

Déclarations de renoncement aux soins et non-recours aux services de santé : mesures comparatives et déterminants

Lydie ANCELOT^{1 2 3}, Liliane BONNAL^{1 2 4}, Marc-Hubert DEPRET^{1 2 3 +}

1 Université de Poitiers

2 Centre de Recherche sur l'Intégration Economique et Financière

3 Institut des Risques Industriels, Assurantiels et Financiers

4 Toulouse School of Economics

+ Auteur correspondant

Résumé : Dans un contexte socio-économique difficile, le renoncement aux soins des patients progresse depuis quelques années en France. Si cette question est aujourd'hui bien étudiée pour les soins d'optique, dentaires, ambulatoires et de ville, elle l'est beaucoup moins pour la médecine périnatale dans la mesure où il n'existe pas d'études sur le renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. Or, d'après la vague 2010 de l'Enquête Nationale Périnatale du Ministère français de la Santé, 4,1 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins durant leur grossesse pour des raisons financières. Cet article s'appuie sur cette base de données pour tenter de comprendre les raisons pour lesquelles les femmes renoncent à des soins durant leur grossesse malgré une prise en charge par la Sécurité Sociale parmi les plus complètes au monde. L'originalité de l'article porte également sur une comparaison entre deux types de renoncement : le renoncement « subjectif » (*i.e.* déclaratif) et le renoncement « objectif » (*i.e.* mesuré par les soins effectivement non réalisés). Nous montrons, à partir d'une modélisation économétrique, que le renoncement aux soins est multifactoriel (socio-économique, psycho-social et comportemental, institutionnel et médical) et que ses déterminants dépendent en partie de la manière dont le renoncement aux soins est mesuré.

Mots-clés : Inégalités sociales de santé ; Renoncement aux soins ; Non-recours aux soins

Introduction

La réduction des inégalités de santé constitue un des enjeux actuels des politiques de santé en France. Dans un contexte économique et social difficile, l'accès aux soins tend en effet à se détériorer (Desprès *et al.*, 2011a ; Dourgnon *et al.*, 2012a), excluant ainsi les populations les plus vulnérables (Moulin *et al.*, 2005).

Cette vulnérabilité d'une partie de la population française (Cambois et Jusot, 2011) pose naturellement la question de l'équité (horizontale) d'accès aux soins, objectif que les politiques de santé actuelles cherchent pourtant à atteindre (Jusot, 2013). Cette question fait régulièrement l'objet, en France, de rapports officiels et de créations d'observatoires spécialisés. Plus récemment, des programmes gouvernementaux se sont multipliés afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2008-2011, Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017, etc.). Force est de constater que ces inégalités ne régressent plus en France. Le renoncement (ou, plus largement, le non-recours) aux soins tend au contraire à progresser depuis quelques années. La dernière Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé a ainsi permis de montrer que près de 26 % de la population française déclarent, en 2010 (contre 16 % en 2008), avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières durant l'année (Célant *et al.*, 2012 ; Dourgnon *et al.*, 2012b). Pour ceux qui ne sont pas couverts par une complémentaire santé¹, le renoncement aux soins est encore plus marqué (Célant *et al.*, 2012)².

Cependant, les nombreuses études réalisées sur le renoncement aux soins ont deux limites.

D'une part, la plupart de ces études ne rendent compte du phénomène de renoncement aux soins qu'à travers une conception subjective de celui-ci. En effet, ces études ne se fondent souvent que sur des déclarations de renoncement aux soins durant l'année. Les biais dans les réponses (par nature subjectives) des individus interrogés ne sont généralement pas contrôlés.

¹ Plus de 2,4 millions de français sont sans couverture complémentaire ou universelle (Dourgnon *et al.*, 2012a).

² Le renoncement aux soins peut prendre deux formes (Desprès *et al.*, 2011b). Le patient peut ainsi renoncer à des soins parce qu'il fait face à des barrières (notamment financières) qui l'empêchent d'accéder aux services de santé : on parle alors de « renoncement-barrière ». Le patient peut également refuser (ou ne pas recourir à) des soins de son propre fait, soit parce qu'il privilégie d'autres formes de médecines, soit parce qu'il refuse de se soigner : on parle alors de « renoncement-refus ». Dans les deux cas, les déterminants du renoncement aux soins sont multiples et ne se limitent pas à la question de la prise en charge financière des soins (Bazin *et al.*, 2006 ; Mackenbach, 2006 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b).

D'autre part, si la question du renoncement aux soins est aujourd'hui bien documentée pour les soins d'optique, les soins dentaires, les soins ambulatoires ou la médecine de ville (Fleurbaey et Schokkaert, 2009 ; Trannoy *et al.*, 2010 ; Dourgnon *et al.*, 2012a, 2012b ; Jusot *et al.*, 2012), elle l'est moins pour la médecine périnatale. En effet, il n'existe pas, en France, d'études spécifiques sur le renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse, alors même qu'il semble constituer un « bon » marqueur des inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, des études ont montré que ces inégalités étaient importantes chez les femmes enceintes en France (Blondel et Kermadec, 2011 ; Planète Publique, 2011 ; Cour des Comptes, 2013). En particulier, les disparités entre les catégories sociales ont même augmenté entre 2003 et 2010 pour le taux de naissances prématurées, le taux de nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 2,5 kg et le suivi de grossesse (nombre moyen d'échographies et de visites prénatales, taux de déclaration tardive de grossesse ...) (Cour des Comptes, 2013). Notons toutefois que cette question n'est abordée principalement qu'à travers la notion de précarité (Zeitling *et al.*, 1998 ; Lejeune *et al.*, 1999 ; Joseph *et al.*, 2007 ; Ancelot et Depret, 2013 ; Bonet *et al.*, 2013). Les inégalités sociales et territoriales de santé en médecine périnatale sont ainsi essentiellement perçues comme de simples considérations socio-économiques. En ne recourant pas à l'indicateur de renoncement aux soins (comme nous tentons de le faire dans cet article), les études sur le sujet passent ainsi à côté d'autres déterminants (psychologiques, médicaux, institutionnels, territoriaux, ...) susceptibles d'agir sur les inégalités de santé.

Pour ces différentes raisons notre contribution suggère une mesure, plus objective, du renoncement aux soins des femmes enceintes durant leur grossesse. Notre méthodologie s'inspire des travaux de Allin *et al.* (2010) et l'adapte sur données françaises. Celle-ci se fonde sur les données de santé relatives aux consommations (objectives et mesurées) de soins et d'exams de santé de la population étudiée. A travers une analyse des données médicales de consommations effectives des soins des individus étudiés, notre contribution permet de mesurer et de comparer précisément les deux facettes (objectives et subjectives) du renoncement aux soins mises en avant par Allin *et al.* (2010). Autrement dit, nous comparons les déclarations individuelles de renoncement aux soins (ce que nous qualifions de « renoncement subjectif ») et le recours effectif des patients aux soins (ce que nous qualifions de « renoncement objectif »). Nous pouvons alors déterminer dans quelle mesure les individus

ayant déclaré avoir renoncé à des soins ont véritablement renoncé et, dans une certaine mesure, à quels types de soins ils ont réellement renoncé.

Notre contribution s'appuie sur les données de l'Enquête Nationale Périnatale 2010 de l'Inserm. Elles permettent de mesurer le renoncement aux soins sous ses deux facettes. Le côté subjectif est mesuré grâce aux réponses données, par les enquêtées, aux questions relatives à la santé. Le côté objectif est mesuré par les données issues du dossier médical des patientes. Nous observons de plus un profil socio-éco-psycho-démographique des femmes enceintes et un aperçu de leur état de santé (nombre et nature des consultations effectuées, examens réalisés et soins effectués, antécédents médicaux, etc.) assez précis.

Au final, les enjeux de cette contribution recouvrent trois dimensions fondamentales. Un enjeu méthodologique, tout d'abord, puisqu'elle permet une mesure alternative du renoncement aux soins fondée sur le (non) recours effectif aux services de santé des patientes. Un enjeu en termes de santé publique également dans la mesure où la problématique du renoncement aux soins (sous ses deux facettes) pose avec acuité la question de l'équité dans l'accès aux services de santé (Dourgnon *et al.*, 2012b). Un enjeu politique normatif, enfin, dans la mesure où les décideurs publics se sont récemment donnés comme objectif de diminuer les inégalités sociales et territoriales en matière de santé en suivant notamment l'indicateur de renoncement aux soins (sous sa facette subjective).

La suite de l'article sera structurée de la manière suivante. Dans un premier temps, nous procéderons à une rapide revue de littérature de manière à identifier les déterminants du renoncement aux soins (2). Nous présenterons ensuite les données utilisées, issues de la vague 2010 de l'Enquête Nationale Périnatale du Ministère français de la Santé, et les principales statistiques associées à ces données et aux non-recours aux soins (3). Nous identifierons et comparerons ensuite les profils des patientes étudiées, c'est-à-dire les déterminants du non-recours, selon le type (objectif et/ou subjectif) de renoncement aux soins et la nature des soins auxquelles elles ont renoncé (4). Nous concluons enfin notre article en présentant les limites de notre étude et en proposant quelques pistes d'approfondissements pour des recherches futures (5).

