispositifs de santé mis à leur disposition. L'enquête mobilise des questions et des indicateurs reconnus et utilisés dans plusieurs enquêtes de référence, qui permettent de suivre les évolutions et de comparer la population étudiante au reste de la population jeune ou adulte française.

L'enquête BSE s'adressait à 37 318 étudiant·es ayant déjà répondu au questionnaire CDV 2023, poursuivant leurs études en France en 2024 et ayant accepté d'être recontacté·es. Elle ne permet donc pas de saisir les étudiant·es primo-entrant·es de l'année scolaire 2023-2024 ni les étudiant·es en section de technicien supérieur (STS) qui n'ont pas pu être recontacté·es.

Recueil des données



Base finale avant nettoyage = 5 773

5 706 questionnaires complets + 67 questionnaires incomplets (conservés = remplis au moins jusqu'à la question N1 (activité rémunérée dans la partie Ressources et dépenses))

Durée remplissage questionnaire : 33 minutes en moyenne

⇒ **Base finale nettoyée et pondérée = 5 670**

Le recueil des données a été réalisé au moyen d'un questionnaire en ligne auto-administré. Un taux de réponse de 15,5 % des étudiant·es contacté·es par mail a permis de retenir 5 773 questionnaires suffisamment complets pour être exploités. Afin d'assurer la représentativité des résultats, les données ont été ajustées statistiquement (redressées et pondérées)¹ en

¹ La pondération est construite sur la base des caractéristiques d'inscription de la population étudiante du champ (genre, âge, type d'établissement, filière, niveau d'étude)

fonction des effectifs réels des établissements du supérieur, tels que recensés par les ministères concernés. La base finale de l'échantillon nettoyé et pondéré représente 5 670 questionnaires exploitables pour l'analyse². L'enquête permet ainsi de disposer d'un échantillon représentatif des étudiant·es en France, ainsi que d'indicateurs reconnus, comparables à ceux d'autres grandes études nationales³.

Ainsi, le champ représente l'ensemble des étudiant·es du périmètre de l'enquête CDV⁴ à l'exception des primo-entrants et des STS. Les statistiques présentées dans ce rapport sont redressées pour être représentatives de ce champ de référence.

² La différence entre 5 773 et 5 670 tient aux non-réponses d'individus aux questions relatives à la santé mobilisées.

³ A titre d'exemple, l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ 2014) et l'enquête nationale sur la vie affective des jeunes (Envie – Ined) contiennent des effectifs comparables.

⁴ Le champ initial de l'enquête Conditions de vie 2023 de l'OVE couvre l'ensemble des étudiantes inscrites dans les établissements suivants : universités ; grandes écoles ; écoles d'ingénieur·es universitaires et non universitaires ; écoles de commerce et de management ; écoles d'architecture sous tutelle du ministère de la culture et de la communication ; écoles d'art sous tutelle du ministère de la culture et de la communication ; classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE) ; sections de technicien·ne supérieure (STS).

Statistiques descriptives de la population étudiante de l'enquête

Le tableau suivant (tableau 1.1) présente quelques caractéristiques sociodémographiques de la population étudiante de l'enquête.

Tableau 1.1 - Caractéristiques de la population étudiante de l'enquête

Caractéristiques de la population étudiante de l'enquête (en %)	
Identification de genre	
Homme	41,5
Femme	54,6
Minorités de genre	3,9
Age	
Moins de 20 ans	18,0
De 20 à 22 ans	44,6
De 23 à 25 ans	19,7
Plus de 25 ans	17,7
Nationalité	
Française (et double)	82,4
Étrangère	17,6
Niveau d'études	
DU, capacité en droit, DAEU	0,9
Niveau Licence	55,0
Niveau Master	35,2
Niveau Cycle 3	8,9
Établissement	
Universités et grands établissements	72,0
CPGE	2,2
Ingénieur	10,5
Commerce	10,5
Culture	4,8
Statut de cohabitation	
Décohabitant·e	58,7
Cohabitant·e	24,3
Semi-cohabitant·e	17,1
PCS du ménage	
Ménages à dominante cadre	30,8
Ménages à dominante intermédiaire	27,4
Ménages à dominante employée	17,4
Ménages à dominante indépendante	7,7
Ménages à dominante ouvrière	7,9
Ménages d'un employé ou ouvrier	6,6
Ménages d'inactifs	2,4
Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024 / Enquête Conditions de vie des étudiant·es, OVE, 2023 Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base (n= 5670) Lecture : 54,6 % des étudiant·es de l'enquête sont des femmes	

Construction des principales variables de santé

Ce rapport documente l'état de la santé mentale et physique de la population étudiante en 2024, ainsi que les évolutions et variations moyennes par rapport à l'année précédente. Pour les trois parties suivantes, trois variables principales de santé, à deux modalités (Oui/Non), seront utilisées : Santé générale dégradée, Détresse psychologique (seuil de santé psychologique dégradée), Problème de santé limitant. La construction de ces variables repose sur l'ensemble des étudiants répondants, hors des modalités « je ne sais pas » et « je ne souhaite pas répondre ».

Santé dégradée

Cette variable permet de mesurer l'état de santé générale déclaré. Elle est construite à partir de la variable qui interroge sur l'état de santé général perçu sur une échelle de 5 niveaux allant de « très bon » à « très mauvais ». On considère que pour une population étudiante, la santé générale est « dégradée » si l'état de santé déclaré est « moyen », « mauvais » ou « très mauvais »⁵.

Détresse psychologique (au seuil de santé psychologique dégradée)

Cette variable mesure le niveau de détresse psychologique au cours des 4 dernières semaines. Pour pouvoir comparer la population étudiante avec la population générale, on utilise le score de détresse psychologique « *Mental Health Inventory – 5* » (MHI5). Ce score est constitué de cinq variables se référant à des états psychologiques à 5 niveaux – « Très nerveux / nerveuse », « Triste et abattu·e », « Calme et détendu·e », « Heureux / heureuse », « Si découragé·e que rien ne pouvait vous remonter le moral » – qui permettent de construire un score de 0 à 20. Il existe néanmoins plusieurs seuils pour ce score (voir la partie santé mentale) ; ici, le seuil retenu est le plus large, que l'on peut qualifier de santé psychologique dégradée. On considère un état de détresse psychologique si le score obtenu est inférieur à 11 (soit 55% du score maximal)⁶.

Problème de santé limitant

Cette variable mesure la limitation des activités habituelles des étudiant·es causée par un problème de santé depuis au moins 6 mois. On considère l'individu comme « limité » lorsqu'il déclare être limité par au moins un des items suivants : problème moteur, problème cardiologique ou respiratoire, problème sensoriel, maladie chronique, trouble du développement, trouble psychiatrique, autre. Cette variable inclut aussi bien les aspects physiques que mentaux des limitations liées à des motifs de santé. À titre d'information, 7,6 % des étudiant·es répondant·es déclarent être limités par un trouble psychiatrique, 7,3 % par une maladie chronique, 6,5 % par un trouble du neurodéveloppement, 4,5 % par un problème moteur et 2,7 % par un problème cardiovasculaire (réponses pouvant être multiples).

Ces trois variables constituent un socle commun d'analyses du rapport, elles pourront être utilisées en l'état pour l'année 2024 avec les modalités Oui/Non afin de réaliser des comparaisons, analyses bivariées et multivariées. Le tableau suivant (tableau 1.2) présente la distribution de ces trois variables dans l'enquête BSE.

⁵ Dans la littérature portant sur la santé déclarée, deux conventions s'appliquent au traitement de la modalité « moyen ». La convention adoptée par l'OMS consiste plutôt à considérer que la santé est dégradée lorsque l'individu répond de très faible à moyen, et ce d'autant plus chez les jeunes, car il s'agit d'une population pour laquelle le niveau de référence en matière de santé est en moyenne plus élevé.

⁶ Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):1013-23. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00093-6. PMID: 9817119.

Ces variables étant construites à partir de questions également présentes dans le questionnaire CDV de 2023, un score d'intensité normalisé de 0 à 1 pourra être utilisé pour les variables de Santé dégradée et de Détresse psychologique. Ces scores d'intensité (1 = état le plus dégradé) permettent de mesurer les variations de ces variables de santé entre 2023 et 2024.

Tableau 1.2 - Répartition des principales variables de santé retenues

Variables d'intérêt (%)	
Détresse psychologique	
Oui	40,1
Non	59,9
Santé dégradée	
Oui	26,0
Non	74,0
Problème de santé limitant (depuis au moins 6 mois)	
Oui	26,1
Non	73,9

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 40,1% des étudiant·es de l'enquête étaient en détresse psychologique en 2024

RECOURS AUX SOINS ET SERVICES DE SANTÉ DE LA POPULATION ÉTUDIANTE

Cette section a pour but d'examiner les diverses formes de non-recours aux soins et de renoncement. Elle analyse également ces modes de recours en tenant compte de l'état de santé de la population étudiante. D'abord, le chapitre détaille une méthodologie pour élaborer une typologie des formes de recours et de renoncement aux soins. Ensuite, il présente une analyse des caractéristiques individuelles et sanitaires propres à chaque groupe de recourant·es.

Contributeurs et contributrices de cette partie : Maya Jouany, Malo Mofakhami, Caroline Saint-Girons

Cette partie a pour objectif de comprendre les pratiques et comportements des étudiant·es en matière de santé, notamment à travers le recours aux soins. Sur la base d'une sélection de variables, une typologie statistique est élaborée, permettant de distinguer 3 classes d'étudiant·es aux pratiques de santé contrastées.

Méthodologie de la classification ascendante hiérarchique (CAH) et construction des variables utilisées

La méthode de classification ascendante hiérarchique utilisée permet de regrouper les étudiant·es selon leurs similitudes dans leur rapport aux soins. Trois classes d'étudiant·es ont été identifiées, ce qui permet de dégager les grandes tendances et les caractéristiques propres à chaque groupe.

Pour identifier ces classes, six variables actives ont été utilisées : avoir consulté un médecin généraliste ; avoir consulté un·e spécialiste (ophtalmologue, dentiste, autre) ; avoir consulté un·e spécialiste (psychiatre, psychologue) ; avoir renoncé à des soins ; avoir eu recours aux SSU/SSE ou SUMP/MPU ; avoir entendu au moins un propos critique lors d'une consultation médicale.

Construction des variables actives

Pour l'ensemble des variables suivantes, les modalités « vous ne savez pas » et « vous ne souhaitez pas répondre » ont été attribuées à la modalité majoritaire de chaque variable.

Avoir consulté un médecin généraliste***Avoir consulté un·e spécialiste (ophtalmologue, dentiste, gynécologue, sage-femme, autre)******Avoir consulté un·e spécialiste (psychiatre, psychologue)***

Variables à deux modalités - avoir consulté depuis moins d'un an / avoir consulté depuis plus d'un an. Les variables « bse_J1_X » du questionnaire BSE ont été utilisées. La modalité « jamais » a été affectée à la modalité « avoir consulté depuis plus d'un an ». Cette variable permet de saisir si les étudiant·es ont recours à des médecins de manière régulière, avec au moins une consultation annuelle, conformément aux recommandations des autorités de santé publique.

Avoir renoncé à des soins (au cours des 12 derniers mois)

Cette variable, qui comprend cinq modalités, saisit les motifs de renoncement aux soins, qu'ils soient pour raisons financières ou pour manque de temps. Elle permet aussi de distinguer les étudiant·es qui ne renoncent pas aux soins de celles et ceux qui pensent ne pas en avoir besoin.

Les cinq modalités de renoncement sont :

- **Renoncement pour motif financier** : avoir répondu oui à la question « bse_J2 »
- **Renoncement par manque de temps** : avoir répondu oui à au moins une des modalités « bse_J3_1 » Vous n'aviez pas le temps ? / « bse_J3_2 » Le cabinet était trop éloigné (difficulté pour vous y rendre) ? / « bse_J3_3 » Le délai d'attente pour avoir un rendez-vous était trop long ?
- **Renoncement pour un autre motif** : avoir répondu oui à au moins une des modalités « bse_J3_4 » Vous ne saviez pas à qui vous adresser ? / « bse_J3_5 » Vous pensiez que ça allait passer tout seul ? / « bse_J3_6 » Pour d'autres raisons non financières ?
- **Pas de renoncement de soins** : avoir répondu à l'absence de renoncement « bse_J3_7 »
- **Pas eu besoin de soins** : Réponse d'absence de besoin de soins « bse_J2 »

Recours aux SSU/SSE ou SUMP/MPU

C'est une variable à quatre modalités qui utilise les questions « bse_J5 » et « bse_J5 » du questionnaire. L'enjeu est ici de saisir les caractéristiques des étudiant·es qui ont recours aux services de santé de leurs universités.

Avoir entendu au moins un propos critique lors d'une consultation médicale

C'est une variable à deux modalités (Oui/Non). La question « bse_J4_X » du questionnaire qui a été utilisée est « avoir au moins entendu dans le cadre d'une consultation médicale des propos critiques sur l'âge, le sexe ou l'identité de genre, l'apparence physique, la sexualité, l'état de santé ou le handicap, la couleur de peau, la religion, les origines ou la nationalité, la condition économique, autre chose ». Cette variable inédite permet de mettre en corrélation le non-recours aux soins avec des critiques ou des propos discriminatoires subis lors de consultations médicales.

Construction des variables pertinentes à croiser avec les trois typologies d'étudiants

Littératie en santé

La littératie en santé correspond à la capacité d'un individu à trouver et à comprendre les informations de santé afin de les utiliser pour améliorer sa propre santé. Il est intéressant d'étudier le niveau de littératie en santé des étudiant·es et de le mettre en relation avec leur état de santé, afin de saisir les enjeux de l'accès à l'information. Afin d'utiliser un outil de mesure reconnu et comparable (HLS-EU16⁷), l'indicateur HLS19-Q12 a été retenu. Un score sur une échelle de 0 à 100 a été calculé comme la moyenne des valeurs numériques de chaque item. Plus un score est élevé, plus le niveau de littératie est élevé et les scores avec plus de 80% d'items manquants ont été enlevés. Construit avec les questions « **bse_J11_X** » et « **bse_J12_X** » du questionnaire BSE, il permet d'identifier 4 seuils de littératie en santé⁸ :

- **Inadéquat** : score inférieur ou égal à 50
- **Problématique** : score supérieur à 50 et inférieur ou égal à 66,67
- **Suffisant** : score supérieur à 66,67 et inférieur ou égal à 83,33
- **Excellent** : score supérieur à 83,33

Identification de genre

L'identification de genre se différencie du sexe assigné à la naissance, il s'agit ici de définir le genre de l'étudiant en fonction de sa propre perception d'identité. Cette distinction inédite dans les études sur les étudiant·es est importante car ils ou elles peuvent être davantage exposés aux critiques ou au harcèlement dans leur lieu d'études. Pour la construction de cette variable, les questions du questionnaire BSE « **bse_Sexe** », relative au sexe inscrit sur l'état civil, et « **bse_Gen1** », relative à la manière de se définir, ont été utilisées. On distingue trois modalités – Homme, Femme et Minorités de genre. Les catégories hommes et femmes correspondent à une correspondance entre le sexe indiqué à l'état civil et la manière de se définir. La modalité « minorité de genre » regroupe la non-binarité et la transidentité pour des raisons de représentativité statistique. Les étudiant·es ayant répondu comme s'identifiant d'une autre manière qu'homme ou femme ou ne sachant pas comment s'identifier font partie des minorités de genre. Les étudiant·es dont le sexe à l'état civil ne correspond pas au genre auquel ils se définissent ont également été intégrés à cette modalité. Le fait de regrouper ces étudiant·es bien que leur identité de genre ne soit pas la même permettra de saisir des perceptions communes de discriminations, violences, harcèlement du fait de leur non-appartenance à la norme de genre cis homme ou cis femme. Le questionnaire ne nous permet pas d'identifier toutes les personnes non cisgenre, car certain·es étudiant·es peuvent avoir déjà changé leur sexe à l'état civil et être en adéquation avec leur identité de genre. La modalité « ne souhaite pas répondre » n'a pas été prise en compte.

⁷ Voir Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Van den Broucke S, Mancini J, et al. (2018) Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. PLOS ONE 13(12): e0208091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208091>.

⁸ 16 variables (bse_J11_1 à bse_J11_9 et de bse_J12_1 à bse_J12_7) sont utilisées avec un score de maîtrise en quatre modalités allant de très facile (3) à très difficile (0). La moyenne arithmétique de ces 16 scores est ensuite reportée sur une échelle de 0 à 100.

Typologie de recours aux soins parmi la population étudiante

Le tableau suivant (**tableau 2.1**) présente une description des trois classes obtenues à l'issue de la classification.

Tableau 2.1 – Répartition des variables actives pour chaque classe (en %)

	Classes			
	1	2	3	Ensemble
	28,3	48,1	23,6	100,0
Avoir consulté un médecin généraliste				
Depuis moins d'un an	49,5	91,3	90,8	79,0
Depuis plus d'un an	50,5	8,7	9,2	21,0
Avoir consulté un·e spécialiste (ophtalmologue, dentiste, autre)				
Depuis moins d'un an	37,0	93,0	87,4	75,7
Depuis plus d'un an	63,0	7,0	12,6	24,3
Avoir consulté un·e spécialiste (psychiatre, psychologue)				
Depuis moins d'un an	5,8	13,5	70,8	24,8
Depuis plus d'un an	94,2	86,5	29,2	75,2
Renoncement aux soins				
Renoncement pour motif financier	19,4	9,5	58,5	23,9
Renoncement par manque de temps	25,2	41,4	19,2	31,4
Renoncement pour un autre motif	11,6	1,6	7,1	5,7
Pas de renoncement de soins	7,2	47,0	52,3	27,5
Pas eu besoin de soins	36,7	0,5	2,1	11,4
Recours aux SSU/SSE ou SUMP/MPU				
Oui à la suite d'une invitation	6,2	9,2	6,2	7,5
Oui à la suite d'une demande personnelle	10,8	8,3	53,7	19,9
Non mais sait ce que c'est	23,8	43,7	18,1	32,0
Non et ne sait pas ce que c'est	59,2	38,8	21,9	40,6
Avoir entendu au moins un propos critique lors d'une consultation médicale				
Oui	10,4	8,7	54,0	20,0
Non	89,6	91,3	46,0	80,0

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base (n= 5 670)

Lecture : 54,0 % des étudiant·es de la classe 3 ont déjà entendu au moins un propos critique lors d'une consultation médicale

La classe 1, dite des « non-recourant·es », regroupe 28,1 % de la population et se caractérise par un plus faible taux de consultations de médecins généralistes que les deux autres classes (49,5 % de cette classe n'a pas consulté de médecin généraliste depuis 1 an), de même, un taux plus faible de consultations de médecins spécialistes (37 % de non-consultation depuis moins d'un an). Cette classe se caractérise également par un renoncement aux soins, le plus souvent parce qu'elle n'a pas eu besoin de soins (36,7 %) ou en deuxième raison, par manque de temps (25,2 %). Près de 60 % des étudiant·es de cette classe ne savent pas ce qu'est un service de santé étudiante (SSE) et n'y ont jamais eu recours. Cette classe n'a pas beaucoup entendu de propos critiques lors d'une consultation médicale (cf. Tableau 2.1).

En croisant avec les variables caractéristiques de la population, on constate que la classe 1 se compose de plus d'hommes (52,1 % contre 41,9 % dans la population étudiée), de moins de femmes et de moins de minorités de genre (2,4 % contre 3,9 %) que dans la population de l'étude. Elle a plutôt des étudiant·es plus jeunes et autant de boursiers que de non-boursiers que dans la population étudiée. Il n'y a pas de particularité forte dans la répartition de la PCS du ménage ; on remarque un peu plus de ménages indépendants et un peu moins de ménages ouvriers.

En croisant avec les variables de santé, la classe 1 présente moins fréquemment des signes de détresse psychologique, a une bonne santé, n'a pas de problème de santé limitant mais a un niveau de littératie en santé « problématique » et « inadéquat » plus élevé que dans la population étudiée. Cette classe a le plus bas taux de couverture par une mutuelle des trois classes.

***En résumé,** la classe des non-recourant·es regroupe plutôt des étudiants hommes, qui sont plutôt en meilleure santé, ont moins recours au soin, ont une couverture mutuelle moins bonne et un niveau de littératie en santé plus faible.*

La classe 2, dite des « inséré·es », est la plus nombreuse car elle regroupe 48,2 % de la population. Elle est caractérisée par un fort taux de consultations de médecin généraliste depuis moins d'un an et un fort taux de consultations de médecins spécialistes depuis moins d'un an, mais un plus faible taux de consultations de psychiatre ou psychologue. Cette classe renonce peu aux soins ou renonce aux soins par manque de temps, mais ne renonce pas aux soins pour motif financier. Ces étudiant·es ont un bon taux de recours aux SSE à la suite d'une invitation, et un bon pourcentage d'étudiant·es sait ce qu'est un SSE, même quand ils et elles n'y ont pas eu recours. Cette classe a le plus bas taux de propos critiques entendus lors d'une consultation médicale des trois classes.

La classe 2 est composée de légèrement plus d'hommes et de moins de minorités de genre que dans la population générale étudiée. Elle n'a pas de spécificités d'âge. Elle compte un peu moins de boursiers et présente les mêmes caractéristiques de PCS ménage que la population générale étudiée.

La classe 2 est celle qui a le moins de détresse psychologique, une santé un peu plus dégradée que la classe 1 mais bien en dessous du taux de l'ensemble de la population, un fort taux de couverture par une mutuelle et le meilleur niveau de littératie en santé des trois classes.

***En résumé,** la classe des inséré·es regroupe des étudiant·es qui se soignent bien, connaissent les SSE, n'ont pas de problème financier, ont moins de détresse psychologique, ont un bon niveau de littératie en santé et une bonne couverture mutuelle.*

La classe 3, dite « en besoin de soins », regroupe 23,6 % de la population de l'étude. Les individus de cette classe ont pour la plupart consulté un médecin généraliste, un·e spécialiste et un·e psychiatre ou psychologue depuis moins d'un an (taux très élevé de 70,8 %). Les individus de cette classe 3, en revanche, renoncent davantage aux soins pour des motifs financiers (58,5 %). Ces étudiant·es ont eu beaucoup recours aux SSE à la suite d'une demande personnelle et sont peu nombreux à ne pas savoir ce qu'est un SSE. La majorité de cette classe 3 (54 %) a entendu un propos critique lors d'une consultation médicale.

Cette classe 3 est composée de beaucoup plus de femmes et de minorités de genre que la population générale étudiée. Elle est plus âgée et plus boursière. Il y a un peu plus de PCS ménage employés, ouvriers et inactifs et un peu moins d'indépendants et de cadres.

La classe 3 a un très fort taux de détresse psychologique (64,5 %), un fort taux de santé dégradée (48,6 %) et un fort taux de problèmes de santé limitants (54,5 %). Son niveau de littératie en santé n'est pas très élevé et la couverture mutuelle est conforme à la moyenne de la population étudiée.

***En résumé,** la classe des individus en besoin de soins regroupe des étudiant·es qui sont plutôt des femmes ou des minorités de genre, en mauvaise santé et en détresse psychologique, qui se soignent mais doivent le plus souvent renoncer aux soins pour des motifs financiers. Ils sont davantage boursiers et ont aussi davantage recours aux SSE que les deux autres classes.*

Les profils des étudiant·es recourant au soin sont associés à des caractéristiques sociodémographiques et des difficultés de santé hétérogènes qu'il s'agit de qualifier. Le genre constitue l'un des principaux facteurs de différenciation entre les classes. La classe 1 se caractérise par une surreprésentation des hommes, alors que la classe 2 présente un profil proche de la moyenne de la population étudiante. À l'inverse, la classe 3 apparaît très fortement féminisée et se distingue également par une présence nettement plus élevée des minorités de genre. Ces écarts suggèrent que les formes de recours aux soins associées à cette classe sont étroitement liées aux expériences genrées et aux situations de minorisation dans le champ de la santé étudiante.

L'âge introduit un gradient relativement net entre les groupes. Les étudiant·es les plus jeunes sont davantage présents dans la classe 1, tandis que la classe 2 correspond principalement au cœur des âges « standards » du cursus universitaire. La classe 3 rassemble proportionnellement plus d'étudiant·es âgé·es de 23 ans et plus, ce qui peut renvoyer à des parcours d'études plus longs, discontinus ou marqués par des contraintes spécifiques susceptibles d'influencer les besoins et les pratiques de soins.

Les différences observées en matière de statut de bourse renforcent l'idée d'une polarisation socioéconomique. La classe 3 se distingue par une proportion significativement plus élevée de boursier·es, tandis que les classes 1 et 2 apparaissent plus favorisées et très proches l'une de l'autre de ce point de vue. Le recours aux soins le plus caractéristique de la classe 3 semble ainsi s'inscrire dans des contextes de plus grande précarité financière.

Enfin, la structure sociale des ménages d'origine, appréhendée à travers la PCS, confirme ces tendances sans produire de ruptures très marquées. Les étudiant·es issu·es de ménages à dominante cadre sont légèrement surreprésentés dans les classes 1 et 2, tandis que la classe 3 concentre davantage d'étudiant·es issu·es des milieux employés et ouvriers, ainsi que des ménages d'inactifs. Dans l'ensemble, la classe 3 cumule donc plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale, économique et de genre, suggérant que les inégalités sociales structurent fortement les modalités de recours aux soins au sein de la population étudiante.

Tableau 2.2 – Croisement des classes avec les variables caractéristiques de la population (en %)

	Classes			
	1	2	3	Ensemble
	28,3	48,1	23,6	100,0
Identification de genre				
Homme	52,1	44,4	22,5	41,5
Femme	45,4	53,1	68,9	54,6
Minorités de genre	2,4	2,6	8,7	3,9
Age				
Moins de 20 ans	20,4	19,0	13,2	18,0
De 20 à 22 ans	45,4	45,8	41,0	44,6
De 23 à 25 ans	18,7	18,1	24,3	19,7
Plus de 25 ans	15,5	17,2	21,5	17,7
Statut de bourse				
Non- boursier·e	69,9	70,7	62,0	68,4
Boursier·e	30,1	29,3	38,0	31,6
PCS du ménage				
Ménages à dominante cadre	31,5	31,9	27,5	30,8
Ménages à dominante intermédiaire	27,6	26,7	28,7	27,4
Ménages à dominante employée	16,0	17,3	19,1	17,4
Ménages à dominante indépendante	9,9	7,2	5,8	7,7
Ménages à dominante ouvrière	6,8	8,0	9,13	7,9
Ménages d'un employé ou ouvrier	6,1	6,8	6,5	6,6
Ménages d'inactifs	2,1	2,1	3,3	2,4

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024 / enquête Conditions de vie des étudiant·es, OVE, 2023

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base (n= 5 670)

Lecture : 68,9 % des étudiant·es de la classe 3 sont des femmes contre 54,6 % dans l'ensemble de la population étudiante

Analyses entre profil de recours aux soins et problème de santé

Le tableau 2.3 permet d'analyser les liens entre les profils de recours aux soins et les problèmes de santé et le niveau de littératie. L'enjeu est d'approfondir les relations entre les pratiques de soins et les problèmes de santé. Les données en coupe ne permettent pas d'obtenir une analyse causale, de sorte que l'on ne peut pas savoir dans quel sens agit la relation (états de santé conduisant à certaines pratiques de soin ou bien certaines pratiques de soin conduisant à certains états de santé). Néanmoins, afin de réduire le risque de variable cachée (les classes étant très déterminées par les caractéristiques

sociodémographiques), une analyse ajustée dite multivariée a été conduite (les résultats sont présentés en annexe, tableau annexe 2).

L'analyse met en évidence des associations contrastées entre l'appartenance aux classes de recours aux soins et les indicateurs d'état de santé et de littératie, une fois l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et académiques contrôlées. Ces résultats soulignent une opposition nette entre la classe 1 (non-recourant·es) et la classe 3 (en besoin de soins), la seconde apparaissant étroitement liée à des situations de santé plus dégradées.

La détresse psychologique constitue un facteur fortement discriminant de l'appartenance à la classe des individus en besoin de soins. Toutes choses égales par ailleurs, les étudiant·es déclarant une détresse psychologique ont une probabilité plus de deux fois plus élevée d'appartenir à cette classe plutôt qu'à la classe des inséré·es (2). À l'inverse, la détresse psychologique n'est pas significativement associée à l'appartenance à la classe 1 des non-recourant·es, suggérant que cette forme de rapport aux soins ne se distingue pas, à caractéristiques comparables, par un état de santé psychique particulièrement dégradé.

Un résultat similaire s'observe pour l'état de santé général déclaré. Le fait de se déclarer en santé dégradée augmente significativement la probabilité d'appartenir à la classe 3, tandis qu'aucune association significative n'est observée pour la classe 1. L'appartenance à la classe 3 semble ainsi corrélée à une accumulation de problèmes de santé perçus, au-delà de la seule dimension psychologique.

Cette polarisation est encore plus marquée lorsqu'on considère l'existence d'un problème de santé limitant. Les étudiant·es concerné·es ont près de trois fois plus de chances d'appartenir à la classe 3 que de faire partie de la classe 2, toutes choses égales par ailleurs. À l'inverse, la présence d'un problème de santé limitant est associée à une probabilité significativement plus faible d'appartenir à la classe 1. Ce résultat suggère que la classe 3 concentre des situations de santé durablement contraintes, tandis que la classe 1 correspond plutôt à des profils relativement préservés sur le plan fonctionnel.

Enfin, la littératie en santé apparaît comme un déterminant majeur et graduel de l'appartenance aux classes. Pour la classe 1, on observe un gradient (relation très forte entre littératie et probabilité d'appartenir aux différentes classes) très net : par rapport à un niveau de littératie excellent, les niveaux suffisants, problématiques puis inadéquats sont associés à une probabilité croissante d'appartenir à cette classe. Cela indique que la classe 1 regroupe des étudiant·es dont le recours aux soins est associé à une moindre maîtrise de l'information et des compétences en santé, indépendamment de leur état de santé objectif.

Tableau 2.3 – Répartition des variables de santé selon les classes (en %)

	Classes			
	1	2	3	Ensemble
	28,3	48,1	23,6	100,0
Détresse psychologique				
Oui	34,9	31,0	64,5	40,1
Non	65,1	69,0	35,5	59,9
Santé dégradée				
Oui	18,1	19,2	48,6	26,0
Non	81,9	80,8	51,4	74,0
Problème de santé limitant (depuis au moins 6 mois)				
Oui	15,3	18,9	54,5	26,1
Non	84,7	81,1	45,5	73,9
Niveau de littératie en santé (HLS-19)				
Excellent	20,1	30,3	20,3	25,0
Suffisant	24,1	27,9	25,6	26,4
Problématique	45,7	36,5	41,3	40,2
Inadéquat	9,9	5,4	12,8	8,4
Avoir une mutuelle				
Oui	88,0	95,3	91,4	92,4
Non	12,0	4,7	8,6	7,6

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es , OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base (n= 5670)

Lecture : 64,5 % des étudiant·es de la classe 3 sont en détresse psychologique contre 40,1 % dans l'ensemble de la population étudiante

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les individus issus du groupe 3 se caractérisent par une forte concentration de vulnérabilités sanitaires, tant subjectives que fonctionnelles, associées à des déficits de littératie en santé. À l'inverse, la classe 1 semble davantage renvoyer à des logiques de recours aux soins moins directement liées à un mauvais état de santé, mais fortement structurées par les compétences et ressources cognitives en matière de santé. Cette dissociation renforce l'idée que les classes ne se distinguent pas seulement par l'intensité du recours aux soins, mais aussi par des rapports différenciés à la santé, aux contraintes sanitaires et par la capacité à naviguer dans le système de soins.

ÉTAT DE SANTÉ ET DIFFICULTÉS FINANCIÈRES AU SEIN DE LA POPULATION ÉTUDIANTE BOURSIÈRE APRÈS REVALORISATION DES BARÈMES ET MONTANTS DES BOURSES ENTRE 2023 ET 2024

Cette section explore une question précise portant sur la relation entre la santé et les difficultés financières chez les étudiant·es. Elle se concentre en particulier sur la situation des boursier·es en matière de santé, puis analyse l'impact d'un changement de niveau de bourse sur cette santé déclarée. L'objectif de cette analyse est d'autant plus pertinent qu'entre l'enquête Conditions de vie menée en 2023 et l'enquête BSE réalisée en 2024, un ajustement des seuils de bourse a été effectué. Ainsi, cette partie examine les effets d'éventuelles variations d'échelon susceptibles d'entraîner des changements dans l'état de santé déclaré. Cependant, il est important de rappeler que ces variations d'échelons observées dans l'enquête ne peuvent être imputées uniquement à la réforme, mais aussi aux évolutions des situations familiales des étudiant·es.

Contributeurs et contributrices de cette partie : Maya Jouany, Malo Mofakhami, Caroline Saint-Girons

L'enjeu de cette partie est de saisir l'état de santé et les difficultés financières au sein de la population étudiante boursière après revalorisation des barèmes et des montants des bourses entre la rentrée 2022 et la rentrée 2023.

Méthode de mesure des difficultés économiques et des variations de bourse

Les variables utilisées sont celles du bloc santé, ainsi que les difficultés financières, croisées avec une variable de changement d'échelon de bourse entre 2023 et 2024.

Variable de changement d'échelon de bourse entre 2023 et 2024

Variable construite à partir des déclarations des étudiant·es concernant leur échelon de bourse en 2024 et l'année précédente (après vérification que ces déclarations concordaient bien avec celles du questionnaire CDV pour 2023). Sept modalités sont ainsi retenues pour cette variable – **Échelon stable** : avoir gardé un échelon identique **Baisse d'un échelon** : avoir baissé d'un échelon de bourse / **Montée d'un échelon** : être monté d'un échelon de bourse /

Baisse de deux échelons ou plus : avoir baissé d'au moins deux échelons de bourse / **Montée de deux échelons ou plus** : avoir monté d'au moins deux échelons de bourse / **Boursier-es sortant-es** : étudiant-es sortant-es du dispositif de bourse / **Boursier-es entrant-es** : étudiant-es entrant-es dans le dispositif de bourse.

Difficultés financières

Cette variable binaire (« oui » / « non ») permet de saisir le niveau de difficultés financières ressenties par la population étudiante. Elle est construite autour d'une question qui interroge sur la confrontation aux difficultés financières depuis le début de l'année universitaire 2023-2024, en 5 niveaux allant de « pas de difficultés financières » à « difficultés financières très importantes ». On considère que le niveau de difficultés financières est important si le niveau ressenti déclaré est « difficultés importantes » ou « difficultés très importantes ».

