

Comparaisons de différentes mesures de renoncement aux soins

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 : Le renoncement aux soins ne cesse de progresser en France. Ce phénomène est aujourd'hui bien étudié pour certains soins (optique, dentaires, ambulatoires, ville), il l'est beaucoup moins pour la médecine périnatale. Cet article s'appuie sur l'Enquête Nationale Périnatale 2010 du Ministère de la Santé pour repérer les caractéristiques des femmes renonçant à des soins durant leur grossesse malgré la prise en charge de la Sécurité Sociale et leur état de santé qui, par nature, requiert des soins. A partir d'une modélisation économétrique nous montrons que le renoncement aux soins est multifactoriel (socio-économique, psycho-social et comportemental, institutionnel et médical) et que ses déterminants dépendent principalement de la mesure du renoncement aux soins.

Comparison of different measurements of the unmet need for health care

Abstract: The unmet need for health care continues to increase in France. Today this phenomenon is extensively studied for certain types of treatment (optical, dental, outpatient, local care), yet much less so for perinatal health. This article draws on data from the Ministry of Health's 2010 National Perinatal Survey in order to identify characteristics of women who fail to seek treatment during their pregnancy, despite it being covered by French Social Security. Using econometric modelling, we demonstrate that the unmet need for health care is a multifactorial phenomenon (socio-economic, psychosocial and behavioural, institutional and medical factors) and that its determinants depend mainly on the measurement of the unmet need.

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

Introduction

La réduction des inégalités de santé constitue actuellement un des enjeux majeurs 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 cherchent pourtant à atteindre (Jusot [2013]). Cette question fait régulièrement l'objet, 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.). Malgré ces nombreux programmes, force est de constater que les inégalités ne régressent plus en France. La dernière Enquête Santé et Protection Sociale 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 déclaraient, 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 les plus de 2,4 millions de français sans couverture complémentaire ou universelle (Dourgnon *et al.* [2012a]), le renoncement aux soins est encore plus marqué et continue de progresser (Célant *et al.* [2012]).

C'est dans ce contexte que de nombreuses études ont été réalisées ces dernières années (en France en particulier) sur le renoncement aux soins. Ce concept « vise à identifier des besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié » (Desprès *et al.* [2011a] p.2). Le renoncement aux soins, qu'il soit subi ou choisi¹ par le patient, est associé à un moindre recours ou un non-recours² à au moins un soin que son état de santé requiert pourtant.

Ces études sur le renoncement aux soins ont cependant deux limites. La première est liée à la mesure du renoncement. Comme le soulignent Desprès *et al.* [2011a], la mesure des besoins de soins non satisfaits peut se faire soit à travers des questions sur le renoncement à des soins, soit à partir des niveaux d'utilisation (ou de consommation) des services de santé³. Or, la plupart de ces études ne rendent compte du phénomène de renoncement aux soins qu'à travers

des déclarations de renoncement aux soins durant une période donnée. Ces réponses, par nature subjectives, peuvent conduire à des biais généralement non contrôlés. La seconde est liée aux types de soins considérés. En effet, 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 alors même que la prise en charge des femmes enceintes par la Sécurité Sociale est quasi-complète et que leur état (de grossesse) requiert, par nature, des soins. Il existe en effet un ensemble d'études portant sur le suivi de grossesse (et non sur le renoncement aux soins) et montrant d'importantes inégalités sociales chez les femmes enceintes (Blondel et Kermadec [2011] Planète Publique [2011] Cour des Comptes [2013]). En particulier, selon certaines études, les disparités entre les catégories sociales ont augmenté entre 2003 et 2010 pour le taux de naissances prématurées, le taux d'hypotrophie chez les 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]). D'autres études (Zeitling *et al.* [1998] Lejeune *et al.* [1999] Joseph *et al.* [2007] Ancelot et Depret, [2013] Bonet *et al.* [2013]) abordent cette problématique du renoncement aux soins de manière indirecte à travers la notion de précarité et donc de considérations socio-économiques, mais ne mesurent pas l'effet d'autres déterminants (psychologiques, médicaux, institutionnels, territoriaux, ou encore informationnels) susceptibles d'agir également sur les inégalités de santé.