2) Les déterminants du renoncement aux soins : une rapide revue de la littérature

La question du renoncement aux soins pour raisons financières et celle du non-recours aux services de santé ont fait l'objet de nombreux travaux ces dernières années (Bazin *et al.*, 2006 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b ; Dourgnon *et al.*, 2012a, 2012b ; Berchet, 2013 ; Célant *et al.*, 2014). Ces travaux ont permis d'identifier très précisément les déterminants (économiques, sociaux, psychologiques, institutionnels ...) du renoncement au soins, tant auprès de la population française (Boisguérin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b ; Dourgnon *et al.*, 2012a, 2012b) que de certaines franges de cette population (immigrés, habitants de zones urbaines sensibles, ...) (Bazin *et al.*, 2006 ; Berchet, 2013). Il en ressort que les déterminants du renoncement aux soins sont multiples et ne se limitent pas à la seule question de la prise en charge financière des soins. En effet, d'autres facteurs complémentaires expliquent également le renoncement aux soins.

Le profil socio-démographique (ou socio-économique) du patient joue ainsi un rôle important dans le fait de renoncer (ou pas) à des soins. Les femmes semblent ainsi davantage renoncer à des soins que les hommes (Desprès *et al.*, 2011a ; Dourgnon *et al.*, 2012b ; Célant *et al.*, 2012). L'âge³, le niveau d'éducation⁴ et la nationalité⁵ ont un impact sur le renoncement. Le fait d'avoir des enfants peut également impliquer davantage de renoncement aux soins chez leurs parents (Bazin *et al.*, 2006 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Berchet, 2013). De même, la méconnaissance des droits, des filières de soins et du système français de santé constitue souvent une explication au non-recours aux soins (Jusot, 2010 ; Wittwer *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Berchet, 2013). Le renoncement diminue aussi avec le revenu et la couverture maladie des patients (Raynaud, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a ; Dourgnon *et al.*, 2012b ; Berchet, 2013). L'origine sociale et la précarité du patient jouent également (Raynaud, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Allin et Masseria, 2009 ; Mielck *et al.*, 2009 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a ; Dourgnon *et al.*, 2012b).

Le renoncement à des soins s'explique aussi par des facteurs psycho-sociaux. Le fait d'avoir connu des expériences difficiles (isolement, inactivités, mal logement, drames de l'enfance,

³ On renonce ainsi de plus en plus entre 18 et 40 ans, puis de moins en moins après 50 ans. (Desprès *et al.*, 2011a ; Célant *et al.*, 2012).

⁴ Le renoncement aux soins s'accroît de manière inversement proportionnelle au niveau d'éducation (Dourgnon *et al.*, 2012b).

⁵ Les patients de nationalité étrangère renoncent souvent davantage que les patients de nationalité française (Berchet, 2013).

abus sexuel, physiques ou psychologiques, etc.) au cours de sa vie ou les perspectives d'avenir (crainte du chômage ou de l'isolement social) augmentent la probabilité de renoncer à des soins (Bazin *et al.*, 2006 ; Jusot, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b). La pression de l'entourage (Desprès *et al.*, 2011b), la sociabilité de l'individu (Berchet, 2013), sa place dans la hiérarchie sociale (Jusot, 2010) et l'estime de soi (Bazin *et al.*, 2006) peuvent également jouer en réduisant la probabilité de renoncer à des soins. De même, le renoncement peut résulter de préférences différentes des patients pour la santé⁶ (Bazin *et al.*, 2006 ; Dourgnon *et al.*, 2012b), d'un rapport particulier au corps et à la maladie (Bazin *et al.*, 2006 ; Jusot, 2013) ou de l'hygiène de vie des patients (Berchet, 2013). Les patients adoptant davantage de comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis, obésité, etc.) ou ayant une forte « préférence pour le présent » (absence de prévention) ont une propension plus importante à renoncer à des soins (Mackenbach, 2006 ; Jusot, 2013). Le niveau de gravité du problème de santé contribue également dans la décision de renoncer à des soins pour raisons financières (Desprès *et al.*, 2011b).

Parallèlement, le rôle joué par le système de soins est également mis en avant pour expliquer le renoncement aux soins. Les pratiques tarifaires des professionnels de santé peuvent ainsi expliquer une partie de ce renoncement (Desprès *et al.*, 2009), tout comme l'éloignement des services de santé (Allin *et al.*, 2010 ; Coldeffy *et al.*, 2011 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Dourgnon *et al.*, 2012b ; Berchet, 2013). La distance sociale culturelle (mesurée par le degré d'intégration) entre le médecin et son patient est également un facteur d'inégalité sociale de santé (Jusot, 2013). La participation des patients à des programmes de santé, filières de soins ou des réseaux de santé semble aussi contribuer à réduire leur probabilité de renoncer à des soins (Reschovsky *et al.*, 2000 ; Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Or *et al.*, 2009 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Ancelot et Depret, 2013 ; Devaux et de Looper, 2013 ; Jusot, 2013).

Enfin, le taux de renoncement aux soins pour raisons financières dépend aussi de l'état de santé du patient. Ainsi, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dès lors que leur état de santé se dégrade (Desprès *et al.*, 2011a) ou lorsqu'ils déclarent des maladies chroniques (Bazin *et al.*, 2006). Malheureusement, les études sur la question buttent souvent sur le problème de la double causalité (Dourgnon *et al.*, 2012a,b) et donc le caractère endogène de l'état de santé et du renoncement.

⁶ Pour un même besoin de soins, la « réponse » (mesurée par un niveau de consommations de soins) des patients peuvent en effet différer selon les individus (Dourgnon *et al.*, 2012b).

3) Présentations des données et statistiques descriptives

Cette étude s'appuie sur les données de la vague 2010 de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP). Ces enquêtes, organisées à intervalles réguliers⁷, sont menées au sein de l'ensemble des maternités (publiques et privées) françaises. Elles contribuent ainsi au suivi et à l'évaluation des plans « périnatalité » mis en œuvre par le Ministère de la Santé, et permettent de guider les décisions en santé publique dans le domaine périnatal (*cf.* Blondel et Kermarrec, 2011).

La base de données intègre l'ensemble des nouveaux nés (vivants ou mort-nés) et les interruptions médicales de grossesse (IMG) observés durant une semaine représentative dans la quasi-totalité (98 %) des maternités françaises (Blondel et Kermarrec, 2011). Cette base de données compte 11 464 femmes enceintes. Nous observons pour chaque femme des caractéristiques socio-éco-démographique et de santé (problème de santé avant la grossesse, actes médicaux réalisés durant la grossesse et après l'accouchement). Des informations concernant l'état de santé du nourrisson sont disponibles.

3.1) Renoncement subjectif et renoncement objectif aux soins : définition et mesure

Nous allons dans ce travail considérer, à partir des données de santé déclaratives et médicales, deux formes de renoncement aux soins : subjective et objective.

Le renoncement subjectif aux soins est déterminé par une réponse positive à la question suivante : « pendant votre grossesse, avez-vous dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières ? » (la réponse est dichotomique oui/non). Cette information déclarative porte exclusivement sur un renoncement financier.

Le renoncement objectif aux soins est mesuré par le non-recours effectif aux consultations, aux soins et aux examens périnataux des femmes enceintes durant leur grossesse. Ces informations sont obtenues à partir du dossier médical de la patiente.

Depuis 2008, la Haute Autorité de la Santé (HAS) établit des recommandations officielles à destination des professionnels de santé périnatale. Ces recommandations décrivent

⁷ Les ENP (1995, 1998, 2003 et 2010), sont réalisées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sous l'égide de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques en coordination avec la Direction Générale de la Santé et les médecins coordinateurs départementaux des centres de Protection maternelle et infantile (PMI).

« l'ensemble des informations que les professionnels de santé doivent donner à la femme enceinte lors des consultations prénatales ainsi que les conditions de délivrance de cette information » (HAS, 2008, pp. 3-4). La HAS liste également l'ensemble des consultations, des soins et des examens à proposer systématiquement ou obligatoirement aux femmes enceintes à différents moments de leur grossesse. Dans ce cadre, la HAS recommande aux femmes enceintes d'effectuer au moins sept consultations médicales (chez un spécialiste [gynécologue ou anesthésiste], une sage-femme ou un médecin généraliste), de réaliser au moins trois échographies (une par trimestre de grossesse) et d'effectuer différents examens biologiques (sérologie VIH, recherche de streptocoque B, frottis cervical, dépistage des anomalies chromosomiques fœtales, ECBU, dépistage de l'anémie), dont certains sont obligatoires (recherche du groupe sanguin, des agglutinines irrégulières et de l'Ag HBs, sérologies, glycosurie, protéinurie, hémogramme). De ce fait, le dispositif de prise en charge et de suivi des femmes enceintes durant leur grossesse figure parmi les plus complets au monde (Vilain *et al.*, 2013).

