

Pélissier, Aurore; Alowou, Amèvi Patrice; Ataké, Esso-Hanam

Working Paper

Renoncer aux soins : Une étude sur le campus de l'université de Lomé au Togo pour mieux comprendre les comportements de santé des étudiants

FERDI Document de travail, No. P332

Provided in Cooperation with:

Fondation pour les études et recherches sur le développement international (FERDI), Clermont-Ferrand

Suggested Citation: Pélissier, Aurore; Alowou, Amèvi Patrice; Ataké, Esso-Hanam (2023) : Renoncer aux soins : Une étude sur le campus de l'université de Lomé au Togo pour mieux comprendre les comportements de santé des étudiants, FERDI Document de travail, No. P332, Fondation pour les études et recherches sur le développement international (FERDI), Clermont-Ferrand

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/297816>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Renoncer aux soins : une étude sur le campus de l'université de Lomé au Togo pour mieux comprendre les comportements de santé des étudiants

Aurore PÉLISSIER, Amèvi Patrice ALOWOU,
Esso-Hanam ATAKÉ

- ➔ AURORE PÉLISSIER, auteure correspondante.
Laboratoire d'Économie de Dijon (LEDi), université Bourgogne-Franche-Comté et Research fellow à la Ferdi. aurore.pelissier@u-bourgogne.fr
- ➔ AMÈVI PATRICE ALOWOU, Laboratoire d'Économie de Dijon (LEDi), université Bourgogne-Franche-Comté.
- ➔ ESSO-HANAM ATAKÉ, Département d'Économie, université de Lomé, Togo.

Résumé

Au Togo, la majorité des étudiants sont exclus du système national d'assurance maladie. Pourtant, les enjeux en termes d'accès et d'utilisation des soins préventifs et curatifs sont forts, d'autant que les étudiants font face à des conditions économiques précaires et des besoins de santé spécifiques et importants. À partir de données issues d'une enquête auto-administrée en ligne aux étudiants de l'université de Lomé en juillet 2021, nous estimons le taux de renoncement aux soins et analysons via un modèle Heckit les facteurs qui peuvent expliquer ces comportements. ... / ...

Mots-clés : renoncement aux soins, étudiants, Togo.

Codes JEL : I13, I14.

... /... Parmi les 760 étudiants retenus pour l'analyse, 72 % ont déclaré avoir renoncé aux soins : 54 % ont eu recours à l'automédication tandis que 46% ne se sont pas du tout soigné. Plusieurs facteurs influencent les comportements des étudiants : i) le fait d'être une femme, le niveau d'éducation du père et la possession d'une assurance maladie sont des facteurs qui protègent contre le renoncement aux soins alors qu'un état de santé dégradé va le favoriser, ii) le niveau d'éducation de l'étudiant et de son père, la possession du permis de conduire et la confession religieuse sont en faveur d'un comportement d'automédication plutôt qu'un renoncement total aux soins.

1 INTRODUCTION

Dans cette étude, ce sont les comportements de renoncement aux soins des étudiants de l'université de Lomé (Togo) qui concentrent notre attention, sur la base de données issues d'une enquête *ad hoc*. Il s'agira de mettre en évidence les facteurs qui favorisent ou, au contraire, limitent le renoncement aux soins des étudiants.

Parmi les jeunes, les étudiants constituent une population singulière, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, les étudiants sont à même d'effectuer des choix de santé pour eux-mêmes. D'autre part, les étudiants sont exposés à des risques spécifiques¹ (Hampshire *et al.*, 2015 ; O'Higgins, 2017), ce qui suggère qu'ils ont des besoins de santé spécifiques, notamment en termes de prévention des comportements à risques. Enfin, une part non négligeable des étudiants, en majorité des étudiantes, fait face à des conditions économiques précaires pouvant favoriser un état de santé dégradé, des besoins de santé importants et des comportements de renoncement aux soins, notamment en ce qui concerne les soins gynécologiques. Pourtant, il y a encore trop peu d'études sur ces sujets, en particulier en Afrique subsaharienne.

Les jeunes du monde entier sont confrontés à d'importants problèmes de santé et à des obstacles dans l'accès et le recours aux soins. C'est en Afrique subsaharienne que vit la plus forte proportion d'adolescents et de jeunes dans le monde, mais c'est aussi en Afrique subsaharienne que leur état de santé est le plus critique (Hampshire *et al.*, 2015). Dans le monde, 1,5 million d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans sont décédés en 2019 (OMS, 2021). La probabilité moyenne, à l'échelle mondiale, qu'un enfant de 10 ans meure avant l'âge de 24 ans est six fois plus élevée en Afrique subsaharienne que dans le reste du monde (OMS, 2021). Les jeunes représentent pourtant un enjeu majeur pour les pays en développement, particulièrement dans la perspective des objectifs du développement durable. Ils seront les travailleurs et les parents de demain dans des économies fragilisées. Parmi les 1,8 milliard de jeunes² que l'on dénombre dans le monde, 90 % vivent dans les pays en développement (UNFPA, 2014). Les projections (Nations Unies, 2019a) prévoient une croissance de 62 % de cette population d'ici à 2050 dans les 47 pays les moins développés³. La santé des jeunes constitue ainsi un défi majeur, particulièrement dans les pays en développement, et notamment au Togo.

Au Togo, les jeunes représentaient 19,6 % de la population en 2019 (Nations Unies, 2019b). En 2015, la mortalité des jeunes s'élevait à 332 décès pour une population de 100 000 jeunes au Togo (OCDE,

¹ Les comportements à risques (consommation de tabac, d'alcool, de substances illicites, maladies sexuellement transmissibles, dépression et risques de suicide...) touchent particulièrement les jeunes, qui en subissent les répercussions dans leur vie d'adulte (OMS, 2021).

² Personnes âgées de 15 à 24 ans selon la définition des Nations Unies.

³ Dont le Togo fait partie.

2017), un taux largement supérieur à la moyenne mondiale (qui s'élève à 149 pour 100 000). À notre connaissance, aucune étude n'a porté sur le renoncement aux soins des étudiants au Togo. Quelques données sur la situation économique des étudiants sont néanmoins disponibles et laissent entrevoir l'intérêt de collecter des données spécifiques. Un rapport du Bureau International du Travail a montré qu'une grande partie des étudiants togolais fait face à des difficultés économiques (Elder et Koné, 2014). Certains étudiants issus des couches défavorisées doivent ainsi travailler en sus de leurs études en s'engageant dans des activités mal rémunérées. Cette précarité se ressent davantage pour les jeunes femmes étudiantes (Atitsogbe *et al.*, 2016 ; King et Hill, 1993). Ces résultats ne sont pas spécifiques au Togo ou aux pays en développement ; on les retrouve dans de nombreux pays, mêmes développés (Boarini *et al.*, 2006; Castry *et al.*, 2019). Néanmoins, les situations de précarité économique combinées à la faiblesse de la protection financière contre le risque de maladie peuvent exacerber les problèmes de renoncement aux soins dans des pays comme le Togo.

Depuis une quinzaine d'années, le Togo a développé des politiques dédiées aux jeunes. En 2010, un ministère consacré à la promotion de la jeunesse et à l'emploi des jeunes a été créé. Deux politiques majeures ont été développées : la politique nationale de jeunesse (PNJ), assortie d'un plan d'action opérationnel (PAO) actualisé pour la période 2014-2017, et le plan stratégique national pour l'emploi des jeunes (PSNEJ) couvrant la période 2013-2017. Toutefois, les actions menées couvrent principalement le domaine de l'emploi au détriment d'autres secteurs sociaux tels que la santé. En 2011, le gouvernement togolais a entrepris une réforme qui a abouti à l'instauration d'un Régime National d'Assurance Maladie (RNAM). Ce régime est géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). La principale raison de la mise en œuvre du RNAM a été, comme dans de nombreux pays en développement, la volonté de diminuer, voire de supprimer, les barrières financières à l'accès aux soins. Les étudiants (tout comme les travailleurs du secteur privé et du secteur informel) ne sont cependant pas encore couverts par le RNAM, dont le développement se fait de façon progressive. En 2019, l'INAM a lancé un programme pilote d'assurance maladie à l'intention des étudiants défavorisés. Ce programme permet, pour l'instant, la prise en charge de 500 étudiants (soit moins de 1 % des étudiants de l'université de Lomé).

Étudier le renoncement aux soins permet d'appréhender la performance d'un système de santé et de s'intéresser aux inégalités dans le recours aux soins (Jalilian *et al.*, 2021 ; Röttger *et al.*, 2016). Lorsqu'on s'intéresse au renoncement aux soins, on se heurte néanmoins à l'absence d'une définition unique (Després *et al.*, 2011) eu égard à la difficulté de cerner son objet, ses raisons et ses formes (Chauveaud, 2013). Le renoncement fait référence à la non-satisfaction de besoins de santé et son expression revêt des formes multiples. Il peut s'agir d'une absence de soins, d'une absence de suivi médical, d'une inobservance des recommandations, des prescriptions ou encore d'un recours à l'automédication (Collet *et al.*, 2006 ; WHO, 2000). Les motifs de renoncements peuvent être distingués en deux types : le renoncement-barrière et le renoncement-refus (Després *et al.*, 2011). Le renoncement-barrière fait référence aux facteurs qui peuvent entraver l'accès aux soins de santé, parmi lesquels on retrouve les barrières informationnelles, géographiques, organisationnelles, mais aussi les barrières financières. Le renoncement-refus fait quant à lui référence à une volonté de l'individu de ne pas recourir aux soins. Souvent, en sciences sociales, et notamment dans le champ de l'économie de la santé, on rapporte au vocable de renoncement aux soins la notion de non-recours qui embrasse largement le renoncement (Després *et al.*, 2011). C'est sous cet angle que nous le définirons dans cette étude : le renoncement aux soins est approché par le non-recours à des services de soins alors même que l'individu exprime des besoins de santé. Le renoncement aux soins pourra alors se traduire à la fois par des comportements d'automédication ou bien par une absence totale de soins, qui représentent tous deux des enjeux majeurs de santé publique.