Pour ces différentes raisons, notre contribution suggère une mesure, plus objective, du renoncement aux soins. 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 effectives de soins et d'exams de santé de la population étudiée. Les deux facettes (objectives et subjectives) du renoncement aux soins, mises en avant par Allin *et al.* [2010], seront ainsi considérées. Autrement dit, nous comparons les déclarations individuelles de renoncement aux soins (ce que nous qualifions de renoncement subjectif) et les consommations effectives aux soins des patients (ce que nous qualifions de renoncement objectif).

Notre contribution s'appuie sur les données de l'Enquête Nationale Périnatale 2010 coordonnée par l'INSERM. Elles permettent de mesurer le renoncement aux soins sous 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.).

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 la consommation effective 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 des différents déterminants du renoncement aux soins identifiés dans la littérature. Nous présenterons ensuite les données utilisées, issues de la vague 2010 de l'Enquête Nationale Périnatale, et les principales statistiques associées à ces données et au renoncement aux soins. Nous identifierons et comparerons ensuite les profils des patientes étudiées, c'est-à-dire les déterminants du renoncement aux soins, selon le type (objectif et/ou subjectif) de renoncement et selon la nature des soins auxquelles elles ont renoncés. Nous concluons enfin notre article en présentant les limites de notre étude et en proposant quelques pistes d'approfondissements pour des recherches futures.

Les déterminants du renoncement aux soins dans la littérature

La question du renoncement aux soins pour raisons financières et celle du 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 aux 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 en effet davantage renoncer à des soins que les hommes (Desprès *et al.* [2011a] Dourgnon *et al.* [2012b] Célant *et al.* [2012]). L'âge, le niveau d'éducation et la nationalité ont aussi un impact sur le renoncement. Desprès *et al.* [2011a] ou encore Célant *et al.* [2012] montrent en effet que la probabilité de renoncer augmente entre 18 et 40 ans et décroît après 50 ans. Le renoncement aux soins s'accroît de manière inversement proportionnelle au niveau d'éducation (Dourgnon *et al.* [2012b]). Enfin, les patients de nationalité étrangère renoncent davantage que les patients de nationalité française (Berchet [2013]). Parallèlement, 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 informationnelle au renoncement 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 au cours de sa vie (isolement, inactivités, mal logement, drames de l'enfance, abus sexuel, physiques ou psychologiques, etc.) ou les perspectives d'un avenir difficile (chômage ou 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 santé⁴ (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 aussi 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 géographique 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, à filières de soins ou à 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 Looer [2013] Jusot [2013]).

Enfin, le taux de renoncement aux soins 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 2012b]) et donc le caractère endogène de l'état de santé et du renoncement.

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 réguliers, sont menées au sein de l'ensemble des maternités (publiques et privées) françaises⁵. La base de données intègre l'ensemble des enfants nés vivants 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-

démographiques et de santé (problème de santé avant la grossesse, actes médicaux réalisés durant la grossesse et après l'accouchement). De plus, des informations concernant l'état de santé du nourrisson sont disponibles.

Renoncement subjectif et renoncement objectif aux soins : définition et mesure

Nous allons dans ce travail considérer deux formes de renoncement aux soins : une première forme qualifiée de « subjective » et une seconde qualifiée « d'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 pour raisons financières.