Les analyses multivariées de ce volet sont faites en utilisant les variations moyennes entre 2023 et 2024 des variables « détresse psychologique », « santé dégradée » et « difficultés financières » (différence du score d'intensité normalisé de 0 à 1) sur le même principe qu'expliqué précédemment.

Une relative stabilité du nombre bénéficiaires de bourse d'une année sur l'autre malgré un ajustement paramétrique

La population étudiée comporte 31,5 % de boursier-es (tableau 3.1), ce taux est assez proche de la proportion de boursier-es au sein des formations éligibles qui s'élève à 37,1 % au niveau national pour l'année 2023-2024 (source : MESR-SIES, note flash n°24 de septembre 2024).

Concernant l'évolution entre la rentrée 2022 et la rentrée 2023 de l'échelon de bourse, parmi les boursier-es, 49 % ont gardé le même échelon, près de 11 % ont baissé d'un échelon, près de 11 % ont monté d'un échelon, 13,3 % ne sont plus boursier-es et 8,9 % sont de nouvelles et nouveaux boursier-es de la rentrée 2023.

Tableau 3.1 - Caractéristiques de la population étudiante et de la population étudiante boursière de l'enquête (en %)

Caractéristiques de la population de l'enquête	
Bourse	
Oui	31,5
Non	68,5
Répartition des évolutions d'échelon de bourse entre 2023 et 2024 (parmi les boursier-es)	
Echelon stable	49,0
Baisse d'un échelon	10,8
Montée d'un échelon	10,6
Baisse de deux échelons ou plus	2,6
Montée de deux échelons ou plus	4,8
Boursier-es sortant-es	13,3
Boursier-es entrant-es	8,9

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : ensemble des étudiant·es boursier·es répondant·es après nettoyage de la base (n= 2360)

Lecture : 49,0 % des étudiant·es boursier·es ont gardé le même échelon de bourse entre 2023 et 2024

La détresse psychologique est plus élevée de 4,6 points de pourcentage au sein de la population boursière que dans la population étudiante générale (tableau 3.2). Le taux de santé dégradée est également plus élevé de 3,6 points de pourcentage dans la population boursière que dans la population générale. On constate un niveau de difficultés financières plus élevé au sein de la population boursière que dans la population générale (+1,7 point de pourcentage).

Tableau 3.2 - Variables de santé et de difficultés financières croisées avec la population étudiante et la population étudiante boursière (en %)

	Variables d'intérêt	
	Population étudiante boursière	Population étudiante générale
Détresse psychologique		
Oui	44,7	40,1
Non	55,3	59,9
Santé dégradée		
Oui	29,6	26,0
Non	70,4	74,0
Difficultés financières		
Oui	16,3	14,6
Non	83,7	85,4

Source : enquête Bien-être et santé des étudiants, OVE, 2024

Champ : ensemble des étudiant·es boursier·es répondant·es après nettoyage de la base (n= 2360)

Lecture : 44,7 % des étudiant·es boursier·es sont en situation de détresse psychologique

Une variation de l'échelon de bourse à la baisse ayant plus d'effets qu'une variation à la hausse sur les difficultés perçues

La question de la variation du niveau de bourse interroge les effets que cela peut produire sur l'aggravation ou l'amélioration de la situation financière perçue. De même, on peut supposer qu'une variation des difficultés financière liée à des variations de niveau de bourse pourrait indirectement participer à dégrader l'état de santé. En utilisant les informations des deux enquêtes CDV 2023 et BSE 2024, il s'agit alors d'observer les relations entre les variations de bourses et les variations des situations économiques et des états de santé. Les analyses doivent être ajustées et contrôlées des caractéristiques sociodémographiques afin d'éviter que les résultats ne soient que le reflet de situations préexistantes à une variation de bourse. Les annexes 3 et 4 présentent le détail des résultats.

Il ressort d'abord que la baisse d'échelon accroît les difficultés financières déclarées, selon un gradient d'intensité. Une baisse d'échelons plus marquée (2 ou plus) ou une sortie du dispositif des bourses accroît davantage les difficultés qu'une variation d'un seul échelon. L'inverse est moins vrai : une montée d'échelon ne se traduit pas par une amélioration des difficultés financières perçues. Il faut une hausse de deux échelons pour observer un effet positif. Ce résultats non symétriques s'expliquent assez bien par les travaux de Sébastien Grobon⁹ sur les compensations entre transferts familiaux et transferts publics via les bourses. Dans une certaine mesure, les familles ajustent les revenus de bourse par des transferts, ce qui peut expliquer qu'en cas de hausse des bourses, les parents réduisent l'effort. Ce mécanisme se comprend d'autant mieux que les familles de boursier·es sont confrontées à des contraintes économiques. À l'inverse, en cas de baisse de la bourse, les familles en difficulté ne peuvent pas compenser la perte de revenus des étudiant·es ; ainsi, les contraintes économiques se répercutent plus fortement sur les étudiant·es.

⁹ Voir Grobon, S., & Wolff, F.-C. (2024). Do public scholarships crowd out parental transfers? Evidence at the intensive margin from France. *Economics of Education Review*, 98, 102502. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2023.102502>

Concernant les effets indirects que l'on pourrait observer sur la santé, les associations sont trop hétérogènes pour conclure à l'existence d'une relation, même indirecte, entre la variation d'échelon d'une année à l'autre et la variation de l'état de santé. Ce résultat montre que les mécanismes de transmission entre réduction des aides et dégradation de la santé prennent un certain temps et se matérialisent probablement lors d'une persistance de situations dégradées.

ANALYSE DE LA SANTÉ MENTALE DES ÉTUDIANT·ES

Cette section se penche en profondeur sur l'ensemble des mesures de santé mentale des étudiant·es présentes dans l'enquête BSE et les met en dialogue. L'enjeu est de présenter les différentes mesures issues d'indicateurs standardisés et reconnus en population générale. Après avoir présenté les prévalences et ce que recouvre chaque indicateur, l'analyse se poursuit par un examen, au moyen de croisements statistiques, des sous-populations étudiantes les plus exposées à une santé psychologique dégradée et de leurs caractéristiques. Cette section poursuit le travail de la section précédente en montrant, dans une dernière partie, que les populations exposées à des problèmes de santé sont aussi celles qui renoncent aux soins, en particulier à consulter des spécialistes en santé psychologique. Il termine en mettant en avant un effet de genre sur la prévalence, les femmes étant surreprésentées dans presque tous les indicateurs étudiés.

Contributeur de cette partie : Yannick Morvan

Préambule

Il convient de préciser, en préambule, que ce document constitue une analyse préliminaire des données de l'enquête Bien-être et santé des étudiant·es (BSE24). Cette enquête a été menée conjointement par l'OVE et la DGESIP qui a réinterrogé en 2024 des répondant·es de l'enquête Conditions de vie 2023 acceptant d'être recontacté·es (voir partie 1 sur le champ).

L'effectif des répondant·es est de 5 676, mais les données de pondération nécessaires pour redresser l'échantillon des répondants en le rendant ainsi « représentatif » de la population étudiante nationale ne sont disponibles que pour 5 670 participant·es. Par ailleurs, les prévalences peuvent être préférentiellement rapportées à l'échantillon représentatif et non aux répondant·es selon les questions.

Synthèse

Depuis 2016, la santé mentale des étudiant·es en France semble présenter une dégradation, particulièrement accentuée par la pandémie de COVID-19. Les données issues des enquêtes de l'OVE montrent une hausse de la détresse psychologique au cours du dernier mois (MHI5-45, indicateur de mal-être). La prévalence est passée de 20 % en 2016 à 22 % en 2020, avant d'atteindre un pic de 34,5 % en 2021, pour retrouver un niveau de 24 % en 2023 et 2024, tout en restant supérieure aux niveaux prépandémiques. Les formes sévères de détresse psychologique (MHI5-Clinique, indicateur potentiel d'un besoin de prise en charge) sont passées de 3 % en 2016 à 7 % en 2021, puis se sont stabilisées autour de 4 % en 2023-2024, indiquant une vulnérabilité persistante des cas les plus sévères.

Les indicateurs de dépression confirment cette tendance : la prévalence estimée d'épisodes dépressifs majeurs lors des douze derniers mois (CIDI-SF) qui nécessite une prise en charge médicale, psychologique et/ou psychiatrique est passée de 14,8 % en 2016 à 24,6 % en 2024.

Ces chiffres sont cohérents avec les données du Baromètre Santé des Français de Santé Publique France (SPF) qui montrent une évolution similaire avec des prévalences d'épisodes dépressifs majeurs passant de 11,7 % pour les 18-24 ans et 11,2 % pour les 25-34 ans en 2017 à 21,5 % en 2024 pour les 18-29 ans. De plus, le PHQ-9 (un autre instrument mesurant, au cours des 2 dernières semaines, le risque de dépression susceptible d'être pris en charge par des professionnels de santé mentale) indique que 36,7 % des étudiant·es présentent des symptômes dépressifs (seuil PHQ-9 ≥ 10) et 18,3 % des formes sévères (seuil PHQ-9 ≥ 15) en 2024.

En ce qui concerne les troubles anxieux au cours des deux dernières semaines, près de 28 % des étudiant·es (GAD-7 ≥ 10) sont également susceptibles d'être concerné·es par des besoins d'aide ou de prise en charge de leurs difficultés ; incluant 13,5 % de troubles anxieux plus sévères (GAD-7 ≥ 15). Enfin, les idéations suicidaires ont doublé entre 2016 et 2024, passant de 8,4 % à 16,1 % au cours de l'année, tandis que les tentatives de suicide atteignent 8,4 % sur la vie entière en 2024 contre 4,4 % en 2016. Là encore, l'augmentation observée est cohérente avec les données du Baromètre Santé des Français (SPF) qui montrent une augmentation des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les prévalences sont passées de 4,6 % en 2017 chez les 18-24 ans à 8,6 % chez les 18-29 ans en 2024. En revanche, les tentatives de suicide au cours de la vie semblent stables d'après les données du Baromètre Santé des Français (passant de 6,4 % chez les 18-24 ans en 2017 à 6,7 % chez les 18-29 ans en 2024) contrairement à la population étudiante où elles ont presque doublé entre 2016 et 2024.

Globalement, si une amélioration relative est observée après le pic pandémique notamment pour la détresse psychologique, l'ensemble des indicateurs de santé mentale (détresse psychologique, dépression, anxiété et suicide) reste préoccupant et supérieur à ceux mesurés avant 2020, avec une attention particulière pour les formes sévères de détresse, de dépression et d'anxiété ainsi que pour le risque suicidaire.

Les données de BSE24 montrent également que le recours aux soins en santé mentale reste globalement faible pour la population étudiante, même en cas de difficultés plus sévères. Plus de la moitié des étudiant·es interrogé·es n'a jamais consulté de professionnels de la santé mentale comme les psychologues (53 %) et près de quatre sur cinq n'ont jamais vu de psychiatre (77 %). En cas de détresse psychologique au cours du mois précédant l'enquête, seul·es 28 % ont consulté un psychologue au cours des six derniers mois (34,9 % au cours de l'année) et 16 % un psychiatre (18,5 % au cours de l'année), des proportions qui atteignent respectivement 44,4 % et 31,8 % pour les cas de détresse plus sévère. Les personnes avec un risque d'anxiété généralisée (GAD7 ≥ 10) ou de dépression majeure (PHQ9 ≥ 10), au cours des deux semaines précédant l'enquête, présentent des tendances similaires, avec environ 25-30 % de recours à des psychologues et 15-16 % de recours à des psychiatres durant l'année écoulée.

L'indicateur de risque de dépression majeure sur les douze derniers mois, similaire à celui utilisé dans les enquêtes du Baromètre Santé de SPF, indique que 57,2 % des étudiant·es ont eu recours à une structure ou consulté un professionnel (au sens large) pour des raisons de santé mentale. Le recours aux professionnels concerne majoritairement les psychologues (37,6 % de recours), suivis des médecins généralistes (33,9 % de recours) et des psychiatres (22,2 % de recours). Les ressources en ligne constituent la première source de soutien (8,1 % des recours), puis le recours aux structures de soins comme les hôpitaux (7,1 %) et les centres médico-psychologiques (5,2 %). Les lignes téléphoniques d'écoute concernent, elles, 5,8 % des recours et les groupes d'entraide ou associations 1,4 %. Les dispositifs visant spécifiquement les populations étudiantes et jeunes, comme les SSU/SSE ou les BAPU, ainsi que « Mon soutien psy » ou le « Chèque psy étudiant », concernent entre 2 et 3 % des recours. Le recours à des traitements tels que les psychothérapies et les prescriptions

médicamenteuses concerne seulement un tiers des étudiants qui présentent une dépression majeure. Ces chiffres soulignent à la fois une sous-utilisation persistante des soins spécialisés et l'existence de barrières importantes liées aux délais, aux coûts et à la perception des troubles.

Les données de BSE24 confirment que les étudiantes présentent des prévalences plus élevées de difficultés psychiques (dépression, anxiété, détresse psychologique) par rapport aux étudiants, tendance déjà observée dans d'autres enquêtes. Cet écart est particulièrement marqué pour l'anxiété et les tentatives de suicide, mais il se réduit pour les troubles les plus sévères, tout en restant en défaveur des étudiantes. En matière de recours aux soins, les étudiantes consultent davantage de psychologues et un peu plus souvent de psychiatres que les étudiants, même si ce recours reste globalement limité pour tous. Elles fréquentent également plus souvent les services universitaires de santé (SSU/SSE) en y sollicitant davantage les psychologues et les médecins généralistes que les étudiants. Enfin, si les étudiantes déclarent renoncer plus fréquemment aux soins, elles déclarent également un recours plus élevé aux professionnels, aux structures, et aux traitements que les étudiants, ce qui pourrait refléter à la fois une vulnérabilité plus marquée mais aussi une plus grande capacité de mobilisation des ressources disponibles.

La détresse psychologique

La question de l'évolution de la santé mentale des étudiants s'est imposée comme un enjeu majeur au cours de la dernière décennie et notamment accentuée par la pandémie de COVID-19. Ainsi, les données de l'OVE qui mesurent une variable de détresse psychologique au cours du dernier mois depuis 2016, permettent d'observer une dégradation de ces indicateurs. En prenant le seuil de 45 % du score total (score variant entre 0 à 20 avec un seuil < 9) au Mental Health Inventory-5 (MHI5) mesuré au cours du mois précédent, la prévalence passait de 20 % en 2016 à 22 % en 2020, 34,5 % en 2021. Cependant les résultats de l'enquête de 2023 montrent un retour à une prévalence de 22 % similaire à celle observée en 2020 au tout début de la crise COVID, mais toujours légèrement supérieur à celle observée en 2016.

Une prudence s'impose, toutefois, de par le périmètre de comparaison de 2016 qui n'est pas tout à fait comparable. En effet, l'échantillon interrogé à cette époque était uniquement constitué d'étudiantes et étudiants inscrits à l'université. Cette population inscrite à l'Université, bien que très largement majoritaire dans l'espace de l'enseignement supérieur en France, semble également plus vulnérable, produisant des chiffres de prévalences plus élevées. Des données à paraître (thèse de Quentin Facon-Barillot sous la direction de Yannick Morvan et Lucia Romo) montrent en effet que, si les tendances d'évolutions sont similaires pour l'ensemble de la population étudiante, les prévalences des étudiant·es inscrit·es à l'université se révèlent plus élevées. Pour cette dernière population, la prévalence est passée de 20 % en 2016 à 23,6 % en 2020, 38,6 % en 2021. À nouveau en 2023, les prévalences observées étaient moindres sans pour autant revenir à un niveau similaire à 2020, se situant à 29,5 %.

Les premiers résultats de l'enquête BSE24 sur la détresse psychologique sur l'ensemble de la population étudiante (et pas uniquement celle inscrite à l'université) semblent confirmer un retour à des niveaux de détresse moins élevés que ceux mesurés en 2023. Ils demeurent toutefois en légère augmentation de 2 points par rapport aux niveaux mesurés en 2020, soit une prévalence de 24,3 %. À nouveau une certaine prudence est requise dans la mesure où les niveaux de détresse psychologique observés en 2023 chez les répondant·es de BSE24 se situaient à un niveau plus élevé que la prévalence de l'ensemble des répondant·es de CdV23 soit 29,2 % contre 22 % respectivement. Ces résultats suggèrent un potentiel biais de réponse

des participant·es qui semblent, en moyenne, présenter davantage de détresse psychologique en 2023 mais dont la situation s'est, en moyenne, améliorée en 2024.

Cette difficulté de comparaison des données entre les différentes enquêtes et échantillons a justifié l'utilisation d'indicateurs divers, partagés tant par la communauté internationale que par les organismes tels que SPF. L'objectif est de mieux « trianguler » le niveau de santé mentale de la population étudiante et d'aider ainsi les politiques publiques à mieux mesurer la situation et à mieux identifier de potentielles cibles d'intervention.

Dans cette perspective, l'indicateur de détresse psychologique, considéré comme un indicateur de mal-être, peut également être utilisée comme un marqueur de difficultés plus sévères à l'aide d'un score « clinique » au MHI5. Il s'agit, dans ce cas, non pas d'utiliser un score seuil (45 % du score total de l'échelle) mais de prendre en compte les participants qui présentent les catégories de réponses les plus délétères (par exemple, déclarer avoir été souvent ou en permanence triste au cours du dernier mois ou encore avoir été rarement ou jamais heureux lors de la même période) pour l'ensemble des 5 questions du MHI5 (Triste, Nerveux, Découragé, Calme et Heureux).

Cet indicateur (MHI5-Clinique) détecte des signes d'une détresse psychologique plus intense, qui est logiquement moindre dans la population étudiante que l'indicateur de détresse psychologique (MHI-45). Ainsi, si les prévalences de détresse psychologique sévère semblaient stables entre 2016 et 2020 avec 3 %, elles ont fortement augmenté en 2021 (année de confinement pour la population étudiante) passant à 7 % pour revenir, en 2023, à un niveau légèrement supérieur (3,7 %) à celles observées en 2016 et 2020.

Pour les données de BSE24, la prévalence de ces signes semble continuer de progresser avec 4,2 % de personnes concernées en 2024. De la même manière que pour les données de détresse psychologique (MHI5-45), une prudence s'impose. En effet, les résultats en 2023 des répondant·es de BSE24 sur cet indicateur étaient de 4,4 % contre 4,2 % en moyenne pour l'ensemble des répondants de Cdv23. Cette différence est certes moindre, même si elle est à rapporter à des niveaux de prévalence plus faibles (< à 5%) mais elle laisse bien supposer que, pour les personnes les plus vulnérables et présentant les signes de détresse les plus sévères, une augmentation des difficultés psychologiques semble bien opérer depuis la pandémie par rapport aux niveaux antérieurs. Cependant, on pourra bien évidemment considérer que cette augmentation est faible (un peu plus de 1%), mais elle concerne une population qui, d'une part, présente des symptômes susceptibles d'être expliqués par la présence d'un trouble nécessitant une prise en charge psychologique voir psychiatrique et, d'autre part, que cette augmentation de 1% doit se comprendre à l'échelle de la population étudiante qui représente près de 3 millions de personnes en France. Les données à paraître sur la population uniquement étudiante à l'université (thèse de Quentin Facon-Barillot sous la direction de Yannick Morvan et Lucia Romo) sont très proches en termes de tendances d'évolution. Pour les étudiants inscrits à l'université, la prévalence passait de 3 % en 2016 et 2020 à 7,8 % en 2021. À nouveau en 2023, les prévalences observées étaient moindres (4,2 %) sans pour autant revenir à un niveau similaire à 2020.

Tableau 4.1 – Prévalence de la détresse psychologique (BSE 2024)

Détresse psychologique (4 dernières semaines)	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
MHI5-45	466 (19.2%)	876 (27.9%)	37 (35.6%)	1,379 (24.3%)
MHI5-Clinique	97 (4.0%)	134 (4.3%)	6 (6.3%)	238 (4.2%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

Tableau 4.2 – Prévalence de la détresse psychologique (CDV 2023 pour l'échantillon répondant à BSE 2024)

Détresse psychologique (4 dernières semaines)	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
MHI5-45	507 (20.9%)	1,102 (35.1%)	48 (46.7%)	1,657 (29.2%)
MHI5-Clinique	90 (3.7%)	151 (4.8%)	10 (9.8%)	251 (4.4%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

La dépression

Afin de mieux mesurer les difficultés psychologiques sévères qui sont susceptibles de nécessiter une prise en charge, l'OVE a choisi l'indicateur de dépression utilisé par Santé publique France (SPF) dans les enquêtes baromètre santé des Français, le CIDI-SF. Ce dernier, à l'aide d'un algorithme, permet d'évaluer le nombre de personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois selon des critères diagnostiques internationaux. L'OVE a utilisé cet indicateur pour la première fois lors de l'enquête Santé des étudiant·es en 2016 et avait pu estimer que 14,8 % de la population étudiante inscrite à l'université était concernée. Les données du baromètre Santé 2017 indiquaient, pour comparaison, que 10 % de la population générale était concernée par ces mêmes difficultés. Toujours selon les données du Baromètre Santé, ces difficultés étaient présentes chez 11,7 % des 18-24 ans et 13,3 % des personnes qui se déclaraient en situation d'études. Les chiffres du Baromètre Santé de 2021¹⁰ indiquaient que la prévalence de ces difficultés avait presque doublé depuis 2017¹¹, passant à 20,8 %. La dernière édition du Baromètre Santé, également menée en 2024, indique une prévalence de 21,5 % pour les 18-29 ans¹².

Le CIDI-SF a également été utilisé dans l'enquête BSE24 et les résultats indiquent une prévalence de 25,2 %, soit une tendance similaire à celle observée par SPF avec plus de 10 % d'augmentation depuis 2016. La comparaison doit toutefois prendre en compte que l'échantillon de 2016 n'était composé que d'étudiants inscrits à l'université, population plus

¹⁰ Léon, C., du Roscoät, E., & Beck, F. (2023). Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : Résultats du baromètre santé 2021. *BEH*, (2).

¹¹ Léon, C., Chan Chee, C., & du Roscoät, E. (2018). La dépression en France chez les 18-75 ans : Résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd*, 32-33.

¹² Baromètre de Santé publique France : Résultats de l'édition 2024. (2025). <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024>

fragile d'après les résultats de la détresse psychologique que l'ensemble de la population étudiante, suggérant que l'effet d'augmentation pourrait être plus important. Bien évidemment, il convient de rester prudent et de prendre en compte un potentiel biais de réponse des répondant·es de BSE24 même s'il semble que ce dernier pourrait être moindre pour les difficultés sévères (au regard des résultats sur la détresse psychologique sévère avec l'indicateur MHI5-Clinique). Enfin, la probabilité d'avoir déjà présenté au moins un autre épisode dépressif majeur au cours de sa vie, en plus de l'épisode actuel, concerne 20 % des répondant·es.

Tableau 4.3 – Prévalence de la dépression (CIDI-SF)

Épisode dépressif majeur (CIDI-SF)	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
12 derniers mois	497 (20,5%)	846 (26,9%)	50 (48,6%)	1 393 (24,6%)
12 dernier mois + Vie Entière	380 (15,6%)	700 (22,3%)	46 (44,5%)	1 126 (19,9%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

Un autre indicateur fréquemment utilisé dans les enquêtes à l'international est le PHQ-9, ce dernier mesurant également la présence des critères diagnostiques de la dépression. Toutefois la « résolution temporelle » de l'outil est différente du MHI5, qui mesure les difficultés présentes au cours du dernier mois, et du CIDI-SF, qui mesure les difficultés présentes au cours des 12 derniers mois. Le PHQ-9 mesure la présence des critères de dépression au cours des 2 dernières semaines.

Cet indicateur avait par exemple été utilisé dans une enquête de 2020 portant sur 8 004 étudiant·es de l'université de Lorraine¹³ qui avait montré que 43 % des étudiant·es souffraient de dépression (avec un score seuil au PHQ-9 ≥ 10). Ce même indicateur est utilisé par l'équipe du Pr. Tzourio à Bordeaux dans le cadre des enquêtes I-SHARE ET CONFINS¹⁴ qui avait retrouvé des prévalences de 36,6 % en 2020-2021. L'enquête EPICOV¹⁵ qui utilise un algorithme (différent d'un score seuil au PHQ-9) chez près de 2 000 jeunes âgé·es de 15 à 24 ans avait évalué à 22 % le nombre de personnes concernées par la dépression. Plus récemment une enquête réalisée par La Mutualité française, l'Institut Montaigne et l'Institut Terram auprès de 5 633 personnes âgées de 15 à 29 ans, dont les résultats ont été publiés dans le Monde début septembre 2025¹⁷ et qui utilise également un algorithme sur la base du PHQ-9 (différent du précédent), indiquait que 25 % des personnes seraient concernées par la dépression.

L'enquête BSE24 dispose également de cet indicateur et les résultats pour la population étudiante montrent que 36,7 % des étudiants seraient concernés par la dépression (selon le

¹³ Essadek, A., & Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 392-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.042>

¹⁴ Macalli, M., Texier, N., Schück, S., Côté, S. M., & Tzourio, C. (2021). A repeated cross-sectional analysis assessing mental health conditions of adults as per student status during key periods of the COVID-19 epidemic in France. *Scientific Reports*, 11(1), 21455. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00471-8>

¹⁵ Confinement du printemps 2020 : Une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). Consulté 12 mars 2021, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/confinement-du-printemps-2020-une-hausse-des-syndromes-depressifs>

¹⁷ Mattea Battaglia et Pascale Santi. (2025, septembre 3). Un jeune sur quatre serait dépressif. *Le Monde*.

critère seuil de score au PHQ-9 ≥ 10) et 15,5 % par une dépression sévère (selon le seuil de score au PHQ-9 ≥ 15). Afin de comparer les résultats avec ceux de l'enquête récemment parue dans le Monde, un algorithme similaire à celui présenté dans l'étude a également été utilisé¹⁸. Les résultats semblent suggérer une prévalence proche, mais moindre avec 19,3 % d'étudiants concernés par la dépression selon cet algorithme.

Tableau 4.4 – Prévalence de la dépression (PHQ-9)

Dépression - 2 dernières semaines	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
PHQ-9 ≥ 10	694 (28.6%)	1,325 (42.2%)	61 (58.9%)	2,080 (36.7%)
PHQ-9 ≥ 15	316 (13,0%)	677 (21,6%)	43 (41,8%)	1 036 (18,3%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant-es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

L'anxiété

L'anxiété est également fréquemment mesurée dans les enquêtes nationales et internationales. Un des instruments souvent utilisés pour évaluer la présence d'un risque de trouble anxieux généralisé au cours des 2 dernières semaines est la GAD-7. Ainsi, une étude menée auprès des étudiant-es de l'université de Lorraine en 2020, avec un score seuil ≥ 7 à la GAD-7, a trouvé que 39,2 % des étudiant-es souffraient d'anxiété¹⁹. Avec ce même seuil, l'enquête BSE24 retrouve une prévalence de 41,7 %. Toutefois, les valeurs seuil utilisées dans la littérature internationale sont davantage, comme pour le PHQ-9, les seuils ≥ 10 pour des troubles et ≥ 15 pour des troubles sévères²⁰. Dans ce cas, les prévalences observées pour les troubles anxieux sont respectivement de 27,8 % et de 13,5 % pour les cas les plus sévères.

Tableau 4.5 – Prévalence de la dépression (PHQ-9)

Anxiété - 2 dernières semaines	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
GAD-7 ≥ 10	479 (19.7%)	1,046 (33.3%)	53 (51.8%)	1,578 (27.8%)
GAD-7 ≥ 15	209 (8.6%)	534 (17.0%)	20 (19.5%)	764 (13.5%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant-es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

¹⁸ Ce dernier ayant été réalisé récemment en fonction de l'actualité pour situer les données, il n'a pas encore fait l'objet d'une vérification exhaustive, les résultats sont donc à interpréter avec prudence. Ce résultat n'est pas présenté dans les tableaux.

¹⁹ Essadek, A., & Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 392-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.042>

²⁰ Pour cette raison, le résultat relatif au score seuil ≥ 7 pour le score total de la GAD-7 n'est pas présenté dans les tableaux. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Idéations suicidaires et tentatives de suicide

Parmi les préoccupations importantes en termes de santé publique, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide font l'objet d'une attention particulière dans les enquêtes Baromètre Santé réalisées par SPF.

En 2016, l'OVE a repris les questions présentes dans le Baromètre Santé afin de pouvoir disposer d'indicateurs comparables pour la population étudiante. Les données de 2016 ont mis en évidence une prévalence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois de 8,4 % et de 4,4 % de tentatives de suicide au cours de la vie pour la population étudiante. En 2017, pour la population française des 18-24 ans, les idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois concernaient 4,6 % des personnes interrogées et les tentatives de suicide au cours de la vie 6,1 %²¹. Pour la population générale des 18-75 ans en 2017, les prévalences respectives étaient de 4,7 % pour les idéations et de 7,2 % pour les tentatives. Ainsi, la population étudiante présentait un taux d'idéation suicidaire plus élevé que la population générale sur l'année écoulée, mais moindre en ce qui concerne les tentatives sur la vie entière.

En 2021, les données du Baromètre Santé indiquaient une prévalence stable des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois de 4,2 % pour les 18-85 ans, mais avec une prévalence nettement plus élevée pour les 18-24 ans avec 7,2 %. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie pour les 18-85 ans était de 6,8 % en 2021, avec là encore une différence marquée pour les 18-24 ans. En effet, pour ces derniers, les prévalences observées étaient de 9,2 % de tentatives au cours de la vie et de 1,1 % de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois²². Les données récentes du Baromètre Santé 2024 montrent cependant une évolution des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois avec 5,2 % pour les 18-79 ans, et toujours une prévalence nettement plus élevée pour les 18-29 ans avec 8,6 %²³. Concernant les tentatives de suicide au cours de la vie, les prévalences en 2024 étaient de 5,4 % pour les 18-79 ans et de 6,7 % pour les 18-29 ans.

En 2024, les données de l'enquête BSE de compléter ces observations issues du Baromètre Santé par des données portant spécifiquement sur la population étudiante. Ainsi, dans BSE24, on retrouve une prévalence d'idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois de 16,1 %, une prévalence de tentatives au cours de la vie de 8,4 % (1,5 % au cours des 12 derniers mois). Ces données confirment les tendances observées pour les 18-24 ans par SPF en 2021 et 2024, avec toutefois une prévalence d'idéations suicidaires nettement plus importante pour la population étudiante en 2024 comparativement à la population générale des 18-24 ans en 2021 et des 18-29 ans en 2024.

²¹ Léon, C., Chan-Chee, C., du Roscoät, E., & le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. (2019). Baromètre de Santé publique France 2017: Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans. *BEH*, 3-4, 38-47. Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. (2024) *BEH*, 3, 42-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

²² Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. (2024) *BEH*, 3, 42-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

²³ Baromètre de Santé publique France : Résultats de l'édition 2024. (2025). <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024>

Tableau 4.6 – Prévalence des idéations suicidaires

Suicide	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
Idéation au cours des 12 derniers mois	307 (12.6%)	574 (18.3%)	33 (32.3%)	914 (16.1%)
Tentative au cours de la vie	160 (6.6%)	291 (9.3%)	23 (22.0%)	474 (8.4%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

Le recours aux soins

Données générales

Si les différents indicateurs semblent mettre en évidence une dégradation graduelle de la santé mentale pour la population étudiante au cours du temps, une question primordiale des politiques publiques est de s'assurer de la possibilité pour la population étudiante d'avoir accès aux soins en cas de besoin.

Concernant l'ensemble de la population étudiante interrogée dans BSE24, qu'elle présente un besoin de prise en charge (dans le cas d'un problème de santé mentale) ou non (pas de difficulté déclarée), 53 % n'ont jamais eu recours à un·e psychologue et 77 % n'ont jamais eu recours à un·e psychiatre.

Tableau 4.7 – Recours aux psychologues et aux psychiatres au cours de la vie

Jamais eu recours à un...	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
Psychologue	1 452 (59,8%)	1 524 (48,5%)	28 (27,4%)	3 003 (53,0%)
Psychiatre	1 902 (78,3%)	2 424 (77,2%)	58 (56,5%)	4 384 (77,3%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

Le fait d'avoir déjà fréquenté un SSU/SSE est déclaré par 27,4 % des étudiant·es et 7,9 % déclarent avoir déjà bénéficié d'une consultation auprès d'un·e psychologue (1,8 % auprès d'un·e psychiatre) depuis le début de leur cursus universitaire. Le recours déclaré aux psychologues au sein des SSU/SSE est du même ordre que le recours déclaré aux médecins généralistes (7,8 %). Par ailleurs, 36,9 % des personnes interrogées dans BSE24 déclarent avoir renoncé aux soins dans les 12 derniers mois pour des raisons de délais d'attente trop longs.

pour obtenir un rendez-vous ; 33,5 % par manque de temps ; 29,4 % parce que les personnes pensaient que cela allait passer tout seul et enfin 23,9 % pour des raisons financières.

Tableau 4.8 – Recours aux SSU/SSE

Recours au SSE/SSU	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
Oui	625 (25,7%)	900 (28,7%)	28 (27,3%)	1 553 (27,4%)
Généraliste	150 (6,2%)	290 (9,2%)	4 (4,1%)	444 (7,8%)
Psychologue	144 (5,9%)	291 (9,3%)	11 (11,0%)	446 (7,9%)
Psychiatre	38 (1,6%)	62 (2,0%)	4 (4,4%)	104 (1,8%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

Une question permettait également d'évaluer un recours pour raison de santé mentale à un nombre élargi de professionnel·les : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un·e psychiatre, un·e psychologue, un médecin généraliste ou spécialiste, un·e thérapeute, un·e infirmier·e, ou un·e autre professionnel·le pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?* ».

Ainsi, dans BSE24 34,2 % des personnes interrogées déclarent avoir eu recours aux professionnels pour des raisons de santé mentale dans les 12 derniers mois. Les professionnels les plus consultés étaient les psychologues (20,8 % des recours), les médecins généralistes (19,1 % des recours) et les psychiatres (8,9 % des recours). Une question similaire permettait d'évaluer le recours aux structures (« *les services d'un hôpital, d'une association, d'un centre, d'une ligne téléphonique, d'un site internet ou d'un autre service* ») et aux traitements (« *prescription de médicaments* » ou « *suivi une psychothérapie* »).