La variable de renoncement objectif aux soins a été définie en couplant les recommandations de la HAS et des variables présentes dans la base. Deux types de renoncement objectif ont été considérés : le renoncement aux consultations médicales et le renoncement à des actes médicaux obligatoires ou conseillés.

Sont considérées comme ayant renoncé aux (7) consultations médicales (recommandées), les femmes vérifiant au moins l'une de ces conditions : moins de trois visites prénatales réalisées, deux échographies faites au plus, aucune consultation avec un anesthésiste, un gynécologue ou une sage-femme lors de la grossesse (en dehors des visites prénatales et des échographies précitées).

Sont considérées comme ayant renoncé à des soins obligatoires ou conseillés les femmes ayant déclaré avoir refusé de réaliser au moins l'un des (trois) actes médicaux (présents dans la base) suivants : le dépistage de la trisomie 21, le dépistage du VIH ou le vaccin contre la grippe H1N1 pendant la période d'épidémie⁸.

⁸ Les autres examens biologiques obligatoires ou recommandés par la HAS n'ont pas pu être pris en compte car ils ne sont pas présents dans notre base de données.

Au final, nous considérons dans ce travail qu'une femme a renoncé objectivement aux soins si elle a soit renoncé aux consultations médicales seulement, soit renoncé aux actes médicaux obligatoires ou conseillés seulement, soit renoncés aux deux.

La répartition des différents types de renoncement aux soins est décrite dans les tableaux 1 et 2. Les éléments intéressants de ces tableaux concernent le pourcentage élevé de patientes renonçant de manière objective à des soins durant leur grossesse (16,8 %) comparativement aux patientes déclarant avoir renoncé (de manière subjective) à des soins durant leur grossesse (4,1 %). Le taux de renoncement subjectif des femmes enceintes apparaît nettement en deçà des taux de renoncement subjectif généralement observés pour l'ensemble des femmes, dans les études sur le renoncement aux soins. Célan *et al.*, (2014) estiment que 19,5 % des françaises déclarent en moyenne avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières au cours des douze derniers mois, tandis qu'elles sont 6,9 % à avoir renoncé à une consultation de médecin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Le faible taux de renoncement subjectif pour raisons financières observé dans notre échantillon pourrait s'expliquer par une prise en charge très complète par la sécurité sociale des soins durant la période de grossesse. Si l'on compare le renoncement subjectif observé au renoncement objectif aux consultations (8,9 %) l'écart est plus faible. Ce taux objectif est légèrement supérieur à celui subjectif estimé pour les seules consultations médicales. Elles sont 9,1 % à avoir refusé les examens préventifs recommandés par la HAS. Notons que les femmes déclarant (subjectivement) avoir renoncé à des soins durant leur grossesse et ayant objectivement renoncé à des soins durant leur grossesse est faible (1,2 % du nombre total des femmes enceintes). Moins de 30 % des femmes ayant déclaré avoir renoncé à des soins durant leur grossesse ont effectivement renoncé à des soins ou à des examens obligatoires ou recommandés par la HAS. On semble ainsi observer un décalage entre les déclarations (de renoncement aux soins) d'un côté, et les actes (de renonciation aux soins) de l'autre. Ce résultat un peu surprenant laisse penser que, soit pour ces femmes le non-recours aux soins n'est pas, à leurs yeux, du renoncement ; soit c'est bien du renoncement mais pour des raisons autres que des raisons financières. Le motif du renoncement objectif apparaît également fortement discriminant selon les femmes dans la mesure où 46,9 % des femmes renoncent objectivement à des soins parce qu'elles n'ont pas réalisé suffisamment de consultations durant leur grossesse alors que 46,2 % y renoncent pour ne pas avoir réalisé les actes préventifs recommandés par la HAS (dans 7 % des cas seulement, elles renoncent à la fois à des consultations et à des soins préventifs).

Tableau 1 : Répartition des effectifs selon les types de renoncement aux soins

		Renoncement subjectif		Ensemble
		oui	non	
Renoncement objectif	oui	135 (1,2 %)	1789 (15,6 %)	1924 (16,8 %)
	non	333 (2,9 %)	9207 (80,3 %)	9540 (83,2 %)
Ensemble		468 (4,1 %)	10996 (95,9 %)	11464 (100 %)

Source : les auteurs d'après l'ENP 2010

Tableau 2 : Nature du renoncement objectif aux soins

		Consultations médicales insuffisantes		Ensemble
		oui	non	
Soins obligatoires ou conseillés	non réalisés	134 (1,2 %)	902 (7,9 %)	1036 (9,1 %)
	réalisés	888 (7,7 %)	9540 (83,2 %)	10428 (90,9 %)
Ensemble		468 (4,1 %)	1022 (8,9 %)	10442 (91,1 %)

Source : les auteurs d'après l'ENP 2010. Lecture Renoncement objectif en **gras**

3.2) Une analyse multifactorielle du renoncement aux soins

La revue de la littérature réalisée dans la partie précédente nous a permis d'identifier cinq familles de variables susceptibles d'expliquer (et de comparer) les déterminants du renoncement aux soins (sous ses deux facettes) : les déterminants socio-économiques, les déterminants psycho-sociaux, les comportements à risque, les facteurs géographiques et l'état de santé de la femme avant sa grossesse. Ces principaux déterminants, selon le type de renoncement, sont présentés dans le tableau 3.

Les déterminants socio-économiques

Les déterminants socio-économiques disponibles dans l'ENP 2010 sont l'âge, le niveau d'éducation, la nationalité, la situation professionnelle, financière et familiale de la patiente. Des informations sur l'existence pour la femme d'une couverture médicale complémentaire (mutuelle ou CMU-C) et la possession d'un carnet de grossesse sont disponibles. Certaines de ces variables nous permettront de repérer une éventuelle inégalité sociale de santé.

Ainsi, près des deux tiers d'entre elles avaient entre 25 ans et 34 ans au moment d'accoucher. La moyenne d'âge des femmes enceintes ayant renoncé à des soins durant leur grossesse est néanmoins moins élevée que celle des femmes n'ayant pas renoncé, et ce quelle que soit la nature de leur renoncement.

Tableau 3 : Tableau de statistiques descriptives sur le renoncement objectif aux soins

	Ensemble	Renoncement objectif aux soins				Renoncement subjectif aux soins		
		Non	Oui			Non	Oui	
			Ensemble	Dépistage insuffisant	Visites insuffisantes			
Effectifs	11464	9540	1924	1036	1022	10996	468	
Déterminants socio-économiques (en % du total)								
Age	moins de 20 ans	2,2	2,0	3,2	2,1	4,2	2,1	3,8
	entre 20 et 24 ans	13,9	13,1	17,7	15,7	20,3	13,7	18,8
	entre 25 et 29 ans	33,4	34,1	29,9	29,9	29,3	33,5	29,7
	entre 30 et 34 ans	31,0	31,6	28,1	31,8	24,3	31,2	26,9
	entre 35 et 39 ans	15,2	15,1	15,5	15,0	16,1	15,2	13,9
	40 ans et plus	3,3	3,2	4,3	4,3	4,1	3,3	5,3
	non réponse	1,0	0,9	1,4	1,2	1,8	1,0	1,5
Diplôme	non diplômée	25,9	24,0	35,0	30,1	41,2	25,2	41,2
	bachelière	19,8	19,4	21,6	19,9	23,8	19,6	23,9
	diplômée du supérieur	54,1	56,3	43,1	49,4	34,7	54,9	34,4
	non réponse	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	0,3	0,4
Pays d'origine	France	88,9	90,9	78,8	77,4	77,7	89,5	73,7
	Europe (hors France)	2,5	2,3	3,1	2,4	3,7	2,4	4,1
	Afrique	4,0	3,3	7,5	7,7	8,5	3,6	12,6
	Autres pays	3,5	3,0	6,0	4,5	7,9	3,3	7,9
	non réponse	1,1	0,4	4,6	7,9	2,2	1,1	1,7
Situation familiale	seule, père présent	2,2	2,1	2,6	2,7	2,7	2,1	3,8
	seule, père absent	4,3	3,6	7,6	5,1	10,6	4,1	9,8
	en couple, conjoint inactif	9,7	8,7	15,0	15,3	16,4	9,3	20,3
	en couple, conjoint actif	83,8	84,8	73,1	76,0	70,3	83,7	62,4