En effet, le renoncement aux soins a de multiples conséquences. Nous pouvons notamment citer : un recours accru aux urgences à long terme, une progression de la maladie ou la nécessité d'un traitement plus complexe qui peuvent être fatals ou invalidants, une augmentation des dépenses de santé (Jalilian

et al., 2021 ; Röttger *et al.*, 2016). L'automédication, qui est l'une des formes de renoncement aux soins, présente des risques importants pour les usagers. L'automédication est le fait qu'un individu recoure à un médicament, de sa propre initiative ou de celle d'un proche, dans le but de soigner une infection ou un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir recours à un professionnel de santé (OMS, 2000). Si l'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'automédication sous une forme « responsable » car elle peut être une réponse aux barrières à l'accès aux soins ou à la saturation des services de santé, elle présente néanmoins des risques pour l'utilisateur : autodiagnostic erroné, mauvais choix de thérapie, effets indésirables graves et décès possible. L'utilisation abusive de l'automédication accroît en outre la résistance aux antimicrobiens. Selon de récentes estimations⁴, d'ici 2030, 24 millions de personnes supplémentaires pourraient tomber dans l'extrême pauvreté en raison de la résistance aux antimicrobiens dans le monde. À cela, se rajoutent les problèmes de contrefaçon de médicaments qui se posent dans de nombreux pays en développement.

Si la santé des étudiants et leurs comportements de santé sont encore aujourd'hui mal connus, notre étude s'inscrit dans une littérature en pleine expansion, notamment en ce qui concerne les pays d'Afrique subsaharienne. Une enquête sur le campus de l'université de l'Ouganda en 2005 a montré que deux étudiants sur cinq déclaraient avoir renoncé aux soins médicaux et qu'un étudiant sur cinq déclarait des besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle (Boltena *et al.*, 2012). En Côte d'Ivoire, Inghels *et al.* (2017) ont montré que les principales barrières d'accès aux soins des étudiants étaient la perception du coût élevé de ces services et le manque d'information. Les principaux problèmes de santé déclarés par les jeunes étudiants étaient le paludisme (54 %), les infections respiratoires (45 %), les problèmes de constipation (28 %) et les troubles psychologiques (26 %). En Éthiopie, des facteurs individuels (genre et religion), géographiques (accessibilité des établissements de santé) et financiers (revenu et assurance maladie) expliquent les comportements d'automédication des étudiants (Kifle *et al.*, 2021).

Qu'en est-il alors au Togo ? Combien d'étudiants renoncent aux soins alors même qu'ils ressentent un besoin de santé ? Quelle forme prend ce renoncement : les étudiants pratiquent-ils l'automédication ou bien abandonnent-ils totalement toute idée de se soigner ? Pour quelles raisons ? Et quels sont les facteurs qui peuvent favoriser ou non ces comportements ?

La suite de l'article présentera le système national d'assurance maladie dans la section 2, les données dans la section 3, la méthodologie dans la section 4 et les résultats dans la section 5. Ceux-ci seront ensuite discutés dans la section 6, et la section 7 conclura.

2 DESCRIPTION DU SYSTÈME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE

En 2011, par la loi n°2011-003 du 18 février 2011, le Togo a créé un Régime National d'Assurance Maladie. Ce régime est géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). L'INAM, opérationnel depuis 2012, constitue la porte d'entrée dans le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) au profit des agents publics, parapublics et assimilés en activité ou en retraite, ainsi que leurs ayants droits. Le principal objectif de l'assurance maladie obligatoire vise à fournir des soins de santé de qualité et une protection financière aux ménages inscrits en couvrant les risques liés aux maladies. Au Togo, 4 % de la population est couverte par l'assurance maladie obligatoire (CARESP, 2019). Par ailleurs, la seule source de financement de l'AMO est la cotisation des agents assujettis. Cette cotisation est de 7 % du salaire de l'agent en activité répartie à part égale entre l'employeur et le salarié ; soit 3,5 % chacun. Pour les bénéficiaires de pensions de retraite, de veuvage et d'orphelin, la cotisation représente 3,5 % du montant de la pension. Le pourcentage de prise en charge des

⁴ <https://www.who.int/fr/news/item/29-04-2019-new-report-calls-for-urgent-action-to-avert-antimicrobial-resistance-crisis>

prestations varie de 80 à 100 % en fonction du type de service demandé par l'assuré. Malgré ces mesures, les assurés rencontrent en pratique des difficultés liées au rejet de la prise en charge par certains hôpitaux, à la faible disponibilité de certains médicaments, à des démarches administratives trop lourdes ou au retard dans le remboursement des prestations (Atake, 2020; Atake et Amendah, 2018).

En 2019, l'INAM a lancé un programme pilote d'assurance maladie à l'intention des étudiants défavorisés. Ce programme permet, pour l'instant, la prise en charge de 500 étudiants (soit moins de 1 % des étudiants de l'université de Lomé). Ce programme devrait être étendu à tous les étudiants des deux universités publiques. Le critère de sélection est basé sur l'excellence et le fait d'avoir perdu l'un et/ou les deux de ses parents. Ce programme est financé par l'INAM.

Quant aux assurances privées, elles couvrent 2 % de la population togolaise (CARESP, 2019). Elles représentent 2,3 % des dépenses totales de santé. Le niveau des primes et le nombre de membres de famille à bénéficier de la couverture des soins de santé dépendent de la capacité financière des ménages. Il faut noter qu'il y a eu une baisse de 10 % des bénéficiaires entre 2018 et 2019 et cette baisse s'est poursuivie en 2020. Cette baisse s'explique en partie par la perte d'emploi et au non-renouvellement des contrats par les entreprises qui ont été impactées par la COVID 19.

En ce qui concerne les mutuelles de santé (MSA) et les groupements de personne morale de droit privé à but non lucratif, ces dispositifs couvraient 1,6 % de la population Togolaise en 2013 (CARESP, 2019). Les MSA sont très peu développées au Togo comparativement aux autres pays de l'Afrique subsaharienne. Les sources de financement des mutuelles de santé proviennent en général des cotisations collectées et spécifiquement des subventions de quelques partenaires techniques et financiers.

Dans le cadre de l'accès et de l'utilisation de soins de santé, le gouvernement togolais a mis en place certaines initiatives gratuites de prise en charge des élèves et des femmes enceintes. Il s'agit du programme School Assur et le programme Wezou (République togolaise, 2020).

Au Togo, en 2019, on estime à 7,6 % la population qui est couverte par un dispositif assurantiel. Par ailleurs, les étudiants et les chômeurs sont quasiment exclus du dispositif assurantiel.

3 DONNÉES

3.1 Enquête

Le présent article s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large⁵ sur les besoins de santé, les habitudes de vie et de recours aux soins des étudiants de l'université de Lomé. Les données sont issues d'une enquête *ad hoc* développée spécifiquement par deux équipes investigatrices : l'Équipe d'Économie de la Santé du Laboratoire d'Économie de Dijon (LEDi) de l'université de Bourgogne (France) et l'Équipe d'Analyse Économique des Politiques Publiques de l'université de Lomé (Togo).

L'université de Lomé compte environ 60 000 étudiants ; c'est la première université publique du Togo. Un questionnaire auto-administré en ligne⁶ a été diffusé sur le campus de l'université du 2 au 10 juillet

⁵ L'étude a obtenu l'aval du comité d'éthique de l'université de Lomé. Elle a fait l'objet d'une déclaration au registre auprès du délégué à la protection des données de l'université de Bourgogne (France). La participation à l'enquête était totalement libre, volontaire et anonyme. Un consentement éclairé a été obtenu, conformément à l'article 6 (1) du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

⁶ Via Lime Survey.

2021⁷. Si le questionnaire est singulier, nous nous sommes appuyés pour le développer sur des questionnaires existants tels que l'enquête santé dans le monde en 2002 et le questionnaire de l'enquête I-Share (Castray *et al.*, 2019)⁸. Ainsi, au travers de 68 questions⁹, les étudiants ont répondu à des questions qui visaient à mettre en évidence : s'ils avaient ressenti des besoins de santé au cours des six derniers mois ; s'ils avaient consulté la dernière fois qu'ils avaient ressenti un besoin de santé et auprès de qui ; ou bien s'ils avaient renoncé et pour quelles raisons. Des éléments relatifs à leur état de santé, leur hygiène de vie et leur comportement, notamment en termes de prévention, étaient aussi abordés, de même que des questions permettant de collecter un certain nombre de caractéristiques socio-économiques (notamment la couverture assurancielle). Dans l'exploitation que nous réalisons ici, nous nous intéressons plus particulièrement aux questions liées au renoncement aux soins des étudiants (Annexe 1).

3.2 Taille de l'échantillon

La détermination de la taille minimale de l'échantillon repose sur la méthode proposée par Lwanga *et al.* (1991). La taille de l'échantillon est calculée de la façon suivante : $n = Z_{1-\alpha/2}^2(1 - P)P/\varepsilon^2$; avec un niveau de confiance de 95 %, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Le degré de précision (ε) est de 5 % et P représente la prévalence du non-recours aux soins. À notre connaissance, il n'existe aucune étude sur le taux de non-recours aux soins des étudiants togolais qui nous permettrait de fixer P. De ce fait, nous nous appuyons sur les prévalences estimées dans deux études : l'une à l'université de Houphouët-Boigny en Côte d'Ivoire (Inghels *et al.*, 2017), l'autre au Burkina Faso (Yaogo *et al.*, 2014) au centre hospitalier universitaire de Ouagadougou. Le Togo, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire sont tous trois des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine et de la Communauté économique des états de l'Afriques de l'Ouest. Le Togo et le Burkina Faso sont tous deux des pays à revenu faible, et la Côte d'Ivoire, un pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure. Les problématiques d'accès aux soins sont donc assez proches ; nous faisons l'hypothèse d'une prévalence du non-recours comparable : elle s'élevait à 60 % dans l'étude de Inghels *et al.* (2017) et à 44 % dans celle de Yaogo *et al.* (2014). Nous retenons l'hypothèse haute de 60 % pour notre étude, correspondant ainsi à un minimum de 369 observations. Notre échantillon final retient 760 répondants¹⁰, soit plus de deux fois la taille minimale requise.