Tableau 4.9 – Recours aux professionnel·les pour raisons de santé mentale dans l'année

Recours aux professionnel·les pour raison de santé mentale – 12 derniers mois	Sexe			Total ¹
	Homme N = 2,428 ¹	Femme N = 3,139 ¹	Nsp/Refus N = 103 ¹	
Oui	616 (25,4%)	1 267 (40,4%)	58 (56,5%)	1 942 (34,2%)
Psychologue	325 (13,4%)	825 (26,3%)	31 (30,0%)	1 181 (20,8%)
Généraliste	349 (14,4%)	702 (22,4%)	30 (29,2%)	1 081 (19,1%)
Psychiatre	140 (5,7%)	340 (10,8%)	27 (25,9%)	506 (8,9%)
¹ n (%)				

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : population cible de BSE

Concernant les structures, les recours sont également de 34,2 % et les premières ressources mentionnées concernent les ressources en ligne (site internet), soit 3,3 % des recours. Se situe ensuite le recours à un hôpital (3,3 % des recours) et/ou à un centre médico-psychologique (CMP ; 1,7 % des recours) ou le fait d'avoir passé au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique (1,1 % des recours).

Vis-à-vis des dispositifs publics disponibles qui ciblent la population étudiante ou jeune, le recours pour raison de santé mentale à « *Un service de médecine préventive universitaire ou un bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)* » concerne 1,1 % des personnes interrogées ; le dispositif « *Mon parcours Psy* » ou « *Mon soutien Psy* » 1 % ; le dispositif « *chèque psy étudiant* » 0,8 %. Il est à noter que les lignes téléphoniques d'aide ou d'écoute représentent 2 % des recours et les groupes d'entraide ou associations 0,9 % des recours.

Enfin, concernant le recours aux traitements pour raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois, il s'agit de la psychothérapie pour 16,2 % des personnes interrogées et pour 14,2 % il s'agit d'une prescription de médicaments.

En cas de détresse psychologique dans le dernier mois

Si l'on s'intéresse aux personnes dont on suppose qu'un besoin de prise en charge est nécessaire dans la mesure où une difficulté de santé mentale a été déclarée dans BSE24 alors on observe que 43 % de la population étudiante qui déclare une détresse psychologique au cours du dernier mois n'a jamais eu recours à un psychologue au cours de sa vie. Ce chiffre qui suggère qu'une majorité des étudiant·es en situation de détresse psychologique aurait déjà eu accès à un professionnel de santé mentale cache en réalité une autre donnée plus inquiétante. En effet, les difficultés de santé mentale (détresse psychologique) ont été déclarées dans le mois précédant l'enquête mais en réalité seulement 28 % de la population étudiante a eu recours à un psychologue dans les 6 mois précédant l'enquête (34,3 % dans l'année qui précède l'enquête). Ces mêmes chiffres concernant le recours à un psychiatre sont respectivement de 15,9 % dans les 6 derniers mois et 18,5 % dans l'année précédant l'enquête.

Malgré la pertinence reconnue de la prévention dans les troubles psychiques²⁴, certain·es pourraient considérer que le besoin de recours à un·e professionnel·le de santé mentale pour une situation de mal-être (détresse psychologique) n'est pas nécessairement le plus pertinent ni économiquement le plus viable. Dans ce cadre, il est fréquent de voir une recommandation envers des actions de prévention plus larges (campagne de communication) ou plus ciblées (pair-aidance, psychoéducation, programmes délivrés de manière digitale) privilégiée.

Si l'on s'intéresse à l'indicateur de détresse psychologique plus sévère, dont on pourra considérer qu'il relève davantage d'un besoin de prise en charge, on remarque alors que le recours au psychologue est de 44,4 % dans les 6 derniers mois (51,6 % dans l'année) et de 31,8 % pour le psychiatre (34,6 % dans l'année). Ce sont 28,1 % de la population étudiante en situation de mal-être déclarée durant l'enquête qui n'ont jamais eu recours à un·e psychologue au cours de leur vie et 52,9 % qui n'ont jamais eu recours à un·e psychiatre.

En cas d'anxiété et de dépression dans les 15 derniers jours

Les données concernant l'anxiété (risque de trouble anxieux généralisé) dans les 15 derniers jours précédant l'enquête (GAD-7 ≥ 10) indiquent que le recours au psychologue est de 29,4 % dans les 6 derniers mois (36,3 % dans l'année) et de 16,2 % pour le psychiatre (18,7 % dans l'année). C'est 36,5 % de la population étudiante en situation d'anxiété déclarée durant l'enquête qui n'a jamais eu recours à un psychologue au cours de sa vie et 65,4 % qui n'a jamais eu recours à un·e psychiatre.

Les données concernant la présence d'un risque de dépression majeure dans les 15 derniers jours précédant l'enquête (PHQ-9 ≥ 10) montrent des tendances identiques, un recours à un·e psychologue de 25,9 % dans les 6 derniers mois (31,7 % dans l'année) et de 15,2 % pour le psychiatre (18 % dans l'année). Ce sont 42,3 % des étudiants et étudiantes en situation de dépression déclarée durant l'enquête qui n'ont jamais eu recours à un·e psychologue au cours de leur vie et 68,8 % qui n'ont jamais eu recours à un·e psychiatre.

En cas de dépression dans les 12 derniers mois (indicateur SPF)

Si l'on s'intéresse aux cas potentiels de dépression majeure au cours des 12 derniers mois (CIDI-SF), le recours dans l'année à un·e psychologue est de 39,8 % et de 22,5 % pour le psychiatre. Concernant les personnes qui déclarent la présence d'une dépression majeure au cours de leur vie en plus d'une dépression majeure dans les 12 derniers mois, ce sont 33,6 % des étudiants et étudiantes qui n'ont jamais eu recours à un·e psychologue au cours de leur vie et 60,5 % qui n'ont jamais eu recours à un·e psychiatre. Par ailleurs, 34,3 % des étudiants et étudiantes qui déclarent avoir présenté une dépression au cours de leur vie déclarent également avoir fréquenté un SSU/SSE au cours de leur cursus.

A la question permettant d'évaluer un recours pour raison de santé mentale²⁵ à un nombre élargi de professionnel·les, 57,2 % des personnes susceptibles de présenter une dépression majeure dans l'année déclarent avoir eu recours à l'un·e de ces professionnel·les.

Le recours aux structures au cours des 12 derniers mois concernait également 57,2 % des personnes susceptibles de présenter une dépression majeure au cours des 12 derniers mois. Concernant les structures, les premières ressources mentionnées sont les ressources en ligne (site internet) dans 35,4 % des cas (8,1 % des recours) ; puis le recours à un hôpital dans 31,2 % des cas (7,1 % des recours) ou à un centre médico-psychologique (CMP) dans 22,6 %

²⁴ McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S.-J., Browne, V., Dooley, B., Hickie, I. B., Jones, P. B., McDaid, D., Mihalopoulos, C., Wood, S. J., El Azzouzi, F. A., Fazio, J., Gow, E., Hanjabam, S., Hayes, A., Morris, A., Pang, E., ... Killackey, E. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 731-774. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00163-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00163-9)

²⁵ Dans le cadre de la préparation de ce rapport préliminaire, les données de croisement entre l'indicateur de dépression (partagé avec SPF) et le recours aux soins pour raison de santé mentale ne sont pas présentées en tableaux de résultats.

des cas (5,2 % des recours) ou encore le fait d'avoir passé au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique dans 12,5 % des cas (2,9 % des recours).

En ce qui concerne les dispositifs publics disponibles qui ciblent la population étudiante ou jeune, le recours pour raison de santé mentale à « *Un service de médecine préventive universitaire ou un bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)* » concerne 12,2 % des cas (2,8 % des recours) ; le dispositif « *Mon parcours Psy* » ou « *Mon soutien Psy* » 11,8 % des cas (2,7 % des recours) ; le dispositif « *chèque psy* » étudiant 10,7 % des cas (2,4 % des recours). Il est à noter que les lignes téléphoniques d'aide ou d'écoute ont été utilisées dans 25,2 % des cas (5,8 % des recours) et les groupes d'entraide ou associations dans 6,2 % des cas (1,4 % des recours).

Enfin, le recours aux traitements pour raisons de santé mentale pour les personnes déclarant une dépression majeure au cours des 12 derniers mois consiste dans 39,7 % des cas en une psychothérapie (32,9 % des recours) et dans 38,7 % des cas en une prescription de médicaments (32 % des recours).

En cas d'idéations et de tentatives de suicides (12 derniers mois et vie entière)

Pour les idéations suicidaires dans les 12 derniers mois, on retrouve un recours à un psychologue dans l'année dans 42,6 % des cas et à un psychiatre dans 26,3 % des cas. Ce sont 30,9 % des étudiantes et étudiants qui présentent des idéations suicidaires dans l'année qui n'ont jamais eu recours à un psychologue au cours de leur vie et 59,9 % qui n'ont jamais eu recours à un psychiatre.

Concernant les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, le recours dans l'année concerne 64,6 % de cette population pour le psychologue (56,4 % dans les 6 derniers mois) et 52,4 % pour le psychiatre (47,5 % dans les 6 derniers mois).

Ce sont 22,6 % des étudiantes et étudiants déclarant une tentative de suicide au cours de leur vie qui n'ont jamais eu recours à un·e psychologue au cours de leur vie et 42,9 % qui n'ont jamais eu recours à un·e psychiatre.

De manière générale, la prudence s'impose toutefois quant à l'interprétation des chiffres compte tenu du faible nombre de réponses pour certaines catégories.

Effets de genre sur la prévalence et le recours aux soins

De manière générale, les données relatives au genre déclaré dans l'enquête Homme / Femme ou « Ne sais pas » ainsi que le refus de répondre montrent des indicateurs dégradés en matière de santé mentale pour cette dernière catégorie. La prudence s'impose de nouveau quant à l'interprétation des chiffres compte tenu du faible nombre de réponses concernant cette catégorie.

Par ailleurs, un résultat communément retrouvé sur la santé mentale, notamment dans les cas de dépression et d'anxiété, est la prévalence plus importante observée pour les femmes. Ce résultat se retrouve également lorsque l'on regarde les indicateurs de BSE24 sur la santé mentale. Il convient de noter toutefois qu'à l'exception de l'anxiété et des tentatives de suicide, plus les difficultés apparaissent comme sévères, plus l'écart entre étudiantes et étudiants se réduit. Cependant, les prévalences restent en défaveur des étudiantes sur l'ensemble des indicateurs de santé mentale.

Concernant le recours aux soins de manière générale, les étudiantes semblent davantage avoir recours au psychologue que les étudiants, même si ce recours reste faible. Elles ont également davantage recours au psychiatre dans les 6 derniers mois, même si la différence entre étudiants et étudiantes ainsi que le nombre de personnes concernées reste faible sur ce type de recours.

Concernant le fait d'avoir déjà fréquenté un SSU/SSE durant le cursus, les étudiantes semblent davantage y avoir recours même si l'écart avec les étudiants est également faible. Elles ont en revanche davantage recours au médecin généraliste et au psychologue que les étudiants, tandis que les différences genrées pour le recours au psychiatre demeurent faibles.

Les étudiantes déclarent également davantage de motifs de renoncement aux soins par rapport aux étudiants. Toutefois, les étudiantes déclarent davantage de recours aux professionnel·les, aux structures et aux traitements pour raison de santé mentale par rapport aux étudiants.

ÉTAT DE SANTÉ ET EXPOSITIONS DES MINORITÉS D'ORIENTATION SEXUELLE ET DE GENRE AU SEIN DE LA POPULATION ÉTUDIANTE

Cette section vise à décrire la situation de santé et de bien-être de populations très rarement étudiées, car difficilement identifiées dans la plupart des enquêtes, à savoir les personnes s'identifiant comme non-hétérosexuelles et en dehors des normes de genre dominantes. Elle s'articule en deux parties : dans un premier temps, l'analyse se porte sur l'état de santé physique et mental des étudiant·es selon leur identité de genre et sexuelle, et, dans un second temps, leur exposition aux violences sexistes et sexuelles et aux situations douloureuses ou de harcèlement. L'enjeu est d'observer si sortir de la norme de genre et d'hétérosexualité peut surexposer à des risques de violence et de harcèlement. Les variables d'identification de genre (présentées dans le chapitre 2 sur le recours aux soins et services de santé) et d'identification sexuelle, présentées ci-dessous, seront au cœur de cette partie.

Contributeurs et contributrices de cette partie : Maya Jouany, Malo Mofakhami, Caroline Saint-Girons

Méthodologie de mesure des identifications d'orientation sexuelle et d'exposition aux violences

Identification sexuelle : variable à 6 modalités – Hétérosexuel·le / Homosexuel·le / Bisexuel·le / Pansexuel·le / Autre (dont asexuel·le, nsp – refus), Ne se définit pas par rapport à sa sexualité. Cette variable a été construite à partir de la question qui interroge sur la définition de son identité sexuelle (pour plus de détails, voir la partie suivante). Elle permet de saisir la définition qu'ont les étudiant·es de leur sexualité, mais pas les pratiques effectives. Les variables « Assexuel·le » (2,8 %), « Ne sait pas » (2 %) et « Ne souhaite pas répondre » (1,8 %) ont été regroupées avec la modalité « Autres » (0,2 %), celles-ci étant trop conséquentes pour les exclure du champ des répondant·es.

Pour les analyses bivariées et multivariées selon l'identification sexuelle, on distinguera celle-ci en fonction d'une variable d'identification de genre à deux modalités : Homme/Femme. Il s'agit des individus s'identifiant comme tels à la question sur le genre. Elle prend en compte les personnes transgenres mais pas les personnes non-binaires. Par souci de représentativité, la modalité « Minorité de genre » n'a pas été utilisée dans ces analyses d'identification sexuelle par genre.

Violences sexistes et sexuelles : Cette variable binaire regroupe de manière large toutes les formes de violences sexistes et sexuelles dans le cadre des études. Elle prend en compte le harcèlement sexuel (questions « E33 » et « E34 » du questionnaire CDV) ainsi que les agressions sexuelles et le viol (questions « E35 » et « E36 » du questionnaire CDV). Cette

variable saisit les VSS depuis le début des études, mais uniquement sur les déclarations de 2023, donc elle ne prend pas en compte les VSS de l'année 2023-2024.

Situation douloureuse ou de harcèlement : Cette variable binaire prend en compte les formes de situations douloureuses ou de harcèlement subies au cours de l'année universitaire 2022-2023. Les questions « **E31** : *Au cours de l'année universitaire, avez-vous été confronté·e personnellement à des situations difficiles, pénibles ou douloureuses, en face à face ou sur internet, dans vos relations avec d'autres étudiant·es, avec le personnel administratif ou technique, ou avec des enseignant·es ?* » et « **E32** : *Au cours de l'année universitaire, dans le cadre de vos études, s'est-on, à plusieurs reprises, moqué de vous, vous a-t-on donné un surnom méprisant, vous a-t-on rabaissé·e ou humilié·e ?* ». Ces questions n'ayant pas été posées dans BSE24, les situations douloureuses ou de harcèlement durant 2023-2024 ne sont pas ici prises en compte.

Caractéristiques de la population de l'enquête

Tableau 5.1 - Répartition de la population étudiante selon son identification de genre et sexuelle (en %)

Caractéristiques de la population	
Identification de genre	
Homme	41,9
Femme	54,2
Minorités de genre	3,9
Identification sexuelle	
Hétérosexuel·le	70,7
Homosexuel·le	6,0
Bisexuel·le	9,2
Pansexuel·le	2,8
Autre (dont asexuel·le, nsp-refus)	6,3
Ne se définit pas par rapport à sa sexualité	4,9

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 70,7 % des étudiant·es s'identifient comme hétérosexuel·les

Tableau 5.2 – Identification sexuelle selon l'identification de genre (en %)

		Identification sexuelle						
		Hétérosexuel·le	Homosexuel·le	Bisexuel·le	Pansexuel·le	Autre	Ne se définit pas	Ensemble
Identification de genre	Homme	77.5	9.4	5.6	0.5	3.4	3.5	41.9
	Femme	71.3	2.8	10.9	3.0	7.0	5.0	54.2
	Minorités de genre	12.5	15.3	19.9	23.6	15.7	13.0	3,9
	Ensemble	70.7	6.0	9.2	2.8	6.3	4.9	

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 77,5 % des étudiants hommes s'identifient comme hétérosexuels

Dans BSE24, des questions visant à identifier les identités de genre minoritaires ont été posées afin d'étudier les effets de ces identités sur la santé. De plus, une partie du questionnaire portait sur la vie affective déclarée afin d'identifier des liens entre celle-ci et la santé.

On constate que 3,9 % de la population a déclaré une identité de genre non-binaire (ni homme ni femme) ou autre que celles correspondant à son état civil (déclaration de genre homme ou femme identique au sexe déclaré à l'état civil)

Ces résultats montrent également que près de 30 % de cette population étudiante se définit autrement qu'hétérosexuelle. Le taux de bisexuel·les est plus élevé que le taux d'homosexuel·les ; ce sont donc les bisexuel·les qui sont la deuxième catégorie la plus nombreuse après la catégorie hétérosexuelle.

Parmi les hommes, la principale identification sexuelle est l'hétérosexualité, puis vient l'homosexualité, puis la bisexualité. Pour les femmes, la bisexualité présente un taux plus élevé que l'homosexualité, puis vient la catégorie « autre », puis la pansexualité. Parmi les minorités de genre, la pansexualité est la plus fréquente, puis la bisexualité, et enfin l'homosexualité. La catégorie « autre » est au même niveau que l'homosexualité pour les minorités de genre²⁶.

²⁶ Pour plus de précision sur ces différentes identité d'orientation sexuelle et de genre, se référer aux travaux réalisés dans l'enquête Envie, <https://envie.site.ined.fr/fr>.

Tableau 5.3 - Caractéristiques de santé dans l'ensemble de la population étudiante de l'enquête (en %)

Variables d'intérêt	
Détresse psychologique	
Oui	40,1
Non	59,9
Santé dégradée	
Oui	26,0
Non	74,0
Problème de santé limitant (depuis au moins 6 mois)	
Oui	26,1
Non	73,9
Avoir subi dans le cadre des études au moins une forme de violences sexistes et sexuelles (harcèlement ou agression)	
Oui	10,9
Non	89,1
Avoir été personnellement confronté à une situation douloureuse ou de harcèlement (au cours de l'année universitaire)	
Oui	26,0
Non	74,0

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

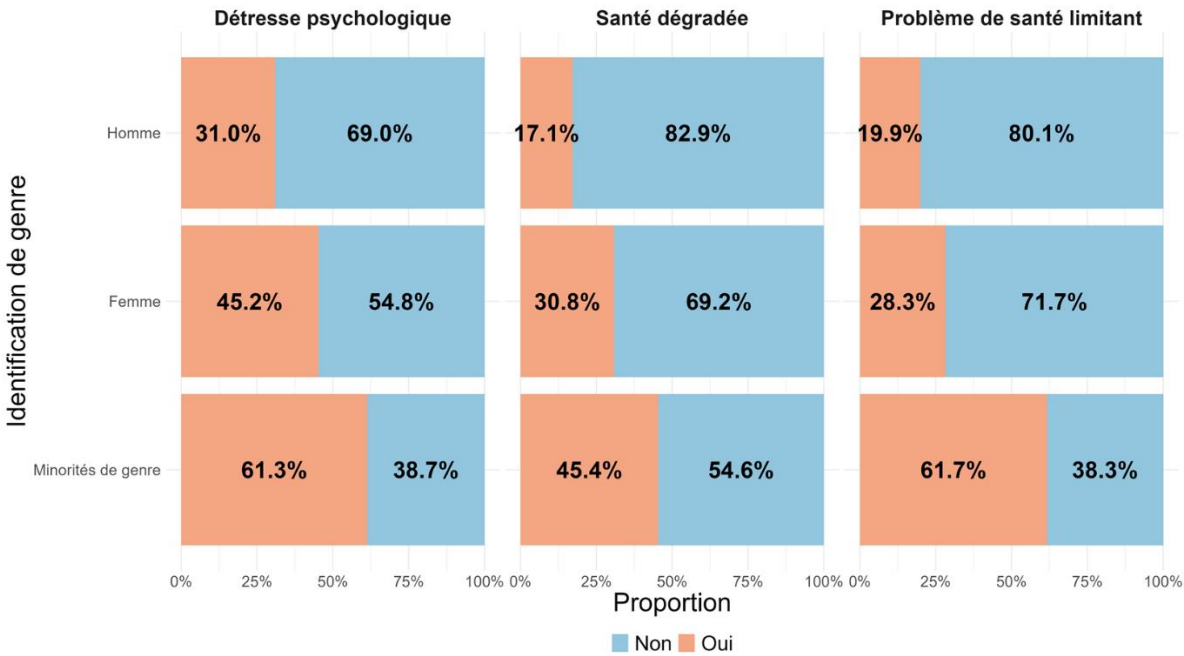
Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 40,1 % des étudiant·es sont en situation de détresse psychologique

Une santé très dégradée pour les minorités de genre

Détresse psychologique, santé générale dégradée, problème de santé limitant (depuis au moins 6 mois)

Graphique 5.1 - Répartition de la détresse psychologique et de l'état de santé dégradé selon l'identification de genre des étudiant·es



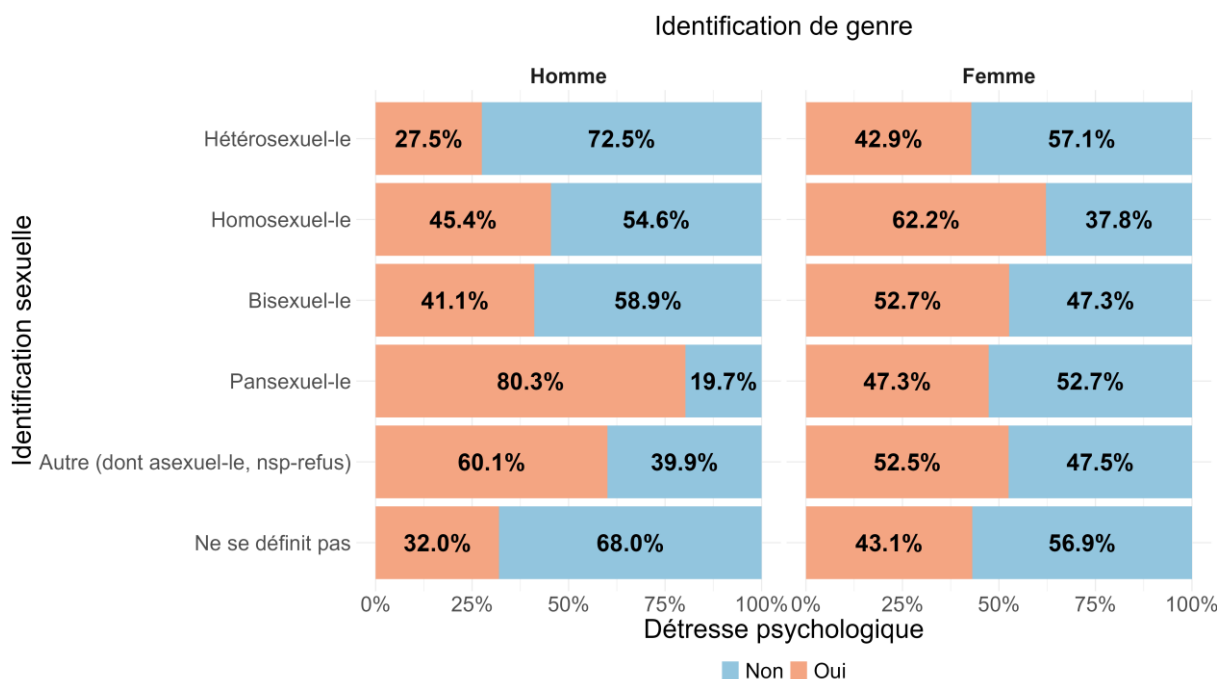
Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024
Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base
Lecture : Parmi les minorités de genre, 61,3 % sont en état de détresse psychologique

La détresse psychologique atteint 45,2 % des femmes et 61,3 % des personnes ayant déclaré s’identifier à une catégorie minoritaire de genre, ce qui est très supérieur au taux de 40,1 % de la population étudiée.

Les femmes présentent une santé plus dégradée (+4,8 points de pourcentage par rapport à l’ensemble de la population étudiée) et un peu plus de problèmes de santé limitants (+2,2 points de pourcentage).

La catégorie minorité de genre a une santé nettement plus dégradée (+19,4 points de pourcentage) et beaucoup plus de problèmes de santé limitants (+35,6 points de pourcentage) que la population étudiée.

Graphique 5.2 - Détresse psychologique selon l'identification sexuelle des étudiant·es



Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

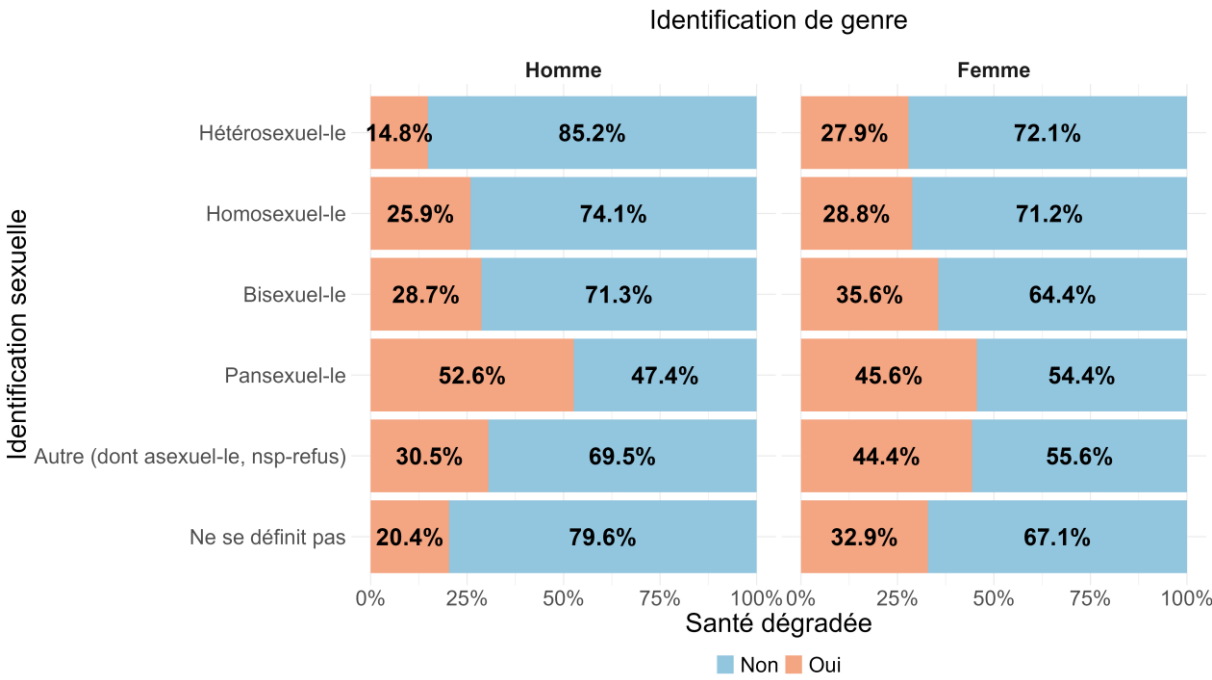
Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : Parmi les hommes dont l'identification sexuelle est pansexuelle, 80,3 % sont en état de détresse psychologique

La détresse psychologique est en dessous du taux de 40,1 % de la population de l'enquête, seulement pour les hommes hétérosexuels (27,5 %) et les hommes qui ne se définissent pas par rapport à leur sexualité (32,0 %). Les hommes pansexuels ont en revanche un très haut taux de détresse psychologique (80,3 %), bien supérieur à celui des femmes pansexuelles (47,3 %). La seconde catégorie ayant la plus forte détresse psychologique est celle des femmes homosexuelles (62,2 %).

On remarque que la détresse psychologique est supérieure pour la catégorie homosexuelle hommes ou femmes que pour la catégorie bisexuelle.

Graphique 5.3 - Santé générale dégradée selon l'identification sexuelle des étudiant·es



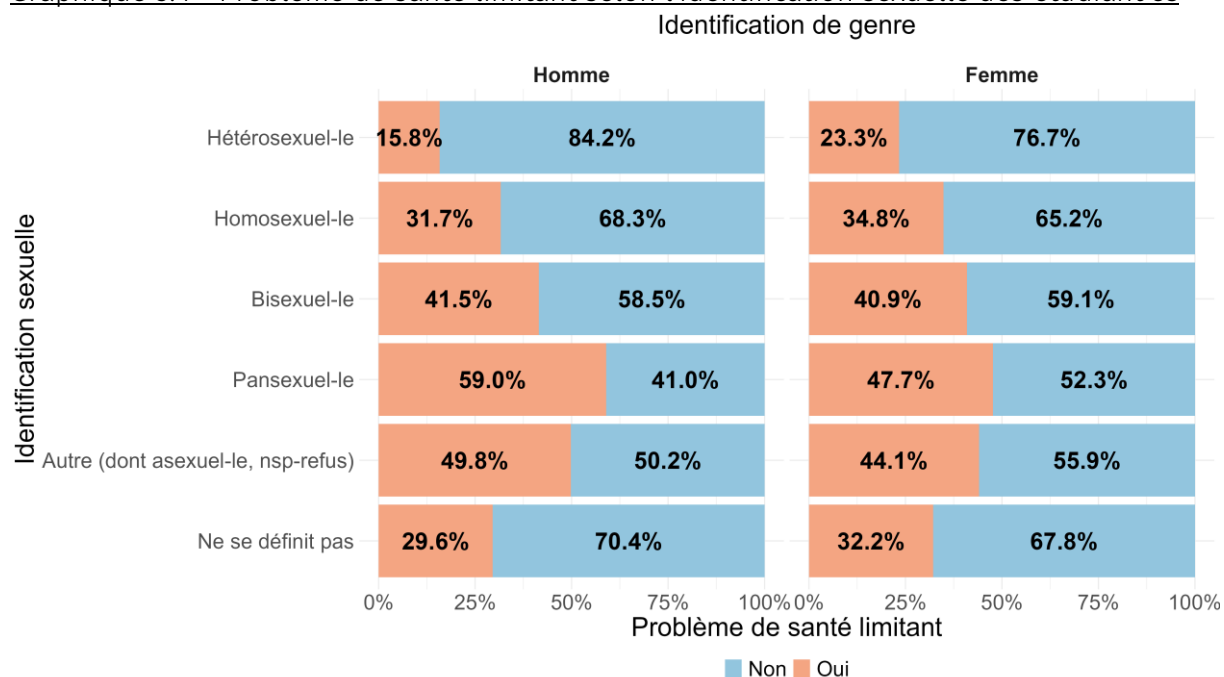
Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024
Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base
Lecture : 27,9 % des femmes dont l'identification sexuelle est hétérosexuelle déclarent un état de santé général dégradée

Pour la santé dégradée, on retrouve, comme pour la détresse psychologique, le plus fort taux de santé dégradée chez les hommes pansexuels (52,6 %) ; ce sont ensuite les femmes pansexuelles (45,6 %) et femmes autres (44,4 %) qui déclarent la plus mauvaise santé.

Les hommes hétérosexuels avec seulement 14,8 % de santé dégradée ont, comme pour la détresse psychologique, le taux le plus bas, bien en dessous du taux de 26 % de la population étudiée.

En revanche, contrairement aux résultats de la détresse psychologique, la catégorie homosexuelle, pour les hommes comme pour les femmes, ne ressort pas comme ayant beaucoup plus de santé dégradée que la population étudiée (entre 26 et 29 %).

Graphique 5.4 - Problème de santé limitant selon l'identification sexuelle des étudiant·es



Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 59,0 % des hommes dont l'identification sexuelle est pansexuelle déclarent être limités par un problème de santé depuis au moins 6 mois

Concernant les problèmes de santé limitants, on retrouve les mêmes gradients que pour la santé dégradée, c'est-à-dire que les mêmes catégories pansexuelles, autres et bisexuelles sont plus touchées par les problèmes de santé limitants que les autres catégories, avec des taux très supérieurs à 26,1 % qui est la part de la population étudiée déclarant un problème de santé limitant depuis au moins 6 mois.

Contrairement aux résultats observés pour la détresse psychologique, la catégorie homosexuelle ne ressort pas comme plus atteinte ni par une santé dégradée ni par des problèmes de santé limitants.