Situation professionnelle	en activité	69,7	72,8	54,1	57,5	48,7	70,9	41,2
	au foyer	11,8	9,8	21,6	20,5	24,1	11,3	23,9
	en études	2,4	2,0	4,1	3,5	4,7	2,3	3,8
	au chômage	12,0	11,7	13,7	13,1	14,5	11,7	20,5
	autre situation	3,7	3,3	5,8	4,9	7,0	3,5	9,2
	non réponse	0,4	0,4	0,7	0,5	1,0	0,4	1,3
Revenu mensuel du ménage	moins de 1000 €	8,6	7,1	15,8	13,3	19,5	7,9	25,2
	entre 1000 et 1500 €	9,2	8,2	14,4	13,2	16,7	8,7	21,6
	entre 1500 et 2000 €	14,3	13,5	17,8	17,5	17,9	14,0	19,9
	entre 2000 et 3000 €	30,7	31,8	25,3	26,8	22,7	31,2	19,0
	entre 3000 et 4000 €	21,2	22,5	15,0	17,0	11,7	21,9	6,8
	plus de 4000 €	14,1	15,1	8,8	9,9	7,3	14,5	4,7
	non réponse	1,9	1,7	3,0	2,2	4,1	1,9	2,8
Assurance santé	avec mutuelle	83,8	86,6	69,8	74,6	62,7	85,0	55,8
	sans mutuelle	16,2	13,4	30,2	25,4	37,3	15,0	44,2
A reçu un carnet de maternité	non	40,7	39,9	44,4	41,9	46,8	40,4	47,2
	oui	59,3	60,1	55,6	58,1	53,2	59,6	52,8

Déterminants psychologiques (en % du total)

Entourage	très bien	68,0	69,4	60,9	61,4	59,9	68,8	48,7
	bien	27,0	26,2	30,8	32,7	29,2	26,6	36,5
	moyen	5,0	4,3	8,3	5,9	11,0	4,6	14,7
Annonce de la grossesse	ravie	75,8	76,7	71,5	74,6	67,9	76,2	65,4
	moyennement contente	11,1	11,6	8,8	9,4	7,6	11,2	9,2
	pas contente	10,1	9,5	13,0	10,4	16,1	9,8	17,9
	non réponse	3,0	2,2	6,7	5,6	8,3	2,8	7,5

Comportements à risque (en % du total)

Tabac	ne fume pas	82,3	82,8	80,0	86,4	73,9	82,7	73,9
	fume moins de 10 cigarettes	12,5	12,4	12,9	9,4	16,2	12,2	18,4
	fume plus de 10 cigarettes	5,2	4,8	7,1	4,2	9,9	5,1	7,7
Prise de drogue	oui	1,2	1,2	1,1	0,6	1,5	1,1	2,8
	Non	98,8	98,8	98,9	99,4	98,5	98,9	97,2

Prise d'alcool pendant la grossesse	ne boit pas d'alcool	76,8	76,6	78,1	77,4	79,5	76,8	77,8
	une fois par mois	17,7	17,9	16,5	17,2	15,5	17,7	17,7
	Au moins deux fois par mois	2,4	2,2	3,0	3,0	3,0	2,0	2,4
	a arrêté	3,1	3,3	2,4	2,4	2,2	2,0	2,4

Santé avant la grossesse (en % du total)

Diabète avant la grossesse	oui	1,5	1,5	1,6	1,8	1,7	3,2	1,3
	non	98,5	98,5	98,4	98,2	98,3	96,8	98,7
Hypertension	oui	2,0	2,0	2,0	1,8	2,1	2,0	2,8
	non	98,0	98,0	98,0	98,2	97,9	98,0	97,2
Problème de poids (obésité)	oui	11,4	10,7	14,8	14,5	15,6	11,2	16,0
	non	88,6	89,3	85,2	85,5	84,4	88,7	84,0

Localisation (en % du total)

Temps de transport jusqu'à la maternité	moins de 30 minutes	88,7	88,9	88,0	89,3	88,5	88,8	87,4
	au moins 30 minutes	10,6	10,6	10,6	9,8	11,3	10,5	11,3
	non réponse	0,7	0,5	1,4	0,9	2,2	0,7	1,3
Région d'habitation (ZEAT)	Paris	23,1	22,6	26,1	27,0	25,0	22,9	28,2
	Bassin parisien	16,2	16,2	16,1	14,1	18,0	16,2	16,7
	Nord	7,8	7,6	8,8	8,1	9,1	7,8	6,2
	Ouest	13,1	13,7	10,1	11,8	18,5	13,3	9,4
	Est	7,6	7,7	7,3	7,7	6,8	7,7	6,6
	Sud-ouest	9,0	9,1	8,2	6,6	10,1	8,9	9,8
	Centre-Est	12,2	18,9	13,7	15,8	12,0	12,2	11,8
Méditerranée	11,0	11,3	9,6	8,9	10,5	11,0	11,3	

Source : Les auteurs d'après l'ENP (2010)

Près des trois quarts des femmes enceintes sont titulaires d'au moins le baccalauréat. Chez les femmes ayant renoncé, cette part est plus réduite puisque 35 % des femmes ayant renoncé objectivement à des soins durant leur grossesse n'ont pas été scolarisées ou ont un niveau élémentaire (primaire, collège, CAP, BEP) tout comme 41,2 % des femmes ayant déclaré avoir renoncé (subjectivement) à des soins durant leur grossesse.

L'échantillon compte majoritairement des femmes de nationalité française quel que soit le type de renoncement. Par contre, la proportion de femmes d'origine africaine est plus importante chez les femmes ayant renoncé subjectivement (12,6 % contre 4 % au total) et, dans une moindre mesure, objectivement (7,5 %).

Quel que soit le type de renoncement, près de 90 % d'entre elles vivent en couple avec un compagnon occupant un emploi. Les situations où les femmes vivent seules et/ou devront élever leur nourrisson sans le soutien du père sont néanmoins plus fréquentes chez les femmes déclarant renoncer (subjectivement) à des soins (13,6 % des cas contre 6,5 % dans l'ensemble) ou renonçant effectivement à des soins durant leur grossesse (10,2 %).

Plus des deux tiers des femmes sont en activité (professionnelle) au moment de leur grossesse. Chez les femmes déclarant ou renonçant effectivement à des soins durant leur grossesse, cette part diminue sensiblement (elle est respectivement de 41,2 % et de 54,1 %). De fait, la part des femmes au foyer ou au chômage y est plus importante que la moyenne des femmes ne renonçant pas à des soins durant leur grossesse.

Moins d'une femme sur trois déclare un revenu mensuel du ménage inférieur à 2000 euros. On en compte une sur deux parmi celles ayant renoncé objectivement et près de sept sur dix parmi celles ayant renoncé de manière subjective aux soins. Concernant la couverture mutuelle, 16 % des femmes de l'échantillon déclarent ne pas avoir de couverture santé complémentaire. Elles sont 30 % (resp. 45 %) parmi celles ayant renoncé objectivement (resp. subjectivement).

Enfin, 59,3 % des femmes déclarent avoir été informées sur leur suivi de grossesse. Ce pourcentage passe à 55,6 pour le renoncement objectif et à 52,8 pour le renoncement subjectif.

Les déterminants psycho-sociaux

Deux éléments psycho-sociaux sont disponibles dans la base : l'isolement social (absence d'un entourage familial ou amical proche) et le non-désir de l'enfant à naître.

Les femmes se disant très bien entourées socialement sont, en proportion, moins nombreuses chez les femmes renonçant de manière subjective (48,7 % contre 68,0 % dans l'ensemble) et, dans une moindre mesure, objective (60,9 %). De façon équivalente, alors que 75,8 % des femmes de l'échantillon se déclarent ravies de l'annonce de leur grossesse, ce taux passe à 71,5 % pour celles ayant renoncé objectivement et à 65,4 % pour celles ayant renoncé subjectivement.

Les comportements à risque

Des questions portant sur la consommation de cigarettes, d'alcool et de cannabis sont posées aux patientes dans le cadre de l'ENP 2010. Elles constituent, selon nous, de « bons » marqueurs des comportements à risque des femmes durant leur grossesse.

Les comportements à risque pendant la grossesse restent marginaux pour la majorité des femmes enceintes en France même si quelques différences existent, au regard des statistiques descriptives, selon le type de renoncement. Ainsi, 73,9 % des femmes ne fument pas parmi celles renonçant de manière subjective alors qu'elles sont 80 % parmi les femmes ne renonçant pas de manière objective. De plus, la proportion de femmes fumant plus de 10 cigarettes par jour est plus élevée chez la femme renonçant de manière subjective (7,7 % versus 4,8 %) ; cette proportion dépassant même les 10 % chez les femmes n'ayant pas réalisé le nombre recommandé de visites prénatales. *A contrario*, le rapport à l'alcool des femmes enceintes ne semble pas différent entre les femmes renonçant à des soins durant la grossesse et les autres. La consommation de drogue reste rare chez les femmes enceintes durant la grossesse, même si les femmes qui déclarent renoncer (subjectivement) consomment davantage de cannabis.

L'état de santé de la femme avant sa grossesse

Cet état de santé est résumé par trois éléments caractérisant la santé avant la grossesse : l'obésité, l'hypertension et le diabète. Très peu de femmes souffrent de diabète (moins de 2 %) ou d'hypertension (2 %). Ces pourcentages ne diffèrent pas selon le renoncement ou pas.