4 ANALYSES ÉCONOMÉTRIQUES

Notre objectif est de mettre en évidence les facteurs qui favorisent ou défavorisent le renoncement aux soins des étudiants de l'université de Lomé. Deux modalités de renoncement aux soins nous intéressent : le recours à l'automédication (que l'on pourrait assimiler à un non-recours modéré car l'individu cherche quand même à se soigner, mais ne consulte pas) et le fait de ne pas se soigner du tout (que l'on pourrait assimiler à une forme de non-recours extrême). Pour modéliser ces comportements, nous développons un modèle fondé sur le cadre d'analyse théorique du modèle

⁷ La diffusion a été assurée par des étudiants délégués et des enseignants. Des temps dédiés durant les cours ont permis aux étudiants de prendre le temps de répondre au questionnaire s'ils le souhaitaient. Les étudiants qui remplissaient le questionnaire en présentiel ont pu être assistés par des étudiants délégués mobilisés pour la collecte.

⁸ Le questionnaire a été pré-testé auprès de dix étudiants. Ce pré-test nous a permis de tester la compréhension et la formulation des questions, les modalités de choix proposées et le temps de passation.

⁹ Les 68 questions étaient réparties dans différents modules thématiques : Note d'information et consentement, Caractéristiques individuelles, Caractéristiques familiales, Situation financière et couverture assurancielle, État de santé, Recours aux soins curatifs en cas de besoin de santé, Vie sexuelle, Suivi gynécologique (pour les femmes uniquement).

¹⁰ Au total, 824 personnes ont répondu aux questionnaires. 64 répondants se sont arrêtés au milieu du questionnaire. Après nettoyage de la base de données, 760 répondants ont été conservés.

comportemental d'Andersen (1968) que nous estimons au moyen d'un probit avec sélection, également appelé un modèle Heckit (Heckman, 1979).

Dans le modèle comportemental d'Andersen (1968), l'utilisation des services de santé peut être influencée par trois principaux facteurs : i) de prédisposition, ii) d'habilitation et iii) de besoin. Les facteurs prédisposants existent avant l'apparition de la maladie. Il s'agit par exemple de l'âge, du sexe, de la religion et des valeurs concernant la santé et la maladie, des croyances en matière de santé et d'éducation. Les facteurs d'habilitation rassemblent essentiellement les ressources dont disposent les individus pour faire face aux besoins de soins. Il s'agit par exemple du statut assurantiel, du revenu, du lieu de vie, de la disponibilité et de l'accès aux services de santé tels que mesurés par la distance entre les centres de santé et le lieu de vie de ménages ou encore par le temps d'attente pour consulter un soignant. Enfin, les facteurs de besoin se rapportent à l'état de santé des individus tels que l'état de santé auto-déclaré et le fait de souffrir d'une maladie chronique.

Afin de corriger les potentiels biais de censure et de sélection, l'approche de Heckman, proposée en 1979 et améliorée par Van de Ven et Van Praag (1981) est utilisée. Conformément à Heckman (1979) et Van de Ven et Van Praag (1981), l'équation du renoncement aux soins encore appelée équation de sélection s'écrit :

$$y_{1i} = k_{1i} + x_{1i} \gamma + \mu_{1i} > 0 \quad (1).$$

La variable dépendante y_1 est codée « 1 » si la dernière fois qu'il a exprimé un besoin de santé l'individu a renoncé aux soins et « 0 » s'il a déclaré avoir consulté. Dans cette équation, k_{1i} représente la variable de sélection, x_{1i} variables explicatives, γ coefficients des variables explicatives et μ_{1i} le terme d'erreur.

L'équation d'intérêt, qui représente le fait de ne pas se soigner du tout ou de recourir à l'automédication (y_{2i}), s'écrit $y_{2i} = x_{2i} \beta + \varepsilon_{2i} > 0 \quad (2)$.

La variable expliquée de l'équation (y_{2i}) n'est observable que si $y_{1i} = 1$. La variable y_{2i} est codée « 1 » si l'individu ne s'est pas du tout soigné et « 0 » s'il a pratiqué l'automédication.

Dans ces deux équations, μ_1 suit une loi normale $N(0, 1)$ et ε_{2i} suivent une loi normale $N(0, \sigma)$, avec $\text{corr}(\varepsilon_{2i}, \mu_{1i}) = \rho$; $\rho = \frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+\rho}{1-\rho} \right)$.

Étant donné notre cadre d'analyse théorique et notre stratégie empirique, nous incluons les variables suivantes dans l'équation :

- i) d'intérêt : sexe, niveau d'éducation, religion, possession du permis de conduire, revenu, statut assurantiel, état de santé déclaré, taille du ménage et niveau d'éducation du père¹¹ ;
- ii) de sélection : toutes les variables de l'équation d'intérêt plus une variable (le temps d'attente¹²), qui est censée affecter l'équation de sélection, contrairement à l'équation d'intérêt.

Le test de Wald, réalisé conformément à Dubin et Rivers (1989), indique un rejet de l'hypothèse nulle d'indépendance entre les équations de sélection et d'intérêt. L'estimation des déterminants de l'automédication sans correction du biais de sélection conduirait à des résultats biaisés, justifiant ainsi le choix du probit de sélection de Heckman.

¹¹ La colinéarité entre les variables « niveau d'éducation du père » et « niveau d'éducation de la mère » nous contraint à effectuer un choix. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les valeurs de la log-vraisemblance et du test de Wald des deux estimations, ce qui nous a conduit à retenir uniquement la variable « niveau d'éducation du père ».

¹² Les délais d'attente – trop longs – chez les professionnels de santé constituent l'une des raisons de non-recours aux soins déclarée par les étudiants.

La robustesse des estimations est testée sur un échantillon restreint. Il s'agira d'exclure les répondants qui ont déclaré avoir renoncé aux soins pour des raisons liées à des symptômes légers ne nécessitant – selon leur propre appréciation – ni médicaments ni consultations, soit 5 % de notre échantillon (38 individus).

5 RÉSULTATS

5.1 Portrait des étudiants

Les caractéristiques des étudiants ayant répondu aux questionnaires sont présentées dans le tableau 2 (Annexe 3).

Pour 77 % des répondants, le niveau de diplôme le plus élevé est le baccalauréat, avec un étudiant sur deux titulaire d'un baccalauréat scientifique (série C ou D). 84 % de nos répondants sont inscrits en licence (années 1 à 3), 14 % en master (années 1 ou 2) et moins de 3 % en doctorat. La structure des inscrits à l'université de Lomé est similaire : une majorité d'étudiants est inscrite en licence (93 % selon la DAAS).

Moins de 5 % des étudiants déclarent vivre en couple. Les étudiants vivent en majorité chez leurs parents (68 %). Le niveau d'éducation des pères est réparti comme suit : 18 % n'ont aucun niveau d'éducation, 15 % ont un niveau primaire, 44 % ont un niveau secondaire (collège et/ou lycée) et 22 % ont un niveau universitaire. Quant aux mères : 30 % n'ont aucun niveau d'éducation, 29 % ont un niveau primaire, 36 % ont un niveau secondaire et 6 % ont un niveau universitaire.

La situation financière des étudiants est contrastée. Ils sont plus de 46 % à déclarer bénéficier du soutien financier de leur famille, 2 % à déclarer bénéficier d'une bourse de l'État et 15 % d'une allocation de secours (aide accordé aux non boursiers respectant les critères fixés par l'État). Par ailleurs, plus de 20 % des étudiants déclarent exercer une activité rémunératrice de revenu temporaire. Il s'agit des petits « jobs » de survie tels que : chargés des cours à domicile, conducteur de taxi moto, vendeur de friperie au marché, aides maçons, etc. Ils sont 46 % à n'avoir qu'une seule source de revenu, 17 % à cumuler deux sources de revenu et 36 % à cumuler plus de deux sources de revenu. Par ailleurs, parmi les 68 % qui ont déclaré vivre chez leurs parents, 3 % n'ont aucune source de revenu, 65 % d'entre eux ont une source de revenu, 25 % ont deux sources de revenu et 7 % en ont plus de 2.

Nous avons aussi demandé aux étudiants s'ils possédaient certains types d'équipements, ainsi que le permis de conduire. Ils possèdent : un smartphone (86%), un ordinateur (44 %), une tablette (5 %), un motorcycle (16 %), une voiture (1 %), le permis de conduire (8 %).

Peu d'étudiants sont protégés face aux risques financiers liés à la maladie. Seulement 11 % des étudiants déclarent être couverts par une assurance maladie : parmi ceux-ci plus de 50 % par l'AMO via l'affiliation de leurs parents, 43 % par une assurance privée et 2 % bénéficient du programme pilote de l'INAM dédié aux étudiants. 3 % des étudiants ont déclaré ne pas savoir ce qu'est une assurance maladie. Enfin, parmi ceux qui ont une assurance maladie, un peu de moins de 4 % des étudiants déclarent avoir en sus une assurance complémentaire.

Concernant leur état de santé, 38 % des étudiants déclarent un très bon ou bon état de santé, 50 % un état de santé moyen et 12 % un état de santé mauvais, voire très mauvais. Parmi les étudiants qui déclarent un état de santé moyen, 53 % sont des femmes. Par ailleurs, 22 % des répondants déclarent souffrir d'une maladie chronique.