Propos critiques lors d'une consultation médicale, une surexposition des minorités de genre et d'identité sexuelles

Tableau 5.4 - Proportion de propos critiques entendus lors d'une consultation médicale selon l'identification de genre des étudiant·es (en %)

		Avoir déjà entendu des propos critiques dans le cadre d'une consultation médicale relatif à :					
		L'âge	Le sexe ou l'identité de genre	L'apparence physique	La sexualité	L'état de santé ou handicap	Au moins une de ces critiques
Identification de genre	Homme	0,8	0,3	3,7	2,0	2,5	7,6
	Femme	4,7	4,1	11,7	4,6	5,0	19,8
	Minorités de genre	12,5	17,6	24,5	8,8	23,6	48,4
	Ensemble	3,4	3,0	8,9	3,7	4,7	15,8

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : Parmi les minorités de genre, 12,5 % ont déjà reçu un propos critique sur leur âge lors d'une consultation médicale

Tableau 5.5 - Proportion de propos critiques entendus lors d'une consultation médicale selon l'identification sexuelle des étudiant·es (en %)

		Avoir déjà entendu des propos critiques dans le cadre d'une consultation médicale relatif à :					
		L'âge	Le sexe ou l'identité de genre	L'apparence physique	La sexualité	L'état de santé ou handicap	Au moins une de ces critiques
Identification sexuelle	Hétérosexuel·le	2,7	1,9	7,0	2,3	2,8	11,8
	Homosexuel·le	2,1	6,3	9,9	9,9	8,1	22,4
	Bisexuel·le	5,4	7,3	16,5	9,2	12,0	32,0
	Pansexuel·le	14,5	8,8	26,2	15,5	17,0	47,8
	Autre	4,7	5,6	9,5	2,8	5,9	19,6
	Ne se définit pas	4,0	6,9	13,4	3,3	6,9	20,7
	Ensemble	3,5	3,3	9,1	3,8	4,8	16,2

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 26,2 % des étudiant·es dont l'identification sexuelle est bisexuelle ont déjà reçu un propos critique sur leur apparence physique lors d'une consultation médicale

Les minorités de genre ont un taux de propos critiques entendus lors d'une consultation médicale nettement plus élevé que dans l'ensemble de la population puisqu'il atteint 48,4 %

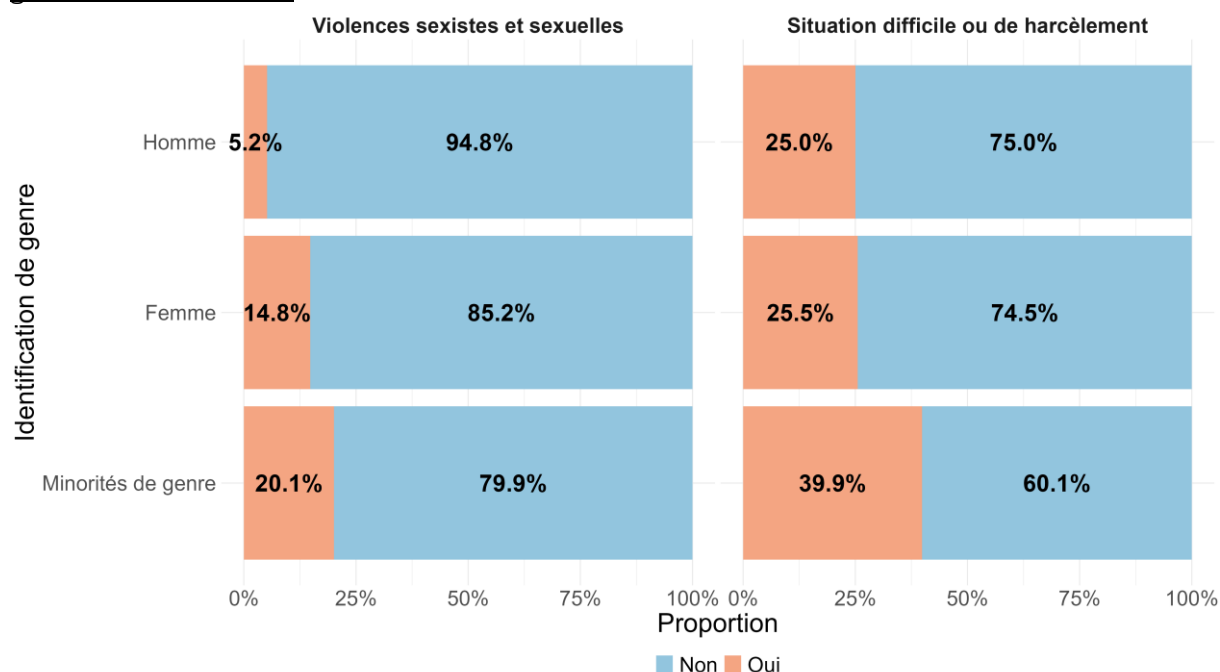
alors que pour l'ensemble de la population, ce taux est de 15,8 %. Les hommes n'ont qu'un taux de 7,6 % ; les femmes se trouvent un peu au-dessus de la moyenne avec 19,8 %. C'est sur l'apparence physique des minorités de genre qu'il y a le taux de critiques le plus élevé, puis sur l'état de santé ou le handicap des minorités de genre. Les propos critiques sur l'âge et la sexualité présentent des taux plus bas que ceux sur l'apparence physique, l'état de santé ou le handicap.

47,8 % des étudiant·es se déclarant pansexuel·les ont déjà entendu des propos critiques pendant une consultation ce qui est le taux le plus élevé, puis ce sont les bisexuel·les avec 32 %, enfin les homosexuel·les avec 22,4 %. Comme pour les minorités de genre, c'est d'abord l'apparence physique puis l'état de santé ou le handicap qui sont les deux motifs de propos critiques les plus fréquents.

Ce sont les propos critiques sur l'apparence physique qui sont les plus fréquents pour toutes les catégories d'identité sexuelle et d'identité de genre.

Violences sexistes et sexuelles dans le cadre des études et situations douloureuses ou de harcèlement au cours de l'année universitaire

Graphique 5.5 - Avoir subi au moins une forme de VSS ou avoir été personnellement confronté à une situation difficile, douloureuse ou de harcèlement selon l'identification de genre des étudiant·es



Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024 / enquête Conditions de vie des étudiant·es, OVE, 2023

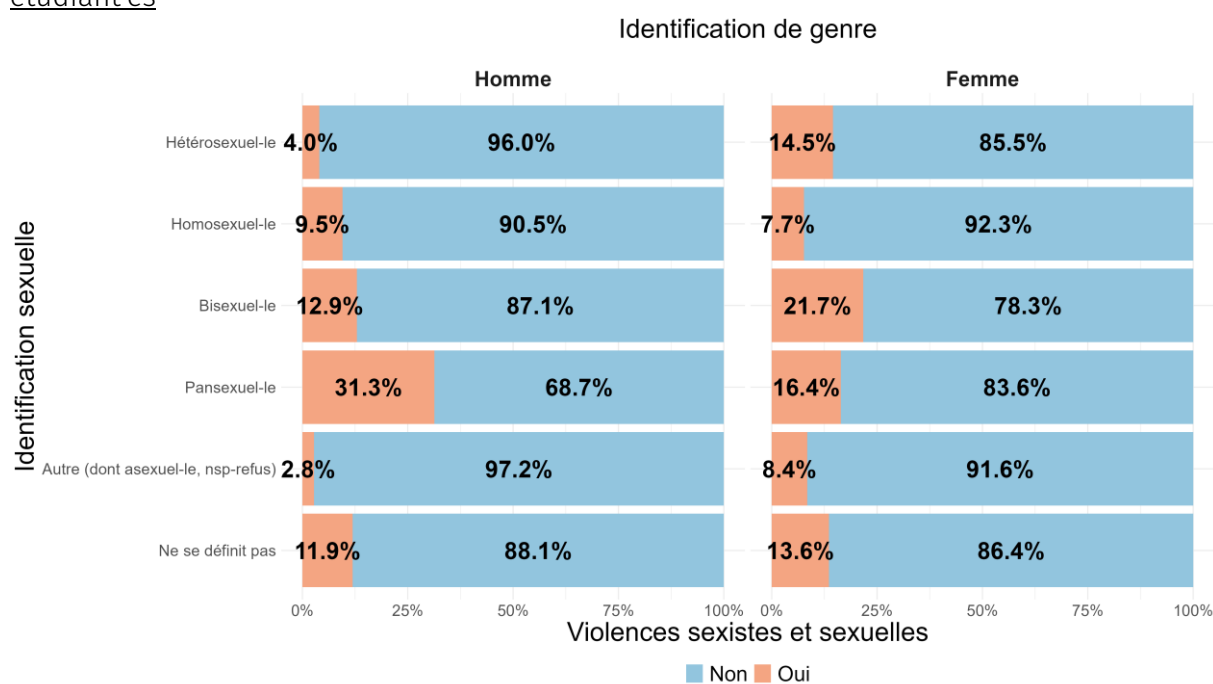
Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 39,9 % des minorités de genre déclarent avoir déjà été confrontées personnellement à une situation douloureuse ou de harcèlement au cours de l'année universitaire.

Seulement 5,2 % des hommes ont subi une forme de VSS alors que le taux est de 10,9 % pour l'ensemble de la population de cette étude. En revanche, 25 % des hommes ont été personnellement confrontés à une situation difficile, douloureuse ou de harcèlement, à un niveau proche (26 %) que l'ensemble de la population étudiée. Les minorités de genre avec 20,1 % sont davantage confrontées aux VSS que les femmes qui ont un taux de 14,8 %.

Les femmes comme les hommes sont 25 % à avoir été personnellement confrontés à une situation difficile, douloureuse ou à un harcèlement. En revanche, près de 40 % des minorités de genre ont déclaré avoir été confrontées personnellement à ces situations difficiles, ce qui représente un écart de 15 points de pourcentage et tend à montrer une surexposition des minorités de genre à ces situations difficiles, douloureuses ou de harcèlement.

Graphique 5.6 - Avoir subi au moins une forme de VSS selon l'identification sexuelle des étudiant·es

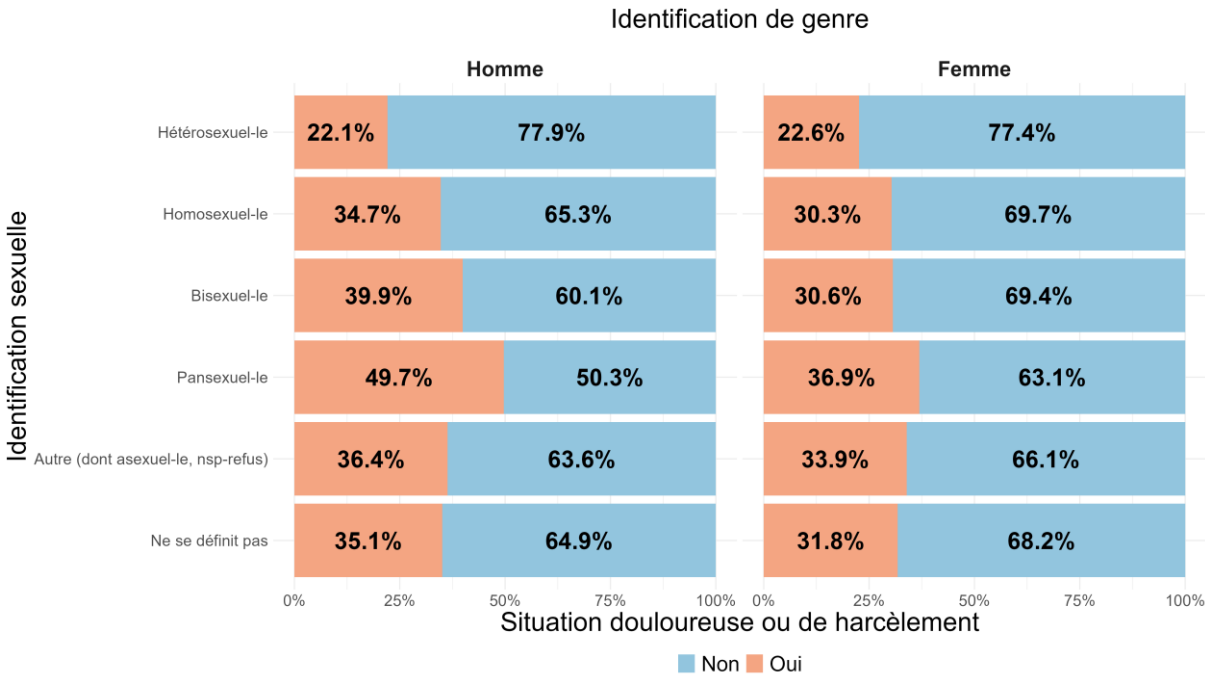


Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024 / enquête Conditions de vie des étudiant·es, OVE, 2023

Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 14,4 % des femmes s'identifiant comme hétérosexuelles ont déjà subi une forme de violences sexistes et sexuelles dans le cadre de leurs études.

Graphique 5.7 - Avoir été personnellement confronté à une situation difficile, douloureuse ou de harcèlement selon l'identification sexuelle des étudiant·es



Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024 / enquête Conditions de vie des étudiant·es, OVE, 2023

Champ : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Lecture : 49,7 % des hommes s'identifiant comme pansexuels déclarent avoir déjà été confrontés personnellement à une situation douloureuse ou de harcèlement au cours de l'année universitaire.

Sur ces deux graphiques, on constate que la catégorie hommes pansexuels se distingue avec des taux très élevés de 31,3 % pour les VSS et 49,7 % pour les situations difficiles et que la catégorie femmes pansexuelles est la catégorie de femmes la plus confrontée à une situation difficile (36,9 %).

Les femmes bisexuelles ont le taux de VSS le plus élevé parmi toutes les catégories de femmes. Ainsi, les catégories les plus confrontées à des VSS ou des situations difficiles sont les hommes et les femmes pansexuel·les et bisexuel·les.

On remarque que les femmes hétérosexuelles sont plus nombreuses à avoir subi une forme de VSS que les femmes homosexuelles alors que c'est le contraire pour les hommes : les hommes homosexuels subissent plus souvent une forme de VSS que les hommes hétérosexuels.

Minorités sexuelles et de genre, une surexposition aux violences et aux problèmes de santé

L'intérêt d'une analyse multivariée (en annexe) pour étudier les relations entre genre, identités sexuelles, expositions aux violences et état de santé réside dans sa capacité à isoler des associations propres, indépendamment des autres caractéristiques sociales et académiques des étudiant·es. En contrôlant simultanément l'âge, l'origine sociale, le statut

de bourse, la nationalité, la filière et le niveau d'études, ce type d'approche permet de dépasser les simples constats descriptifs et de mieux identifier ce qui relève spécifiquement du genre ou de l'orientation sexuelle, plutôt que des effets de structure liés à la composition sociale des populations concernées. Les graphiques présentés en annexe (5 à 12) rendent ainsi visibles des inégalités ajustées, révélant des écarts persistants même à caractéristiques comparables.

Les analyses multivariées portant sur les expositions aux violences sexistes et sexuelles, aux situations douloureuses ou au harcèlement dans le cadre des études mettent en évidence des écarts très marqués selon le genre et l'identité sexuelle. Les femmes présentent systématiquement une probabilité plus élevée que les hommes d'avoir été exposées à ces différentes formes de violence, toutes choses égales par ailleurs. Cette surexposition est encore plus prononcée chez les personnes appartenant aux minorités de genre, qui constituent le groupe le plus vulnérable, avec des niveaux de risque nettement supérieurs à ceux observés dans l'ensemble de la population étudiante. De la même manière, les étudiants se déclarant appartenir à une minorité d'orientation sexuelle sont significativement plus exposés aux violences et aux situations de harcèlement, indépendamment de leurs caractéristiques sociales ou académiques. Ces résultats confirment que les violences ne se distribuent pas aléatoirement, mais s'inscrivent dans des rapports sociaux de genre et de sexualité fortement asymétriques.

Les analyses multivariées relatives à l'état de santé montrent des écarts tout aussi significatifs. Les femmes présentent un risque plus élevé de détresse psychologique et de santé perçue comme dégradée par rapport aux hommes, à caractéristiques comparables. Cet écart est particulièrement accentué chez les personnes appartenant aux minorités de genre, pour lesquelles la probabilité de déclarer une détresse psychologique élevée ou d'être limitées par un problème de santé chronique est nettement supérieure. Les minorités d'orientation sexuelle présentent également des niveaux de détresse psychologique plus élevés que ceux des étudiant·es hétérosexuel·les, même après ajustement, ce qui souligne l'existence d'un risque accru spécifique lié à l'appartenance à ces minorités.

L'introduction des expositions aux violences et aux situations de harcèlement dans les modèles multivariés de santé permet d'affiner l'interprétation de ces écarts. Les graphiques montrent que le contrôle de ces expériences réduit partiellement, mais ne fait pas disparaître, les différences de santé observées selon le genre et l'identité sexuelle. Autrement dit, les violences constituent un facteur explicatif majeur des inégalités de santé, mais elles n'en épuisent pas les mécanismes. La persistance d'écarts significatifs après ajustement suggère l'existence d'autres processus, tels que le stress minoritaire, l'anticipation de la discrimination, l'isolement social ou encore les difficultés d'accès à des ressources de soutien adaptées²⁷.

Pris ensemble, ces résultats mettent en évidence un enchaînement étroit entre rapports sociaux de genre et de sexualité, expositions différenciées aux violences et dégradations de l'état de santé. Les analyses multivariées montrent que les minorités sexuelles et de genre cumulent des risques plus élevés à chaque étape de cette chaîne, depuis les expériences de violence jusqu'aux conséquences sanitaires, en particulier sur le plan de la santé mentale. Elles soulignent ainsi que les inégalités de santé observées au sein de la population étudiante ne peuvent être comprises indépendamment des rapports de pouvoir et des processus de minorisation qui structurent l'espace universitaire.

²⁷ Voir Martin-Storey, A., Temcheff, C., Laventure, M. et Lévesque, G.(2019). Différences en matière de santé mentale selon le statut de minorité sexuelle. *Santé mentale au Québec*, 44(1), 47-66. <https://doi-org.ezproxy.univ-paris13.fr/10.7202/1060275ar>

CHOISIR SA FILIÈRE.

QUELS EFFETS DE L'ORIENTATION SEXUELLE ET DU GENRE ?

Contributeur de cette partie : Nathan Lévêque

Cette section explore pour la première fois en France les parcours scolaires et les choix d'orientation des étudiant·es selon leur orientation sexuelle et leur identité de genre. L'enquête BSE 2024, en intégrant des questions sur l'identification sexuelle d'une part, l'identité de genre et le sexe à l'état civil d'autre part, permet d'analyser les trajectoires éducatives des personnes LGBTI+. Après avoir présenté la méthodologie d'identification de ces populations (encadré 1) et leur répartition dans l'enseignement supérieur, nous analyserons leurs choix d'orientation au lycée puis dans les études supérieures. Ces résultats révèlent des inégalités horizontales significatives entre étudiant·es, qui éclairent les disparités observées ultérieurement sur le marché du travail.

Encadré 1 : Enquêter auprès des minorités de genre et de sexualité : enjeux méthodologiques en milieu étudiant

L'enquête BSE constitue l'une des premières enquêtes françaises auprès d'étudiant·es à intégrer des questions relatives à l'identification sexuelle. Elle inclut également des items portant sur l'identité de genre et le sexe à l'état civil, permettant d'identifier à la fois les personnes non-binaires (variable *bse_Gen1*) et une partie de la population trans (celle n'ayant pas changé de sexe à l'état civil : variables *bse_Gen1* et *bse_Sexe*).

Identification des personnes non-binaires

Parmi les répondant·es, 2,3 % déclarent s'identifier « d'une autre manière » que comme un homme ou comme une femme, et 1 % indiquent « ne pas savoir » comment iels s'identifient. Ces deux groupes ont pu préciser leur réponse (*bse_Gen2_X*), en choisissant des termes tels que *queer*, *agenre*, *genderfluid*, ou en formulant une réponse libre. Cette question était également proposée aux personnes trans, y compris à celles qui déclaraient d'abord s'identifier comme homme ou comme femme. Après recodage des réponses, il apparaît que 3,5 % des étudiant·es de l'enquête s'identifient comme non-binaires ou sont en questionnement sur leur identité de genre.

Limites des pondérations

Ces estimations doivent toutefois être interprétées avec prudence : les pondérations appliquées à l'enquête, destinées à corriger la sous-représentation des hommes dans la collecte, ne permettent pas de représenter de manière fiable les personnes non-binaires. Les personnes trans (celles ne s'identifiant pas comme non-binaires) représentent quant à elles 0,7 % de l'échantillon.

Regroupements effectués pour les analyses

En raison de leurs effectifs limités, il n'est pas possible de proposer une analyse statistiquement robuste des résultats concernant les personnes trans. Celles-ci ont donc été intégrées au sein du groupe correspondant à leur genre d'identification (les hommes trans avec les hommes, les femmes trans avec les femmes).

Pour des raisons similaires, et afin de renforcer la fiabilité des analyses, les personnes bisexuelles et pansexuelles ont été regroupées avec les personnes gays et lesbiennes. Ce choix méthodologique se justifie par le fait que ces orientations sexuelles minoritaires partagent une expérience commune de marginalisation et de non-conformité à la norme hétérosexuelle dominante. Ces convergences justifient leur regroupement, regrettable analytiquement mais nécessaire d'un point de vue statistique.

Comparaison des populations selon l'identification sexuelle entre l'enquête BSE et l'enquête Envie

Tableau 6.1 – Identification sexuelle des étudiant·es du supérieur selon leur identité de genre

	Total, N = 5,570	Hommes, N = 2,338	Femmes, N = 3,035	Non-binaires, N = 197
Identification sexuelle				
Hétérosexuel·le	71% (3,970)	77% (1,802)	71% (2,153)	8.1% (16)
Bisexuel·le	9.3% (516)	5.7% (134)	11% (342)	21% (40)
Pansexuel·le	2.8% (158)	0.5% (12)	3.0% (92)	27% (54)
Homosexuel·le	6.1% (342)	9.7% (227)	2.8% (85)	15% (30)
Asexuel·le	2.2% (121)	1.1% (27)	2.5% (76)	9.6% (19)
Ne sait pas	2.0% (114)	0.8% (18)	2.8% (85)	5.1% (10)
Ne souhaite pas répondre	1.5% (83)	1.5% (35)	1.6% (49)	0% (0)
Ne se définit pas par rapport à sa sexualité	4.8% (265)	3.6% (84)	5.1% (154)	14% (28)

Source : enquêtes Conditions de vie des étudiant·es 2023 et Bien-être et santé des étudiant·es 2024, Observatoire de la vie étudiante. Données pondérées

Champ : étudiant·es du supérieur ayant indiqué dans BSE 2024 leur identification sexuelle et leur identité de genre (n=5570)

Lecture : 71,0 % des étudiantes du supérieur s'identifient comme hétérosexuelles.

Les proportions de personnes appartenant aux minorités de genre et de sexualité dans BSE peuvent être comparées à celles de l'enquête Envie (Ined, 2023), enquête probabiliste menée auprès de plus de 10 000 jeunes âgé·es de 18 à 29 ans. En focalisant l'analyse sur les étudiant·es de cette enquête, il devient possible de mettre ces données en regard de celles de BSE. Les écarts observés entre les deux enquêtes (cf. *infra*) peuvent raisonnablement être interprétés comme révélateurs de spécificités propres à l'échantillon BSE, notamment en raison de possibles biais de recrutement : les étudiant·es acceptant de répondre à un module complémentaire sur la santé sont susceptibles de présenter des caractéristiques particulières. À cela s'ajoute une différence de mode de passation susceptible d'influer sur les déclarations, l'enquête Envie étant administrée par téléphone tandis que BSE repose sur un questionnaire auto-administré en ligne. Dans cette perspective, l'enquête Envie, du fait de sa méthodologie probabiliste et de sa représentativité, fournit un point d'appui robuste pour situer et interpréter les tendances mises en évidence dans BSE.

Dans les deux enquêtes, la proportion de femmes étudiantes s'identifiant comme bisexuelles ou pansexuelles est importante — 14 % dans BSE, 16 % dans Envie — et en nette augmentation par rapport aux enquêtes antérieures. Dans BSE, 5,1 % des femmes déclarent « ne pas se définir par rapport à leur sexualité », ce qui en fait la troisième modalité la plus choisie, tandis que 2,8 % indiquent « ne pas savoir » comment se définir. Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux observés dans Envie (1 % et 0,2 % respectivement) et peuvent s'expliquer par le mode de passation : alors que ces manières de s'identifier n'étaient pas citées au téléphone dans Envie, elles sont affichées dans le questionnaire auto-administré en ligne de BSE. Les femmes lesbiennes représentent quant à elles 2,8 % des répondantes.

Chez les hommes, les résultats de BSE diffèrent sensiblement de ceux d'Envie. Près de 10 % des étudiants s'identifient comme homosexuels et un peu plus de 6 % comme bi — ou pansexuels — soit un total de 16 %, contre 7,5 % dans Envie. Par ailleurs, près de 5 % des hommes déclarent ne pas savoir ou ne pas se définir par rapport à leur sexualité.

Sans surprise, une majorité de personnes non-binaires se définissent comme bi — ou pansexuelles (48 %), ne savent pas (5 %) ou ne se définissent pas par rapport à leur sexualité (14 %). Seules 8 % d'entre elles se disent hétérosexuel·les, contre 77 % des hommes et 71 % des femmes. Ce résultat invite à penser des relations réciproques entre le questionnement sur l'identité de genre — et plus largement sur les frontières entre catégories sexuées — et les rapports à la sexualité²⁸.

Les choix de filière et de spécialités selon le sexe et l'orientation sexuelle

Grâce à l'appariement entre le questionnaire de l'enquête BSE et celui du module principal CDV, il est possible d'examiner les parcours scolaires des étudiant·es LGBTI+ sous un angle moins exclusivement centré sur la santé. Ce chapitre se focalise ainsi sur les choix d'orientation des étudiant·es, en fonction de leur identification sexuelle et de leur identité de genre (homme ; femme ; non-binaire ou en questionnement). Nous proposons d'analyser les différences entre les personnes hétérosexuelles et les personnes LGBTI+ dans l'enquête BSE à partir de trois dimensions :

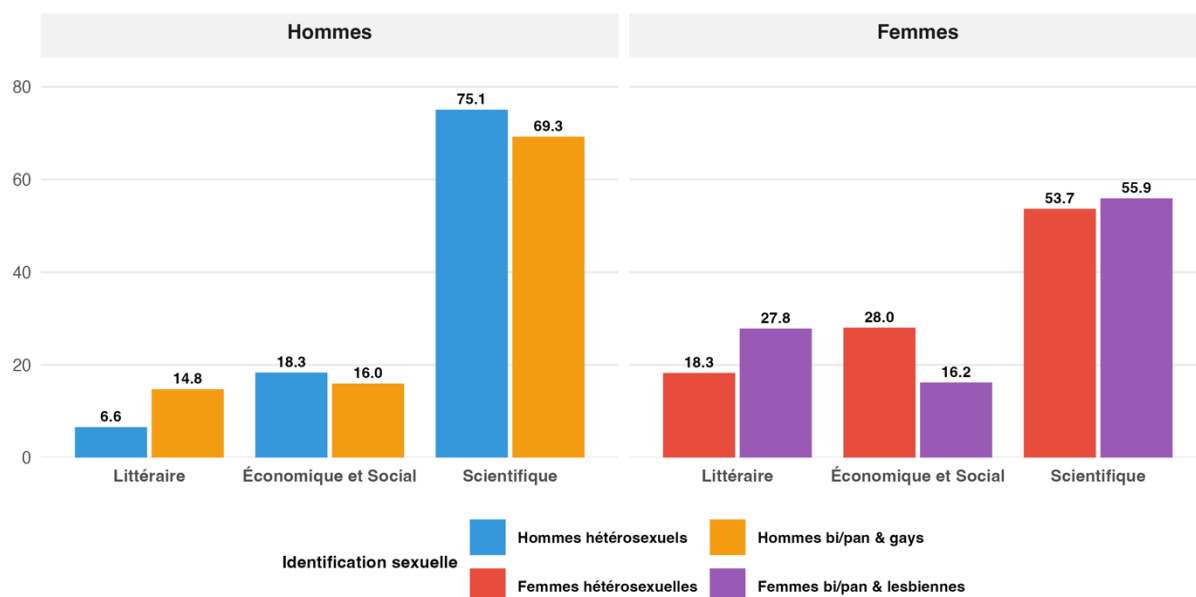
1. la filière du baccalauréat général dans l'ancien système (S, ES et L) ;
2. le choix des spécialités dans le cadre du nouveau baccalauréat général ;
3. enfin, la filière d'études dans l'enseignement supérieur.

²⁸ Beaubatie, E. (2020), « Changer de sexe et de sexualité: Les significations genrées des orientations sexuelles », *Revue française de sociologie*, vol. 60, n°4, pp. 621-649.

Figure 6.1 -

Répartition selon le type de baccalauréat général (avant 2021)

Par sexe et identification sexuelle



Source : enquêtes Conditions de vie des étudiant·es 2023 et Bien-être et santé des étudiant·es 2024, Observatoire de la vie étudiante. Données pondérées

Champ : étudiant·es du supérieur ayant déclaré leur orientation sexuelle et leur identité de genre et obtenu un baccalauréat général avant 2020 (n=2583)

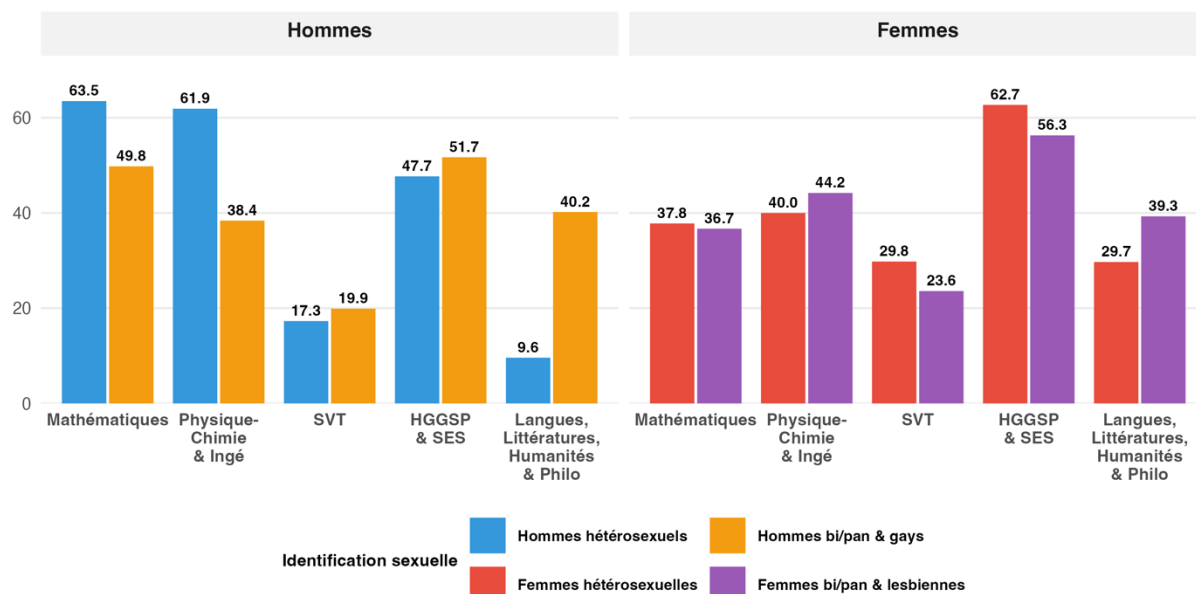
Lecture : 27,8 % des étudiantes du supérieur bi/pan et lesbiennes qui ont passé leur bac avant 2021 étaient inscrites en filière littéraire (L).

Les effectifs disponibles ne permettent pas une analyse fine des spécialités au sein des baccalauréats technologiques et professionnels. L'analyse se concentre donc sur les baccalauréats généraux. Avant la réforme du baccalauréat de 2021, les élèves se répartissaient entre trois filières : scientifique (S), économique et sociale (ES) et littéraire (L). Les écarts entre groupes restent globalement modérés, mais des tendances apparaissent. On observe une assez forte sous-représentation des femmes bi/pan et lesbiennes en filière ES, et des hommes bi/pan et gays dans la filière S. Ces écarts deviennent particulièrement marqués en filière L, où toutes les minorités sexuelles ainsi que les personnes non-binaires sont fortement surreprésentées. Ainsi, les hommes bi/pan et gays y sont deux fois plus nombreux que les hommes hétérosexuels : 15 % contre 7 %. Chez les femmes, les écarts se maintiennent dans des proportions similaires, bien que la filière littéraire soit déjà plus fréquentée par les hétérosexuelles (18 %) : la proportion atteint 28 % parmi les femmes bi/pan et lesbiennes (et jusqu'à 41 % si l'on distingue uniquement les femmes lesbiennes). Les personnes non-binaires sont également 28 % à s'orienter en filière littéraire.

Figure 6.2 -

Répartition selon les spécialités du baccalauréat général (après 2021)

Par sexe et identification sexuelle



Source : enquêtes Conditions de vie des étudiant·es 2023 et Bien-être et santé des étudiant·es 2024, Observatoire de la vie étudiante. Données pondérées

Champ : étudiant·es du supérieur ayant obtenu un bac général avant 2020, ayant déclaré leur orientation sexuelle et ayant renseigné exactement deux spécialités (N = 2 077)

Lecture : 49,8 % des hommes étudiants du supérieur bi/pan et gays qui ont passé leur bac après 2021 ont choisi la spécialité « mathématiques ».

Note : La somme des pourcentages fait 200% car chaque élève choisit 2 spécialités. Plusieurs spécialités ont été regroupées : (1) Physique-Chimie, Sciences de l'ingénieur ; Numérique et Sciences informatiques ; (2) SVT (Sciences et vie de la terre) ; Biologie-Écologie ; (3) HGGSP (Histoire, Géographie, Géopolitique, Science politique) ; SES (Sciences économiques et sociales) ; (4) Littérature, langues et cultures de l'Antiquité ; Langues, littératures et cultures étrangères ; Humanités, littérature et philosophie ; Arts.

L'analyse peut être prolongée à partir des spécialités choisies dans le cadre du nouveau baccalauréat depuis la session de 2021. Les résultats confirment et affinent les tendances observées précédemment.

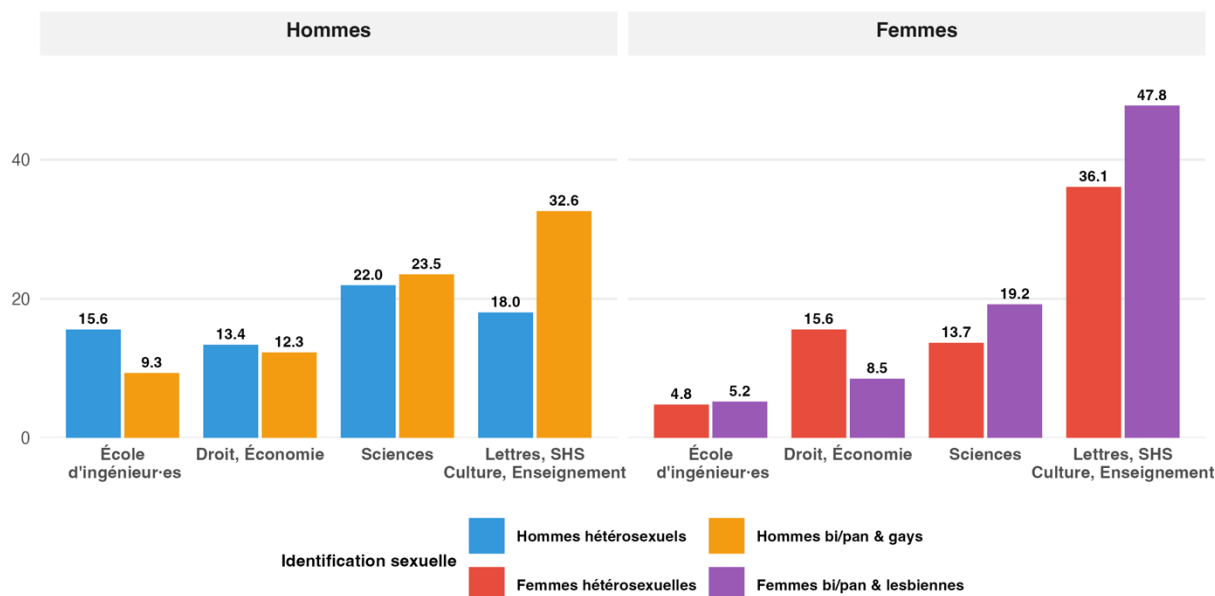
La sous-représentation des hommes bi/pan et gays dans les matières scientifiques apparaît plus marquée que dans l'analyse des anciennes séries générales. Ils sont 50 % à suivre la spécialité « Mathématiques », contre 64 % des hommes hétérosexuels, soit un écart de 14 points de pourcentage. Cette tendance est particulièrement nette en physique-chimie, où la proportion d'hommes gays ou bi/pan est 24 points plus faible (62 % contre 38 % chez les hommes hétérosexuels). En revanche, les écarts sont bien moindres en SVT, où les hommes gays sont même surreprésentés.