11,4 % déclarent un problème d'obésité. Cette proportion atteint 14,8 % pour le renoncement objectif et 16 % pour le renoncement subjectif.

Les déterminants géographiques

Nous approximations l'accessibilité géographique des patientes aux professionnels de santé par deux éléments : le temps de transport pour aller accoucher (résumé à plus ou moins 30 minutes) et la région d'habitation (ZEAT) de la femme. A partir de ces variables nous tenterons de mesurer une éventuelle inégalité géographique de santé. Près de 90 % des femmes ayant accouché en 2010 habitent à moins d'une demi-heure d'une maternité. On n'observe pas ici de différence entre les femmes selon qu'elles aient (ou non) renoncé à des soins durant leur grossesse.

4) Les déterminants des différentes formes de renoncement aux soins

L'objectif de l'analyse économétrique menée dans ce travail est de mettre en évidence les déterminants du renoncement aux soins.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au renoncement objectif et au renoncement subjectif. Deux modèles probit simples seront estimés (tableau 4). Nous comparerons ensuite les profils des femmes associés à chaque forme de renoncement.

Dans un second temps, nous nous intéresserons aux deux types de renoncement objectifs (définis précédemment) de manière simultanée. Nous estimerons un modèle probit bivarié (tableau 5)⁹. Notre analyse comparative des déterminants des différentes formes de renoncement permet d'identifier différentes causes au renoncement aux soins chez les femmes enceintes durant leur grossesse. Les commentaires des résultats sont réalisés toutes choses égales par ailleurs.

⁹ On peut noter que, pour cette modélisation, le coefficient de corrélation estimé entre les termes d'erreur des deux équations de renoncement est positif et significatif. Cela signifie que les deux probabilités de renoncement varient dans le même sens. Par conséquent, les variables explicatives non disponibles dans cette enquête auraient un effet comparable sur les deux probabilités étudiées.

Tableau 4 : Les déterminants du renoncement objectif et subjectif

		Nature du renoncement					
		Objectif		Subjectif			
Constante		-1,291	***	(0,06)	-2,307	***	(0,10)
Déterminants socio-économiques							
Age	moins de 20 ans	-0,103		(0,10)	-0,229		(0,14)
	entre 20 et 24 ans	0,012		(0,05)	-0,103		(0,08)
	entre 25 et 29 ans	-0,061		(0,04)	-0,069		(0,06)
	entre 30 et 34 ans	réf			réf		
	entre 35 et 39 ans	0,040		(0,05)	-0,038		(0,08)
	40 ans et plus	0,073		(0,08)	0,147		(0,12)
	non réponse	0,161		(0,14)	0,024		(0,21)
Diplôme	non diplômée	0,040		(0,04)	-0,016		(0,06)
	bachelière	réf			réf		
	diplômée du supérieur	0,034		(0,04)	0,010		(0,06)
	non réponse	-0,012		(0,28)	0,162		(0,37)
Pays d'origine	France	réf			réf		
	Europe (hors France)	0,071		(0,09)	0,144		(0,13)
	Afrique	0,213	***	(0,07)	0,296	***	(0,09)
	Autres pays	0,130	*	(0,07)	0,061		(0,10)
	non réponse	1,335	***	(0,12)	0,002		(0,18)
Situation familiale	seule, père présent	-0,046		(0,10)	-0,027		(0,14)
	seule, père absent	0,052		(0,07)	-0,078		(0,10)
	en couple, conjoint inactif	0,088	*	(0,05)	0,046		(0,07)
	en couple, conjoint actif	réf			réf		
Situation professionnelle	en activité	réf			réf		
	au foyer	0,254	***	(0,05)	0,040		(0,07)
	en études	0,230	**	(0,09)	0,001		(0,14)
	au chômage	0,061		(0,05)	0,159	**	(0,07)
	autre situation	0,114		(0,08)	0,178	*	(0,10)
	non réponse	0,171		(0,20)	0,321		(0,25)
Revenu mensuel	moins de 1000 €	0,316	***	(0,08)	0,727	***	(0,13)
	entre 1000 et 1500 €	0,315	***	(0,07)	0,690	***	(0,12)
	entre 1500 et 2000 €	0,262	***	(0,06)	0,512	***	(0,11)
	entre 2000 et 3000 €	0,145	**	(0,05)	0,249	**	(0,10)
	entre 3000 et 4000 €	0,099	*	(0,06)	0,036		(0,11)
	plus de 4000 €	réf			réf		
	non réponse	0,335	***	(0,11)	0,443	**	(0,17)
Assurance santé	avec mutuelle	réf			réf		
	sans mutuelle	0,226	***	(0,04)	0,289	***	(0,06)
A reçu un carnet de maternité	oui	-0,067	**	(0,03)	-0,073		(0,05)
Déterminants psychologiques							
Entourage	très bien	réf			réf		
	bien	0,080	**	(0,03)	0,200	***	(0,05)
	moyen	0,179	***	(0,06)	0,425	***	(0,08)

Annonce de la grossesse	ravie	réf		réf	
	moyennement contente	-0,084	* (0,05)	0,030	(0,08)
	pas contente	0,100	** (0,05)	0,199	*** (0,07)
	non réponse	0,380	*** (0,08)	0,179	* (0,10)

Comportements à risque

Tabac	ne fume pas	réf		réf	
	fume moins de 10 cigarettes	0,011	(0,05)	0,172	*** (0,07)
	fume plus de 10 cigarettes	0,049	(0,06)	0,024	(0,09)
Prise de drogue	oui	-0,140	(0,14)	0,303	* (0,16)
Prise d'alcool pendant la grossesse	ne boit pas d'alcool	réf		réf	
	une fois par mois	0,050	(0,04)	0,106	* (0,06)
	Au moins deux fois par mois	0,208	** (0,09)	0,220	* (0,13)
	a arrêté	-0,060	(0,09)	-0,338	* (0,19)

Santé avant la grossesse

Diabète avant la grossesse	oui	-0,053	(0,12)	0,060	(0,17)
Hypertension	oui	-0,098	(0,10)	-0,018	(0,15)
Problème de poids (obésité)	oui	0,090	** (0,04)	0,070	(0,07)

Localisation

Temps de transport jusqu'à la maternité	moins de 30 minutes	réf		réf	
	au moins 30 minutes	0,063	(0,05)	0,059	(0,07)
	non réponse	0,448	*** (0,05)	0,140	(0,23)
Région d'habitation	Paris	réf		réf	
	Bassin parisien	-0,077	(0,05)	-0,058	(0,07)
	Nord	0,027	(0,06)	-0,189	* (0,10)
	Ouest	-0,156	*** (0,05)	-0,155	* (0,09)
	Est	-0,077	(0,06)	-0,121	(0,10)
	Sud-ouest	-0,105	* (0,06)	-0,043	(0,09)
	Centre-Est	0,059	(0,05)	-0,055	(0,08)
Méditerranée	-0,175	*** (0,05)	-0,099	(0,08)	

Source : Les auteurs d'après l'ENP (2010)

Légende : *** Seuil de significativité à 1% ; ** Seuil de significativité à 5% ; * Seuil de significativité à 10%, Les valeurs entre parenthèses sont les écart-types.

Tableau 5 : Résultats des estimations du modèle bivarié explicatif du non-recours aux visites et aux dépistages prénataux

		Nature du renoncement objectif					
		visites		dépistages			
Constante		-1,783	***	(0,07)	-1,513	***	(0,07)
Déterminants socio-économiques							
Age	moins de 20 ans	-0,007		(0,11)	-0,211	*	(0,13)
	entre 20 et 24 ans	0,082		(0,06)	-0,062		(0,06)
	entre 25 et 29 ans	-0,001		(0,05)	-0,106	**	(0,04)
	entre 30 et 34 ans	réf			réf		
	entre 35 et 39 ans	0,120	**	(0,06)	-0,041		(0,05)
	40 ans et plus	0,060		(0,10)	0,033		(0,09)
	non réponse	0,266	*	(0,16)	0,026		(0,16)
Diplôme	non diplômée	0,145	***	(0,05)	-0,049		(0,05)
	bachelière	réf			réf		
	diplômée du supérieur	0,143	***	(0,05)	-0,056		(0,05)
	non réponse	0,004		(0,33)	0,379		(0,28)
Pays d'origine	France	réf			réf		
	Europe (hors France)	0,174	*	(0,10)	-0,080		(0,11)
	Afrique	0,241	***	(0,08)	0,195	***	(0,08)
	Autres pays	0,268	***	(0,08)	-0,030		(0,09)
	non réponse	0,243	*	(0,14)	1,621	***	(0,12)
Situation familiale	seule, père présent	-0,103		(0,11)	0,094		(0,11)
	seule, père absent	0,131	*	(0,08)	-0,092		(0,09)
	en couple, conjoint inactif	0,073		(0,06)	0,129	**	(0,06)
	en couple, conjoint actif	réf			réf		
Situation professionnelle	en activité	réf			réf		
	au foyer	0,151	***	(0,06)	0,261	***	(0,06)
	en études	0,236	**	(0,10)	0,103		(0,11)
	au chômage	0,000		(0,06)	0,103	*	(0,06)
	autre situation	0,093		(0,09)	0,079		(0,09)
	non réponse	0,285		(0,21)	-0,137		(0,27)
Revenu mensuel	moins de 1000 €	0,204	**	(0,10)	0,322	***	(0,10)
	entre 1000 et 1500 €	0,245	***	(0,09)	0,294	***	(0,09)
	entre 1500 et 2000 €	0,157	**	(0,08)	0,257	***	(0,08)
	entre 2000 et 3000 €	0,058		(0,07)	0,164	**	(0,06)
	entre 3000 et 4000 €	0,025		(0,07)	0,104	*	(0,06)
	plus de 4000 €	réf			réf		
	non réponse	0,420	***	(0,12)	0,103		(0,14)
Assurance santé	avec mutuelle						
	sans mutuelle	0,284	***	(0,05)	0,080		(0,05)
A reçu un carnet de maternité	oui	-0,086	**	(0,04)	-0,007		(0,04)
Déterminants psychologiques							
Entourage	très bien	réf			réf		
	bien	0,020		(0,04)	0,108	***	(0,04)
	moyen	0,279	***	(0,07)	-0,057		(0,08)
Annnonce de la grossesse	ravie	réf			réf		