5.2 Comportements de renoncement aux soins des étudiants

Les principales statistiques descriptives concernant le renoncement aux soins des étudiants interrogés sont rassemblées dans le tableau 3 (Annexe 3). Lorsqu'on demande aux étudiants ce qu'ils ont fait la

dernière fois qu'ils ont ressenti un besoin de santé, ils sont 72 % à déclarer avoir renoncé aux soins : 38 % ont fait de l'automédication et 34 % ne se sont pas du tout soignés.

Ceux qui renoncent aux soins : sont majoritairement des hommes (68 %) ; souffrent d'une maladie chronique (23 %) ; ne sont pas couverts par une assurance maladie (91 %) ; sont des étudiants inscrits en cycle licence (86 %). Comme attendu, la principale raison de non-recours aux soins est d'ordre financier (74 %). D'autres raisons expliquent le renoncement aux soins : avoir des symptômes légers (27 %) ; vouloir attendre (19 %) ; manquer de temps (3 %) ; devoir attendre trop longtemps pour accéder à des professionnels de santé (4 %).

5.3 Déterminants du renoncement aux soins des étudiants

Nos estimations font apparaître deux catégories de facteurs : (i) des facteurs protecteurs, qui sont des facteurs diminuant la probabilité de renoncer aux soins (le coefficient associé à la variable est alors significatif et négatif) et (ii) des facteurs non protecteurs qui augmentent la probabilité de renoncer aux soins (le coefficient associé à la variable est alors significatif et positif).

Nos estimations permettent de répondre à deux questions :

- Quels sont les facteurs qui influencent le renoncement aux soins des étudiants ?

Ici, nous interprétons les résultats issus de l'estimation de l'équation de sélection qui nous permet de mettre en évidence les facteurs influençant le fait de ne pas avoir consulté (donc d'avoir renoncé aux soins) la dernière fois qu'un besoin de santé s'est fait ressentir (annexe : tableau 1, colonne 1). Le fait d'être une femme, le niveau d'éducation de l'étudiant et celui du père, le fait de posséder le permis de conduire et une assurance maladie sont des facteurs protecteurs contre le renoncement aux soins. D'autres facteurs favorisent le renoncement aux soins. Il s'agit, dans nos estimations, de l'état de santé déclaré par les étudiants et du fait d'avoir renoncé aux soins en raison de délais d'attente jugés trop longs.

- Quels sont les facteurs qui influencent le choix de renoncer totalement plutôt que de recourir à l'automédication ?

Ici, nous interprétons les résultats issus de l'estimation de l'équation d'intérêt qui nous permet de mettre en évidence les facteurs qui – lorsque le répondant a renoncé aux soins – influencent le fait de ne pas se soigner du tout en comparaison du recours à l'automédication (annexe : tableau 1, colonne 2). Les facteurs non protecteurs de ne pas se soigner du tout sont : l'état de santé déclaré par les étudiants, pour ceux qui ont déclaré être de confession traditionnelle. Les facteurs protecteurs de ne pas se soigner du tout sont : le niveau d'éducation de l'étudiant et celui du père, le fait d'avoir un permis de conduire et le niveau de revenu des étudiants.

6 DISCUSSION

Nous nous sommes intéressés aux comportements de renoncement aux soins des étudiants. 72 % des étudiants interrogés déclarent avoir renoncé aux soins la dernière fois qu'ils ont ressenti un besoin de santé. Ce renoncement correspond, pour 54 % d'entre eux, à la pratique de l'automédication, et 46 % ne se sont pas soignés du tout. Le renoncement semble donc plus élevé à l'université de Lomé qu'à l'université de Houphouët-Boigny, en Côte d'Ivoire (Inghels *et al.*, 2017), et à l'Université de Ouagadougou, au Burkina Faso (Yaogo *et al.*, 2014), où les taux s'élèvent respectivement à 60 % et 44 %. Une étude menée en Irak estime quant à elle un taux de renoncement aux soins très élevé, s'élevant à 92 % (Al-Ameri *et al.*, 2017).

1.1 Discussion des facteurs qui influencent le renoncement aux soins

Les comportements de renoncement aux soins diffèrent entre les hommes et les femmes. Les femmes ont une plus faible probabilité de renoncer aux soins que les hommes. Ce résultat est retrouvé dans l'étude réalisée par Inghels *et al.* (2017) à l'université Houphouët-Boigny, en Côte d'Ivoire. Les besoins en soins de santé sont généralement plus importants pour les femmes que pour les hommes. Généralement, ces dernières sont plus soucieuses de leur état de santé que les hommes, par conséquent, elles auraient tendance à moins renoncer aux soins qu'eux (Polton, 2016).

Contrairement à nos attentes et à l'étude réalisée au Togo auprès des ménages assurés par Atake (2020), nos résultats montrent que plus l'état de santé se dégrade, plus la probabilité de renoncer aux soins augmente. D'après Atake (2020), le manque de moyen financier était la principale raison de ne pas recourir aux soins pour les ménages togolais assurés. Cependant, la population cible de son enquête est différente de la nôtre. Selon d'autres études empiriques, les individus ayant un mauvais état de santé devraient plus recourir aux soins que les autres (Kadam *et al.*, 2007). Nos résultats sont conformes à l'étude réalisée à l'université de Conakry auprès des étudiants (Sow *et al.*, 2018) qui a montré que les étudiants ayant déclaré un mauvais état de santé ont une probabilité plus élevée de renoncer aux soins que les étudiants ayant déclaré un bon état de santé. Une explication plausible serait que les individus en mauvaise santé renoncent plus aux soins que les autres, car ils ont plus d'occasions de renoncer aux soins, étant donné leur mauvais état de santé (Ancelot *et al.*, 2018 ; Ford *et al.*, 1999). La souveraineté thérapeutique peut être aussi l'une des raisons de non recours des personnes qui souffrent de maladie chronique (Dassa *et al.*, 2008).

L'une des causes du renoncement aux soins évoquées par les étudiants de l'université de Lomé est le long temps d'attente pour accéder aux services de santé. Ce résultat se retrouve en population générale au Togo (Atake, 2020). Une étude menée au Ghana a aussi montré l'importance de ce facteur dans le renoncement aux soins des étudiants (Donkor *et al.*, 2012). Ce résultat peut être expliqué par une faible densité de professionnels de santé par habitant. Le long temps d'attente représente un facteur de non-satisfaction des patients qui utilisent les établissements de santé publics (Eilers, 2004).

Comme attendu, l'accès à l'assurance maladie est un facteur protecteur contre le renoncement aux soins. C'est un résultat classique de la littérature (Ekman, 2004 ; Letourmy, 2008) car elle permet de réduire les paiements directs et abaisse ainsi la barrière financière à l'accès aux soins.

Le permis de conduire est un proxy pour capter la situation économique des étudiants. Tout comme Castry *et al.* (2019), nous montrons qu'être détenteur du permis de conduire protège contre le renoncement aux soins. Ce résultat met en évidence le rôle important que joue le niveau de vie dans l'accès aux soins.

Le niveau d'éducation, que ce soit le niveau de l'un des parents ou celui de l'étudiant lui-même, est également un facteur qui influence les comportements de santé (Grossman, 1972 ; Jalilian *et al.*, 2021). Ici, il diminue la probabilité de renoncer aux soins. En effet, l'éducation joue un rôle important dans la sensibilisation aux questions de santé en influençant les croyances sur les causes des maladies et l'utilité des services de santé (Atake, 2020).

1.2 Discussion des facteurs qui influencent la nature du renoncement aux soins

Le renoncement aux soins peut prendre différentes formes : automédication ou ne pas se soigner du tout. L'automédication peut être une réponse à des barrières à l'accès aux soins, notamment dans une forme responsable comme le souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000). En outre, en Afrique subsaharienne, en particulier au Togo, l'automédication est une pratique courante (Sadio *et al.*, 2021). Elle constitue, pour certaines familles, le premier recours en cas de maladie (Dassa *et al.*, 2008). Étant donné la part non négligeable d'étudiants qui pratiquent l'automédication dans notre

échantillon, il apparaît important que les étudiants soient informés, sensibilisés sur les risques et avantages de l'automédication, notamment en ce qui concerne la gestion des problèmes médicaux mineurs. Les pharmaciens peuvent jouer un rôle crucial dans l'éducation concernant les habitudes d'automédication des étudiants, étant donné que le taux de consultation d'un professionnel de santé est faible (27,97 %). Par ailleurs, la contrefaçon est un problème majeur sur le marché des médicaments au Togo, comme dans d'autres pays en développement. En réponse, le Togo a intensifié sa lutte contre la vente de faux comme de vrais médicaments à travers des opérations « coup de poing » pour lutter contre le trafic de produits pharmaceutiques contrefaits.

Les répondants qui se déclarent être en mauvais ou en très mauvais état de santé semblent moins enclins à l'automédication que les autres. Une explication possible pourrait être le respect plus scrupuleux des recommandations médicales par ces patients, qui sont peut-être suivis de plus près que les autres en raison de leur maladie chronique ou de leur mauvais état de santé. Une autre explication de ces résultats pourrait être que certaines pathologies peuvent être traitées par les tradipraticiens grâce à l'automédication. En effet, selon Dassa *et al.* (2008), le recours à l'automédication, aux tradipraticiens et aux religieux est parfois perçu comme une limite à la médecine moderne. Ce résultat est similaire à celui de Lei *et al.* (2018). En effet, les résultats de l'étude menée en Chine par Lei *et al.* (2018) ont montré que les répondants atteints de maladies graves ou sévères étaient moins susceptibles de pratiquer l'automédication. Des études ont montré que les individus ayant un mauvais état de santé ont plus l'habitude de recourir aux soins que les autres (Kadam *et al.*, 2007) car ils ont plus d'opportunités de prendre des médicaments étant donné leur mauvais état de santé (Ancelot *et al.*, 2018 ; Ford *et al.*, 1999) et seront donc plus enclins à utiliser leurs anciens médicaments que les autres.