Par ailleurs, les spécialités en langues, en littérature, en humanités et en philosophie sont préférées de manière très significative par les minorités sexuelles : les hommes bi/pan et gay sont 4 fois plus nombreux que les hommes hétérosexuels à s'y orienter (40 % contre 10 % seulement). Chez les femmes, si les écarts sont généralement plus modestes, on observe également une surreprésentation notable dans ces disciplines (39 % contre 30 %). Cette surreprésentation est encore plus prononcée chez les personnes non-binaires, qui sont 56% à choisir l'une d'elles.

Figure 6.3 -

Répartition selon les filières dans les études supérieures

Par sexe et identification sexuelle



Source : enquêtes Conditions de vie des étudiant·es 2023 et Bien-être et santé des étudiant·es 2024, Observatoire de la vie étudiante

Champ : étudiant·es du supérieur ayant indiqué dans BSE 2024 leur identification sexuelle et leur identité de genre (n=5570)

Lecture : 19,2 % des étudiantes du supérieur bi/pan et lesbiennes sont inscrites dans une filière de sciences exactes qui n'est pas une filière d'ingénierie.

NB : Le graphique ne présente que les 4 filières les plus suivies pour les hommes et pour les femmes. Les autres filières non affichées sont : Commerce, IUT, Santé. Les filières Lettres & SHS ont été regroupées avec la filière Culture et la filière Enseignement. Les STS ne sont pas représentées dans l'enquête.

Ces analyses sur les choix d'orientation au lycée apportent des éléments de compréhension essentiels pour appréhender la spécificité des parcours étudiants des personnes LGBTI+ dans les études supérieures²⁹. L'analyse repose sur une classification régulièrement utilisée par l'Observatoire de la vie étudiante (OVE), combinant type de filière et cadre d'études. Elle révèle une forte continuité avec les tendances observées au lycée.

Le résultat central, commun aux hommes et aux femmes, réside dans une très forte surreprésentation des étudiant·es LGBTI+ dans les filières de lettres, de sciences humaines et sociales (SHS), ainsi que dans les filières artistiques, culturelles, et de l'enseignement. Parmi les hommes, 33 % des étudiants bi/pan et gays s'inscrivent en lettres, sciences humaines et sociales, en filière culturelle ou dans des préparations à l'enseignement, contre 18 % des étudiants hétérosexuels, soit près du double. Chez les femmes, 48 % des étudiantes bi/pan et lesbiennes choisissent ces domaines, contre 36 % des hétérosexuelles, soit un écart de 12 points de pourcentage. Les personnes non-binaires se distinguent par un taux encore plus élevé : 53 %, soit plus de la moitié, suivent ces parcours.

Les étudiantes bi/pan et lesbiennes se démarquent par une forte présence dans les filières scientifiques à l'université, avec un écart de cinq points par rapport aux femmes hétérosexuelles. Elles présentent par ailleurs des taux de présence en écoles d'ingénieur·es comparables à ceux des femmes hétérosexuelles. Chez les hommes, les différences s'avèrent plus contrastées, surtout lorsque l'on distingue les hommes bi/pan des hommes gays.

²⁹ Les tendances observées dans les études supérieures dans l'enquête BSE trouvent un écho dans l'enquête Envie, dont les effectifs étudiants sont moindres mais dont le recrutement probabiliste garantit la représentativité des résultats.

L'interprétation doit être prudente en raison des effectifs relativement faibles. Les hommes gays apparaissent sous-représentés à la fois dans les écoles d'ingénieur·es et les filières de sciences exactes, tandis que les hommes bisexuels se distinguent par un profil plus atypique : fortement sous-représentés en écoles d'ingénieur·es, mais surreprésentés dans les filières scientifiques universitaires (34 %, contre 22 % chez les hétérosexuels). Par ailleurs, les hommes gays se révèlent plus présents dans les études de commerce, à l'inverse des femmes bisexuelles et lesbiennes, qui y sont nettement sous-représentées.

Des inégalités horizontales entre étudiant·es

Ces résultats concernant les choix d'orientation des étudiant·es LGBTI+ offrent un éclairage inédit sur les logiques différenciées qui structurent les trajectoires éducatives, en amont des choix de secteurs professionnels, où l'on sait que d'importantes disparités existent entre gays, lesbiennes et hétérosexuel·les³⁰.

Plus fondamentalement, ces analyses mettent en évidence des formes d'inégalité horizontales entre étudiant·es, c'est-à-dire des différences d'orientation vers des filières de prestige et de rentabilité inégales sur le marché du travail³¹. Ces résultats s'inscrivent dans un questionnement ancien, partagé par les sociologues, économistes et acteurs et actrices des politiques publiques : comment expliquer que, bien qu'ils obtiennent en moyenne des niveaux de diplôme plus élevés³², les hommes gays perçoivent des salaires inférieurs à ceux des hommes hétérosexuels³³ ? À l'inverse, comment comprendre que les femmes lesbiennes, dont les niveaux de diplôme sont comparables à ceux des femmes hétérosexuelles³⁴, affichent en moyenne des revenus plus élevés³⁵ ?

Une partie de ces écarts s'explique par des facteurs structurels : effets du mariage ou de la parentalité sur la carrière³⁶, discriminations³⁷, ou position occupée dans la hiérarchie professionnelle³⁸. Toutefois, une part substantielle relève des secteurs d'activité choisis^{39,40}, eux-mêmes façonnés par les choix de formation. Les travaux existants n'ont encore que partiellement documenté ces différences de parcours, qui participent à expliquer la répartition inégale au sein du marché du travail.

³⁰ Rault, W. (2017), « Secteurs d'activités et professions des gays et des lesbiennes en couple : des positions moins genrées », *Population*, vol. 72, n°3, pp. 399-434.

³¹ Convert, B. (2010), « Espace de l'enseignement supérieur et stratégies étudiantes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. n° 183, n°3, pp. 14-31.

³² Mittleman, J. (2022), « Intersecting the Academic Gender Gap: The Education of Lesbian, Gay, and Bisexual America », *American Sociological Review*, vol. 87, n°2, pp. 303-335.

³³ Laurent, T. & Mihoubi, F. (2012), « Sexual Orientation and Wage Discrimination in France: The Hidden Side of the Rainbow », *Journal of Labor Research*, vol. 33, n°4, pp. 487-527.

³⁴ Fine, L.E. (2015), « Penalized or Privileged? Sexual Identity, Gender, and Postsecondary Educational Attainment », *American Journal of Education*, vol. 121, n°2, pp. 271-297.

³⁵ Klawitter, M. (2015), « Meta-Analysis of the Effects of Sexual Orientation on Earnings », *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, vol. 54, n°1, pp. 4-32.

³⁶ Mize, T.D. (2016), « Sexual Orientation in the Labor Market », *American Sociological Review*, vol. 81, n°6, pp. 1132-1160

³⁷ Valfort, M.-A. (2017), « LGBTI in OECD Countries », *OECD Social, Employment and Migration Working Paper* 198

³⁸ Aksoy, C.G., Carpenter, C.S., Frank, J. & Huffman, M.L. (2019), « Gay glass ceilings: Sexual orientation and workplace authority in the UK », *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol. 159, pp. 167-180.

³⁹ Plug, E., Webbink, D. & Martin, N. (2014), « Sexual Orientation, Prejudice, and Segregation », *Journal of Labor Economics*, vol. 32, n°1, pp. 123-159.

⁴⁰ Badgett, M.V.L., Carpenter, C.S. & Sansone, D. (2021), « LGBTQ Economics », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 35, n°2, pp. 141-170.

Comprendre les spécificités des parcours des minorités sexuelles et genre

Comprendre les mécanismes qui conduisent des jeunes LGBTI+ à s'orienter vers des filières différentes de celles des jeunes hétérosexuel·les — autrement dit, saisir l'effet de la sexualité sur les parcours scolaires — constitue une problématique de recherche à part entière, qui dépasse le cadre de ce rapport et fait actuellement l'objet d'un travail de thèse à l'Ined et à l'EHESS (Lévêque, en cours). Nous proposons ici quelques pistes de réflexion, issues de la littérature scientifique et d'entretiens⁴¹, pour éclairer spécifiquement la question des choix d'orientation.

Une première explication repose sur une logique d'évitement. Les étudiant·es LGBTI+ peuvent en effet chercher à se tenir à l'écart de certains cadres d'études ou certaines filières perçues comme moins accueillants. Ainsi, les hommes gays tendraient à éviter les espaces fortement masculinisés, comme les écoles d'ingénieurs, tandis que les femmes lesbiennes s'éloigneraient, dans une moindre mesure, de certaines filières très féminisées telles que les études de santé. Dans ces environnements peu mixtes, la pression aux normes de genre est souvent forte^{42,43}, produisant un effet repoussoir pour les minorités sexuelles et de genre, dont le rapport à la masculinité et à la féminité diffère de celui attendu dans ces espaces. Des recherches menées aux États-Unis⁴⁴ illustrent bien ces enjeux, avec la mise en évidence d'une « leaky pipeline » : les étudiant·es LGBTI+, déjà moins nombreux et nombreuses dans les filières STEM (sciences, technologie, ingénierie et mathématiques), sont aussi moins nombreux et nombreuses que leurs pair·es hétérosexuel·les et cisgenres à poursuivre dans ces domaines une fois diplômé·es. Ce phénomène fait écho à un résultat issu de la sociologie des professions. Wilfried Rault⁴⁵ a montré que les personnes en couple de même sexe ont tendance à s'orienter vers des secteurs investis majoritairement par l'autre sexe — par exemple, des hommes dans des secteurs féminisés, des femmes dans des secteurs masculinisés — ou vers des secteurs mixtes, perçus comme plus inclusifs.

En miroir de cette première logique d'évitement, une seconde explication tient à la recherche de cadres perçus comme plus ouverts ou LGBTI+ friendly⁴⁶. C'est notamment le cas du baccalauréat littéraire, historiquement associé à une population plus féminine, mais aussi souvent perçue comme plus marginale, tolérante et inclusive. Cette explication par la composition sociale et symbolique des filières semble toutefois moins opérante dans le cadre du nouveau baccalauréat général et de ses spécialités.

Il convient alors de se tourner vers le contenu des enseignements. Certains cours pourraient attirer des élèves dont les goûts et les intérêts se sont construits différemment, en lien avec leur rapport à la sexualité et au genre. En s'appuyant sur les analyses de Didier Eribon⁴⁷, on peut faire l'hypothèse que le fait de grandir dans un environnement où l'hétérosexualité est présupposée, valorisée comme norme, et où toute autre orientation est invisibilisée ou disqualifiée, conduirait certain·es jeunes LGBTI+ à s'en distancier. Cette mise à distance des attentes dominantes en matière de genre, de couple et de trajectoires de vie pourrait

⁴¹ n = 43 au moment de la rédaction de ce chapitre, durée moyenne de 3 heures

⁴² Denave, S. & Renard, F. (2015), « Aspirants mécaniciens, aspirants coiffeurs: La construction de masculinités populaires différenciées », *Terrains & travaux*, vol. N° 27, n°2, pp. 59-77

⁴³ Olivier, A. (2026), « « Vas-y Pierrick, montre-nous tes muscles ! » Les jeux de l'asymétrie hétérosexuelle dans des entre-soi étudiants « féminins » », *Sociétés contemporaines*.

⁴⁴ Sansone, D. & Carpenter, C.S. (2020), « Turing's children: Representation of sexual minorities in STEM », *PLOS ONE*, vol. 15, n°11, pp. e0241596.

⁴⁵ Rault, 2017, *op. cit.*

⁴⁶ Ng, E.S.W., et al. (2012), « Anticipated Discrimination and a Career Choice in Nonprofit: A Study of Early Career Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered (LGBT) Job Seekers », *Review of Public Personnel Administration*, vol. 32, n°4, pp. 332-352.

⁴⁷ Eribon, D. (1999), *Réflexions sur la question gay*, Paris, Fayard, 526 p.

favoriser une moindre identification aux modèles familiaux et sociaux traditionnels (fondés sur la conjugalité hétérosexuelle, la parentalité et l'insertion dans des rôles sociaux stabilisés), au profit de modèles culturels, littéraires ou artistiques⁴⁸.

Cette orientation se traduirait par un intérêt accru pour la lecture, la culture et les arts — autrement dit pour le « pôle artistique » des formations et des métiers. Le sentiment d'être « à part » ou marginalisé·e durant l'enfance et l'adolescence peut alors jouer un rôle moteur dans les processus de construction de soi : faute de reconnaissance dans l'espace social immédiat, ces jeunes investiraient davantage la vie intérieure, l'imaginaire et les univers culturels. Cette dynamique contribuerait à expliquer le rapport particulier que nombre de jeunes LGBTI+ entretiennent avec les livres, la littérature, le cinéma et la culture en général⁴⁹, ainsi que leur propension à s'identifier à des figures artistiques qui offrent des ressources symboliques pour penser leur expérience et éprouver, par identification, des possibles difficilement accessibles dans leur environnement quotidien⁵⁰.

De même, la volonté de comprendre sa propre position dans les rapports sociaux pourrait nourrir un attrait pour les humanités et les sciences sociales⁵¹. L'intérêt pour les langues étrangères peut quant à lui être lié à une exposition précoce aux contenus anglophones (films, séries, communautés en ligne, littérature), qui jouent souvent un rôle socialisateur important pour les jeunes LGBTI+, en leur offrant des espaces d'identification et d'échappatoire pendant l'adolescence⁵².

Ces pistes, bien qu'exploratoires, offrent des hypothèses sociologiquement consistantes pour interpréter les différences d'orientation observées. Elles ouvrent la voie à une investigation empirique approfondie, combinant analyses statistiques et matériaux qualitatifs, qui permettra de mieux saisir les logiques différenciées de socialisation et de choix à l'œuvre.

Conclusion – Des logiques d'orientation entre goût spécifiques, socialisation minoritaire et contraintes extérieures

Les différences de choix d'orientation entre étudiant·es LGBTI+ et étudiant·es cisgenres et hétérosexuel·les pourraient ainsi refléter des goûts spécifiques, produits par des socialisations distinctes ; des stratégies d'orientation, plus ou moins conscientisées ; mais aussi des contraintes, liées à des environnements plus ou moins accueillants, marqués par l'hétéronormativité, la cishétéronormativité, voire la LGBTI+-phobie.

Les politiques de lutte contre les inégalités femmes-hommes dans l'enseignement supérieur constituent à cet égard une base d'action utile, pouvant être élargie aux inégalités selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre. La lutte contre les discriminations LGBTI+-phobes doit ainsi s'accompagner d'un travail plus large sur l'inclusion des personnes LGBTI+ au sein des établissements d'enseignement supérieur, afin de réduire leurs vulnérabilités

⁴⁸ Verdrager, P. (2007), *L'homosexualité dans tous ses états*, Paris, Empêcheurs de penser en rond, 352 p.

⁴⁹ Hewitt, C. (1995), « The Socioeconomic Position of Gay Men: A Review of the Evidence », *The American Journal of Economics and Sociology*, vol. 54, n° 4, pp. 461-479.

⁵⁰ Sedgwick, E.K. (1990), *Epistemology of the closet*, Berkeley, University of California press, 272 p.

⁵¹ Rossignol-Brunet, M. (2022), *Faire ses humanités. Aspirations et entrée en études des admis en licence d'arts, lettres, langues et sciences humaines.*, Thèse de doctorat, Toulouse, Université de Toulouse 2 Jean Jaurès, 552 p.

⁵² Pagiusco, M. (2022), « "Je serais peut-être pas gay si j'avais pas regardé des pornos gays". Sexualité minorisée et socialisation de renforcement par les médias : », *Éducation et sociétés*, vol. n° 47, n° 1

spécifiques⁵³ et de favoriser leur préparation à des environnements professionnels encore inégalement accueillants.

Enfin, il importe de souligner que cette analyse, centrée sur les étudiant·es du supérieur en raison du champ de l'enquête, ne couvre qu'une partie de la jeunesse. Les résultats concernant le lycée ne portent que sur une fraction restreinte des élèves, et il est probable que les écarts d'orientation soient encore plus marqués dans les filières courtes — professionnelles et technologiques — dont la segmentation de genre reste particulièrement forte⁵⁴.

⁵³ Richard, G. & Reversé, C. (2022), « La vulnérabilité scolaire des jeunes LGBTQI en France: Penser la marginalisation accrue des élèves trans, non binaires et intersexes », *Agora débats/jeunesses*, vol. N° 91, n°2

⁵⁴ Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. (2025). Filles et garçons sur le chemin de l'égalité 2025 : de l'école à l'enseignement supérieur. Paris.

ALIMENTATION :

ASSOCIATIONS AVEC L'ORIGINE SOCIALE

ET LES CONDITIONS DE VIE

Cette section se concentre sur les rapports à l'alimentation des étudiants. Le volet alimentation de l'enquête BSE a fait l'objet d'une partie dédiée inédite. Rares sont les enquêtes qui permettent d'analyser en profondeur les comportements alimentaires et les attentes en la matière au sein de la population étudiante. La présente section rappelle les enjeux et le contexte de l'alimentation étudiante, caractérisée par des insuffisances quantitatives et qualitatives. Puis, après avoir présenté les différentes méthodologies de mesure d'indicateurs standard en matière d'alimentation, l'étude se concentre sur les déterminants conjoints de l'origine sociale et des conditions de vie économiques et matérielles afin de dresser les cofacteurs des difficultés d'alimentation.

Contributeurs et contributrices de cette partie : Alice Bellicha, Henri Dehove, Warda Bariz, Malo Mofakhami

Contexte

La crise sanitaire liée au Covid-19 a mis en lumière les difficultés rencontrées par la population étudiante pour accéder à une alimentation suffisante et de qualité. Plusieurs années après la crise sanitaire, le constat concernant l'alimentation étudiante en France est préoccupant, tant en termes d'insécurité alimentaire que de qualité nutritionnelle. Les données décrivant l'alimentation en France restent toutefois insuffisantes, et nécessitent d'être complétées par des données plus détaillées collectées à l'échelle nationale.

L'enquête Conditions de vie 2023 de l'OVE révélait que 13 % de la population étudiante déclaraient ne pas avoir suffisamment à manger et 33 % déclaraient avoir suffisamment à manger, mais pas toujours de tous les aliments souhaités. Selon cette enquête, l'insécurité alimentaire concernerait ainsi 46 % des étudiant·es. Dans la même enquête, 9 % des étudiant·es ont déclaré avoir bénéficié d'une aide alimentaire depuis le début de leur année universitaire, ce chiffre atteignant 25 % parmi les étudiant·es de nationalité étrangère.

L'insécurité alimentaire, définie comme « l'incapacité à accéder de manière régulière à une alimentation suffisante, saine et nutritive pour assurer une croissance et un développement normaux, ainsi qu'une vie active et saine » (Food and Agriculture Organization, 1996), a été associée au sein de la population étudiante à des conséquences négatives sur la santé physique et mentale et à une moindre réussite académique⁵⁵. Elle est ainsi susceptible de

⁵⁵ Voir Bruening, M., Argo, K., Payne-Sturges, D., & Laska, M. N. (2017). The Struggle Is Real: A Systematic Review of Food Insecurity on Postsecondary Education Campuses. *J Acad Nutr Diet*, 117(11), 1767-1791 ;

Bruening, M., van Woerden, I., Todd, M., & Laska, M. N. (2018). Hungry to learn: The prevalence and effects of food insecurity on health behaviors and outcomes over time among a diverse sample of university freshmen. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 9 et

renforcer les inégalités sociales préexistantes parmi les étudiant·es et constitue en cela, au-delà des enjeux de santé publique, un enjeu majeur de réussite étudiante.

Au-delà des problématiques d'insécurité alimentaire, il est nécessaire d'évaluer l'alimentation étudiante sous l'angle de ses impacts sur la santé et l'environnement. Deux études menées en France mettent en évidence, chez de nombreux et nombreuses étudiant·es, des habitudes éloignées des recommandations en matière d'alimentation favorable à la santé et durable. Une première étude réalisée en 2021 auprès de 3 508 étudiant·es de l'université Rouen-Normandie révélait qu'une faible proportion d'étudiant·es suivait les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS, 20 % par exemple pour les fruits et légumes)⁵⁶, ce qui peut générer des risques pour leur santé future. En 2022, une étude réalisée à l'université de Bourgogne auprès de 582 étudiant·es, a permis de distinguer trois profils alimentaires tenant compte à la fois de la qualité nutritionnelle et de l'impact environnemental de leur alimentation : un profil « alimentation saine » (20 % de l'échantillon) caractérisée par une alimentation de meilleure qualité nutritionnelle, mais dont l'impact environnemental était aussi plus élevé ; un profil « alimentation occidentale » (40 %), caractérisé par une alimentation de moindre qualité nutritionnelle et avec un impact environnemental élevé ; et un profil « alimentation frugale » (40 %), caractérisé par un apport énergétique plus faible, une qualité nutritionnelle intermédiaire et un faible impact environnemental⁵⁷. Parmi ces mêmes étudiant·es, 67 % se considéraient comme omnivores, 25 % comme flexitarien·nes, et 8 % comme végétarien·es ou vegans.

Ainsi, malgré le constat préoccupant d'une insécurité alimentaire largement répandue et de comportements alimentaires globalement défavorables à la santé et ayant un impact environnemental important, il convient de ne pas négliger l'hétérogénéité des pratiques alimentaires étudiantes. Pour mieux envisager cette hétérogénéité, il est nécessaire de décrire l'alimentation étudiante dans un échantillon plus grand et plus diversifié. C'est ce que permet l'enquête Bien-être et Santé des étudiant·es, qui fournit des données alimentaires recueillies auprès de plus de 5 000 étudiant·es réparti·es sur l'ensemble du territoire français, et redressées pour garantir une meilleure représentativité des résultats.

Se pose également la question des facteurs pouvant expliquer l'hétérogénéité des comportements alimentaires étudiants. Des travaux en santé publique montrent que l'alimentation est influencée par l'interaction complexe de nombreux déterminants agissant à des échelles individuelle, interpersonnelle, environnementale et politique⁵⁸. Une synthèse récente de la littérature internationale a mis en lumière un certain nombre de facteurs susceptibles d'influencer l'alimentation des étudiant·es⁵⁹. À titre d'exemple, les hommes, les étudiant·es plus jeunes, rencontrant des difficultés économiques, décohabitant·es, n'ayant pas accès à des équipements de cuisine suffisants, ou dont le niveau d'études des parents est plus faible, sont plus susceptibles de souffrir d'insécurité alimentaire et/ou d'adopter des habitudes défavorables à la santé. Afin de mieux comprendre les facteurs associés à l'alimentation étudiante en France, cette analyse propose de les classer en trois catégories, selon leur caractère plus ou moins modifiable : les facteurs traduisant l'origine sociale des étudiant·es, sur lesquels ni les institutions et politiques publiques ni les étudiant·es ne

Loofbourrow, B. M., & Scherr, R. E. (2023). Food Insecurity in Higher Education: A Contemporary Review of Impacts and Explorations of Solutions. *Int J Environ Res Public Health*, 20(10).

⁵⁶ Miller, L., Déchelotte, P., Ladner, J., & Tavalacci, M.-P. (2022). Effect of the COVID-19 pandemic on healthy components of diet and factors associated with unfavorable changes among university students in France. *Nutrients*, 14(18), 3862.

⁵⁷ Arrazat, L., Nicklaus, S., de Lauzon-Guillain, B., & Marty, L. (2023). Identification of three dietary groups in French university students and their associations with nutritional quality and environmental impact. *Front Nutr*, 10, 1323648.

⁵⁸ Stok, F. M., Hoffmann, S., Volkert, D., Boeing, H., Ensenauer, R., Stelmach-Mardas, M., Kiesswetter, E., Weber, A., Rohm, H., Lien, N., Brug, J., Holdsworth, M., & Renner, B. (2017). The DONE framework: Creation, evaluation, and updating of an interdisciplinary, dynamic framework 2.0 of determinants of nutrition and eating. *PLoS One*, 12(2), e0171077.

⁵⁹ Bellicha, A., Dehove, H., Charreire, H., El Karmouni, H., Marty, L., Maurice, A., Méjean, C., & Péneau, S. (2025). Alimentation étudiante: De l'état des lieux à la co-construction d'un outil participatif « Fresque de l'Alimentation Étudiante ». *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, (sous presse).

peuvent agir, les conditions de vie des étudiant·es, sur lesquelles les institutions et politiques publiques peuvent agir alors que les étudiant·es ne le peuvent pas (ou très peu), et le comportement alimentaire, sur lequel les étudiant·es peuvent agir individuellement.

Objectifs

Les objectifs de cette analyse sont doubles :

- 1) Décrire les habitudes alimentaires des étudiant·es en France, en se focalisant sur l'insécurité alimentaire, la qualité de l'alimentation et les pratiques durables de réduction de la consommation de viande.
- 2) Analyser les associations avec l'origine sociale, les conditions de vie et le comportement alimentaire.

Méthodologies propres à cette analyse

Cette analyse porte sur les étudiant·es inscrit·es en formation initiale ou en alternance, ayant fourni des réponses complètes aux questions portant sur l'alimentation, et pour lesquels la variable de pondération a pu être calculée. Ont ainsi été exclu·es de l'analyse 169 étudiant·es inscrit·es en formation continue (dont les conditions de vie diffèrent très largement de celles des étudiant·es en formation initiale et en alternance), ainsi que 239 étudiant·es ayant des réponses alimentaires incomplètes et six étudiant·es n'ayant pas de variable de pondération disponible. Par ailleurs, la grossesse étant susceptible de modifier les habitudes alimentaires, 20 étudiant·es ayant déclaré avoir eu un enfant au cours des 12 derniers mois ont été exclu·es de l'analyse. Ainsi, cette analyse a porté sur 5 242 étudiant·es, parmi les 5 676 étudiant·es ayant répondu à l'enquête.

À partir des variables alimentaires recueillies, un score d'insécurité alimentaire et un score de qualité de l'alimentation ont été calculés. Le score d'insécurité alimentaire utilisé est la traduction française du *Six-Item Short Form of the Food Security Survey Module*, couramment employé en population adulte⁶⁰ et étudiante⁶¹. Le score de qualité de l'alimentation a été adapté d'un score validé permettant d'évaluer l'adhésion aux recommandations alimentaires du Programme National Nutrition Santé⁶². Leurs modalités de calcul sont présentées dans les Tableau 7.1 et 7.2. Par ailleurs, quatre indicateurs de pratiques alimentaires durables vis-à-vis de la consommation de produits animaux ont été créés (Tableau 7.3).

⁶⁰ Grange, D., Castetbon, K., Guibert, G., Vernay, M., Escalon, H., Delannoy, A., Feron, V., & Vincelet, C. (2013). Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005.

⁶¹ Voir Miller, L., Déchelotte, P., Ladner, J., & Tavalacci, M.-P. (2022). Effect of the COVID-19 pandemic on healthy components of diet and factors associated with unfavorable changes among university students in France. *Nutrients*, 14(18), 3862 et Proquot, M., Blanc, J., Van-Melle, A., Adenis, A., Nacher, M., & Basurko, C. (2023). Insécurité alimentaire des étudiants en Guyane en 2022: Un constat post-crise sanitaire préoccupant. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 12-13, 238-246.

⁶² Chaltiel, D., Adjibade, M., Deschamps, V., Touvier, M., Hercberg, S., Julia, C., & Kesse-Guyot, E. (2019). Programme National Nutrition Santé - guidelines score 2 (PNNS-GS2): Development and validation of a diet quality score reflecting the 2017 French dietary guidelines. *Br J Nutr*, 122(3), 331-342.

Tableau 7.1 - Construction du score d'insécurité alimentaire

Variables alimentaires	Critères	Score ²	Score global
H2 La nourriture que vous avez achetée n'a pas duré assez longtemps et vous n'avez pas eu assez d'argent pour en racheter d'autre	Souvent vrai Parfois vrai Jamais vrai NSP ou NSPR ¹	Oui Oui Non Non	
H3 Vous n'avez pas eu les moyens de manger des repas équilibrés	Souvent vrai Parfois vrai Jamais vrai NSP ou NSPR ¹	Oui Oui Non Non	Sécurité alimentaire = 0 à 1 réponse affirmative
H29 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de réduire la taille de vos repas ou de sauter des repas parce que vous n'avez pas eu assez d'argent pour la nourriture ?	Oui Non NSP ou NSPR ¹	Oui Non Non	Faible sécurité alimentaire = 2 à 4 réponses affirmatives
H30 À quelle fréquence cela est-il arrivé ?	Presque chaque mois Quelques mois mais pas chaque mois Au cours d'un ou deux mois seulement NSP ou NSPR ¹	Oui Oui Non Non	Très faible sécurité alimentaire = 5 à 6 réponses affirmatives
H31 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de manger moins que ce que vous pensiez avoir besoin de manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?	Oui Non NSP ou NSPR ¹	Oui Non Non	
H28 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir faim mais de ne pas manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture ?	Oui Non NSP ou NSPR ¹	Oui Non Non	

¹ NSP, ne sait pas ; NSPR, ne souhaite pas répondre

Tableau 7.2 - Construction du score de qualité de l'alimentation

Variables alimentaires	Recommandation ¹	Critère	Score ²
H5 Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des fruits ?	Au moins 5 portions de fruits et légumes par jour	0 à < 3,5 portions/jour 3,5 à < 5 portions/jour	0 0,5
H6- Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des légumes, en dehors des pommes de terre ?		5 à < 7,5 portions/jour ≥ 7,5 portions/jour	1 2
H8 Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des légumes secs (comme des lentilles, pois chiches, haricots secs) ?	Au moins 2 fois par semaine	0 fois/semaine > 0 à < 2 fois/semaine ≥ 2 fois/semaine	0 0,5 1
H15 Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des féculents complets (comme du pain complet, des pâtes complètes ou du riz complet) ?	Au moins 1 fois par jour	0 fois/jour > 0 à < 1 fois/jour ≥ 1 fois/jour	0 0,5 1
H14 Habituellement, à quelle fréquence mangez-vous des fruits à coque (amandes, noix, noisettes, pistaches non salées) ?	1 portion par jour	0 fois/jour > 0 à < 1 fois/jour ≥ 1 fois/jour	0 0,5 1
H4 Habituellement, à quelle fréquence mangez-vous des produits laitiers (lait, yaourt, fromage, hors crème dessert) ?	2 par jour	0 à < 0,5 /jour 0,5 à < 1,5 /jour 1,5 à < 2,5 /jour ≥ 2,5 /jour	0 0,5 1 0
H13 Habituellement, à quelle fréquence mangez-vous de la viande hors volaille (inclut la viande de bœuf, de porc, d'agneau...) ?	Moins de 500g par semaine	0 à < 500 g /semaine 500 à < 750 g /semaine ≥ 750 g /semaine	0 -1 -2
H11 Habituellement, à quelle fréquence mangez-vous de la charcuterie (comme le jambon blanc, le jambon cru, le jambon de volaille, le saucisson, les saucisses, le pâté...) ?	Moins de 150g par semaine	0 à < 150 g /semaine 150 à < 300 g /semaine ≥ 300 g /semaine	0 -1 -2
H10 Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous du poisson ou d'autres produits de la pêche (incluant les conserves) ?	2 fois par semaine, dont un poisson gras ³	0 à < 1,5 /semaine 1,5 à < 2,5 /semaine 2,5 à < 3,5 /semaine ≥ 3,5 /semaine	0 1 0,5 0
H16 Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des boissons sucrées (comme du jus de fruits, du sirop ou des sodas même light) ?	Limiter, 1 verre par jour maximum	0 verre/jour > 0 à < 1 verre/jour 1 à < 3 verre/jour ≥ 3 verre/jour	0 -0,5 -1 -2
H17 Habituellement, à quelle fréquence mangez-vous des aliments comme les chips, les biscuits apéritifs, les cacahuètes salées ?	Limiter	0 fois/semaine 1 à < 2 fois/semaine 2 à < 5 fois/semaine ≥ 5 fois/semaine	0 -0,5 -1 -2
H18 Habituellement, à quelle fréquence mangez-vous des aliments comme les hamburgers, les kebabs, les pizzas ou les friands ?	Limiter	0 fois/semaine 1 à < 2 fois/semaine 2 à < 5 fois/semaine ≥ 5 fois/semaine	0 -0,5 -1 -2
H7 Habituellement, à quelle fréquence mangez-vous des aliments comme les gâteaux, les viennoiseries, les crèmes desserts ou les glaces ?	Limiter	0 fois/semaine 1 à < 2 fois/semaine 2 à < 5 fois/semaine ≥ 5 fois/semaine	0 -0,5 -1 -2

¹ Recommandations du Programme National Nutrition Santé pour les adultes⁶³² Le score total correspond à la somme de chacun des scores. Un score plus élevé témoigne d'une alimentation de meilleure qualité³ La consommation de poissons gras n'a pas été prise en compte dans le calcul du score⁶³ <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-alimentaires-pour-les-adultes>

Tableau 7.3 - Construction des indicateurs de pratiques alimentaires durables vis-à-vis de la consommation de produits animaux

Variables alimentaires	Critères	Indicateurs créés
H20 Pratiquez-vous une forme de végétarisme ou d'exclusion des produits animaux de votre alimentation (végétalisme, véganisme, ou autre) ?	Oui Non NSPR ¹	Pratiques végétariennes détaillées Non Pescovégétarien·ne Ovolactovégétarien·ne Lactovégétarien·ne Végétalien·ne Végan·e
H21 Si oui, vous vous considérez comme...	Pescovégétarien·ne ² Ovolactovégétarien·ne ³ Lactovégétarien·ne ⁴ Végétalien·ne ⁵ Végan·e ⁶ NSP ou NSPR ¹	Pratiques végétariennes Non Oui
H22 Si oui, quelles sont la ou les raisons de ce choix d'alimentation (plusieurs réponses possibles) ?	Par préoccupation pour l'impact environnemental de mon alimentation Pour des raisons éthiques, spirituelles ou religieuses (bien-être animal, etc.) Par goût C'est meilleur pour ma santé, ou pour des raisons de santé Pour éviter de prendre du poids C'est moins cher Les personnes avec qui je vis n'aiment pas ou ne mangent pas de viande Pour une autre raison NSP ou NSPR ¹	Motivations aux pratiques végétariennes Impact environnemental Raisons éthiques, spirituelles, culturelles Goût Bénéfices de santé Maintien du poids Coût Pratiques de mon entourage Autre raison
H23 Si non, au cours des dernières années, avez-vous diminué votre consommation de viandes ?	Non, mais j'ai déjà envisagé ou j'envisage de le faire Non, je ne vois pas l'intérêt Non, car je consommait déjà peu ou pas de viande ces dernières années Non, pour une autre raison Oui NSP ou NSPR ¹	Réduction de consommation de viandes Oui Non, car consommation faible ou nulle Non, mais projection de le faire Non

¹ NSP, ne sait pas ; NSPR, ne souhaite pas répondre² Pescovégétarien·ne : exclusion de la viande et ses dérivés mais pas du poisson, des produits laitiers ni des œufs³ Ovolactovégétarien·ne : exclusion de la viande et du poisson mais pas des produits laitiers ni des œufs⁴ Lactovégétarien·ne : exclusion de la viande, du poisson et des œufs mais pas des produits laitiers⁵ Végétalien·ne : exclusion de tous les aliments et sous-produits issus des animaux de l'alimentation⁶ Végan·e : exclusion de tous les aliments issus des animaux de l'alimentation, des produits cosmétiques testés sur les animaux et des produits d'habillement utilisant des matériaux issus d'animaux

L'origine sociale des étudiant·es est appréhendée par la profession (PCS Ménage) et le niveau d'études des parents. Les conditions de vie englobent des dimensions matérielles, économiques et organisationnelles (statut de cohabitation, type de logement, type d'activité rémunérée, difficultés financières, recours à l'aide alimentaire). Enfin, le comportement alimentaire inclut la préparation et les conditions des repas (fréquence de cuisine, accompagnement pendant les repas, nombre de repas par jour, prise des repas à heure fixe).