	moyennement contente	-0,082	(0,06)	-0,087	(0,06)
	pas contente	0,196 ***	(0,05)	-0,020	(0,06)
	non réponse	0,370 ***	(0,08)	0,252 ***	(0,09)

Comportements à risque

	ne fume pas	réf		réf	
Tabac	fume moins de 10 cigarettes	0,159 ***	(0,05)	-0,178 ***	(0,06)
	fume plus de 10 cigarettes	0,237 ***	(0,07)	-0,227 ***	(0,08)
Prise de drogue	oui	-0,047	(0,15)	-0,297	(0,19)
	ne boit pas d'alcool	réf		réf	
Prise d'alcool pendant la grossesse	une fois par mois	0,000	(0,05)	0,074	(0,05)
	au moins deux fois par mois	0,118	(0,11)	0,216 **	(0,10)
	a arrêté	-0,115	(0,11)	-0,036	(0,10)

Santé avant la grossesse

Diabète avant la grossesse	oui	-0,047	(0,14)	0,059	(0,13)
Hypertension	oui	-0,098	(0,13)	-0,130	(0,12)
problème de poids (obésité)	oui	0,063	(0,05)	0,087 *	(0,05)

Localisation

	moins de 30 minutes	réf		réf	
Temps de transport jusqu'à la maternité	au moins 30 minutes	0,094 *	(0,06)	0,016	(0,06)
	non réponse	0,669 ***	(0,16)	0,094	(0,19)
	Paris	réf		réf	
Région d'habitation	Bassin parisien	0,043	(0,06)	-0,160 ***	(0,06)
	Nord	0,080	(0,07)	-0,048	(0,07)
	Ouest	-0,165	(0,07)	-0,087	(0,06)
	Est	-0,067	(0,08)	-0,052	(0,07)
	Sud-ouest	0,067	(0,07)	-0,235 ***	(0,06)
	Centre-Est	0,038	(0,06)	0,082	(0,06)
	Méditerranée	-0,075	(0,07)	-0,201 ***	(0,07)
Corrélation		0,058 ** (0,03)			

Source : Les auteurs d'après l'ENP (2010)

Légende : *** Seuil de significativité à 1% ; ** Seuil de significativité à 5% ; * Seuil de significativité à 10%,
Les valeurs entre parenthèses sont les écart-types.

4.1) *L'impact contrasté des variables socio-démographiques sur le renoncement aux soins*

Un premier ensemble de résultats met en évidence que les caractéristiques individuelles et familiales (âge, diplôme et situation familiale) ont un rôle, soit (très) marginal, soit non-significatif, dans le fait de renoncer à des soins durant la grossesse. Ces résultats sont valables quel que soit le type de renoncement considéré. Ces résultats, non conformes à la littérature, sont peut-être liés à la population étudiée, relativement homogène en termes d'âge (80 % ont entre 25 et 39 ans), de niveau d'études (74 % ont un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat) et de situation familiale (84 % sont en couple avec un conjoint actif) et peu représentative de la population généralement considérée dans les études sur le renoncement.

Le pays d'origine de la femme n'a pas le même effet selon le type de renoncement considéré. Quel que soit celui-ci, les femmes issues d'Afrique du Nord ont une probabilité moyenne de renoncer plus faible que les autres femmes. De plus, les femmes d'origine non européenne ont elles aussi une probabilité de renoncement aux soins objectif plus élevée (cet effet étant plus élevé pour les femmes d'origine africaine). Enfin, les femmes provenant d'un pays européen autre que la France ont, en moyenne, une probabilité de renoncer légèrement plus faible que celle des françaises pour le renoncement objectif lié aux consultations médicales. La barrière de la langue ou la méconnaissance des droits, des filières de soins et du système français de santé pourraient expliquer ces résultats qui ont été observés dans la littérature (Reschovsky *et al.*, 2000 ; Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Or *et al.*, 2009 ; Jusot, 2010, 2013 ; Wittwer *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Berchet, 2013 ; Devaux et de Looper, 2013).

Un second ensemble de résultats montre que les effets des caractéristiques socio-économiques sur le renoncement sont conformes à la littérature existante.

Le fait de renoncer est en effet influencé par le revenu mensuel du ménage. La probabilité de renoncement (objectif ou subjectif) décroît avec le niveau de revenu. Au-delà de 3000 € il ne semble plus y avoir d'effet. Lorsque l'on s'intéresse aux types de renoncement (objectif), l'effet persiste légèrement jusqu'à 4000 € pour le non recours aux actes médicaux préventifs, tandis que celui observé sur le renoncement aux consultations se limite aux revenus inférieurs à 2000 €. Sans doute peut-on croire que le reste à vivre des personnes à faible revenu les contraint à des arbitrages (budgétaires) qui s'effectuent alors au détriment de certaines dépenses de santé.

De la même manière, la situation professionnelle joue aussi sur le fait de renoncer ou non à des soins durant la grossesse, même si la modalité influençant la probabilité de renoncer diffère selon le type de renoncement. Ainsi, la situation d'inactivité (être au foyer ou scolarisé) augmente le fait de renoncer de manière objective comparativement aux femmes en activité. En revanche, le renoncement subjectif est significativement influencé par le fait d'être au chômage (ou dans une autre situation) plutôt qu'en activité. Il en est de même pour les femmes qui refusent (objectivement) certains soins préventifs. Pour expliquer ces différences, on peut émettre l'hypothèse que les femmes au chômage font sans doute un arbitrage entre les consultations et les soins préventifs (en ne renonçant pas aux premières et en renonçant aux secondes).

L'absence de couverture mutuelle constitue également une cause manifeste d'un renoncement (subjectif, objectif et consultations médicales) aux soins plus prononcé chez les femmes enceintes. Ces résultats sur les caractéristiques socio-économiques confirment les inégalités sociales aux soins mises en évidence dans les études sur le renoncement subjectif (Raynaud, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a ; Dourgnon *et al.*, 2012b ; Berchet, 2013). *A contrario*, il ne contribue pas à expliquer pourquoi certaines femmes refusent des soins préventifs pourtant recommandés par la HAS. Ainsi, les femmes non couvertes par une mutuelle ne renoncent pas moins à ce type de soins que les femmes bénéficiant d'une couverture mutuelle.

Enfin, un autre élément intéressant ressort de notre étude. Il concerne le fait que le renoncement objectif (et notamment le renoncement aux consultations prénatales) est significativement et négativement impacté par le fait d'avoir reçu un carnet de maternité en début ou en cours de grossesse. Le suivi de grossesse semble lié au niveau d'information reçu par la femme enceinte durant sa grossesse. Ce résultat, ainsi que celui déjà présenté sur le pays d'origine des femmes, laissent penser que nous sommes en présence d'une inégalité d'informations aux soins particulièrement marquée chez les femmes enceintes.

4.2) L'impact évident des facteurs psycho-sociaux sur le renoncement aux soins

L'état psychologique de la femme pendant la grossesse semble également avoir un pouvoir explicatif important quel que soit le type de renoncement étudié.

Ainsi, les femmes qui auraient aimé que leur grossesse n'arrive pas à cet instant (c'est-à-dire celles qui déclarent subir leur grossesse) renoncent davantage à des soins que les femmes qui étaient ravies d'être enceintes. Ce sentiment à l'annonce de la grossesse ne joue néanmoins aucun rôle apparent sur la décision de refuser certains soins préventifs durant la grossesse (contrairement au refus de certaines consultations prénatales).