Le niveau d'éducation des étudiants, et du père, a un impact statistiquement significatif et négatif sur le fait de ne pas se soigner du tout. En d'autres termes, lorsque l'étudiant et/ou le chef de ménage, possèdent un niveau d'éducation élevé ; plus élevée est la probabilité des étudiants d'avoir recours à l'automédication. Ce résultat est différent des résultats de certaines études antérieures (Lukovic *et al.*, 2014; Mekuria *et al.*, 2021) qui ont montré que les personnes les moins instruites ont une probabilité élevée de pratiquer de l'automédication en raison d'une mauvaise connaissance des risques encourus. Mais d'autres études (Awad *et al.*, 2005) rapportent une relation similaire à la nôtre : les personnes ayant un niveau d'éducation élevé sont plus susceptibles de pratiquer l'automédication car elles sont mieux informées sur les produits pharmaceutiques et leurs conséquences éventuelles.

Les résultats montrent que le niveau de revenu est statistiquement significatif et lié au fait de ne pas se soigner du tout. Les étudiants appartenant au deuxième, troisième ou au quatrième quintile sont moins susceptibles de ne pas se soigner du tout que les étudiants appartenant au premier quintile. En d'autres termes, les étudiants les plus pauvres ont moins recours à l'automédication. Ce résultat peut être expliqué par le coût que peut engendrer le recours à l'automédication. Les étudiants ayant de faibles revenus préfèrent ne pas se soigner du tout que de pratiquer l'automédication. En accord avec nos résultats, l'étude publiée par Bussière *et al.* (2020) sur les patients diabétiques en France montre que les patients appartenant aux groupes socio-économiques défavorisés ont plus recours à l'automédication que les patients appartenant à un groupe économique favorisé. Ces résultats sont aussi conformes au modèle de maximisation de l'utilité de l'automédication développé par Chang et Trivedi (2003). Par ailleurs, d'autres études ont montré que les personnes les plus riches sont consommatrices de tous les soins de santé, y compris l'automédication (Pagán et Pauly, 2005).

Les résultats montrent que les étudiants qui ne se revendiquent d'aucune religion ont plus recours à l'automédication que les étudiants qui pratiquent la religion traditionnelle. Symétriquement, cela signifie donc que les étudiants qui pratiquent la religion traditionnelle sont plus susceptibles de ne pas se soigner du tout lorsqu'ils renoncent à des soins auprès de professionnels de santé. La pratique des religions chrétienne ou musulmane n'a pas d'impact significatif sur la nature du renoncement aux

soins. Nos résultats diffèrent donc de ceux qui sont par exemple obtenus par Korotoumou (2019) en Côte d'Ivoire auprès des femmes enceintes. Korotoumou a montré qu'en milieu urbain, et sur l'ensemble du territoire, les femmes musulmanes et chrétiennes recourent plus aux soins que les autres femmes d'autres confessions religieuses. Une étude réalisée aux USA montre un effet faible de la religion sur le recours aux soins (Byfield, 2008). Pour Byfield (2008), la religion est un vecteur d'éducation qui peut être un canal de diffusion de bonnes pratiques en matière de santé. Cependant, les pratiquants de religions dites traditionnelles sont souvent animés par un esprit de souveraineté thérapeutique vis-à-vis de la médecine moderne (Dassa *et al.*, 2008). On ne retrouve donc pas les résultats que nous attendions au départ pour cette variable religion. Eu égard à la littérature empirique, nous avons émis l'hypothèse d'une probabilité de recourir à l'automédication plus forte chez les étudiants pratiquant la religion traditionnelle par rapport aux étudiants de confession musulmane ou chrétienne.

Nous nous attendions à avoir un impact statistiquement significatif et négatif du permis de conduire sur le fait de ne pas se soigner du tout. Les résultats obtenus sont conformes à nos attentes. Ce résultat montre une fois encore l'importance des ressources financières dans le recours aux soins de santé, ce qui confirme la nécessité d'abaisser la présence de barrières financières grâce au développement d'une couverture universelle de santé, particulièrement ici à destination des étudiants.

1.3 Limites

Cette étude est la première sur le renoncement aux soins des étudiants au Togo. Malgré l'attention portée au développement et à l'administration du questionnaire sur le campus de Lomé, cette étude peut présenter des limites liées au mode de passation du questionnaire. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré dont les avantages et inconvénients sont aujourd'hui bien mis en évidence dans la littérature (Berinsky *et al.*, 2014). En outre, les étudiants de la faculté des sciences économiques et de gestion représentent environ 50 % de notre échantillon alors qu'en réalité ils représentent 18 % des étudiants de l'université de Lomé. De même, nous avons une sur-représentation d'étudiants en master, même si notre échantillon est composé majoritairement d'étudiants en licence, comme c'est le cas pour les inscrits à l'université de Lomé. Cette étude gagnerait donc à être plus représentative des étudiants à l'université de Lomé. Les résultats obtenus permettent tout de même de dresser un premier portrait du renoncement aux soins des étudiants togolais et des facteurs qui l'influencent. Par ailleurs, nous n'avons pas pu traiter le problème d'endogénéité de la variable explicative « statut assurantiel » faute de bons instruments. Cependant, la stabilité de nos résultats est confirmée par le test de robustesse.

7 CONCLUSION

Cette étude met en évidence la nécessité d'améliorer l'accès aux soins pour les étudiants de l'université de Lomé, qui font face à des conditions économiques précaires et à des besoins de santé importants. L'accessibilité financière représente un enjeu majeur car cette contrainte pèse sur les comportements des étudiants et favorisent ainsi leur renoncement aux soins. Nos résultats soutiennent donc une politique d'élargissement du programme pilote d'assurance maladie dédié aux étudiants. Cependant, lever la barrière financière ne suffira pas. Pour que les comportements de santé des étudiants changent, il est également nécessaire de les accompagner à travers des dispositifs spécifiques qui leur permettent d'accéder facilement aux soins sur le campus, ainsi que des campagnes d'information et de sensibilisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AL-AMERI, R. J. K., ABD AL-BADRI, H. J., LAFTA, R. K. (2017) « Prevalence of self-medication among university students in Baghdad: A cross-sectional study from Iraq », *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 23 (issue 2), pp. 87-93. DOI : <https://doi.org/10.26719/2017.23.2.87>
- AL-AZZAM, S. I., AL-HUSEIN, B. A., ALZOUBI, F., MASADEH, M. M., AL-HORANI, M. A. S. (2007) « Self-medication with antibiotics in Jordanian population », *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, vol. 20 (issue 4), pp. 373-380. DOI : <https://doi.org/10.2478/v10001-007-0038-9>
- ALANI, R. A., OKUNOLA, P. O., SUBAIR, S. O. (2010) « Situation Analysis of Students' Welfare Services in Universities in South-Western Nigeria: Implications for Students' Personnel Management Practice », *US-China Education Review*, vol. 7.
- AMEMIYA, T. (1985) *Advanced Econometrics*, Harvard University Press, 536 p.
- ANCELOT, L., BONNAL, L., DEPRET, M.-H. (2018). Unmet needs for health care during pregnancy: What consequences for the infant's health? *Revue économique*, 69(3), 373–405
- ANCELOT, L., BONNAL, L., DEPRET, M.-H. (2016) « Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse », *Revue française d'économie*, vol. XXXI (issue 4), pp. 63-107. DOI : [10.3917/rfe.164.0063](https://doi.org/10.3917/rfe.164.0063).
- ANDERSEN, R. (1968) « A Behavioral Model of Families' Use of Health Services », Research Series n°25, Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- BOLTENA A. T., KHAN, F. A., ASAMOAH, B. O., AGARDH, A. (2012) « Barriers faced by Ugandan university students in seeking medical care and sexual health counselling: a cross-sectional study », *BMC Public Health*, vol. 12. DOI : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-986>.
- ATAKE, E.-H. (2020) « Does the type of health insurance enrollment affect provider choice, utilization and health care expenditures? », *BMC Health Services Research*, vol. 20. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05862-7>
- ATAKE, E.-H., AMENDA, D. D. (2018) « Porous safety net: Catastrophic health expenditure and its determinants among insured households in Togo. », *BMC Health Services Research*, vol. 18. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2974-4>
- ATITSOGBE, K. A., SOVET, L., PARI, P. (2016) « Analyse des barrières perçues dans l'élaboration du projet professionnel auprès d'étudiantes et étudiants au Togo », *O. S. P. L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 45 (issue 4). DOI : [10.4000/osp.5247](https://doi.org/10.4000/osp.5247).
- AWAD, A., ELTAYEB, I., MATOWE, L., THALIB, L. (2005) « Self-medication with antibiotics and antimalarials in the community of Khartoum State, Sudan », *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, vol. 8 (issue 2), pp. 326-331.
- BERINSKY, A. J., MARGOLIS, M. F., SANCES, M. W. (2014) « Separating the Shirkers from the Workers? Making Sure Respondents Pay Attention on Self-Administered Surveys », *American Journal of Political Science*, vol. 58 (issue 3), pp. 739-753. DOI : [10.1111/ajps.12081](https://doi.org/10.1111/ajps.12081).
- BINTABARA, D., NAKAMURA, K., SEINO, K. (2018) « Improving access to healthcare for women in Tanzania by addressing socioeconomic determinants and health insurance: A population-based cross-sectional survey », *BMJ Open*, vol. 8 (issue 9). DOI : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023013>.