Le renoncement objectif aux soins est mesuré par le renoncement effectif aux consultations et aux examens périnataux des femmes enceintes. Ces informations sont obtenues à partir du dossier médical de la patiente. La variable de renoncement objectif aux soins a été définie en couplant les recommandations officielles de la Haute Autorité de la Santé (HAS) aux professionnels de santé périnatale (*cf.* Encadré) et des variables présentes dans la base. Deux types de renoncement objectif ont été considérés : le renoncement aux consultations médicales obligatoires et le renoncement à des actes médicaux conseillés aux femmes enceintes. Nous considérerons que renoncer à ces soins (obligatoires ou officiellement recommandés) durant la grossesse constitue donc pour les femmes enceintes un renoncement choisi à leurs besoins de soins. On a donc bien ici affaire à un renoncement aux soins objectivé par une norme médicale officielle (*i.e.* celle de la HAS).

Sont considérées comme ayant renoncé aux consultations médicales obligatoires (*cf.* Encadré), 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 systématiquement recommandés par la HAS (*cf.* Encadré) les femmes ayant refusé de réaliser au moins l'un des trois actes médicaux

renseignés dans la base (dépistage de la trisomie 21, dépistage du VIH et vaccin contre la grippe H1N1 pendant la période d'épidémie).

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

Encadré

Recommandations de la HAS aux professionnels de santé périnatale pour un bon suivi de la grossesse des femmes enceintes : Entre informations, incitations et obligations

Depuis 2008, la HAS établit des recommandations officielles à destination des professionnels de santé périnatale. Ces recommandations décrivent « 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). Dans ce cadre, la HAS recommande fortement aux femmes enceintes d'effectuer :

- au moins sept consultations médicales (chez un spécialiste [gynécologue ou anesthésiste], une sage-femme ou un médecin généraliste). Ces consultations sont obligatoires au titre de l'article R. 2122-1 du décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Elles sont prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale pendant la grossesse ;
- un entretien individuel ou en couple au cours du 1^{er} trimestre de grossesse ;
- au moins trois échographies (une par trimestre de grossesse) que les professionnels de santé doivent systématiquement proposer aux femmes enceintes qui les consultent. Les deux premières échographies sont prises en charge à 70 % par la Sécurité Sociale (dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie). L'échographie du septième mois est prise en charge à 100 %. En cas de pathologies fœtales ou de grossesse « pathologique », des échographies supplémentaires peuvent être prises en charge (après accord de l'Assurance Maladie) ;
- différents examens biologiques. Au titre de l'Article R. 2122-2 du Code de la Santé Publique, certains de ces examens sont obligatoires (recherche du groupe sanguin, des agglutinines irrégulières et de l'Ag HBs, sérologies toxoplasmose/rubéole/syphilis, glycosurie, protéinurie, hémogramme). D'autres examens doivent être systématiquement proposés aux femmes enceintes qui consultent des professionnels de santé durant leur grossesse (sérologie VIH, recherche de streptocoque B, frottis cervical, dépistage des anomalies chromosomiques fœtales, mesure de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques, dépistage d'infections urinaires asymptomatiques). De la même manière, lorsqu'une épidémie de grippe s'avère particulièrement importante, le Haut Conseil de Santé Publique recommande une vaccination au deuxième trimestre de la grossesse (ce fut le cas en 2010 avec le vaccin H1N1). La plupart de ces examens biologiques sont pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale. Les frottis cervicaux sont pris en charge à 70 % par la Sécurité Sociale. Lorsque l'état de santé de la femme enceinte le requiert, la HAS recommande enfin aux professionnels de santé de proposer un examen cytot bactériologique des urines (en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète, ou de bandelette urinaire positive) et un dépistage d'une éventuelle anémie (en cas de facteurs de risques). Ces examens sont remboursés à 60 % par la Sécurité Sociale les cinq premiers mois de grossesse et à 100 % à partir du sixième mois de grossesse.