Parallèlement, l'étude fait ressortir l'importance du rôle de l'entourage sur le fait de renoncer à des soins durant la grossesse. Ainsi, les femmes se déclarant très bien entourée (par des amis proches ou des membres de leur famille) ont moins de risque de renoncer que les autres. La probabilité moyenne de renoncer (aussi bien objectivement que subjectivement) varie en sens inverse du degré d'entourage ressenti par les femmes.

Ces résultats concernant les facteurs psychologiques sont en parfaite adéquation avec les quelques travaux ayant déjà souligné l'importance des déterminants d'ordre psycho-sociaux du renoncement financier aux soins auprès d'autres populations (Bazin *et al.*, 2006 ; Jusot, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b ; Berchet, 2013).

4.3) Un impact différencié des comportements à risque sur le renoncement aux soins

Le comportement à risque des patientes est mesuré à travers la consommation durant la grossesse de trois éléments : le tabac, l'alcool et la drogue.

Le tabac a des effets différents selon le type de renoncement considéré. Fumer de façon régulière durant la grossesse augmente la probabilité d'observer du renoncement subjectif et n'a pas d'impact sur la probabilité d'observer du renoncement objectif. Mais, si l'on considère les deux types de renoncement objectif deux résultats opposés apparaissent : consommer du tabac augmente la probabilité moyenne de renoncer aux consultations médicales et diminue la probabilité moyenne de renoncer aux actes médicaux obligatoires ou conseillés.

La prise d'alcool n'a pas vraiment d'effet sur le fait de renoncer à des soins durant la grossesse, excepté lorsque la femme déclare consommer de l'alcool de manière assez régulière (au moins deux fois par mois). Dans ce cas, la probabilité moyenne de renoncer (objectivement ou subjectivement) augmente. Lorsque l'on tient compte des types de renoncement objectif, cet effet n'est vérifié que pour le renoncement aux actes médicaux obligatoires ou conseillés.

Enfin, la prise de drogue n'impacte pas le renoncement objectif et a un impact positif sur le renoncement subjectif.

Nos résultats tendent à montrer que le renoncement à des soins pendant la grossesse peut s'expliquer, en partie, par une moindre aversion pour le risque. Cela est davantage marqué pour les femmes qui déclarent avoir renoncé à des soins durant leur grossesse.

A contrario, le fait de ne pas renoncer (objectivement) à certaines consultations ou examens préventifs recommandés ne semble pas résulter d'un « choix » mis en œuvre par les femmes (« riscophiles ») durant leur grossesse. Seules en effet les femmes continuant à boire plus de deux verres d'alcool par mois durant leur grossesse (et, dans une moindre mesure, les fumeuses) renoncent effectivement à des soins durant cette période.

4.4) L'absence d'impact de l'état de santé de la mère sur le renoncement aux soins

L'impact de l'état de santé de la femme avant sa grossesse ne joue pas un rôle significatif dans le fait de renoncer à des soins durant la grossesse. Tout au plus, nos résultats permettent d'affirmer que les femmes atteintes de surpoids avant leur grossesse vont davantage que les autres refuser, durant leur grossesse, certains examens préventifs recommandés par la HAS. Par contre, les femmes diabétiques ou ayant de l'hypertension (avant leur grossesse) ne renoncent pas moins à des soins durant leur grossesse que les autres femmes. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus dans la littérature sur le renoncement (Bazin *et al.*, 2006) puisque les personnes ayant des problèmes de santé chroniques (tels que le diabète ou l'hypertension) ont généralement tendance à plus renoncer que les autres. Malgré leur problème de santé, ces femmes recourent peut-être aux soins pour protéger leur nourrisson.

4.5) L'impact très limité du système de soins sur le renoncement aux soins

Enfin, il semblerait que pour certains types de renoncement (objectif, subjectif et objectif associé aux actes médicaux obligatoires et conseillés) il y ait quelques disparités régionales éventuellement liées à l'organisation du système de soins. Malheureusement la localisation retenue n'est pas assez fine pour obtenir des conclusions plus précises.

A contrario, la distance d'accès à la maternité ne joue pas un rôle significatif dans le renoncement aux soins de manière subjective. Concernant le renoncement objectif, son influence est limitée et ne s'observe que pour les femmes ayant renoncé à certaines

consultations recommandées durant leur grossesse en raison de leur éloignement géographique (car elles habitent à plus de 30 minutes de la maternité où elles ont accouché).

4.6) Profils des patientes selon la nature de leur renoncement aux soins

A partir de ces résultats il est possible d'établir le profil type des femmes selon la nature du renoncement aux soins considéré.

Nous pouvons tout d'abord dégager un profil de femmes commun aux deux facettes du renoncement (objectif et subjectif) : une femme d'origine africaine, non active (professionnellement), dont le revenu du ménage est inférieur à 3000 € sans couverture santé complémentaire, vivant une grossesse subie, ayant un entourage peu présent, consommant de l'alcool de manière plutôt régulière (au moins deux fois par mois).

Pour compléter le profil des femmes qui renoncent de façon objective (quel que soit le type) nous devons rajouter les caractéristiques suivantes : une femme ayant un problème d'obésité et victimes de barrières informationnelles. Dans une moindre mesure cette femme vit avec un conjoint inactif. Elle pourrait aussi être non européenne (hors Afrique du Nord) et le revenu de son ménage pourrait être compris entre 3000 et 4000 €

Pour compléter le profil des femmes qui renoncent de façon subjective nous devons rajouter les caractéristiques suivantes : la femme est à la recherche d'un emploi et continue durant sa grossesse de fumer modérément (moins de 10 cigarettes par jour), de boire de l'alcool et de consommer du cannabis.

Les différences entre les deux profils laissent penser que, pour les femmes enceintes (cette population très particulière diffère des populations généralement considérées pour mesurer le renoncement), le renoncement objectif aux soins ne peut pas uniquement être assimilé à un renoncement subjectif pour raisons financières mais que d'autres facteurs rentrent en compte dans la décision de la femme de renoncer de cette manière.

La prise en compte des deux types de renoncement objectif permet d'affiner l'analyse menée.

Le profil des femmes renonçant objectivement aux visites médicales est comparable au profil des femmes qui renoncent de façon objective (quel que soit le type de renoncement) excepté pour la consommation d'alcool et le niveau de revenu (le non recours au soin est observé pour

un revenu mensuel du ménage inférieur à 2000€ et non 4000€). En revanche, le profil associé au renoncement à des actes médicaux obligatoires ou conseillés diffère un peu.

5) Conclusions, limites et perspectives

L'objectif de ce travail était de mettre en évidence des profils de femmes enceintes ayant renoncé à certains soins durant leur grossesse. Deux types de renoncement ont été considérés : le renoncement subjectif et le renoncement objectif ; ce dernier ayant à son tour, été subdivisé en deux (le non recours aux visites médicales et le non recours aux actes médicaux obligatoires ou conseillés).

Plusieurs résultats importants ont été mis en évidence dans cet article. Les déterminants socio-économiques constituent une des explications principales du renoncement aux soins des femmes enceintes durant leur grossesse et cela quel que soit le type de renoncement. En particulier, le revenu mensuel du ménage et la couverture complémentaire santé sont des éléments discriminant pour expliquer le renoncement. Le degré d'information des femmes quant à leur suivi de grossesse et leur pays d'origine sont également des facteurs susceptibles de comprendre les moteurs du renoncement. Parallèlement, notre étude souligne aussi le rôle majeur joué par les facteurs psychologiques de la femme enceinte, telle que l'entourage de celle-ci et sa manière d'aborder psychologiquement sa grossesse. De plus nous montrons que les femmes ayant une aversion pour le risque faible, c'est-à-dire celles qui durant leur grossesse ont adopté des comportements à risque (consommation de tabac au troisième trimestre, prise de cannabis, consommation d'alcool), renoncent davantage à certains actes médicaux que les autres. Enfin, notre étude permet de relativiser l'impact de l'état de santé des femmes avant leur grossesse sur le renoncement aux soins. En effet, seule l'obésité constitue un facteur susceptible d'agir sur le renoncement aux soins.

Par conséquent, nos résultats permettent de relier le renoncement aux soins (qu'il soit objectif ou subjectif) à deux formes d'inégalités : une inégalité sociale et une inégalité d'informations aux soins. Bien que l'on observe des différences de localisation en termes de renoncement, l'échelle régionale considérée dans cette étude ne permet pas d'interpréter ces effets en termes d'inégalité géographique aux soins. Pour cela il faudrait pouvoir introduire de manière plus fine la localisation en tenant compte de la densité d'habitation (urbain-rural) par exemple ou encore en repérant les zones géographiques ayant des pénuries de médecins ou de spécialistes,

ou encore associées à des « déserts » médicaux ; ce que, en l'état, notre base de données ne permet pas de faire.