- BOARINI, R., JOHANSSON, Å., D'ERCOLE, M. M. (2006) « Les indicateurs alternatifs du bien-être », *Cahiers statistiques*, vol. 11.
- BOLTENA, A. T., KHAN, F. A., ASAMOAH, B. O., AGARDH, A. (2012) « Barriers faced by Ugandan university students in seeking medical care and sexual health counselling: A cross-sectional study », *BMC Public Health*, vol. 12 (issue 1), 986. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-986>.
- BROWNE, J. L., KAYODE, G. A., ARHINFUL, D., FIDDER, S. A. J., GROBBEE, D. E., KLIPSTEIN-GROBUSCH, K. (2016) « Health insurance determines antenatal, delivery and postnatal care utilization: Evidence from the Ghana Demographic and Health Surveillance data », *BMJ Open*, vol. 6 (issue 3). DOI : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008175>.
- BUSSIERE, C., SIRVEN, N., RAPP, T., SEVILLA-DEDIEU, C. (2020) « Adherence to medical follow-up recommendations reduces hospital admissions: Evidence from diabetic patients in France », *Health Economics*, vol. 29 (issue 4), pp. 508–522. DOI : <https://doi.org/10.1002/hec.3999>.
- BYFIELD, C. (2008) « The Impact of Religion on the Educational Achievement of Black Boys: A UK and USA Study », *British Journal of Sociology of Education*, vol. 29 (issue 2), pp. 189-199. DOI : [10.1080/01425690701837547](https://doi.org/10.1080/01425690701837547).
- CARES Togo (2019) « Étude de faisabilité relative à l'extension de la couverture maladie universelle aux maraîchers du Togo: cas de la région maritime », rapport.
- CASTRY, M., WITWER, J., MONTAGNI, I., TZOURIO, C. (2019) « Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share », *Revue d'économie politique*, vol. 129 (issue 4), pp. 467-488.
- CHANG, F.-R., TRIVEDI, P. K. (2003), « Economics of self-medication: Theory and evidence », *Health Economics*, vol. 12 (issue 9), pp. 721-739. DOI : <https://doi.org/10.1002/hec.841>.
- CHAUVEAUD, C. (2013) « Les “baromètres du non-recours” : expérimentation d'un dispositif local pour l'accès aux droits », *Informations sociales*, vol. 178 (issue 4), pp. 63-70. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-4-page-63.htm>.
- COLLET, M., PICARD, H., MENAHEM, G. (2006) « Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins de consultants », rapport de recherche, vol. 533, Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- DASSA, S. K., MENICK, D. M., TABO, A. (2008) « Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l'exemple du Togo », *Perspectives Psy*, vol. 47 (issue 1), pp. 52-58.
- DESPRES, C., DOURGNON, P., FANTIN, R., JUSOT, F. (2011) « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la Santé*, vol. 170, pp. 1-6.
- DONKOR, E. S., TETTEH-QUARCOO, P. B., NARTEY, P., AGYEMAN, I. O. (2012) « Self-medication practices with antibiotics among tertiary level students in Accra, Ghana: A cross-sectional study », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 9 (issue 10), pp. 3519-3529. DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph9103519>.
- DRÆBEL, T., GUETH KUEIL, B. (2014) « Lay perceptions of malaria and therapeutic itinerary of resettled pregnant women in South Sudan », *International Health*, vol. 6 (issue 4), pp. 317-321. DOI : <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihu047>.

- DUBIN, J. A., RIVERS, D. (1989) « Selection Bias in Linear Regression, Logit and Probit Models », *Sociological Methods & Research*, vol. 18 (issue 2-3), pp. 360-390. DOI : <https://doi.org/10.1177/0049124189018002006>.
- EILERS, G. M. (2004) « Improving patient satisfaction with waiting time », *Journal of American College Health*, vol. 53 (issue 1), pp. 41-43. DOI : <https://doi.org/10.3200/JACH.53.1.41-48>.
- EKMAN, B. (2004) « Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence », *Health Policy and Planning*, vol. 19 (issue 5), pp. 249-270. DOI : <https://doi.org/10.1093/heapol/czh031>.
- ELDER, S., KONÉ, K. S. (2014) « Transition vers le marché du travail des jeunes femmes et hommes en Afrique Sub-Saharienne », *Work4Youth*, vol. 10.
- FORD, C. A., BEARMAN, P. S., MOODY, J. (1999) « Foregone health care among adolescents », *JAMA*, vol. 282 (issue 23), pp. 2227-2234. DOI : <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2227>.
- GBEASOR-KOMLANVI, F. A., ZIDA-COMPAORE, W. I. C., TAIROU, S., EKOUEVI, D. K. (2017) « Évaluation de l'automédication dans les officines de Lomé, Togo », *Journal de La Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, vol. 19 (issue 3), article 3. DOI : <https://doi.org/10.4314/jrsul.v19i3>.
- GROSSMAN, M. (1972) *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, National Bureau of Economic Research.
- HAMPSHIRE, K., PORTER, G., OWUSU, S. A., MARIWAH, S., ABANE, A., ROBSON, E., MUNTHALI, A., DELANNOY, A., BANGO, A., GUNGULUZA, N., MILNER, J. (2015) « Informal m-health: How are young people using mobile phones to bridge healthcare gaps in Sub-Saharan Africa? », *Social Science & Medicine*, vol. 142, pp. 90-99. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.033>.
- HECKMAN, J. (1979) « Sample Selection Bias as a Specification Error », *Econometrica*, vol. 47 (issue 1), p. 153. DOI : <https://doi.org/10.2307/1912352>.
- HECKMAN, J. (1990) « Varieties of Selection Bias », *The American Economic Review*, vol. 80 (issue 2), pp. 313-318.
- HOSMER, D. W., LEMESHOW, S., KLAR, J. (1988) « Goodness-of-Fit Testing for the Logistic Regression Model when the Estimated Probabilities are Small », *Biometrical Journal*, vol. 30 (issue 8), pp. 911-924. DOI : <https://doi.org/10.1002/bimj.4710300805>.
- ILBOUDO, S. D. O., SOMBIÉ, I., SOUBEIGA, A. K., DRÆBEL, T. (2016) « Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé dans la région rurale Ouest du Burkina Faso », *Santé Publique*, vol. 28 (issue 3), pp. 391-397.
- INGHEL, M., COFFIE, P. A., LARMARANGE, J. (2017) « Recours aux soins de santé globale et de santé sexuelle et reproductive, chez les étudiants de l'université Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 65 (issue 5), pp. 369-379. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.04.059>.
- JAEGER, T. F. (2008) « Categorical Data Analysis: Away from ANOVAs (transformation or not) and towards Logit Mixed Models », *Journal of Memory and Language*, vol. 59 (issue 4), pp. 434-446. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.jml.2007.11.007>.

JALILIAN, H., HEYDARI, S., MIR, N., FEHRESTI, S., KHODAYARI-ZARNAQ, R. (2021) « Forgone care in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study », *BMC Public Health*, vol. 21 (issue 1), p. 1588. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11639-2>.

KADAM, U. T., CROFT, P. R., NORTH STAFFORDSHIRE GP CONSORTIUM GROUP (2007) « Clinical multimorbidity and physical function in older adults: A record and health status linkage study in general practice », *Family Practice*, vol. 24 (issue 5), pp. 412–419. DOI : <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm049>.

KIFLE, Z. D., MEKURIA, A. B., ANTENEH, D. A., ENYEW, E. F. (2021) « Self-medication Practice and Associated Factors among Private Health Sciences Students in Gondar Town, North West Ethiopia. A Cross-sectional Study », *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization*. DOI : <https://doi.org/10.1177/00469580211005188>.

KING, E. M., HILL, M. A. (1993) *Women's Education in Developing Countries*, World Bank, 350 p. DOI : <https://doi.org/10.1596/0-8018-4534-3>.

KOROTOUMOU, M. K. (2019) « Influence De La Religion Sur Le Recours Aux Soins De Santé Durant L'accouchement En Côte d'Ivoire », *European Scientific Journal*, vol. 15 (issue 5). DOI : <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n5p14>.

LEI, X., JIANG, H., LIU, C., FERRIER, A., MUGAVIN, J. (2018) « Self-Medication Practice and Associated Factors among Residents in Wuhan, China », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15 (issue 1), p. 68. DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph15010068>.

LETOURMY, A. (2008) « Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : L'exemple des pays africains », *Comptes Rendus Biologies*, vol. 331 (issue 12), pp. 952-963. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.crv.2008.08.013>.

LUKOVIC, J. A., MILETIC, V., PEKMEZOVIC, T., TRAJKOVIC, G., RATKOVIC, N., ALEKSIC, D., GRGUREVIC, A. (2014) « Self-Medication Practices and Risk Factors for Self-Medication among Medical Students in Belgrade, Serbia », *PLOS ONE*, vol. 9 (issue 12). DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114644>.

LWANGA S. K., LEMESHOW, S., World Health Organization (1991) *Sample Size Determination in Health Studies*, World Health Organization, 80 p.

MALMARTEL, A., RIGAL, L. (2016) « Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin: Une accumulation de disparités sociales », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 45 (issue 5), pp. 459-466. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.02.001>.

MCFADDEN, D. (1986) « The Choice Theory Approach to Market Research », *Marketing Science*, vol. 5 (issue 4), pp. 275-297. DOI : <https://www.jstor.org/stable/184004>.

MEKURIA, A. B., BIRRU, E. M., TESFA, M. T., GETA, M., KIFLE, Z. D., AMARE, T. (2021) « Prevalence and Predictors of Self-Medication Practice Among Teachers' Education Training College Students in Amhara Region, Ethiopia: A Cross-Sectional Study », *Frontiers in Pharmacology*, vol. 11. DOI : <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.593764>.

MENON, U., GENTRY-MAHARAJ, A., BURNELL, M., SINGH, N., RYAN, A., KARPINSKYJ, C., CARLINO, G., TAYLOR, J., MASSINGHAM, S. K., RAIKOU, M., KALSI, J. K., WOOLAS, R., MANCHANDA, R., ARORA, R., CASEY, L., DAWNAY, A., DOBBS, S., LEESON, S., MOULD, T., PARMAR, M. (2021) « Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening: A randomized controlled trial », *The Lancet*, vol. 397 (issue 10290), pp.2182-2193. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00731-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00731-5).