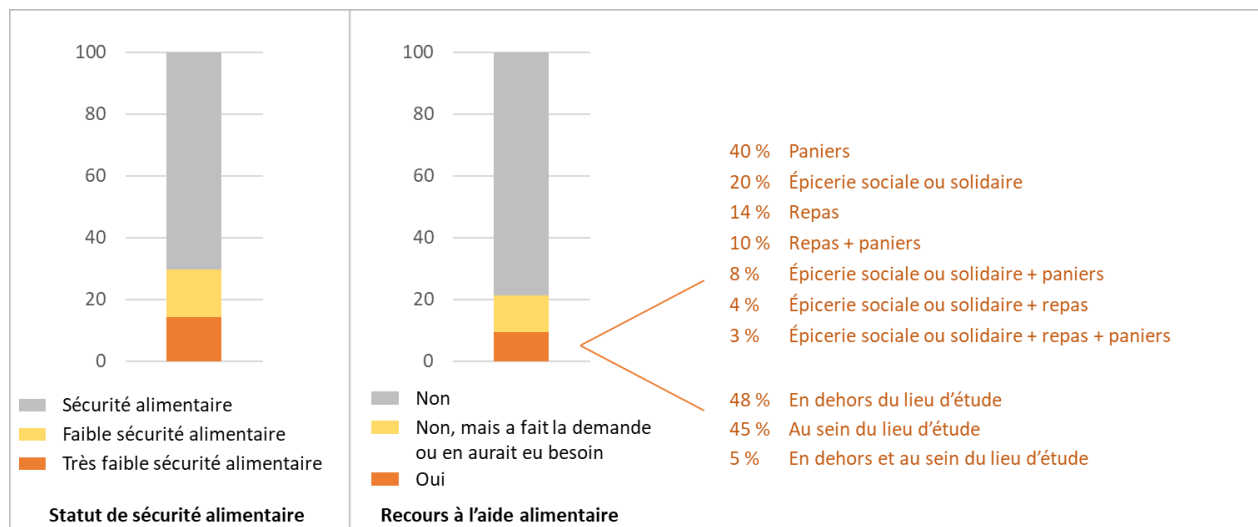
Les caractéristiques de l'échantillon ont été comparées selon le statut de sécurité alimentaire (en trois catégories : sécurité alimentaire, faible sécurité, très faible sécurité ; les deux dernières catégories étant regroupées sous le terme « insécurité alimentaire »), la qualité de l'alimentation (catégorisée en tertiles : faible, modérée, élevée) et les pratiques végétariennes (en deux catégories : oui, non) à l'aide de tests ANOVA pour les variables continues et de tests de χ^2 pour les variables qualitatives (Tableau 7.4). Les associations entre l'origine sociale, les conditions de vie, le comportement alimentaire et les trois dimensions d'intérêt (statut de sécurité alimentaire, qualité de l'alimentation et pratiques végétariennes) ont été évaluées à l'aide de modèles de régression logistique multinomiale ajustés sur les données socio-démographiques individuelles (sexe, âge, niveau d'études, statut boursier, nationalité, type de baccalauréat, discipline d'études), qui étaient toutes associées de façon significative à l'une de ces trois dimensions dans les analyses bivariées et qui sont identifiées dans la littérature comme étant associées aux habitudes alimentaires.

Insécurité alimentaire, qualité de l'alimentation et pratiques durables vis-à-vis de la consommation de produits animaux

Dans l'échantillon redressé, 70,4 % des étudiant·es ont déclaré une situation de sécurité alimentaire, 15,5 % une situation de faible sécurité alimentaire, et 14,1 % une situation de très faible sécurité alimentaire (Figure 7.1). Par ailleurs, 9,4 % des étudiant·es ont déclaré avoir eu recours à l'aide alimentaire au cours des 12 derniers mois, et 11,7 % ont déclaré qu'ils en ont fait la demande mais que celle-ci leur a été refusée, ou qu'ils en auraient eu besoin.

Parmi les étudiant·es ayant eu recours à l'aide alimentaire, une majorité (75,3 %) a bénéficié de l'un ou l'autre des types d'aide alimentaire suivants : distributions de paniers alimentaires gratuits (40,4 %), épicerie sociale ou solidaire (20,5 %) et repas gratuits dans une structure d'aide alimentaire (14,4 %). Une minorité a eu recours à plusieurs types d'aide alimentaire. La moitié environ (47,7 %) y a eu accès uniquement en dehors de son lieu d'études, et l'autre moitié (45,0 %) uniquement depuis son lieu d'études. Seuls 4,6 % des étudiantes et étudiants y ont eu accès à la fois depuis leur lieu d'études et en dehors de leur lieu d'études.

Figure 7.1- Distribution des étudiant·es selon leur statut d'insécurité alimentaire et le recours à l'aide alimentaire

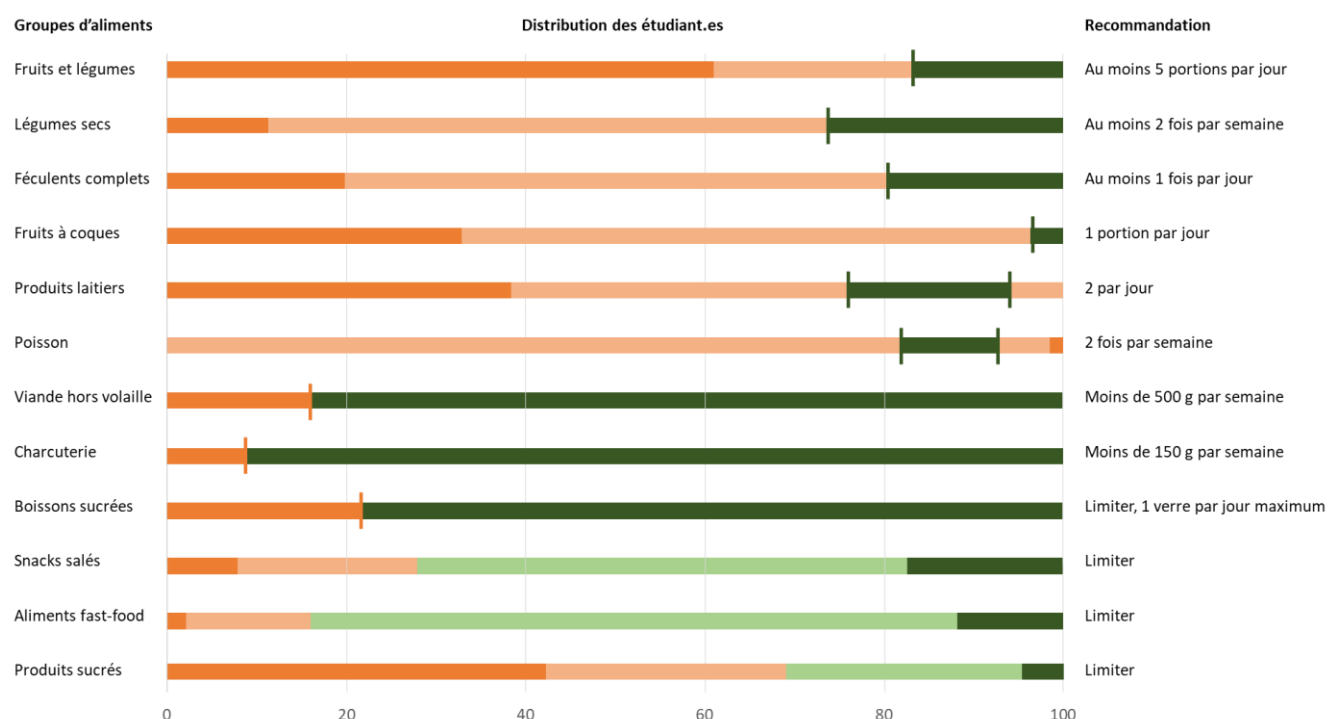


Paniers : distribution de paniers alimentaires gratuits.

Repas : Repas gratuits dans une structure d'aide alimentaire.

Comme l'indique la Figure 7.2 *infra*, une faible proportion d'étudiant·es adhère aux recommandations en termes de fruits et légumes (6,7 %), légumes secs (26,3 %), féculents complets (19,5 %), fruits à coques (3,6 %), produits laitiers (18,0 %) et poissons (10,8 %). Ils adhèrent en revanche majoritairement aux recommandations en matière de viande hors volaille (84,0 %), charcuterie (91,1 %) et boissons sucrées (78,1 %).

Figure 7.2- Distribution des étudiant·es selon leur fréquence de consommation des principaux groupes d'aliments



Code couleur : vert, consommation conforme aux recommandations, orange : consommation inférieure ou supérieure aux recommandations.

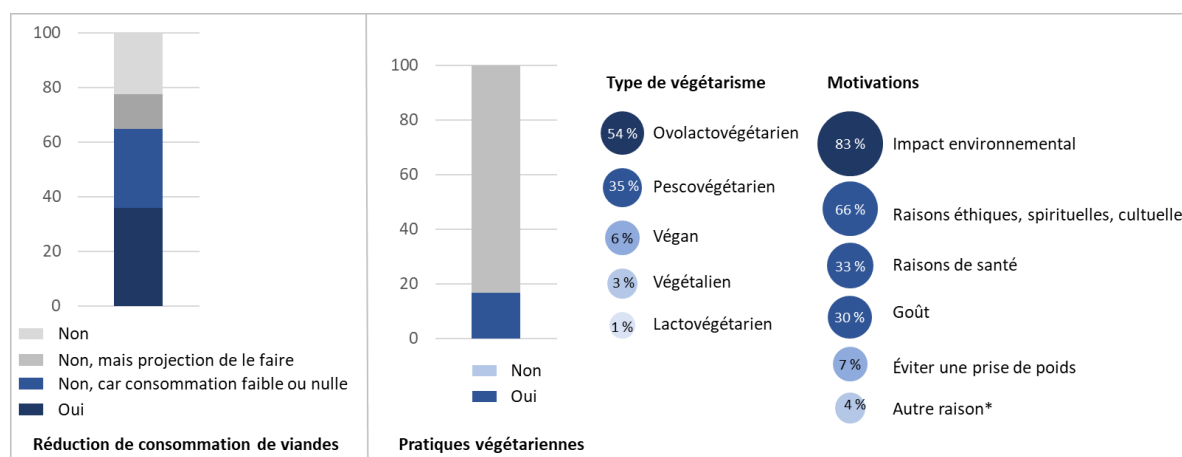
Pour 3 groupes d'aliments (snacks salés, aliments type fast-food, produits sucrés), il est recommandé de limiter leur consommation, mais il n'existe pas de recommandation chiffrée. Une consommation plus faible est ainsi plus favorable.

Lecture : 7 % d'étudiant·es consomment suffisamment de fruits et légumes ; 18 % d'étudiant·es consomment suffisamment de produits laitiers, une majorité n'en consomme pas assez, et une minorité en consomme trop.

Au total, 65 % des étudiant·es ont déclaré une diminution de la consommation de viande : 36 % ont déclaré avoir diminué leur consommation de viande au cours des dernières années, et 29 % ne pas l'avoir réduite car leur consommation était déjà faible ou nulle (Figure 7.3). Ils et elles sont également 13 % à avoir déclaré avoir déjà envisagé, ou envisager, de réduire leur consommation de viande. Moins d'un quart (22 %) des étudiant·es n'ont ainsi pas réduit leur consommation de viande et n'envisagent pas de le faire.

Par ailleurs, 16,5 % des étudiant·es ont déclaré pratiquer une forme de végétarisme. La forme la plus couramment pratiquée était l'ovolactovégétarisme (54 %, représentant 9 % de l'échantillon total), qui consiste à exclure la viande et le poisson mais pas les produits laitiers ni les œufs, suivie par le pescovégétarisme (35 %, représentant 6 % de l'échantillon total), qui consiste à exclure la viande mais pas le poisson, les produits laitiers ou les œufs. L'exclusion totale des produits animaux (végan·es et végétalien·es) était cependant plus rare (respectivement 6 et 3 % des pratiques végétariennes, représentant 1 % et 0,5 % de l'échantillon total). Les étudiant·es justifient leur pratique végétarienne par plusieurs raisons. Une majorité (83,1 %) l'explique par des préoccupations environnementales liées à l'impact de la consommation de produits animaux. Les considérations éthiques, spirituelles ou culturelles représentent 66,4 % des motivations, suivies par le moindre coût et les raisons de santé (respectivement 34,9 % et 34,3 %). Le goût motive 30,9 % des étudiant·es végétarien·es, tandis que la prise de poids est évoquée par 7,4 % d'entre elles et eux. Les autres raisons demeurent très minoritaires (Figure 7.3).

Figure 7.3- Distribution des étudiant·es selon leurs pratiques durables (en %)



Lecture : 16,5 % d'étudiant·es déclarent une pratique de végétarisme. Parmi elles et eux, 54 % ont déclaré un végétarisme de type ovolactovégétarien, et 83 % ont déclaré adopter un régime végétarien pour des raisons environnementales.

Associations avec les caractéristiques sociodémographiques

Comme l'indique le tableau 7.4 ci-après, trois caractéristiques sont associées de façon significative aux trois dimensions de l'alimentation : l'âge, le niveau d'études et la discipline d'études. Les étudiant·es plus âgé·es et d'un niveau d'études plus élevé sont plus susceptibles de déclarer une alimentation de meilleure qualité et des pratiques végétariennes. Les résultats sont plus contradictoires pour la sécurité alimentaire : en effet, si les étudiant·es plus âgé·es sont plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire, les étudiant·es d'un niveau d'études plus élevé le sont moins. Les étudiant·es en Lettres, langues et sciences humaines sont plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire. Les étudiant·es en IUT et en STAPS, en revanche, sont plus susceptibles d'avoir une alimentation de plus faible qualité et moins susceptibles de déclarer des pratiques végétariennes.

Le sexe est associé à la sécurité alimentaire et aux pratiques végétariennes, mais n'est pas associé à la qualité de l'alimentation ; les femmes étant plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire et des pratiques végétariennes.

Les autres caractéristiques (nationalité, statut boursier, type de bac obtenu) sont associées de façon significative à la sécurité alimentaire uniquement : les étudiant·es de nationalité étrangère, ayant un statut boursier·es et ayant obtenu un bac technique ou professionnel sont plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire.

Associations avec l'origine sociale

L'origine sociale est associée aux trois dimensions de l'alimentation : les étudiant·es dont le ménage des parents est caractérisé par une PCS inférieure et un niveau d'études inférieur sont plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire et une alimentation de moindre

qualité, et moins susceptibles de déclarer des pratiques végétariennes (Tableau 7.4). Ces associations ont toutes été confirmées par les analyses multivariées présentées en Annexe 13.

Associations avec les conditions de vie

Les étudiant·es décohabitant·es et décohabitant·es partiel·les, ainsi que celles et ceux vivant en colocation et en résidence collective, sont plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire, une alimentation de qualité modérée et des pratiques végétariennes.

Les étudiant·es ayant une activité (très) concurrente des études sont plus nombreux à déclarer une insécurité alimentaire. Les étudiant·es en alternance sont plus nombreux à déclarer une alimentation de moindre qualité et moins nombreux à déclarer des pratiques végétariennes. Enfin, les étudiant·es ayant une activité liée aux études (hors alternance) et une activité occasionnelle non liée aux études sont plus nombreux à déclarer une alimentation de meilleure qualité et des pratiques végétariennes.

Les difficultés financières et le recours à l'aide alimentaire sont fortement associés au statut de sécurité alimentaire : les étudiant·es déclarant des difficultés financières et ayant recours à l'aide alimentaire sont plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire. Les étudiant·es ayant recours à l'aide alimentaire sont également plus nombreux à déclarer des pratiques végétariennes. Les difficultés financières et le recours à l'aide alimentaire ne sont en revanche pas associés à la qualité de l'alimentation.

Ces associations ont toutes été confirmées par les analyses multivariées présentées en Annexe 14.

Associations avec le comportement alimentaire

Le nombre de repas par jour et la prise de repas à heures fixes sont associés à la sécurité alimentaire et à la qualité de l'alimentation, mais ne sont pas associés aux pratiques végétariennes : les étudiant·es prenant un ou deux repas par jour (comparativement à trois) et ne prenant pas leur repas à heures fixes sont plus susceptibles de déclarer une insécurité alimentaire et une alimentation de moindre qualité.

Par ailleurs, les étudiant·es prenant la majorité de leurs repas seul·es sont plus nombreux et nombreuses à déclarer une insécurité alimentaire et des pratiques végétariennes. Enfin, les étudiant·es cuisinant peu fréquemment sont moins susceptibles de déclarer une alimentation de meilleure qualité et des pratiques végétariennes.

Ces associations ont toutes été confirmées par les analyses multivariées présentées en Annexe 15.

Tableau 7.4 – Associations bivariées entre les données socio-démographiques individuelles, l'origine sociale, les conditions de vie, le comportement alimentaire, et l'alimentation (échantillon redressé, N= 5 242)

	Total	Statut de sécurité alimentaire				Qualité de l'alimentation				Pratiques végétariennes		
		Très faible sécurité	Faible sécurité	Sécurité	P*	Faible (T1)	Modérée (T2)	Élevée (T3)	P*	Oui	Non	P*
Données socio-démographiques individuelles												
Sexe					0,0496				0,2601			0,0047
Femmes	57,2 %	14,8 %	17,0 %	68,2 %		32,4 %	33,5 %	34,1 %		18,6 %	81,4 %	
Hommes	42,8 %	13,2 %	13,5 %	73,3 %		35,7 %	32,6 %	31,7 %		13,8 %	86,2 %	
Âge, années - moyenne (écart-type)	23,3 (3,9)	24,6 (5,4)	23,5 (3,8)	23,0 (3,5)	<0,001	22,7 (3,1)	23,4 (3,7)	23,8 (23,8)	<0,001	23,7 (3,6)	23,2 (4)	0,0424
Niveau d'études					0,0158				<0,001			0,0025
Remise à niveau	0,4 %	33,0 %	3,7 %	63,2 %		50,8 %	11,9 %	37,4 %		29,0 %	71,0 %	
Bac + 1	4,9 %	18,9 %	22,0 %	59,0 %		44,2 %	24,6 %	31,2 %		14,0 %	86,0 %	
Bac +2 et 3	51,1 %	15,2 %	15,1 %	69,7 %		35,9 %	33,5 %	30,5 %		14,5 %	85,5 %	
Bac + 4 et 5	35,5 %	13,3 %	15,4 %	71,3 %		33,0 %	33,5 %	33,4 %		17,3 %	82,7 %	
Bac +6 et plus	8,1 %	6,5 %	15,7 %	77,8 %		16,6 %	34,8 %	48,6 %		26,6 %	73,4 %	
Statut boursier					<0,001				0,2974			0,7967
Oui	32,8 %	17,8 %	17,6 %	64,5 %		36,2 %	32,8 %	31,0 %		16,8 %	83,2 %	
Non	66,2 %	12,0 %	14,5 %	73,6 %		32,4 %	33,5 %	32,6 %		16,5 %	83,5 %	
Données manquantes	1,1 %	29,9 %	16,2 %	53,9 %		44,3 %	23,1 %	34,1 %		12,2 %	87,8 %	
Nationalité française					<0,001				0,4476			0,1741
Oui	84,3 %	11,0 %	14,4 %	74,6 %		33,6 %	32,6 %	33,8 %		17,1 %	82,9 %	
Non	15,7 %	30,6 %	21,8 %	47,7 %		34,6 %	36,1 %	29,3 %		13,3 %	86,7 %	
Type de bac obtenu					<0,001				0,431			0,7038
Bac général	76,0 %	10,5 %	14,2 %	75,3 %		33,5 %	32,6 %	33,9 %		16,5 %	83,5 %	
Bac technologique	9,1 %	21,0 %	13,3 %	65,8 %		41,2 %	30,4 %	28,3 %		13,5 %	86,5 %	
Bac professionnel	2,3 %	17,5 %	27,2 %	55,3 %		26,9 %	42,0 %	31,1 %		17,9 %	82,1 %	
Données manquantes	12,6 %	30,0 %	22,9 %	47,1 %		31,5 %	36,6 %	31,9 %		18,7 %	81,3 %	
Discipline d'études					0,011				0,0046			<0,001
Lettres, langues et sciences humaines	25,9 %	19,3 %	16,8 %	63,8 %		34,2 %	33,4 %	32,4 %		21,4 %	78,6 %	
Droit, Économie, Gestion, Sciences politiques	13,4 %	14,9 %	15,1 %	70,0 %		33,9 %	32,9 %	33,2 %		11,6 %	88,4 %	
Sciences et sciences de l'ingénieur	15,1 %	9,7 %	15,0 %	75,3 %		30,7 %	38,7 %	30,6 %		19,0 %	81,0 %	
Santé	9,5 %	13,2 %	12,7 %	74,1 %		27,8 %	30,7 %	41,4 %		10,5 %	89,5 %	
IUT	6,0 %	12,8 %	13,7 %	73,5 %		49,1 %	26,7 %	24,2 %		8,0 %	92,0 %	
STAPS	1,4 %	11,8 %	10,3 %	77,9 %		36,3 %	30,9 %	32,8 %		5,1 %	94,9 %	
Autres formations interdisciplinaires	28,8 %	11,9 %	16,4 %	71,7 %		33,7 %	32,3 %	34,0 %		17,5 %	82,5 %	
Données sur l'origine sociale												

PCS* ménage					<0,001				<0,001		0,0153
Ménages à dominante cadre	31,8 %	10,4 %	11,2 %	78,4 %		29,7 %	29,3 %	41,0 %		20,1 %	79,9 %
Ménages à dominante intermédiaire	27,0 %	10,6 %	17,1 %	72,3 %		33,7 %	35,4 %	30,9 %		16,4 %	83,6 %
Ménages à dominante employée	17,2 %	12,3 %	18,5 %	69,2 %		40,2 %	31,8 %	28,0 %		13,4 %	86,6 %
Ménages à dominante ouvrière	8,1 %	16,4 %	18,8 %	64,7 %		40,4 %	34,5 %	25,0 %		9 %	91 %
Ménages à dominante indépendante	7,5 %	21,1 %	12,4 %	66,4 %		33,7 %	31,5 %	31,5 %		16,9 %	83,1 %
Ménages d'un employé ou ouvrier	6,3 %	35,6 %	17,7 %	46,7 %		29,5 %	41,4 %	29,1 %		17,2 %	82,8 %
Ménages d'inactifs	2,1 %	30,1 %	28,5 %	41,4 %		19,9 %	48,8 %	31,3 %		15,5 %	84,5 %
Niveau d'études des parents					<0,001				0,0042		0,0017
Enseignement supérieur	44,5 %	11,2 %	13,4 %	75,4 %		30,1 %	31,9 %	38,0 %		19,1 %	80,9 %
Technique - CAP/BEP	17,5 %	17,6 %	14,4 %	68,0 %		39,8 %	30,1 %	30,1 %		11,6 %	88,4 %
Post-bac pro (infirmier, tech. sup.)	12,8 %	9,3 %	16,1 %	74,7 %		33,4 %	33,9 %	32,7 %		15,6 %	84,4 %
Secondaire - Bac	11,3 %	13,3 %	15,9 %	70,8 %		36,7 %	36,1 %	27,2 %		17 %	83 %
Secondaire - BEPC	5,9 %	20,7 %	22,4 %	57,0 %		33,1 %	42,0 %	24,8 %		17,6 %	82,4 %
Primaire ou moins	5,3 %	26,2 %	21,4 %	52,4 %		37,9 %	32,2 %	29,9 %		17,8 %	82,2 %
Données manquantes	2,8 %	26,1 %	27,1 %	46,8 %		38,2 %	39,2 %	22,6 %		3,1 %	96,9 %
Conditions de vie											
Statut de cohabitation					<0,001				0,0014		<0,001
Cohabitant	25,3 %	7,5 %	11,7 %	80,8 %		38,9 %	27,4 %	33,6 %		12,2 %	87,8 %
Décohabitant partiel	36,6 %	9,3 %	15,6 %	75,1 %		34,6 %	34,2 %	31,1 %		15,5 %	84,5 %
Décohabitant	37,5 %	23,3 %	18,2 %	58,5 %		29,2 %	35,8 %	35,0 %		20,5 %	79,5 %
Données manquantes	0,7 %	10,2 %	7,2 %	82,5 %		48,1 %	37,1 %	14,8 %		13,1 %	86,9 %
Type de logement					<0,001				0,0053		0,0011
Chez ses parents	25,3 %	7,5 %	11,7 %	80,8 %		38,9 %	27,4 %	33,6 %		12,2 %	87,8 %
En colocation	55,4 %	15,7 %	16,4 %	67,8 %		32,4 %	34,8 %	32,9 %		19,3 %	80,7 %
Vit seul	2,6 %	9 %	15,8 %	75,2 %		19,3 %	34,0 %	46,7 %		12,9 %	87,1 %
En résidence collective	14,5 %	19,9 %	19 %	61,1 %		34,6 %	34,9 %	30,5 %		15 %	85 %
Données manquantes	2,3 %	15,8 %	13,9 %	70,4 %		23,0 %	44,1 %	32,9 %		12,4 %	87,6 %
Type d'activité rémunérée					<0,001				<0,001		<0,001
Pas d'activité	49,4 %	14,3 %	14,4 %	71,2 %		34,4 %	33,7 %	31,8 %		15,3 %	84,7 %
Alternance	11,6 %	7,8 %	16,4 %	75,8 %		42,4 %	34,3 %	23,3 %		10,3 %	89,7 %
Activité liée aux études, hors alternance	11,9 %	7,8 %	14,7 %	77,6 %		25,6 %	28,7 %	45,7 %		25,6 %	74,4 %
Activité occasionnelle	15,2 %	14,4 %	19,3 %	66,3 %		30,4 %	33,3 %	36,3 %		19,2 %	80,8 %
Activité (très) concurrente	6,1 %	34,1 %	14,6 %	51,3 %		34,8 %	32,4 %	32,7 %		14 %	86 %
Données manquantes	5,8 %	15,7 %	15,9 %	68,4 %		35,8 %	34,8 %	29,4 %		16,4 %	83,6 %
Difficultés financières					<0,001				0,9502		0,6835
Pas de difficultés financières	37,7 %	0,5 %	3,9 %	95,6 %		33,0 %	31,7 %	35,2 %		17,5 %	82,5 %
Légères difficultés financières	25,5 %	6,4 %	17,9 %	75,7 %		34,0 %	33,7 %	32,3 %		15,3 %	84,7 %
Difficultés financières modérées	21,8 %	23,2 %	27,3 %	49,5 %		33,7 %	35,0 %	31,3 %		16,8 %	83,2 %
Difficultés financières importantes	9,5 %	45 %	25,6 %	29,4 %		34,0 %	34,1 %	31,9 %		14,7 %	85,3 %
Difficultés financières très importantes	3,9 %	70,1 %	24,1 %	5,8 %		38,9 %	31,6 %	29,5 %		20,7 %	79,3 %

Données manquantes	1,7 %	13 %	11,7 %	75,3 %		36,0 %	28,9 %	35,1 %		11,8 %	88,2 %	
Recours à l'aide alimentaire					<0,001				0,653			0,0145
Oui	9,2 %	40,5 %	25,5 %	33,9 %		30,6 %	34,4 %	35,0 %		15,9 %	84,1 %	
Non	90,8 %	11,3 %	14,5 %	74,2 %		34,1 %	33,0 %	32,9 %		23,1 %	76,9 %	
Comportement alimentaire												
Fréquence de cuisine					0,2829				<0,001			0,0137
Au moins 1 fois par jour	56,9 %	13,7 %	14,8 %	71,4 %		30,6 %	32,6 %	36,8 %		17,8 %	82,2 %	
Au moins 1 fois par semaine	35,2 %	14,9 %	17,5 %	67,6 %		36,5 %	35,2 %	28,4 %		16 %	84 %	
Moins d'1 fois par semaine	8,0 %	13,3 %	11,6 %	75,1 %		44,8 %	27,6 %	27,5 %		9,6 %	90,4 %	
Accompagnement pendant les repas					<0,001				0,6673			0,024
Accompagné-e	59,7 %	9 %	13,5 %	77,5 %		34,5 %	32,5 %	33,0 %		15,1 %	84,9 %	
Seul-e	40,3 %	21,6 %	18,5 %	59,9 %		32,7 %	34 %	33,2 %		18,7 %	81,3 %	
Nombre de repas par jour					<0,001				<0,001			0,8472
1	5,7 %	44,9 %	18,9 %	36,2 %		33,7 %	37,1 %	29,3 %		16,2 %	83,8 %	
2	44,7 %	19,2 %	17,7 %	63,1 %		39,1 %	33,7 %	27,2 %		15,7 %	84,3 %	
3	44,5 %	6,2 %	13,4 %	80,4 %		29,0 %	32 %	39,1 %		17,2 %	82,8 %	
4	4,9 %	3 %	11,1 %	85,9 %		30,1 %	33,2 %	36,7 %		18,7 %	81,3 %	
5	0,1 %	36,2 %	0 %	63,8 %		25,6 %	61,5 %	12,9 %		12,9 %	87,1 %	
Données manquantes	0,03 %	0 %	57,9 %	42,1 %		0 %	0 %	100 %		0 %	100 %	
Prise des repas à heures fixes					<0,001				<0,001			0,8842
Oui	62,8 %	8,5 %	13,5 %	78,1 %		30,6 %	32,1 %	37,3 %		16,6 %	83,4 %	
Non	37,1 %	23,6 %	19 %	57,4 %		39,2 %	34,9 %	25,9 %		16,5 %	83,5 %	
Données manquantes	0,02 %	0 %	0 %	100 %		0 %	0 %	100 %		28,8 %	71,2 %	

PCS, Profession et catégorie socio-professionnelle

* P-value pour la comparaison brute entre les tertiles de qualité nutritionnelle et le statut de sécurité alimentaire, par ANOVA (variables quantitatives) ou test du χ^2 (variables qualitatives)

Discussion

Une alimentation pour beaucoup insuffisante et défavorable à la santé

L'enquête BSE 2024 confirme une situation préoccupante : près d'un tiers des étudiant·es déclarent être touché·es par l'insécurité alimentaire, et 14 % par une insécurité alimentaire sévère. Ces taux, comparables à ceux observés pendant la crise sanitaire (18 % à l'Université Rouen Normandie⁶⁴ et 43 % à l'université Grenoble Alpes⁶⁵), montrent que le problème ne s'est pas atténué depuis le Covid-19 et qu'il s'installe durablement. Le recours à l'aide alimentaire est également massif : près d'un·e étudiant·e sur 10 y a recours, dont un quart qui doit solliciter plusieurs types de dispositifs. Près de la moitié des étudiant·es mobilisent ces aides depuis leur lieu d'études, ce qui souligne l'importance d'organiser ces dernières au sein même des établissements d'enseignement.

L'enquête met également en lumière une alimentation qui reste très majoritairement éloignée des recommandations de santé publique. Les consommations d'aliments favorables à la santé, tels que les fruits et légumes, les légumes secs, les féculents complets, les fruits à coques, les produits laitiers et les poissons, sont particulièrement insuffisantes, et bien en-deçà de celles de la population générale. Seulement 7 % des étudiant·es atteignent les recommandations pour les fruits et légumes, contre 25 % des femmes et 19 % des hommes en France⁶⁶. Pour les féculents complets, 19 % des étudiant·es y parviennent, contre 26 % des femmes et 29 % des hommes en France). Cet écart souligne une vulnérabilité particulière des étudiant·es, qui semblent connaître plus de difficultés à accéder à une alimentation favorable à la santé.

En revanche, leur consommation d'aliments à limiter, telles que les boissons sucrées, viandes hors volaille (porc, bœuf, veau, agneau, mouton...) et charcuterie, est plus conforme aux recommandations : celle-ci est excessive pour seulement respectivement 22 %, 16 % et 9 % des étudiant·es. Ces résultats sont cohérents avec les pratiques durables déclarées par les étudiant·es : près d'un tiers d'entre elles et eux ont déclaré une diminution de la consommation de viande récente (36 %) ou plus ancienne (29 %), et 17 % adoptent un régime végétarien, principalement pour des raisons environnementales. Ces comportements traduisent un engagement réel des étudiant·es vers une alimentation plus durable, mais ils se développent également dans un contexte où les contraintes économiques pèsent fortement sur leurs choix alimentaires.