La HAS recommande également aux professionnels de santé d'informer les femmes enceintes sur les dangers d'une consommation (même modérée) d'alcool, de tabac, de cannabis, d'autres substances toxiques et de certains médicaments (notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens). Les professionnels de santé sont également invités à informer les femmes enceintes que la prise d'acide folique en complément nutritionnel (jusqu'à 12 semaines de gestation) réduit le risque de malformation du tube neural de leur nourrisson. La HAS conseille enfin aux professionnels de santé d'attirer l'attention des femmes enceintes sur l'importance d'un suivi régulier de leur grossesse (notamment chez les femmes en situation sociale difficile). A cet effet, la HAS leur recommande de vérifier que les femmes enceintes ont bien conscience de l'intérêt du suivi médical de la grossesse pour elles et leurs enfants.

D'après le tableau 1, 16,8 % des patientes renoncent de manière objective à des soins durant leur grossesse, elles sont 4,1 % à déclarer avoir renoncé (manière subjective). Ce taux est inférieur aux taux de renoncement subjectif observés pour l'ensemble des femmes. Célan *et al.* [2014] estiment que 19,5 % (resp. 6,9 %) des françaises déclarent avoir renoncé à au moins un soin (resp. à une consultation médicale) pour raisons financières au cours des douze derniers mois. L'écart entre le renoncement subjectif observé et le renoncement objectif aux consultations obligatoires (8,9 %) est plus faible. 9,1 % des femmes enceintes ont refusé les examens préventifs recommandés par la HAS (tableau 2). Parmi les femmes ayant renoncé, près de 47 % renoncent à des consultations obligatoires seulement, 46 % renoncent aux actes médicaux conseillés. Seulement 7 % d'entre elles renoncent aux deux (consultations et actes médicaux).

Tableau 1 : Effectifs selon les types de renoncement aux soins

		Renoncement subjectif		Ensemble
		oui	non	
Renoncement objectif	oui	135 (1,2 %)	1 789 (15,6 %)	1 924 (16,8 %)
	non	333 (2,9 %)	9 207 (80,3 %)	9 540 (83,2 %)
Ensemble		468 (4,1 %)	10 996 (95,9 %)	11 464 (100 %)

Source : les auteurs d'après l'ENP 2010

Tableau 2 : Effectifs selon la nature du renoncement objectif aux soins

		Consultations médicales obligatoires		Ensemble
		non réalisées	réalisées	
Soins conseillés	non réalisés	134 (1,2 %)	902 (7,9 %)	1 036 (9,1 %)
	réalisés	888 (7,7 %)	9540 (83,2 %)	10 428 (90,9 %)
Ensemble		1 022 (9,9 %)	1 0442 (91,1 %)	11 464 (100 %)

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

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 le renoncement aux soins (sous ses deux facettes) : les déterminants socio-économiques, les déterminants psycho-sociaux, les comportements à risque, l'état de santé de la femme avant sa grossesse et les facteurs géographiques. Les statistiques descriptives associées à ces déterminants sont présentées dans le tableau 3. Pour l'ensemble des variables considérées des tests de comparaisons de proportions ont été faits selon le type de renoncement.

Les déterminants socio-économiques

Les déterminants socio-économiques disponibles dans l'ENP 2010 sont l'âge, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, financière et familiale de la patiente et la nationalité. La nationalité a été croisée avec l'ancienneté passée en France.

Des informations sur la couverture médicale complémentaire de la femme (mutuelle, CMU-C, aucune couverture ou couverture sans mutuelle), la possession d'un carnet de grossesse (source d'information sur le suivi de grossesse), sur le nombre de grossesses antérieures et le nombre d'accouchements passés sont disponibles. Concernant ces deux dernières variables, trois situations ont été considérées : première grossesse, une ou plusieurs grossesses ont déjà été vécues par la femme et ces grossesses sont arrivées à terme (nommée grossesse antérieure sans problème), une ou plusieurs grossesses ont été vécues et certaines ne sont pas arrivées à terme sans toutefois qu'on en sache la cause (situation nommée grossesse antérieure avec problèmes). Cette information a ensuite été croisée avec la variable âge. Nous avons considéré deux situations pour l'âge : avoir plus ou moins de 35 ans au moment de la grossesse, les grossesses au delà de ce seuil étant considérées par les professionnels de la santé comme plus risquées, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