- Nations Unies (2019a) *World population prospects 2019: Highlights*, United Nations, 46 p.
- NATIONS UNIES. (2019b) *World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles*, United Nations, 1214 p.
- Centre de développement de l'OCDE (2017) « Examen du bien-être et des politiques de la jeunesse au Togo », Projet OCDE-UE Inclusion des jeunes, Paris.
- O'HIGGINS, N. (2017) *Rising to the youth employment challenge: New evidence on key policy issues*, International Labour Office, 234 p.
- OMS (2014) *Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus*, Organisation mondiale de la Santé, 43 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112555>.
- OMS (2021) « Santé des adolescents et des jeunes adultes ». <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- ONU Femmes (2023) « ODD 3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». <https://www.unwomen.org/fr/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>.
- PAGAN, J. A., PAULY, M. V. (2005) « Access To Conventional Medical Care and The Use of Complementary And Alternative Medicine », *Health Affairs*, vol. 24 (issue 1), pp. 255-262. DOI : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.1.255>.
- POLTON, D. (2016) « Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins », *Regards*, vol. 50 (issue 2), pp. 35-45.
- République togolaise (2020) « Feuille de Route Gouvernementale Togo 2025 ». <https://www.republiquetogolaise.com/feuille-de-route-2025>.
- ROBERTS, M. R., WHITED, T. M. (2013) « Endogeneity in Empirical Corporate Finance¹ », *Handbook of the Economics of Finance*, vol. 2, pp. 493-572. DOI : <https://doi.org/10.1016/B978-0-44-453594-8.00007-0>.
- RÖTTGER, J., BLÜMEL, M., KÖPPEN, J., BUSSE, R. (2016) « Forgone care among chronically ill patients in Germany - Results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals », *Health Policy*, vol. 120 (issue 2), pp. 170-178. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.004>.
- SADIO, A. J., GBEASOR-KOMLANVI, F. A., KONU, R. Y., BAKOUBAYI, A. W., TCHANKONI, M. K., BITTY-ANDERSON, A. M., GOMEZ, I. M., DENADOU, C. P., ANANI, J., KOUANFACK, H. R., KPETO, I. K., SALOU, M., EKOUEVI, D. K. (2021) « Assessment of self-medication practices in the context of the COVID-19 outbreak in Togo », *BMC Public Health*, vol. 21 (issue 1), p. 58. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10145-1>.
- SIRPE, G. (2011) « Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso », *Mondes en développement*, vol. 153 (issue 1), pp. 27-40. DOI : <https://doi.org/10.3917/med.153.0027>.
- SOLLOGOUB, M., ULRICH, V. (1999) « Les jeunes en apprentissage ou en lycée professionnel », *Économie et Statistique*, vol. 323 (issue 1), pp. 31-52. DOI : <https://doi.org/10.3406/estat.1999.6199>.
- SOW, A., DORMAEL, M. V., CRIEL, B., CONDE, S., DEWEZ, M., SPIEGELAERE, M. DE. (2018) « Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry », *Santé Publique*, vol. 30 (issue 2), pp. 253-261.

STIDHAM HALL, K., JOHNSON, T., DALTON, V. (2014) « Social Disparities in Women's Health Service Utilization in the United States: A Population-Based Analysis », *Annals of Epidemiology*, vol. 24 (issue 2), pp. 135-143. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.10.018>.

TUYISHIMIRE, J., OKOYA, F., ADEBAYO, A. Y., HUMURA, F., LUCERO-PRISNO III, D. E. (2019) « Assessment of self-medication practices with antibiotics among undergraduate university students in Rwanda », *The Pan African Medical Journal*, vol. 33, p. 307. DOI : <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.307.18139>

UNFPA (2014) *L'État de la population mondiale 2014. Le pouvoir de 1,8 milliard d'adolescents et de jeunes et la transformation de l'avenir*, Fonds Des Nations Unies Pour La Population, 126 p.

VAN DE VEN, W. P. M. M., VAN PRAAG, B. (1981) « The demand for deductibles in private health insurance: A probit model with sample selection », *Journal of Econometrics*, vol. 17 (issue 2), pp. 229-252.

WHO (2000) *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*, World Health Organization, 31 p.

WOOPEN, H., SEHOULI, J., DAVIS, A., LEE, Y. C., COHEN, P. A., FERRERO, A., GLEESON, N., JHINGRAN, A., KAJIMOTO, Y., MAYADEV, J., BARRETINA-GINESTA, M. P., SUNDAR, S., SUZUKI, N., DORST, E. VAN, JOLY, F. (2022) « GCIG-Consensus guideline for Long-term survivorship in gynecologic Cancer: A position paper from the gynecologic cancer Intergroup (GCIG) symptom benefit committee », *Cancer Treatment Reviews*, vol. 107. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2022.102396>.

YAOGO, A., SOMMER, A., MOULAÏ, P., CHEBILI, S., ABAOUB-GERMAIN, A. (2014) « Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso », *The Pan African Medical Journal*, vol. 17, p. 207. DOI : <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.207.3222>.

ANNEXE 1 : Questions relatives au renoncement aux soins

Encadré 1 : Questions relatives au renoncement aux soins au consultation d'un gynécologue ou un professionnel de santé

E2. La dernière fois que vous avez ressenti ce besoin de consulter :

1. Vous avez fait de l'automédication
2. Vous avez consulté
3. Vous ne vous êtes pas du tout soigné
4. Autres : précisez

E2bis si E2=2 (Vous avez consulté)

E2bis : Quel type de consultation avez-vous effectué ?

1. un guérisseur traditionnel
2. au Centre médical de l'université
3. au Dispensaire
4. à l'Hôpital de district
5. à l'Hôpital de référence
6. dans un centre de santé privé

E3 si E2=1 (automédication)

E3. Pouvez-vous nous indiquer la ou les raisons ? (plusieurs réponses possibles)

1. Les délais d'attente chez les professionnels de santé sont trop longs
2. Vous n'avez pas les moyens de consulter un professionnel de santé
3. Vous n'avez pas le temps d'aller consulter un professionnel de santé
4. Vous avez peur de consulter un professionnel de santé
5. Vous préférez attendre que les choses aillent mieux d'elles mêmes
6. Vous estimez que vos symptômes étaient légers et pouvaient être traités sans consultation
7. Autres raisons : précisez

E4 si E2=2 (consultation)

E4. Avez-vous suivi les recommandations du professionnel de santé que vous avez consulté (consultations recommandées, traitement à prendre ou autre) ?

1. Oui, toutes les recommandations
2. Oui, en grande partie
3. Oui, mais seulement quelques-unes
4. Non, aucune
5. Vous n'avez eu aucune recommandation (ni consultation recommandée, ni traitement)

E5 si E2=3 (non-recours)

E5. Pouvez-vous nous indiquer la ou les raisons pour lesquelles vous ne vous êtes pas du tout soigné ? (plusieurs réponses possibles)

1. Les délais d'attente chez les professionnels de santé sont trop longs
2. Vous n'avez pas les moyens de consulter un professionnel de santé
3. Vous n'avez pas le temps d'aller consulter un professionnel de santé
4. Vous avez peur de consulter un professionnel de santé
5. Vous préférez attendre que les choses aillent mieux d'elles mêmes
6. Vous estimez que vos symptômes étaient légers et ne nécessitaient ni médicaments ni consultations
7. Autres raisons : précisez

ANNEXE 2 : Comparaison de la population des étudiants de l'université de Lomé avec notre échantillon

	Population (%)	Échantillon (%)
Sexe		
Femme	36,44	36,97
Répartition des étudiants selon le niveau dans lequel ils sont inscrits		
Licence	93,17	82,28
Master	3,01	13,85
Doctorat	3,81	2,64
Répartition des étudiants selon l'UFR dans lequel ils sont inscrits		
Administration, droit et sciences politiques	12,62	6,71
Faculté des sciences économiques et de gestion et institut universitaire de technologie de gestion	28,39	52,63
Institut national des sciences de l'éducation	0,21	0,79
Faculté des lettres, langues et art	16,18	0,71
Médecine et pharmacie et école des assistants médicaux et faculté des sciences de sante	4,34	2,23
École supérieure d'agronomie	2,41	7,89
Faculté des sciences de l'homme et de la société	15,85	14,47
Sciences technologiques [sciences de l'ingénieur, faculté des sciences l'informatique, communication et informatique]	19,11	7,23
Institut de sport	0,42	0

Source : les données pour la population ont été transmises par la DAAS de l'université de Lomé. Les données pour l'échantillon sont issues de notre enquête.

ANNEXE 3 : Estimations économétriques et les statistiques descriptives

Tableau 1 : Synthèse des variables explicatives pour le renoncement aux soins des étudiants

Nom des variables	Explication	Modalités et Codage	Signe attendu renoncement aux soins	Signe attendu de « ne pas se soigner du tout »
ATTENTE	Avoir déclaré un temps d'attente long comme raison du renoncement	0= Non 1= Oui	référence (-)	référence (-)
ASS	Affiliation à une assurance	0= Non 1= Oui	référence (-)	référence -
SEXE	Sexe de l'étudiant	0= Homme 1= Femme	référence (-)	référence (-)
EDUC	Niveau dans lequel l'étudiant est inscrit	1= Licence 2= Master 3= Doctorat	référence (-) (-)	référence (-) (-)
EDUC_mere	Niveau d'éducation de la mère	1= Aucun niveau 2= Primaire 3= Secondaire (Collège ou Lycée) 4= Université	référence (-) (-) (-)	référence (-) (-) (-)
SANTE	État de santé déclaré	1= Tres bon 2= Bon 3= Moyen 4= Mauvais 5= Très mauvais	(+) (+) Non déterminé (-) (-)	(+) (+) Non déterminé (-) (-)
TAILLE	Taille du ménage	Quantitatif	(+)	(+)
PERMIS	Avoir le permis de conduire	0= Non 1= Oui	référence (-)	référence (-)
RELIGION	Appartenance religieuse	1= Religion traditionnelle 2= Religion chrétienne 3= Religion musulmane 4= Aucune religion	référence (-) (-) Non déterminé	référence (-) (-) Non déterminé