Le rôle déterminant de l'origine sociale et des conditions de vie

L'alimentation des étudiant·es est fortement corrélée à leur origine sociale : seuls 10 % des enfants de cadres déclarent une insécurité alimentaire, contre 36 % des enfants d'ouvriers ou d'employés. À l'inverse, 41 % des enfants de cadres ont une alimentation de bonne qualité, contre 25 % des enfants d'ouvriers, et 20 % des enfants de cadres déclarent un régime végétarien, contre 9 % des enfants d'ouvriers. Ces écarts mettent en évidence que les dispositifs actuels d'accompagnement des étudiant·es ne suffisent pas à compenser les inégalités sociales préexistantes dans le domaine alimentaire.

⁶⁴ Miller, L., Déchelotte, P., Ladner, J., & Tavolacci, M.-P. (2022). Effect of the COVID-19 pandemic on healthy components of diet and factors associated with unfavorable changes among university students in France. *Nutrients*, 14(18), 3862.

⁶⁵ Isoard-Gautheur, S., Ginoux, C., Petit, R., Clavier, V., Dias, D., Sarrazin, P., & Couturier, K. (2023). Relationships between food insecurity, physical activity, detachment from studies, and students' well-being: A prospective study. *Scand J Med Sci Sports*, 33(7), 1242–1253.

⁶⁶ Deschamps, V., Salanave, B., & Verdot, C. (2025). Fréquences nationales et régionales de consommations alimentaires par rapport aux recommandations nutritionnelles des adultes français: Résultats des baromètres 2021 Hexagonal et DROM de Santé Publique France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 8, 112–123.

Certaines conditions de vie apparaissent également comme des facteurs potentiels de vulnérabilité. Les étudiant·es rapportant des difficultés financières très importantes déclarent également, pour 94 % d'entre eux, une insécurité alimentaire. Ils ne sont que 4 % lorsqu'ils ne rapportent pas de difficultés financières. Par ailleurs, les étudiant·es décohabit·es sont trois fois plus concerné·es par la très faible sécurité alimentaire que celles et ceux vivant chez leurs parents, et la situation est particulièrement critique en résidence collective. De plus, lorsqu'un emploi prend trop de place par rapport aux études, la fréquence d'insécurité alimentaire s'accroît très fortement. Ces constats invitent à repenser les dispositifs de bourse étudiante, de logement étudiant et l'articulation entre emploi et études, pour assurer à chacun·e l'accès à une alimentation saine et suffisante.

Il est intéressant de constater que les étudiant·es décohabit·es sont plus susceptibles de déclarer un régime végétarien, ce qui pourrait s'expliquer par des contraintes économiques plus fortes qui les incitent à réduire leur consommation de viande, mais également par une plus grande liberté de choix dans l'approvisionnement et la préparation des repas.

Quel rôle pour les comportements alimentaires individuels ?

Certains comportements alimentaires du quotidien apparaissent liés à l'insécurité alimentaire, à la qualité de l'alimentation et aux pratiques durables. Les étudiant·es qui ne prennent qu'un à deux repas par jour sont sept fois plus exposé·es à l'insécurité alimentaire, tandis que celles et ceux qui en prennent moins ou davantage déclarent une alimentation de moindre qualité. Le fait de prendre la majorité de ses repas seul·e est par ailleurs associé à une fréquence 2,5 fois plus élevée d'insécurité alimentaire, et des horaires de repas irréguliers s'accompagnent à la fois d'une insécurité alimentaire et d'une alimentation de moindre qualité. À l'inverse, cuisiner régulièrement est associé à une meilleure qualité de l'alimentation et à des pratiques végétariennes plus fréquentes.

S'il peut sembler souhaitable d'encourager la régularité des repas, leur prise en compagnie d'autrui et la pratique de la cuisine, il importe de rappeler que ces comportements ne sont pas uniquement le fruit de choix individuels. Ils reflètent aussi les conditions de vie étudiante, la nature des relations sociales et les caractéristiques de leur environnement alimentaire. Ainsi, si les repas à 1 € apportent une réponse efficace face à la précarité étudiante, leur portée reste limitée par l'absence d'offre le soir et la fermeture des restaurants universitaires à certains moments clés, telles que les vacances universitaires. De même, l'aménagement des résidences collectives peut jouer un rôle dans la possibilité de cuisiner et de partager les repas, et pourrait influencer la qualité globale de l'alimentation étudiante.

Conclusion

Dans l'ensemble, l'enquête BSE 2024 met en évidence une alimentation étudiante marquée par une forte insécurité alimentaire et par des consommations largement inadéquates au regard des recommandations de santé publique. Elle suggère également l'importance déterminante de l'origine sociale et des conditions de vie dans l'accès à une alimentation suffisante et de qualité, et que les dispositifs actuels ne parviennent pas à compenser ces inégalités. Les comportements alimentaires individuels semblent certes jouer un rôle, mais ils apparaissent étroitement conditionnés par des contraintes économiques, sociales et environnementales. Loin de relever uniquement de choix personnels, l'alimentation des étudiant·es est influencée par un ensemble de déterminants structurels sur lesquels il faut agir pour espérer améliorer leurs habitudes alimentaires.

ENSEIGNEMENTS ET ENJEUX POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES DE L'ESR

Contributeurs de cette partie : Maxime Gignon et Malo Mofakhami

Ce rapport est le résultat d'une collaboration inédite entre la DGESIP et l'OVE. Il s'appuie d'abord sur un dispositif original de réenquête auprès des participants à l'enquête Conditions de vie des étudiants 2023 menée par l'OVE. Ensuite, il intègre les contributions d'équipes de recherche ayant répondu à un appel à exploitation, enrichissant ainsi les premières analyses réalisées par la DGESIP.

Ce document présente une première série d'analyses issues de l'enquête BSE (Bien-être et habitudes de santé des étudiants). Sans prétendre à l'exhaustivité, il offre un état des lieux à un instant donné des travaux en cours, qui se poursuivront et donneront lieu à de futures publications. Par ailleurs, un dispositif de post-enquête qualitative prolonge le partenariat entre l'OVE et la DGESIP sur ces thématiques.

Dès à présent, ce rapport apporte des éclairages précieux et répond partiellement aux attentes ayant motivé la réalisation de l'enquête BSE. Celle-ci visait à mieux comprendre les situations complexes vécues, les difficultés des étudiants, et les facteurs qui influencent le bien-être et la santé, notamment depuis la pandémie de Covid-19, qui a souvent agi comme un catalyseur de dynamiques préexistantes. Cette dernière partie du rapport propose de tirer les enseignements des travaux présentés et de formuler des recommandations pour guider les actions à venir.

Une santé psychologique préoccupante

Le rapport met en lumière une situation alarmante concernant la santé psychologique des étudiant·es. Si la tendance préexistait, depuis la pandémie, un nouveau palier de dégradation a été atteint, avec des niveaux de souffrance allant du mal-être aux tentatives de suicide. Leur prévalence s'est accrue et la pandémie a probablement joué un rôle d'amplificateur et de révélateur, mais l'absence de signes d'amélioration malgré un retour à la normale suggère des causes structurelles. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette dégradation : un climat anxiogène, les crises environnementales, l'usage généralisé des réseaux sociaux, ou encore la précarité croissante. Si des études approfondies sont nécessaires pour trancher cette question, ce rapport apporte des éléments de compréhension.

Des inégalités marquées selon le genre

Le genre est un facteur déterminant de la santé psychologique. Les femmes sont structurellement plus exposées à une dégradation de leur santé mentale, ce qui s'observe notamment sur les indicateurs de mal-être. Cette situation soulève des questions sur les inégalités persistantes, comme l'exposition plus fréquente aux violences et harcèlements, en particulier sexistes et sexuels, ou encore les critiques subies lors des consultations médicales. La situation est encore plus préoccupante pour les personnes issues des minorités de genre ou s'identifiant comme non hétérosexuelles, qui cumulent des prévalences plus élevées de difficultés de santé et d'exposition aux violences.

Des vulnérabilités spécifiques pour les minorités de genre et d'orientation sexuelle

Les étudiants issus des minorités de genre et d'orientation sexuelle (LGBTI+) font face à des vulnérabilités spécifiques, qui se traduisent par des risques accrus pour leur santé et leur bien-être. Les analyses montrent un enchaînement entre rapports sociaux de genre et de sexualité, expositions différenciées aux violences, et dégradation de la santé. Les minorités sexuelles et de genre cumulent des risques plus élevés à chaque étape, depuis les expériences de violence jusqu'aux conséquences sanitaires. Les différences observées dans leurs choix d'orientation par rapport aux étudiants cisgenres et hétérosexuels, peuvent refléter des préférences façonnées par des socialisations distinctes, des stratégies d'orientation plus ou moins conscientisées, mais aussi des contraintes liées à des environnements souvent marqués par l'hétéronormativité, la cishétéronormativité, voire des discriminations LGBTI+-phobes. Ainsi, les stratégies d'orientation semblent refléter une stratégie consciente de réduction de certaines expositions.

Pour y répondre, les politiques de lutte contre les inégalités femmes-hommes dans l'enseignement supérieur offrent une base d'action utile, qu'il convient d'élargir aux inégalités liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. La lutte contre les discriminations doit s'accompagner d'un travail plus large sur l'inclusion des personnes LGBTI+ au sein des établissements, afin de réduire leurs vulnérabilités spécifiques et de mieux les préparer à des environnements professionnels encore inégalement accueillants. Enfin, il est important de noter que cette analyse, centrée sur les étudiants du supérieur, ne couvre qu'une partie de la jeunesse. Les écarts d'orientation et de santé pourraient être encore plus marqués dans les filières courtes — professionnelles et technologiques — où la segmentation de genre reste particulièrement forte.

Des dispositifs de prise en charge à interroger

Face à ces constats, se pose la question de l'efficacité des dispositifs existants. Les étudiants rencontrent des difficultés d'accès aux soins, avec un non-recours important aux spécialistes de la santé mentale : entre 35 % et 60 % des personnes concernées n'ont pas consulté dans l'année. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène : le manque de temps, de revenus, mais aussi la méconnaissance des dispositifs et la faible littératie en santé. Deux profils émergent :

- Les non-recourants, souvent des hommes, pour qui les obstacles matériels (temps, trajet, revenus) s'ajoutent à un manque de connaissances en santé (littératie et dispositifs).
- Les personnes déjà dans les parcours de soin, mais devant renoncer à une partie des soins, souvent des femmes, des décohabitantes et des personnes ayant un emploi étudiant, pour qui les contraintes financières et logistiques limitent l'accès aux soins nécessaires.

Ces constats appellent des réponses différenciées : renforcer la sensibilisation et les compétences en santé d'un côté, et faciliter l'accès aux soins pour les personnes déjà suivies de l'autre, en réduisant les coûts et en aménageant les contraintes temporelles.

Ressources financières et prévention

Le rapport interroge également l'impact des aides financières, comme les bourses, sur la santé. Si une hausse du niveau de bourse ne se traduit pas directement par une amélioration de la santé, sa perte aggrave significativement les difficultés financières. Ce phénomène s'explique par des effets d'ancrage : les ressources complémentaires et le niveau de vie s'ajustent plus difficilement à la baisse qu'à la hausse.

Vers une politique globale de santé ?

Au-delà des ressources, une politique globale de bien-être et de santé doit allier accompagnement des personnes en difficulté, prévention et promotion de la santé. La prévention est cruciale, car les jeunes adultes, bien que confrontés à des ressources limitées de manière transitoire, peuvent en subir des conséquences durables sur leur santé. Contrairement aux difficultés matérielles, les problèmes de santé sont moins réversibles. Le temps des études supérieures doit être l'occasion pour développer et conforter ses compétences en santé. La santé est une ressource de la vie quotidienne, mettant l'accent sur le bien-être physique, mental et social. Cette compétence santé est utile pour les études et au-delà pour l'individu et la société.

L'alimentation, un enjeu de prévention et de promotion de la santé

L'alimentation illustre parfaitement ces enjeux et se révèle un défi majeur. Les étudiants sont nombreux à souffrir d'une alimentation quantitativement insuffisante ; près d'un tiers des étudiants sont touchés par l'insécurité alimentaire, dont 14 % de manière sévère). En matière qualitative, la situation est également très préoccupante et reste loin des recommandations nutritionnelles, seuls 7 % consomment assez de fruits et légumes (contre 25 % des femmes et 19 % des hommes en France), et 19 % atteignent les apports conseillés en féculents complets). L'origine sociale et les conditions de vie jouent un rôle majeur, tant sur le volet quantitatif que sur le volet qualitatif. Les jeunes issues de milieux sociaux moins favorisés souffrent plus d'insécurité alimentaire quantitative mais ont aussi une alimentation moins qualitative. À cela s'ajoutent des contraintes structurelles (horaires des restaurants universitaires, accès limité à des cuisines, ou isolement), qui jouent un rôle. Les causes sont multiples : difficultés économiques, environnement alimentaire inadapté, ou manque d'éducation nutritionnelle. Ainsi, améliorer l'alimentation étudiante exige une action globale, combinant aides matérielles, environnements favorables (logements, infrastructures), et éducation nutritionnelle, pour transformer des choix souvent subis en véritables opportunités de santé.

Vers des politiques intégrées

L'alimentation n'est qu'un exemple parmi d'autres. Les politiques étudiantes, qu'elles concernent l'activité physique, les espaces de socialisation ou la culture, peuvent toutes contribuer à améliorer la santé et à lutter contre les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou de genre. Le concept de compétences psychosociales montre comment ces politiques de prévention peuvent agir à la fois à court et à long terme, en influençant la capacité des individus à préserver durablement leur santé. Développer ces compétences, c'est à la fois prévenir des difficultés de santé pendant les études et permettre aux individus de faire face aux difficultés futures, même après les études.

Cependant, ce rapport souligne un point crucial : l'efficacité de ces mesures dépend de leur articulation. D'un côté, les politiques d'éducation et de sensibilisation ; de l'autre, les investissements concrets dans les environnements matériels. En effet, les choix individuels — aussi éclairés soient-ils — restent tributaires des ressources disponibles, des contextes favorables et des infrastructures adaptées. Sans ces conditions, les dispositifs existants peinent à produire leurs effets pleins.

C'est ici qu'intervient la notion de « campus promoteurs de santé », qui marque un changement de paradigme. Il ne s'agit plus de réagir *a posteriori* à des indicateurs de santé dégradés, mais bien de construire une stratégie globale, intégrée à l'ensemble des politiques universitaires. L'objectif est de transformer les conditions de vie et d'étude en créant des environnements favorables à la santé, en développant des communautés soutenant et

apprenantes, en accompagnant les étudiant·es durant cette période charnière d'autonomisation.

Cette approche repose sur l'intégration de la santé comme élément clé et conduit chaque décideur à s'interroger sur les effets, positifs, négatifs ou neutres, de ses décisions sur la santé. Elle s'inscrit dans la philosophie de « la santé dans toutes les politiques », prônée par l'OMS. Elle implique que chaque décideur évalue systématiquement l'impact — positif, négatif ou neutre — de ses choix sur la santé. Une telle perspective exige une coordination transversale, où la santé devient un fil conducteur des politiques publiques, et non plus un domaine isolé.

Il convient de mesurer l'importance de l'enjeu. La situation des étudiants, jugée transitoire, a tendance à être traitée comme un enjeu séparé des autres politiques sociales, notamment parce que les étudiants sont parfois perçus comme une population potentiellement privilégiée. Néanmoins, les éléments issus de ce rapport montrent une situation de santé particulièrement dégradée, d'autant plus alarmante si on la compare avec la population générale, et contrairement aux difficultés économiques et aux modes de vie qui peuvent être transitoires et acceptés comme tels, la santé dégradée a le même effet que l'on soit étudiant ou non et affecte la vie présente et future à l'échelle individuelle et collective. À cet égard, il convient de renforcer les politiques en place en insistant sur une véritable promotion de la santé et du bien-être dans l'enseignement supérieur, en s'appuyant sur les politiques des établissements en matière de vie étudiante, de formation et de recherche.

ANNEXES

Recours aux soins et services de santé de la population étudiante

Annexe 1 - Analyses multivariées des classes avec les caractéristiques socio-économiques des étudiants de l'enquête (modalité de référence : classe 2)

Caractéristiques	OR	Classe 1 95% CI	p-value	OR	Classe 3 95% CI	p-value
Genre						
Homme	—	—		—	—	
Femme	0.74	0.64, 0.86	<0.001	2.52	2.06, 3.08	<0.001
Minorités de genre	0.96	0.63, 1.46	0.8	7.46	5.12, 10.9	<0.001
Nationalité						
Français·e (et double nationalité)	—	—		—	—	
Etranger·e en mob etu cadre prgrm	0.81	0.18, 3.74	0.8	4.14	0.93, 18.4	0.062
Etranger·e en mob etu hors cadre	1.59	0.69, 3.66	0.3	1.38	0.52, 3.62	0.5
Etranger·e résident·e	1.28	0.81, 2.03	0.3	1.26	0.75, 2.09	0.4
PCS du ménage						
Ménages d'un employé ou ouvrier	—	—		—	—	
Ménages à dominante cadre	0.96	0.67, 1.39	0.8	0.83	0.57, 1.21	0.3
Ménages à dominante employée	0.95	0.66, 1.37	0.8	0.94	0.65, 1.37	0.7
Ménages à dominante indépendante	1.24	0.83, 1.87	0.3	0.82	0.53, 1.28	0.4
Ménages à dominante intermédiaire	1.07	0.75, 1.52	0.7	1.00	0.69, 1.44	>0.9
Ménages à dominante ouvrière	1.10	0.74, 1.64	0.6	0.95	0.63, 1.44	0.8
Ménages d'inactifs	1.30	0.69, 2.44	0.4	1.01	0.52, 1.96	>0.9
Age	0.96	0.91, 1.01	0.083	1.11	1.06, 1.16	<0.001
Statut de cohabitation						
Cohabitant·e	—	—		—	—	
Décohabitant·e	1.17	0.99, 1.40	0.070	2.01	1.65, 2.45	<0.001
Semi-cohabitant·e	1.03	0.85, 1.25	0.8	1.22	0.96, 1.53	0.10
Niveau d'études						
Niveau Licence	—	—		—	—	
DU, capacité en droit, DAEU	0.91	0.47, 1.76	0.8	0.62	0.29, 1.30	0.2
Niveau Cycle 3	1.11	0.76, 1.63	0.6	0.60	0.40, 0.89	0.011
Niveau Master	0.85	0.70, 1.03	0.10	0.92	0.75, 1.12	0.4
Type de bac						
Général	—	—		—	—	
Autres	1.09	0.66, 1.80	0.7	0.50	0.28, 0.87	0.015
Professionnel	1.13	0.54, 2.38	0.7	0.97	0.42, 2.20	>0.9
Technologique	1.13	0.83, 1.54	0.4	1.06	0.75, 1.48	0.8
Filière d'études						
Lettres, Sciences Humaines et Sociales	—	—		—	—	
Commerce	1.16	0.77, 1.75	0.5	0.52	0.31, 0.86	0.011
CPGE	1.04	0.77, 1.41	0.8	0.33	0.20, 0.53	<0.001
Culture	1.31	0.84, 2.05	0.2	1.26	0.83, 1.91	0.3
Droit, Économie	0.97	0.76, 1.23	0.8	0.71	0.56, 0.92	0.008
Ingénieurs	1.23	0.99, 1.54	0.066	0.47	0.36, 0.61	<0.001
IUT	0.72	0.53, 0.97	0.032	0.69	0.50, 0.97	0.031
Santé	0.78	0.59, 1.02	0.071	0.71	0.54, 0.92	0.010
Sciences	1.02	0.81, 1.29	0.9	0.74	0.58, 0.94	0.014
Niveau d'études des parents						
Fin d'études primaires ou avant	—	—		—	—	
Etudes de l'enseignement supérieur	0.89	0.61, 1.31	0.6	0.91	0.61, 1.35	0.6

Etudes professionnelles post-baccalauréat	0.89	0.60, 1.33	0.6	0.93	0.61, 1.41	0.7
Etudes secondaires niveau baccalauréat	0.98	0.66, 1.47	>0.9	0.89	0.58, 1.36	0.6
Etudes secondaires niveau BEPC	1.09	0.71, 1.70	0.7	0.90	0.57, 1.42	0.6
Etudes techniques niveau CAP/BEP	0.84	0.57, 1.24	0.4	0.77	0.52, 1.14	0.2
Type d'activité rémunérée						
Pas d'activité	—	—		—	—	
Activité (très) concurrente	0.86	0.62, 1.19	0.4	1.41	1.02, 1.95	0.036
Activité liée aux études, hors alternance	0.81	0.64, 1.02	0.074	1.10	0.86, 1.42	0.4
Activité occasionnelle	0.71	0.58, 0.88	0.001	1.38	1.13, 1.68	0.002
Alternance	0.84	0.67, 1.05	0.13	0.90	0.69, 1.16	0.4
Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio						

Source : enquête Bien-être et santé des étudiants, OVE, 2024 / enquête Conditions de vie des étudiants, OVE, 2023

Champ : ensemble des étudiants répondants après nettoyage de la base (n= 5670)

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, genre, origine sociale (PCS du ménage et niveau d'étude des parents), nationalité, type de bac obtenu, filière d'étude, niveau d'études, statut de cohabitation, type d'activité rémunéré

Lecture : Le fait d'être une femme ou une minorité de genre plutôt qu'un homme augmente de manière significative la probabilité de faire partie de la 3e classe (plutôt que de faire partie de la 2e)

Annexe 2 - Analyses multivariées des classes avec les variables de santé des étudiants de l'enquête (modalité de référence : classe 2)

Caractéristiques	Classe 1			Classe 3		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
Détresse psychologique						
Non	—	—		—	—	
Oui	1.16	0.97, 1.38	0.10	2.03	1.69, 2.43	<0.001
Santé dégradée						
Non	—	—		—	—	
Oui	0.93	0.75, 1.16	0.5	1.40	1.14, 1.73	0.001
Problème de santé limitant						
Non	—	—		—	—	
Oui	0.62	0.50, 0.78	<0.001	2.92	2.41, 3.54	<0.001
Littératie en santé						
Excellente	—	—		—	—	
Suffisante	1.48	1.20, 1.82	<0.001	1.21	0.96, 1.54	0.11
Problématique	1.95	1.60, 2.38	<0.001	1.30	1.04, 1.62	0.023
Inadéquat	2.29	1.66, 3.16	<0.001	1.84	1.31, 2.58	<0.001
Mutuelle						
Oui	—	—		—	—	
Non	2.30	1.59, 3.32	<0.001	1.31	0.83, 2.06	0.2
Genre						
Homme	—	—		—	—	
Femme	0.69	0.59, 0.81	<0.001	2.09	1.67, 2.60	<0.001
Minorités de genre	0.80	0.47, 1.35	0.4	4.23	2.73, 6.55	<0.001
Nationalité						
Française (et double nationalité)	—	—		—	—	
Etrangère en mob etu cadre prgm	0.66	0.13, 3.21	0.6	2.21	0.42, 11.7	0.4
Etrangère en mob etu hors cadre	0.79	0.30, 2.11	0.6	1.18	0.41, 3.39	0.8
Etrangère résidente	0.96	0.56, 1.62	0.9	0.89	0.49, 1.62	0.7
PCS du ménage						
Ménages d'un employé ou ouvrier	—	—		—	—	
Ménages à dominante cadre	0.95	0.64, 1.42	0.8	0.90	0.59, 1.38	0.6

Ménages à dominante employée	0.9 0	0.60, 1.35	0.6	0.99	0.65, 1.51	>0.9
Ménages à dominante indépendante	1.31	0.84, 2.05	0.2	0.92	0.56, 1.51	0.7
Ménages à dominante intermédiaire	1.06	0.71, 1.57	0.8	1.09	0.72, 1.66	0.7
Ménages à dominante ouvrière	1.09	0.70, 1.70	0.7	0.98	0.61, 1.56	>0.9
Ménages d'inactifs	1.04	0.50, 2.14	>0.9	1.26	0.59, 2.67	0.5
Age	0.9 8	0.93, 1.03	0.4	1.06	1.00, 1.11	0.040
Statut de cohabitation						
Cohabitant-e	—	—	—	—	—	—
Decohabitant-e	1.16	0.96, 1.41	0.12	2.14	1.71, 2.67	<0.001
Semi-cohabitant-e	1.07	0.86, 1.32	0.6	1.31	1.01, 1.71	0.043
Niveau d'études						
Niveau Licence	—	—	—	—	—	—
DU, capacité en droit, DAEU	0.93	0.45, 1.93	0.8	0.48	0.19, 1.22	0.12
Niveau Cycle 3	1.31	0.87, 1.98	0.2	0.74	0.48, 1.15	0.2
Niveau Master	0.9 0	0.73, 1.10	0.3	1.02	0.82, 1.28	0.8
Type de bac						
Général	—	—	—	—	—	—
Autres	1.12	0.63, 1.99	0.7	0.64	0.34, 1.21	0.2
Professionnel	1.24	0.57, 2.70	0.6	0.84	0.34, 2.09	0.7
Technologique	1.10	0.79, 1.54	0.6	0.86	0.59, 1.26	0.4
Filière d'études						
Lettres, Sciences Humaines et Sociales	—	—	—	—	—	—
Commerce	1.35	0.87, 2.08	0.2	0.59	0.34, 1.03	0.064
CPGE	1.09	0.78, 1.54	0.6	0.31	0.18, 0.53	<0.001
Culture	1.17	0.71, 1.94	0.5	0.98	0.61, 1.56	>0.9
Droit, Économie	1.01	0.78, 1.32	>0.9	0.81	0.61, 1.06	0.13
Ingénieurs	1.38	1.08, 1.77	0.011	0.51	0.38, 0.69	<0.001
IUT	0.75	0.54, 1.05	0.091	0.63	0.43, 0.92	0.018
Santé	0.93	0.69, 1.27	0.7	0.93	0.69, 1.25	0.6
Sciences	1.06	0.82, 1.36	0.7	0.73	0.55, 0.96	0.023
Niveau d'études des parents						
Fin d'études primaires ou avant	—	—	—	—	—	—
Etudes de l'enseignement supérieur	0.97	0.63, 1.47	0.9	1.08	0.69, 1.69	0.7
Etudes professionnelles post-baccalauréat	0.95	0.61, 1.47	0.8	1.14	0.71, 1.82	0.6
Etudes secondaires niveau baccalauréat	1.00	0.64, 1.57	>0.9	0.99	0.61, 1.60	>0.9
Etudes secondaires niveau BEPC	1.06	0.65, 1.73	0.8	0.96	0.57, 1.61	0.9
Etudes techniques niveau CAP/BEP	0.8 9	0.58, 1.36	0.6	0.88	0.57, 1.38	0.6
Type d'activité rémunérée						
Pas d'activité	—	—	—	—	—	—
Activité (très) concurrente	0.97	0.69, 1.38	0.9	1.40	0.97, 2.01	0.075
Activité liée aux études, hors alternance	0.8 0	0.61, 1.03	0.082	1.30	0.99, 1.70	0.061
Activité occasionnelle	0.75	0.59, 0.93	0.011	1.41	1.12, 1.78	0.003
Alternance	0.8 6	0.68, 1.10	0.2	1.02	0.77, 1.36	0.9

Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio

Source : enquête Bien-être et santé des étudiant-es, OVE, 2024 / enquête Conditions de vie des étudiant-es, OVE, 2023

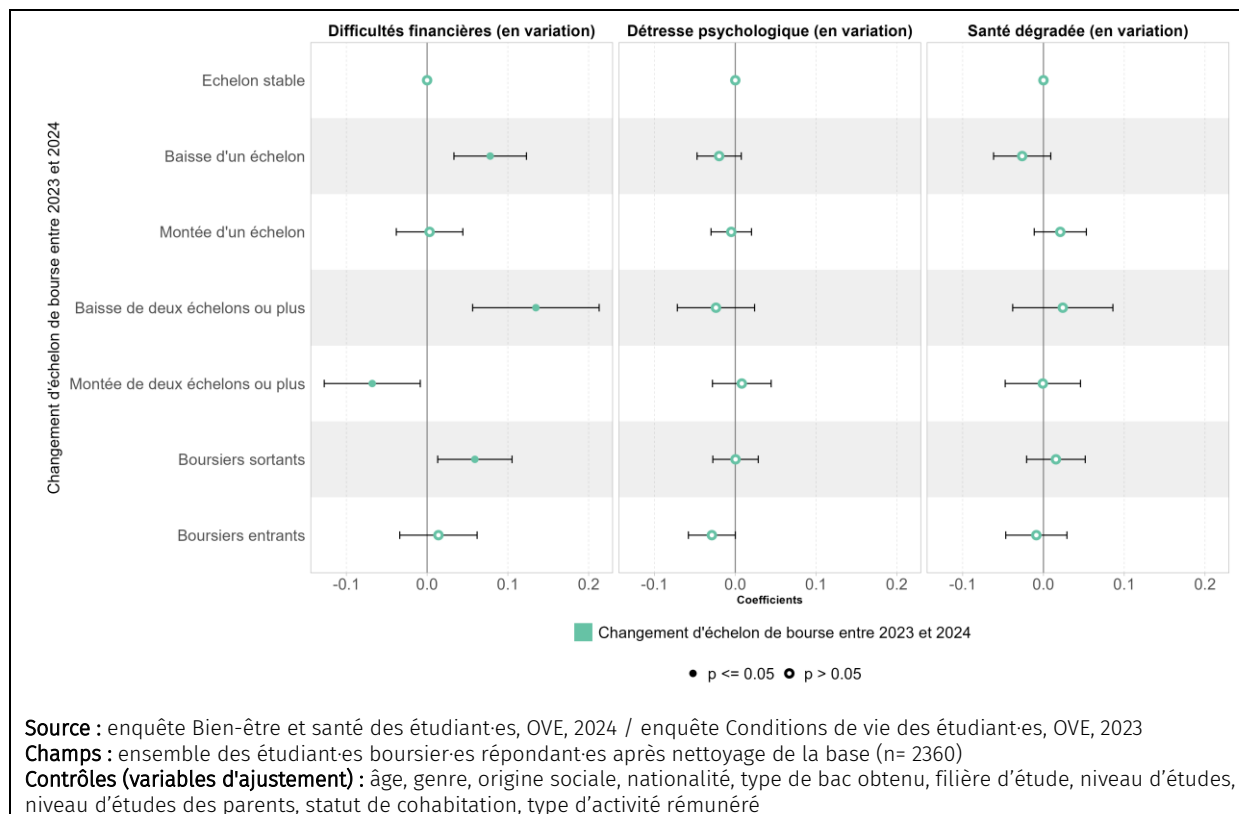
Champ : ensemble des étudiant-es répondant-es après nettoyage de la base (n= 5670)

Contrôles (variables d'ajustement) : détresse psychologique, santé dégradée, problème de santé limitant, littérature en santé, mutuelle, âge, genre, origine sociale (PCS du ménage et niveau d'étude des parents), nationalité, type de bac obtenu, filière d'étude, niveau d'études, statut de cohabitation, type d'activité rémunérée

Lecture : Le fait d'avoir un niveau de littératie en santé inadéquat plutôt qu'excellent augmente de manière significative la probabilité de faire partie de la 3e classe (plutôt que de faire partie de la 2e)

État de santé et difficultés financières au sein de la population étudiante boursière après revalorisation des barèmes et montants des bourses entre 2023 et 2024

Annexe 3 – Analyses multivariées des difficultés financières, de la détresse psychologique et de la santé déclarée en variation entre 2023 et 2024 (sur une échelle normalisée de 0 à 1)



Annexe 4 – Tableau d’analyses multivariées des difficultés financières, de la détresse psychologique et de la santé déclarée en variation entre 2023 et 2024 (sur une échelle normalisée de 0 à 1)

Analyses multivariées des difficultés financières, de la détresse psychologique et de la santé déclarée en variation entre 2023 et 2024 (sur une échelle normalisée de 0 à 1)			
	Variation des difficultés financières	Variation de la détresse psychologique	Variation de l'état de santé dégradé
Changement d'échelon de bourse - référence : Échelon de bourse stable			
Baisse d'un échelon	0.076*** (0.023)	-0.019 (0.014)	-0.027 (0.018)
Montée d'un échelon	0.001 (0.021)	-0.004 (0.013)	0.020 (0.016)
Baisse de deux échelons ou plus	0.136*** (0.040)	-0.016 (0.025)	0.033 (0.032)
Montée de deux échelons ou plus	-0.070* (0.030)	0.009 (0.018)	-0.001 (0.024)
Boursiers sortants	0.057* (0.023)	0.000 (0.014)	0.014 (0.019)
Boursiers entrants	0.014 (0.025)	-0.027 (0.015)	-0.009 (0.019)
Constante (Intercept)	0.332** (0.112)	-0.034 (0.068)	0.008 (0.088)
Contrôles (variables d'ajustement) : âge, genre, nationalité, type de bac obtenu, filière d'étude, niveau d'étude, origine sociale (PCS du ménage et niveau d'études des parents), statut de cohabitation, type d'activité rémunérée			
adj. R-squared	0.044	0.015	0.009
Deviance	154.715	55.984	95.348
AIC	670.656	-1311.660	-280.288
N	1967	1957	1966
Note Standard errors in parentheses, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001			