Les résultats obtenus montrent également que les profils des femmes qui renoncent de façon objective et subjective sont différents. Nous pouvons donc en conclure que les motifs qui poussent les femmes à ne pas recourir effectivement aux soins ne sont pas exclusivement financiers. Ceci confirme alors la pertinence d'une mesure plus objective du renoncement aux soins dans les enquêtes de santé. Toutefois, deux remarques peuvent être faites concernant les deux facettes du renoncement.

D'une part, la proportion de femmes déclarant avoir renoncé pour des raisons financières est relativement faible (environ 4 %). La prise en charge relativement complète des femmes enceintes par la Sécurité Sociale peut expliquer cela. Il est également possible que les femmes enceintes aient sous-déclaré au moment de l'enquête¹⁰ avoir renoncé à des soins durant leur grossesse. Le taux de renoncement objectif aux soins (de l'ordre de 17 %) semble confirmer ce décalage entre ce que les femmes déclarent et ce qu'elles font réellement. En l'occurrence, plus d'une femme enceinte sur six ne suit pas effectivement les recommandations de la HAS ; ce qui, en termes de santé publique (voire d'évaluation de l'efficacité des politiques de santé périnatale) peut sembler inquiétant. Il se peut aussi que notre mesure du renoncement (objectif) « capte » davantage d'informations sur les raisons du renoncement. Le renoncement subjectif est en effet un renoncement pour raisons financières (selon les termes mêmes de la question posée dans l'ENP), mais au-delà de cela nous mettons également en évidence des déterminants non monétaires du renoncement aux soins, tels que le « renoncement-barrière » (Després *et al.*, 2011b), le manque de temps ou des raisons personnelles (Allin *et al.*, 2010) pour l'expliquer.

D'autre part, notre mesure du renoncement objectif repose sur les préconisations de la HAS. Or, il se peut que selon l'état de santé de la femme avant et durant sa grossesse ou selon les professionnels de santé consultés, le nombre de visites médicales et de suivi différent. Il serait nécessaire de tester la robustesse des résultats à différentes définitions du renoncement objectif (en particulier celui lié aux consultations médicales). Nous envisageons également de réaliser des tests de proportion afin de déterminer plus précisément pour les femmes ayant déclaré avoir renoncé subjectivement à quels types de soins elles ont effectivement renoncé.

¹⁰ Le questionnaire est administré auprès des femmes après l'accouchement et avant leur sortie de la maternité.

Enfin, on peut penser que le comportement de la future mère (en termes de renoncement aux soins) peut avoir des incidences sur sa santé et sur celle du futur nourrisson. Un prolongement logique de ce travail serait de mesurer l'impact du renoncement aux soins durant la grossesse sur l'état de santé à la naissance de l'enfant et sur l'état de santé de la patiente à l'issue de son accouchement.

Bibliographie

- Allin S., Grignon M. Le Grand J. (2010) "Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada: What are the Equity Implications?", *Social Science and Medicine*, Vol. 70, pp. 465-472.
- Allin S., Masseria C. (2009) "Unmet Need as an Indicator of Access To Health Care In Europe", *Eurohealth*, Vol. 15, n° 3, pp. 7-9.
- Ancelot L., Depret M.-H. (2013) « Santé et grande précarité : une analyse empirique d'un dispositif d'accompagnement des femmes enceintes », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 61, Supplément 4, octobre, p. S207.
- Bago d'Uva T., Jones A.M. (2009) "Health Care Utilization in Europe: New Evidence from the ECHP", *Journal of Health Economics*, Vol. 28, pp. 265-279.
- Bazin F., Parizot I., Chauvin P. (2006) « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001 », *Sciences Sociales et Santé*, n° 24, pp. 11-31.
- Berchet C. (2013) « Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 61S, pp. S69-S79.
- Boisguérin B., Després C., Dourgnon P., Fantin R., Legal R. (2010) « Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C : une approche par le renoncement aux soins », In : IRDES (coord.), *Santé, soins et protection sociale en 2008*, Rapport n° 547 (biblio n° 1800), Paris, juin, pp. 31-40.
- Bonet M., Smith L.K., Pilkington H., Draper E.S., Zeitlin J., (2013) "Neighbourhood deprivation and very preterm birth in an English and French cohort", *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, p. 97.
- Blondel B., Kermadec M. (2011) *Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, INSERM, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
- Cambois E., Jusot F. (2011) "Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France", *European Journal of Public Health*, vol. 21, n° 5, 2011/10, pp. 667-673.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2014) « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », Rapport de l'IRDES, n° 556, juin.
- Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L. (2011) « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007 », *Rapports de l'IRDES*, n° 1838/1839.
- Cour des Comptes (2013) « La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation », *Rapport annuel 2012*, Paris.
- Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011a) « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'Economie de la Santé*, n°170, novembre.

- Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011b) « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'Economie de la Santé*, n°169, octobre.
- Desprès C., Guillaume S., Couralet P.E. (2009) *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, Paris.
- Devaux M., de Looper M. (2013) "Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009", *OECD Health Working Papers*, n° 58, OECD Publishing, Paris.
- Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. (2012a) Enquête sur la santé et la protection sociale 2010, *Les Rapports de l'IRDES*, n° 1886, juillet.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012b) « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie Publique*, n°28-29 – 2012/1-2, pp. 123-147.
- Fleurbaey M., E. Schokkaert (2009) "Unfair Inequalities in Health and Health Care", *Journal of Health Economics*, Vol. 28, n° 1, pp. 73-90.
- HAS (2008) « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », Recommandations professionnelles, Haute Autorité de Santé, 2008.
- Joseph K.S., Liston R.M., Dodds L., Dahlgren L., Allen A.C. (2007) "Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services", *Canadian Medical Association Journal*, 177(6), pp. 583-590.
- Jusot F. (2010) *Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action ?*, Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, 4 octobre.
- Jusot F. (2013) « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 61S, pp. S163-S169.
- Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2012) « Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ? », *Economie et Statistique*, n°455-456.
- Lejeune V., Chaplet V., Carbone B., Jannet D., Milliez J. (1999) Precarity and pregnancy in Paris, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 83, pp. 27-30.
- Mackenbach J.P. (2006) *Health Inequalities: Europe in Profile*, Department of Health, London.
- Mielck A., Kiess R.; Knesebeck O., Stirbu I., Kunst A.E. (2009) "Association between Foregone Care and Household Income among the Elderly in Five Western European Countries: Analyses based on Survey Data from the SHARE-Study", *BMC Health Services Research*, Vol. 9, n° 52.
- Moulin J.-J., Dauphinot V., Dupré C., Sass E., Gerbaud L., Guéguen R. (2005) « Inégalité de santé et comportements : comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non précaires, France, 1995-2002 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 43, 31 octobre, pp. 213-216.
- Or Z., Jusot F., Yilmaz E. et European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. 2009. « Inégalités sociales de recours aux soins en Europe: Quel rôle pour le système de soins ? », *Revue Economique*, Vol. 60, n° 2, pp. 521-543.
- Planète Publique (2011) *Évaluation du plan périnatalité 2005 – 2007*, Rapport remis au Ministère de la santé et des sports, mai, Paris.
- Raynaud D. (2005) « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance-maladie complémentaire », *Etudes et Résultats*, n° 378, DREES, février.

- Reschovsky J.D., Kemper P., Tu H.T. (2000) "Does Type of Health Insurance Affect Health Care Use and Assessments of Care Among the Privately Insured?", *Health Services Research*, Vol. 35, n° 1, Part II, April, pp. 219-237.
- Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M. (2010) "Inequality in Opportunities in Health in France: A First Pass", *Health Economics*, vol. 19, n°8, pp. 921-938.
- Vilain A., Gonzales L., Rey S., Matet N., Blondel B. (2013) « Surveillance de grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques », *Etudes et Résultats*, n° 848, DREES, juillet.
- Wittwer J., Jusot F., Guthmuller S.; Després C., Renaud T. (2010) « Le recours à l'aide complémentaire à Lille : résultats d'une expérimentation sociale », *Rapport de Recherche*, Appel à projet 2008 du Haut-commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté.
- Zeitlin J., Combiere E., De Caunes F., Papiernik E. (1998) "Social-demographic risk factors for perinatal mortality. A study for perinatal mortality in French district of Seine-Saint-Denis" *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77, pp. 826-35.

Remerciements

Les auteurs remercient l'Université de Poitiers (*via* son programme « Actions Incitatives » 2014 et 2015), la Maison des Sciences de l'Homme et de la Société de Poitiers (*via* son appel à projet 2015) et l'Institut des Risques Industriels, Assurantiels et Financiers pour soutiens financiers. Ils remercient également le Centre Maurice Sachwald et le Réseau Quetelet pour avoir mis à leur disposition la base de données et la documentation relative à l'enquête nationale périnatale 2010. Les enquêtes nationales périnatales ont été subventionnées par le ministère en charge de la santé (Direction Générale de la Santé et Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et coordonnées par l'Unité 953 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Elles ont été réalisées grâce à la participation des services départementaux de PMI, des services de maternité, des enquêteurs et de toutes les femmes qui ont accepté de répondre aux questionnaires.