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

(en % du total)

		Ens	Renoncement objectif aux soins			Renoncement subjectif aux soins		
			Non	Oui			Non	Oui
				Ensemble	Dépistage	Visites		
Effectifs		11464	9540	1924	1036	1022	10996	468
Déterminants socio-économiques								
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	16,2	16,0	16,9	16,2	17,9	16,2	15,4
	40 ans et plus	3,3	3,2	4,3	4,3	4,1	3,3	5,3
Grossesse antérieure, âge (ans)	1 ^{ière} , moins de 35	30,0	31,3	24,1	23,9	23,3	30,4	22,9
	1 ^{ière} , plus de 35	3,1	3,3	1,9	1,7	1,9	3,1	2,3 ^{ns}
	sans problème, moins de 35	28,0	27,2	31,8	33,7	30,5	27,9	30,1 ^{ns}
	sans problème, plus de 35	9,7	9,2	12,3	12,6	12,6	9,6	10,9 ^{ns}
	avec problèmes, moins de 35	22,4	22,3	23,0 ^{ns}	21,9	24,2	22,4	26,3 [*]
avec problèmes, plus de 35	6,8	6,7	6,9 ^{ns}	6,2	7,5	6,7	7,5 ^{ns}	
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 ^{ns}	0,6	0,3	0,3	0,4 ^{ns}
Pays d'origine, ancienneté en France (ans)	France	77,1	86,6	72,9	70,9	72,8	85,2	65,8
	Europe, moins de 5	1,0	0,9	1,7 ^{**}	1,0	2,2	1,0	2,8 ^{**}
	Europe, entre 5 et 10	1,4	1,3	2,0 ^{**}	2,2	1,7	1,4	2,6 ^{ns}
	Europe, plus de 10	4,5	4,3	5,4 [*]	5,9	4,7	4,4	6,6 [*]
	Afrique, moins de 5	1,9	1,6	3,5	3,6	3,5	1,7	6,0
	Afrique, entre 5 et 10	1,3	1,1	2,5	2,5	2,9	1,2	4,1
Afrique, plus de 10	8,2	0,7	1,6	1,6	2,1	0,7	2,6	