Tableau 2 : Caractéristiques des étudiants

Variables		N	%
SEXE			
	Femme	281	36,97
AGE			
	17-20	269	35,39
	21-24	330	43,42
	25-28	118	15,53
	29-52	43	5,66
BAC			
	Scientifique	370	48,81
	Technique	201	26,52
	Littéraire	187	24,67
DIPLÔME			
	Bac	580	76,52
	BTS	4	0,53
	Licence	142	18,73
	Master	29	3,83
	Doctorat	4	0,4
EDUC			
	Licence	633	83,51
	Master	105	13,85
	Doctorat	20	2,64
PERMIS			
	Oui	63	8,31
LOGEMENT			
	Domicile parents/tuteurs	516	68,07
	Chambre universitaire	10	1,32
	Chambre en ville	232	30,61
COUPLE			
	Non	693	91,42
	Oui	34	4,49
	NSPR	31	4,09
ASS			
	Oui	82	10,82
ASS_type			
	INAM/étudiant	2	2,44
	INAM/parent	42	51,22
	Assurance privée/parent	28	34,15
	Assurance privée hors parent	7	8,54
	NSP	3	3,66
ASS_complementaire			
	Non	50	60,98
	Oui	3	3,66
	Ne connaît pas	22	26,83
	NSP	7	8,54
SANTE			
	Très bon	63	8,31
	Bon	226	29,82
	Moyen	372	49,08
	Mauvais	90	11,87
	Très mauvais	7	0,92
MALADIE CHRONIQUE			
	Non	483	63,72
	Oui	169	22,3
	Ne connaît pas ce terme	68	8,97
	NSPR	38	5,01

EDUC_pere			
	Aucun niveau	139	18,34
	Primaire	116	15,3
	Secondaire	333	43,93
	Université	170	22,43
EDUC_mere			
	Aucun niveau	228	30,07
	Primaire	216	28,5
	Secondaire	271	35,75
	Université	43	5,67
REVENU_source			
	Famille	349	46,41
	Bourse d'état	18	2,39
	Allocation de secours	111	14,76
	Aide sociale	6	0,8
	Emploi rémunéré	157	20,88
	Revenu mis de côté	111	14,76

Note : NSP pour ne sait pas, NSPR pour ne souhaite pas répondre, COUPLE indique si l'étudiant vit en couple ou pas, ASS_type précise le type d'assurance qui couvre l'étudiant qui a déclaré être affilié à une assurance santé, EDUC_pere représente le niveau d'éducation du père de l'étudiant.

Tableau 3 : Caractéristique des étudiants selon leur comportement de recours aux soins

	(1) Ne pas se soigner du tout	(2) Automédication	(1)+(2) Renoncement aux soins	Recours aux soins
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
SEXE				
Homme	166 (65,87)	205 (69,73)	371 (67,95)	106 (50,00)
Femme	86 (34,13)	89 (30,27)	175 (32,05)	106 (50,00)
TAILLE				
1	16 (6,35)	18 (6,12)	34 (6,23)	13 (6,13)
2 et 5	95 (37,70)	131 (44,56)	226 (41,39)	108 (50,94)
6 et plus	141 (55,95)	145 (49,32)	286 (52,38)	91 (42,92)
SANTE				
Très bon	21 (8,33)	19 (6,46)	40 (7,33)	23 (10,85)
Bon	59 (23,41)	90 (30,61)	149 (27,29)	77 (36,32)
Moyen	127 (50,40)	148 (50,34)	275 (50,37)	97 (45,75)
Mauvais	40 (15,87)	35 (11,90)	75 (13,74)	15 (7,08)
Très mauvais	5 (1,98)	2 (0,68)	7 (1,28)	0 (0,00)
CHRONIQUE				
Non	193 (76,59)	235 (79,93)	428 (78,39)	161 (75,94)
Oui	59 (24,41)	59 (20,07)	118 (21,61)	51 (24,06)
ASS				
Non	233 (92,39)	266 (90,48)	499 (91,39)	177 (83,49)
Oui	19 (7,54)	28 (9,52)	47 (8,61)	35 (16,51)
ATTENTE				
Pas de déclaration	251 (99,60)	288 (97,96)	539 (98,72)	212 (100,00)
Long	1 (0,40)	6 (3,04)	7 (1,28)	0 (0,00)
RELIGION				
Traditionnelle	10 (62,50)	6 (2,04)	16 (2,93)	4 (1,89)
Chrétienne	215 (45,36)	259 (88,10)	474 (86,81)	179 (84,43)
Musulmane	23 (9,13)	21 (7,14)	44 (8,06)	22 (10,38)
Aucune	4 (1,59)	8 (2,72)	12 (2,20)	7 (3,30)
PERMIS_etu				
Non	242 (96,03)	268 (91,16)	510 (93,41)	185 (87,26)
Oui	10 (3,97)	26 (8,84)	36 (6,59)	27 (12,74)
EDUC_etu				
Licence	229 (90,87)	239 (81,29)	468 (85,71)	165 (77,83)
Master	21 (8,33)	48 (16,33)	69 (12,64)	36 (16,98)
Doctorat	2 (0,79)	7 (2,38)	9 (1,65)	11 (5,19)
EDUC_pere				
Aucun	61 (24,21)	42(14,2)	103 (18,86)	36 (16,98)
Primaire	48 (19,05)	42(14,29)	90 (16,48)	26 (12,26)
Secondaire	102 (40,48)	148 (50,34)	250 (45,79)	83 (39,15)
Université	41 (16,27)	62 (21,09)	103 (18,86)	67 (31,60)
EDUC_mere				
Aucun	88 (34,94)	86 (29,25)	174 (31,87)	54 (25,47)
Primaire	72 (28,57)	91 (30,95)	163 (29,85)	53 (25,00)
Secondaire	84 (33,33)	98 (33,33)	182 (33,33)	89 (41,98)
Université	8 (3,17)	19 (6,46)	27 (4,95)	16 (7,55)

Note : N correspond au nombre d'individus ayant choisi la modalité en question et % représente le taux correspondant à cette modalité choisie.

Tableau 4 : Déterminants de renoncement aux soins et de ne pas se soigner du tout à partir d'un probit de sélection de Heckman

		Analyse principale		Analyse de robustesse	
Variables		[1] Équation de sélection (Renoncement <i>versus</i> recours)	[2] Équation d'intérêt (Ne pas se soigner du tout <i>versus</i> automédication)	[3] Équation de sélection (Renoncement <i>versus</i> recours)	[4] Équation d'intérêt (Ne pas se soigner du tout <i>versus</i> automédication)
Temps d'attente	Long	5,955*** (0,204)	-	6,696*** (0,217)	-
Sexe	Femme	-0,504*** (0,110)	-0,075 (0,107)	-0,530*** (0,112)	-0,115 (0,113)
Niveau d'éducation (réf. : licence)	Master	-0,106 (0,154)	-0,043* (902)	-0,099 (0,157)	-0,273 (0,170)
	Doctorat	-0,164 (0,745)	-0,647 (0,405)	-0,538* (0,324)	-0,738 (0,495)
État de santé (réf. : très bon/bon/moyen)	Mauvais/très mauvais	0,551*** (0,175)	0,352** (0,147)	0,598*** (0,177)	0,458*** (0,149)
Éducation père (réf. : aucun niveau)	Primaire	-0,102 (0,179)	-0,196 (0,165)	-0,112 (0,182)	-0,235 (0,173)
	Secondaire	0,001 (0,142)	-0,409*** (0,134)	-0,001 (0,144)	-0,450*** (0,140)
	Étude universitaire	-0,299* (0,164)	-0,573*** (0,167)	-0,301* (0,167)	-0,599*** (0,175)
Assurance santé	Oui	-0,378** (0,160)	-0,159 (0,173)	-0,411** (0,164)	-0,236 (0,188)
Revenu (réf. : quintile 1)	Quintile 2	-0,020 (0,165)	-0,030** (0,150)	-0,031 (0,169)	-0,056 (0,159)
	Quintile3	-0,158 (0,163)	-0,390*** (0,153)	-0,146 (0,166)	-0,398** (0,161)
	Quintile 4	-0,092 (0,159)	-0,382*** (0,146)	-0,085 (0,162)	-0,415*** (0,153)
	Quintile 5	-0,318* (168)	-0,570 (0,166)	-,310* (0,171)	-0,602*** (0,171)
Permis de conduire	Oui	-0,405** (0,184)	-0,401** (0,231)	-0,405** (0,184)	-0,351 (0,234)

Type de religion (réf. : aucune)					
	Musulmane	0,086 (0,328)	0,461 (0,385)	0,103 (0,335)	0,599 (0,397)
	Chrétienne	0,441 (0,293)	0,548 (0,357)	0,477 (0,297)	0,717** (0,364)
	Religion traditionnelle	0,461 (0,462)	0,921** (0,450)	0,401 (0,475)	0,858* (0,475)
Constante		0,645 (0,306)	0,450 (0,361)	0,573* (0,313)	-0,522 (0,371)
Athrho		3,776*** (1,238)		3,686*** (1,208)	
Prob > chi2		0,0023		0,0023	
Nombre d'observations		756	546	718	508

Les coefficients sont présentés comme des *odds ratios* et les écarts types sont entre parenthèses. ***, **, * significatif respectivement à 1 %, 5 % et 10 %. Les colonnes [1] et [2] présentent les résultats l'estimation principale, les colonnes [3] et [4] celles de robustesse.

“ Sur quoi la fondera-t-il l'économie du monde qu'il veut gouverner ? Sera-ce sur le caprice de chaque particulier ? Quelle confusion ! Sera-ce sur la justice ? Il l'ignore. ”

Pascal



Créée en 2003, la **Fondation pour les études et recherches sur le développement international** vise à favoriser la compréhension du développement économique international et des politiques qui l'influencent.



Contact

www.ferdi.fr

contact@ferdi.fr

+33 (0)4 43 97 64 60