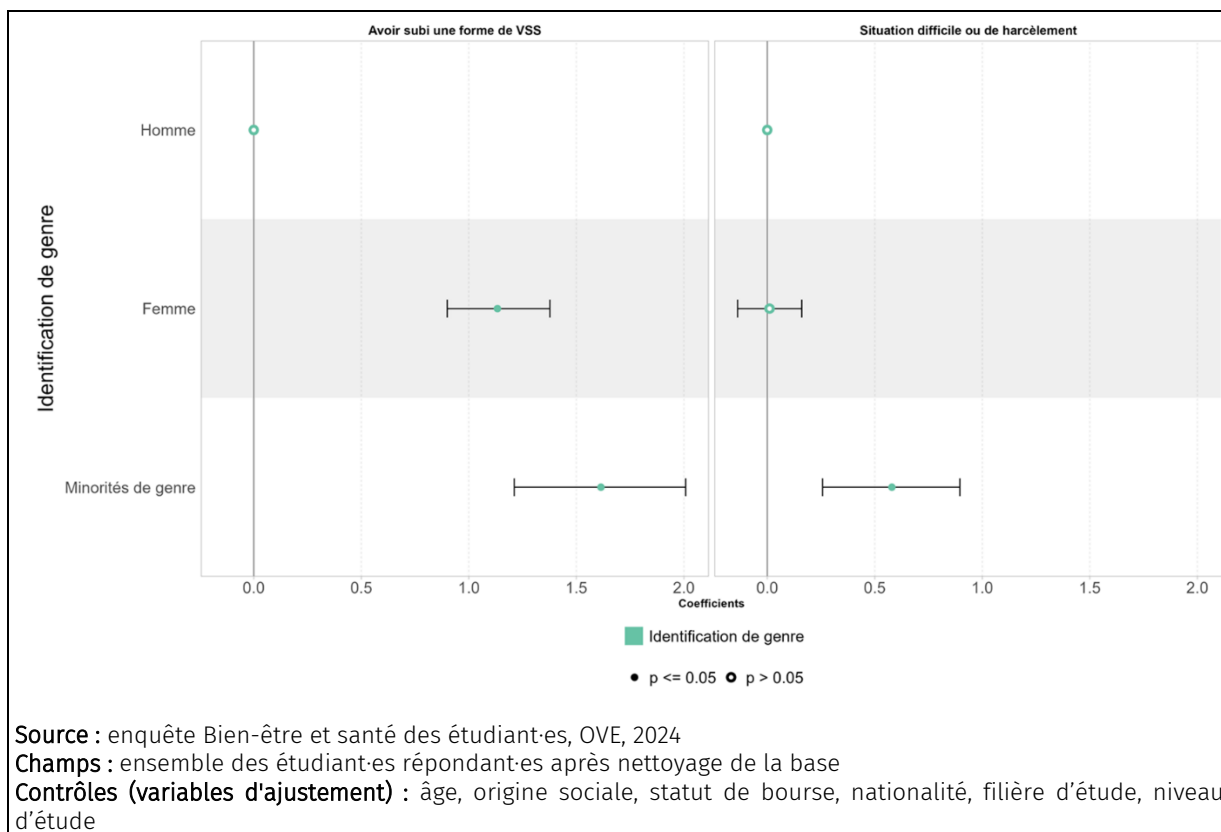
Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024 / enquête Conditions de vie des étudiant·es, OVE, 2023

Champ : ensemble des étudiant·es boursier·es répondant·es après nettoyage de la base (n= 2360)

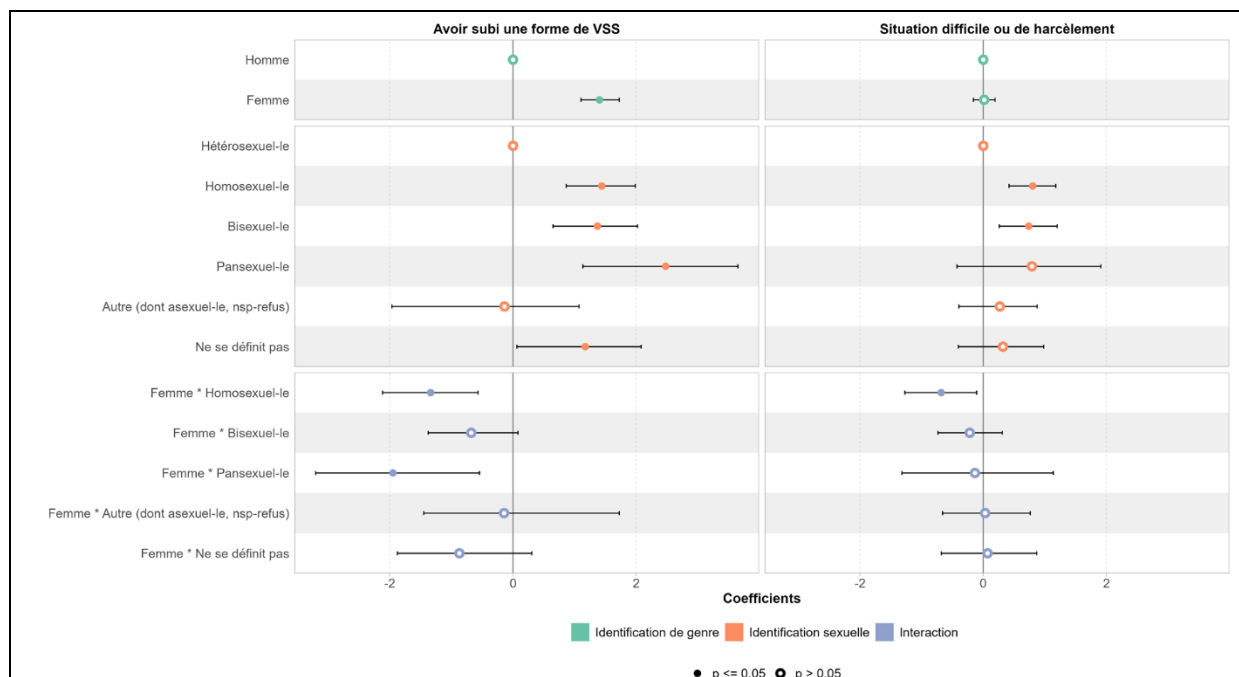
Lecture : Avoir baissé d'un échelon de bourse entre 2023 et 2024 plutôt que d'avoir gardé le même échelon a fait augmenter en moyenne de 0,08 points les difficultés financières de ces étudiant·es (au seuil significatif de 5%)

État de santé et expositions des minorités d'orientation sexuelle et de genre au sein de la population étudiante

Annexe 5 - Analyses multivariées des formes de violences sexistes et sexuelles, des situations difficiles ou de harcèlement dans le cadre des études



Annexe 6 - Analyses multivariées des formes de violences sexistes et sexuelles, des situations difficiles ou de harcèlement dans le cadre des études

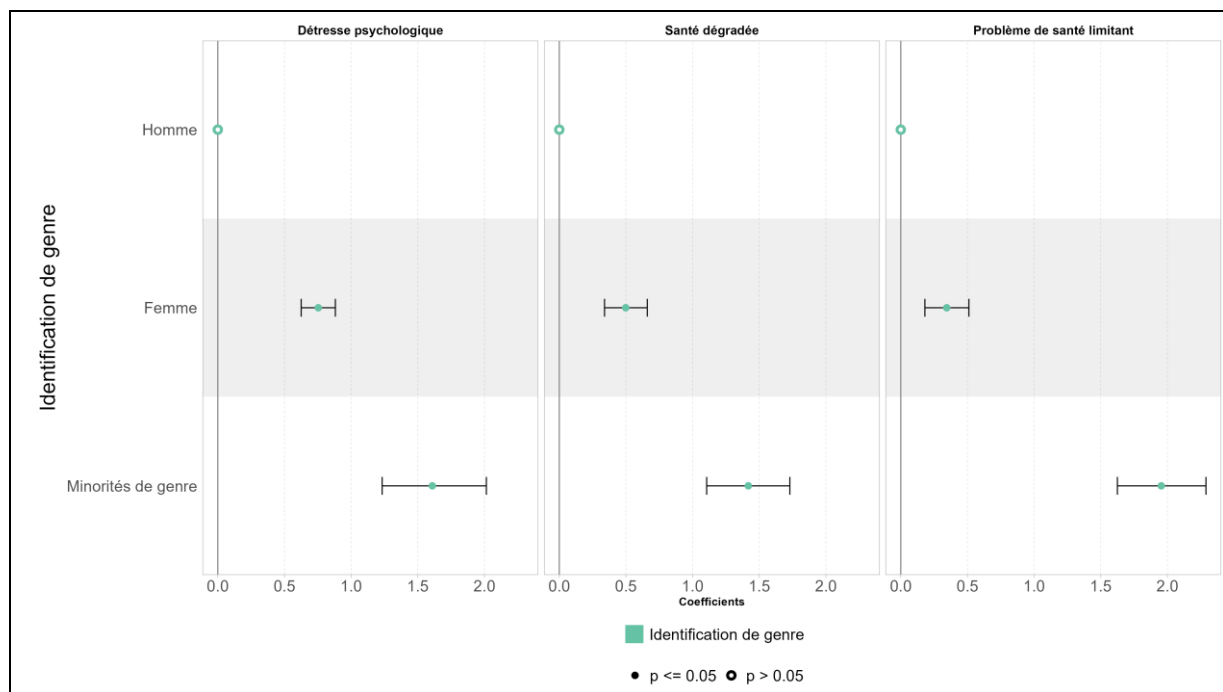


Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, origine sociale, statut de bourse, nationalité, filière d'étude, niveau d'étude

Annexe 7 - Analyses multivariées de la détresse psychologique, de la santé déclarée, d'être limité par un problème de santé (depuis au moins 6 mois)

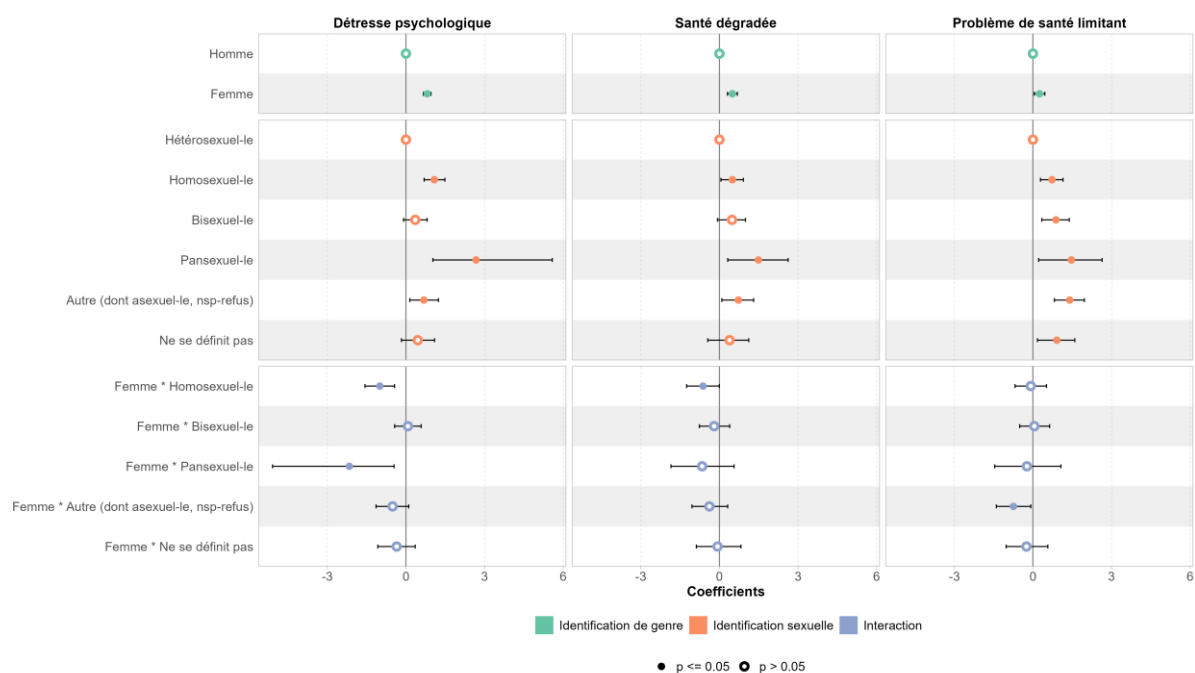


Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, origine sociale, statut de bourse, nationalité, filière d'étude, niveau d'étude

Annexe 8 - Analyses multivariées de la détresse psychologique, de la santé déclarée, d'être limité par un problème de santé (depuis au moins 6 mois)

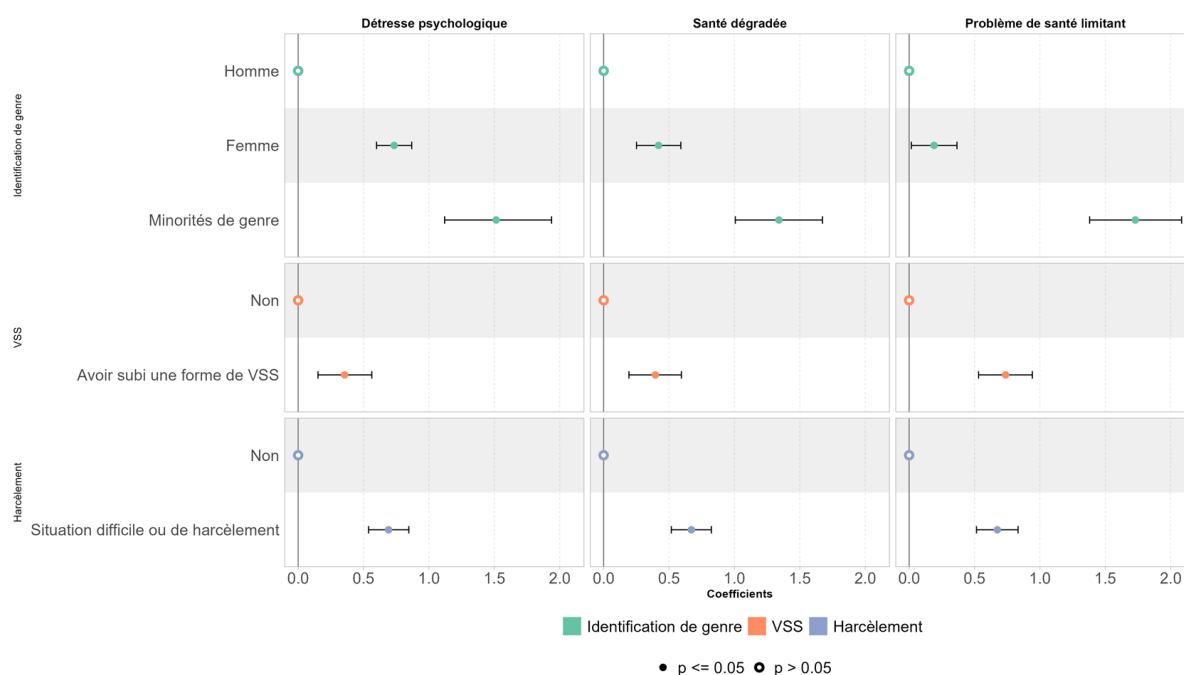


Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, origine sociale, statut de bourse, nationalité, filière d'étude, niveau d'étude

Annexe 9 - Analyses multivariées de la détresse psychologique, de la santé déclarée, d'être limité par un problème de santé (contrôlé des violences sexistes et sexuelles et des situations douloureuses ou de harcèlement)

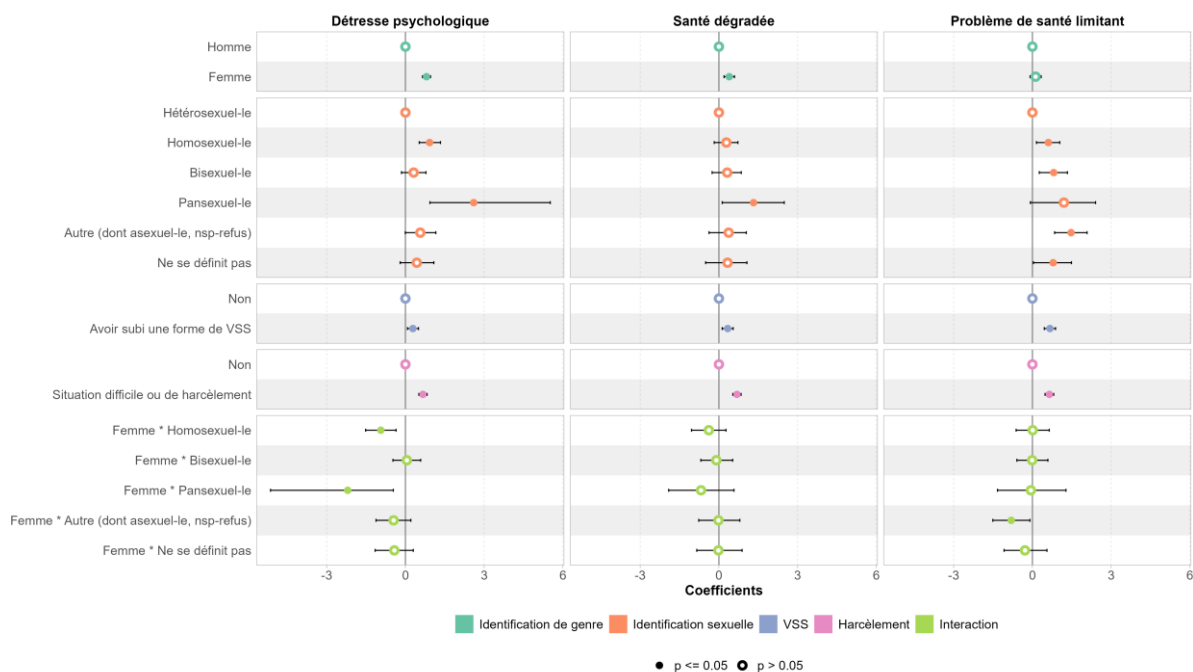


Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, origine sociale, statut de bourse, nationalité, filière d'étude, niveau d'étude, VSS, situation douloureuse ou de harcèlement

Annexe 10 - Analyses multivariées de la détresse psychologique, de la santé déclarée, d'être limité par un problème de santé (contrôlé des violences sexistes et sexuelles et des situations douloureuses ou de harcèlement)

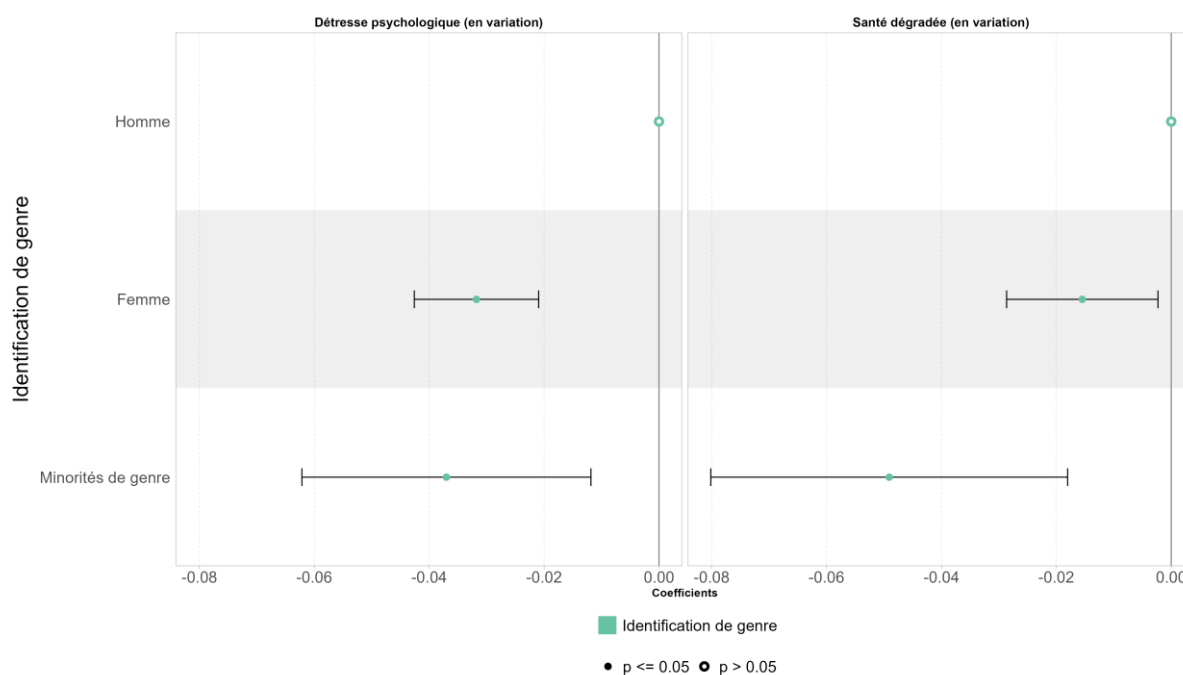


Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, origine sociale, statut de bourse, nationalité, filière d'étude, niveau d'étude, VSS, situation douloureuse ou de harcèlement

Annexe 11 - Analyses multivariées de la détresse psychologique et de la santé déclarée en variations entre 2023 et 2024

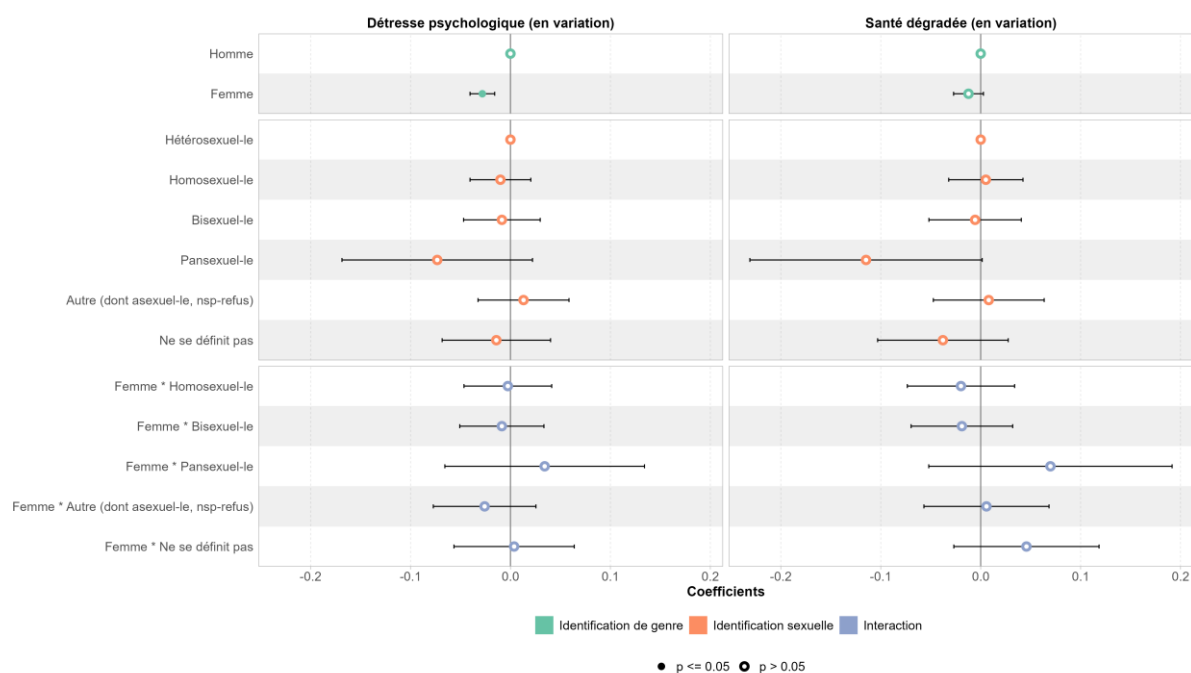


Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, origine sociale, statut de bourse, nationalité, filière d'étude, niveau d'étude

Annexe 12 - Analyses multivariées de la détresse psychologique et de la santé déclarée en variations entre 2023 et 2024



Source : enquête Bien-être et santé des étudiant·es, OVE, 2024

Champs : ensemble des étudiant·es répondant·es après nettoyage de la base

Contrôles (variables d'ajustement) : âge, origine sociale, statut de bourse, nationalité, filière d'étude, niveau d'études

Annexe 13 - Associations entre l'origine sociale et l'alimentation (échantillon redressé)

	Statut de sécurité alimentaire			Qualité de l'alimentation			Pratiques végétariennes	
	Faible sécurité vs sécurité OR (IC 95 %)	Très faible sécurité vs sécurité OR (IC 95 %)	P*	Modérée (T2) vs élevée (T3) OR (IC 95 %)	Faible (T2) vs élevée (T3) OR (IC 95 %)	P*	Non vs oui OR (IC 95 %)	P*
PCS ménage			<0,001			<0,001		<0,001
Ménages à dominante cadre	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Ménages à dominante intermédiaire	1,47 (1,18-1,83)	0,81 (0,63-1,05)		1,58 (1,32-1,90)	1,42 (1,18-1,71)		1,29 (1,06-1,58)	
Ménages à dominante employée	1,68 (1,31-2,16)	1,03 (0,78-1,38)		1,73 (1,39-2,17)	2,07 (1,67-2,58)		1,80 (1,40-2,32)	
Ménages à dominante ouvrière	1,70 (1,23-2,36)	1,33 (0,94-1,88)		2,28 (1,68-3,10)	2,44 (1,81-3,30)		3,40 (2,30-5,04)	
Ménages à dominante indépendante	1,00 (0,70-1,44)	1,38 (1,00-1,93)		1,48 (1,10-1,98)	1,66 (1,25-2,21)		1,30 (0,95-1,78)	
Ménages d'un employé ou ouvrier	1,90 (1,32-2,75)	3,02 (2,16-4,22)		2,30 (1,68-3,16)	1,61 (1,14-2,26)		1,36 (0,96-1,93)	
Ménages d'inactifs	3,07 (1,81-5,18)	2,14 (1,24-3,70)		2,56 (1,58-4,15)	0,97 (0,54-1,75)		1,40 (0,79-2,49)	
Niveau d'études des parents			<0,001			<0,001		<0,001
Enseignement supérieur	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Technique - CAP/BEP	1,19 (0,94-1,51)	1,69 (1,33-2,15)		1,25 (1,02-1,54)	1,72 (1,41-2,10)		1,97 (1,54-2,52)	
Post-bac pro (infirmier, tech. sup.)	1,27 (0,99-1,64)	0,87 (0,64-1,20)		1,25 (1,00-1,55)	1,23 (0,98-1,54)		1,27 (0,99-1,63)	
Secondaire - Bac	1,22 (0,93-1,59)	1,19 (0,88-1,61)		1,63 (1,29-2,07)	1,75 (1,37-2,23)		1,27 (0,98-1,64)	
Secondaire - BEPC	1,93 (1,40-2,66)	2,12 (1,50-3,00)		2,07 (1,51-2,82)	1,79 (1,29-2,49)		1,23 (0,88-1,72)	
Primaire ou moins	1,51 (1,06-2,19)	1,42 (0,97-2,06)		1,38 (0,97-1,94)	1,84 (1,31-2,59)		1,15 (0,80-1,65)	
Données manquantes	2,33 (1,49-3,64)	2,40 (1,50-3,83)		2,34 (1,45-3,78)	2,22 (1,36-3,61)		6,82 (2,59-17,98)	

OR, odds-ratio ; IC, intervalle de confiance

* Régression logistique multinomiale ajustée sur : sexe, âge, niveau d'études, statut boursier, nationalité, type de baccalauréat, discipline d'études.

Lecture : La PCS ménage est associée de façon significative aux trois dimensions de l'alimentation : statut de sécurité alimentaire, qualité de l'alimentation et réduction de la consommation de viande ($P < 0,001$). Comparativement aux étudiant-es issu-es d'un ménage à dominante cadre, les étudiant-es issu-es d'un ménage de catégorie inférieure sont plus susceptibles de déclarer une faible et très faible sécurité alimentaire, d'adopter une alimentation de faible qualité, et de ne pas avoir réduit leur consommation de viande.

Annexe 14 - Associations multivariées entre les conditions de vie et l'alimentation (échantillon redressé)

	Statut de sécurité alimentaire			Qualité de l'alimentation			Pratiques végétariennes	
	Faible sécurité vs sécurité OR (IC 95 %)	Très faible sécurité vs sécurité OR (IC 95 %)	P*	Modérée (T2) vs élevée (T3) OR (IC 95 %)	Faible (T2) vs élevée (T3) OR (IC 95 %)	P*	Non vs oui OR (IC 95 %)	P*
Statut de cohabitation			<0,001			<0,001		<0,001
Cohabitant-e	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Décohabitant-e partiel-le	1,52 (1,22-1,9)	1,55 (1,18-2,05)		1,37 (1,14-1,65)	1,01 (0,84-1,21)		0,77 (0,61-0,95)	
Décohabitant	1,83 (1,44-2,32)	3,67 (2,8-4,8)		1,31 (1,07-1,6)	0,84 (0,69-1,02)		0,54 (0,43-0,68)	
Données manquantes	0,59 (0,15-2,24)	1,25 (0,39-4,01)		2,62 (0,9-7,62)	2,94 (1,05-8,22)		0,85 (0,30-2,42)	
Type de logement			<0,001			0,001		<0,001
Chez ses parents	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
En colocation	1,61 (1,3-1,99)	2,35 (1,82-3,03)		1,35 (1,14-1,62)	0,97 (0,82-1,16)		0,62 (0,50-0,76)	
Vit seul-e	1,33 (0,77-2,3)	0,71 (0,32-1,54)		1,15 (0,73-1,81)	0,69 (0,41-1,17)		1,44 (0,79-2,61)	
En résidence collective	1,79 (1,36-2,36)	2,59 (1,91-3,51)		1,32 (1,04-1,68)	0,92 (0,73-1,17)		0,76 (0,57-1,00)	
Données manquantes	0,95 (0,5-1,79)	1,71 (0,94-3,14)		1,59 (1,00-2,54)	0,70 (0,41-1,20)		0,97 (0,53-1,78)	
Type d'activité rémunérée			<0,001			<0,001		0,001
Pas d'activité	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Alternance	1,34 (1,01-1,79)	0,88 (0,61-1,27)		1,49 (1,14-1,93)	1,77 (1,37-2,29)		1,35 (0,98-1,86)	
Activité liée aux études, hors alternance	0,92 (0,68-1,24)	0,59 (0,41-0,85)		0,60 (0,47-0,76)	0,78 (0,61-1)		0,69 (0,53-0,89)	
Activité occasionnelle	1,36 (1,09-1,7)	0,95 (0,73-1,22)		0,86 (0,70-1,05)	0,75 (0,61-0,93)		0,79 (0,63-0,98)	
Activité (très) concurrente	1,24 (0,86-1,78)	2,73 (2,01-3,69)		0,92 (0,68-1,24)	1,03 (0,76-1,4)		1,14 (0,80-1,62)	
Données manquantes	1,15 (0,81-1,63)	1,18 (0,82-1,7)		1,04 (0,76-1,42)	1,05 (0,77-1,43)		0,95 (0,67-1,33)	
Difficultés financières			<0,001			0,398		0,09
Pas de difficultés financières	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Légères difficultés financières	5,49 (4,14-7,26)	12,79 (6,6-24,78)		1,15 (0,96-1,37)	1,10 (0,92-1,32)		1,19 (0,97-1,45)	
Difficultés financières modérées	12,4 (9,41-16,55)	67,09 (35,35-127,3)		1,25 (1,03-1,51)	1,16 (0,96-1,42)		1,08 (0,87-1,34)	
Difficultés financières importantes	20,19 (14,22-28,68)	217,4 (112,1-421,8)		1,23 (0,95-1,6)	1,17 (0,90-1,53)		1,17 (0,87-1,58)	
Difficultés financières très importantes	102,4 (50-209,74)	1648 (677,5-4011)		1,19 (0,80-1,77)	1,50 (1,02-2,21)		0,72 (0,48-1,07)	
Données manquantes	3,70 (1,78-7,68)	11,37 (3,79-34,1)		0,89 (0,50-1,60)	0,91 (0,5-1,63)		1,72 (0,81-3,67)	
Recours à l'aide alimentaire			<0,001			0,219		<0,001
Non	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Oui	3,07 (2,36-3,99)	5,57 (4,34-7,14)		0,87 (0,69-1,11)	0,80 (0,63-1,03)		0,58 (0,45-0,74)	

OR, odds-ratio ; IC, intervalle de confiance

* Régression logistique multinomiale ajustée sur : sexe, âge, niveau d'études, statut boursier, nationalité, type de baccalauréat, discipline d'études.

Lecture : Le statut de décohabitation est associé de façon significative aux trois dimensions de l'alimentation : statut de sécurité alimentaire, qualité de l'alimentation et réduction de la consommation de viande ($P < 0,001$). Comparativement aux étudiant-es cohabitant-es, les étudiant-es décohabitant-es et décohabitant-es partiel-les sont plus susceptibles de déclarer une faible et très faible sécurité alimentaire, d'adopter une alimentation de qualité modérée, et sont moins susceptibles de ne pas avoir réduit leur consommation de viande.

Annexe 15- Associations multivariées entre le comportement alimentaire et l'alimentation (échantillon redressé)

	Statut de sécurité alimentaire			Qualité de l'alimentation			Pratiques végétariennes	
	Faible sécurité vs sécurité OR (IC 95 %)	Très faible sécurité vs sécurité OR (IC 95 %)	P*	Modérée (T2) vs élevée (T3) OR (IC 95 %)	Faible (T2) vs élevée (T3) OR (IC 95 %)	P*	Non vs oui	P*
Fréquence de cuisine			0,127			<0,001		0,0009
Au moins 1 fois par jour	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Au moins 1 fois par semaine	1,18 (1,00-1,40)	0,96 (0,80-1,16)		1,40 (1,21-1,63)	1,55 (1,33-1,81)		1,10 (0,93-1,30)	
Moins d'1 fois par semaine	0,86 (0,62-1,2)	1,11 (0,8-1,55)		1,14 (0,86-1,52)	1,86 (1,43-2,43)		1,91 (1,33-2,75)	
Accompagnement pendant les repas			<0,001			0,126		0,0001
Accompagné-e	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Seul-e	1,68 (1,43-1,98)	2,87 (2,4-3,44)		0,98 (0,85-1,13)	0,87 (0,75-1,01)		0,73 (0,63-0,86)	
Nombre de repas par jour			<0,001			<0,001		0,873
1	2,61 (1,82-3,75)	12,04 (8,61-16,85)		1,52 (1,11-2,08)	1,61 (1,17-2,23)		1,05 (0,74-1,48)	
2	1,62 (1,37-1,92)	3,91 (3,14-4,87)		1,44 (1,24-1,67)	1,80 (1,55-2,09)		1,08 (0,92-1,28)	
3	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
4	0,79 (0,52-1,21)	0,53 (0,25-1,14)		1,07 (0,78-1,47)	1,06 (0,76-1,48)		0,93 (0,66-1,33)	
5	0 (0-0)	9,02 (1,29-63,08)		5,73 (0,37-87,62)	2,12 (0,1-46,13)		1,11 (0,07-17,39)	
Prise des repas à heures fixes			<0,001			<0,001		0,943
Oui	1,00	1,00		1,00	1,00		1,00	
Non	1,64 (1,39-1,94)	2,97 (2,48-3,56)		1,54 (1,32-1,79)	1,89 (1,62-2,2)		1,01 (0,85-1,19)	

OR, odds-ratio ; IC, intervalle de confiance

* Régression logistique multinomiale ajustée sur : sexe, âge, niveau d'études, statut boursier, nationalité, type de baccalauréat, discipline d'études.

Lecture : La prise des repas à heures fixes est associée de façon significative aux trois dimensions de l'alimentation : statut de sécurité alimentaire, qualité de l'alimentation et réduction de la consommation de viande ($P < 0,001$). Comparativement aux étudiant-es prenant leur repas à heures fixes, les étudiant-es ne prenant pas leur repas à heures fixes sont plus susceptibles de déclarer une faible et très faible sécurité alimentaire, une alimentation de moindre qualité, et de ne pas avoir réduit leur consommation de viande.