	Autres pays, moins de 5	1,5	1,4	2,3	1,6	3,2	1,4	3,8
	Autre pays, entre 5 et 10	1,2	1,0	2,0	1,4	2,6	1,1	2,1 ^{ns}
	Autre pays, plus de 10	0,8	0,7	1,7	1,4	2,1	0,8	1,9 [*]
	non réponse	1,1	0,4	4,6	7,9	2,2	1,1	1,7 ^{ns}
Situation familiale	seule, père présent	2,2	2,1	2,6 ^{ns}	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, père inactif	9,7	8,7	15,0	15,3	16,4	9,3	20,3
	en couple, père 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 ^{ns}	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 ^{ns}
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								
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 ^{ns}
	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								
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 ^{ns}	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 ^{ns}	0,6	1,5	1,1	2,8 ^{**}
	non	98,8	98,8	98,9 ^{ns}	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 ^{ns}	77,4	79,5	76,8	77,8 ^{ns}
	une fois par mois	17,7	17,9	16,5 ^{ns}	17,2	15,5	17,7	17,7 ^{ns}
	au moins deux fois par mois	2,4	2,2	3,0 [*]	3,0	3,0	2,0	2,4 ^{ns}
	a arrêté	3,1	3,3	2,4 ^{**}	2,4	2,2	2,0	2,4 ^{ns}
Santé avant la grossesse								
Diabète	oui	1,5	1,5	1,6 ^{ns}	1,8	1,7	3,2	1,3 ^{ns}
	non	98,5	98,5	98,4 ^{ns}	98,2	98,3	96,8	98,7 ^{ns}
Hypertension	oui	2,0	2,0	2,0 ^{ns}	1,8	2,1	2,0	2,8 ^{ns}
	non	98,0	98,0	98,0 ^{ns}	98,2	97,9	98,0	97,2 ^{ns}
Problème d'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								
Temps de transport jusqu'à la maternité	moins de 30 minutes	88,7	88,9	88,0 ^{ns}	89,3	88,5	88,8	87,4 ^{ns}
	au moins 30 minutes	10,6	10,6	10,6 ^{ns}	9,8	11,3	10,5	11,3 ^{ns}
	non réponse	0,7	0,5	1,4 ^{ns}	0,9	2,2	0,7	1,3 ^{ns}
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 ^{ns}	14,1	18,0	16,2	16,7 ^{ns}
	Nord	7,8	7,6	8,8 [*]	8,1	9,1	7,8	6,2 ^{ns}
	Ouest	13,1	13,7	10,1	11,8	18,5	13,3	9,4
	Est	7,6	7,7	7,3 ^{ns}	7,7	6,8	7,7	6,6 ^{ns}
	Sud-ouest	9,0	9,1	8,2 ^{ns}	6,6	10,1	8,9	9,8 ^{ns}
	Centre-Est	12,2	18,9	13,7 ^{**}	15,8	12,0	12,2	11,8 ^{ns}
	Méditerranée	11,0	11,3	9,6 ^{**}	8,9	10,5	11,0	11,3 ^{ns}

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

Des tests de comparaisons de proportions entre les femmes ayant eu ou non recours aux soins (de manière objective et subjective) ont été réalisés. Légende du test de différence de moyenne : Tous les éléments sans symbole sont associés à un test significatif à au moins 1% ; ns : non significatif ; * significatif à au moins 10% ; ** significatif à au moins 5%.

Près des deux tiers des femmes sont en activité professionnelle et ont entre 25 et 34 ans au moment de leur grossesse. 90 % d'entre elles vivent en couple avec un compagnon occupant un emploi. Moins d'une femme enceinte sur trois déclare un revenu mensuel du ménage inférieur à 2 000 € 16 % d'entre elles déclarent ne pas avoir de couverture santé complémentaire (mutuelle), ce qui est sensiblement proche de la moyenne nationale située à 12 % chez les femmes et à 16,1 % chez les hommes et femmes âgés de 15 à 39 ans (Dourgnon *et al.* [2012a]). Près de 60 % des femmes déclarent avoir été informées sur leur suivi de grossesse. Enfin, pour une femme sur trois la grossesse considérée est la première. Près de 60 % des femmes ayant déjà été enceinte n'ont connu aucun problème et ont vu leur(s) grossesse(s) arriver à terme.

Les femmes ayant renoncé à des soins durant leur grossesse (de manière objective ou subjective) sont en moyenne moins éduquées, plus âgées, plutôt de nationalité africaine. Elles vivent plus souvent seules (avec ou sans le soutien du père). De plus ces femmes sont plus souvent en situation de chômage ou d'inactivité (au foyer ou en études). La proportion d'entre elles ayant déclaré, d'une part un revenu mensuel du ménage inférieur à 2 000 € et, d'autre part une absence de couverture santé complémentaire est plus forte. La proportion de femmes ayant déclaré avoir été informées sur leur suivi de grossesse est plus faible.

Enfin, les femmes qui n'ont pas précédemment vécu de grossesse renoncement moins (en particulier les plus jeunes). Notons que cet effet d'expérience est observé quel que soit le type de renoncement (objectif/subjectif ou encore consultations/actes médicaux, *cf.* tableau 3).

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. Plus de 75 % des femmes se déclarent ravies d'être enceintes et près de 70 % se disent très bien entourées. Ces proportions sont légèrement plus faibles pour les femmes ayant renoncé objectivement et sensiblement plus faibles pour les femmes ayant renoncé subjectivement.

Les comportements à risque

Le comportement à risque des femmes durant la grossesse est mesuré à partir des questions portant sur la consommation de cigarettes, d'alcool et de cannabis. Ces comportements restent marginaux pour la majorité des femmes. Elles sont près de 76 % à déclarer ne pas avoir

consommé d'alcool, plus de 80 % à déclarer ne pas avoir fumé de cigarettes et près de 100 % (98,8 % exactement) à déclarer ne pas avoir consommé de drogue durant la grossesse.

L'état de santé de la femme avant sa grossesse

L'état de santé des femmes avant leur grossesse est résumé par trois éléments : l'obésité, l'hypertension et le diabète. Environ 2 % des femmes souffraient de diabète ou d'hypertension. Ces pourcentages sont comparables pour les femmes ayant renoncé aux soins (de façon objective ou subjective). Plus de 11 % des femmes déclarent un problème d'obésité. Cette proportion est plus élevée pour les femmes ayant renoncé (de façon objectif ou subjective).

Les déterminants géographiques

L'accessibilité géographique des patientes aux professionnels de santé est mesurée par deux éléments : le temps de transport pour aller accoucher (plus ou moins de 30 minutes) et la région d'habitation (ZEAT) de la femme. Près de 90 % des femmes ayant accouché habitent à moins d'une demi-heure d'une maternité. On n'observe pas ici de différence pour les femmes ayant renoncé à des soins durant leur grossesse.

Les déterminants des différentes formes de renoncement aux soins : analyse économétrique

Les objectifs de l'analyse économétrique menée dans ce travail sont doubles. D'une part, mettre en évidence les déterminants du renoncement aux soins selon les différentes définitions considérées et, d'autre part, comparer ces déterminants et donc les profils des femmes ayant renoncé. Deux analyses ont été réalisées. Dans un premier temps, à l'aide d'un modèle probit simple nous estimons les probabilités de renoncement objectif et subjectif (tableau 4). Dans un second temps nous nous intéressons aux deux types de renoncement objectif de manière simultanée en estimant un modèle probit bivarié (tableaux (5)⁶). Les commentaires des résultats sont réalisés toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 4 : Déterminants du renoncement objectif et subjectif

		Nature du renoncement					
		Objectif		Subjectif			
Constante		-1,385	***	(0,07)	-2,44	***	(0,12)
Déterminants socio-économiques							
Grossesse, âge (ans)	1 ^{ère} , moins de 35	réf			réf		
	1 ^{ère} , plus de 35	-0,073		(0,10)	-0,132		(0,15)
	sans problème, moins de 35	0,163	***	(0,04)	0,104		(0,06)
	sans problème, plus de 35	0,234	***	(0,05)	0,113		(0,09)
	avec problèmes, moins de 35	0,098	**	(0,04)	0,115		(0,07)
	avec problèmes, plus de 35	0,145	**	(0,06)	0,128		(0,10)
Diplôme	non diplômée	0,003		(0,04)	-0,025		(0,06)
	bachelière	réf			réf		
	diplômée du supérieur	-0,023		(0,04)	0,007		(0,07)
	non réponse	-0,023		(0,28)	0,179		(0,37)
Pays d'origine, ancienneté en France (ans)	France	réf			réf		
	Europe, moins de 5	0,287	**	(0,13)	0,405	**	(0,17)
	Europe, entre 5 et 10	0,154		(0,11)	0,219		(0,16)
	Europe, plus de 10	0,097		(0,07)	0,166	*	(0,10)
	Afrique, moins de 5	0,216	**	(0,10)	0,338	***	(0,13)
	Afrique, entre 5 et 10	0,266	**	(0,11)	0,380	***	(0,14)
	Afrique, plus de 10	0,201		(0,14)	0,356	**	(0,18)
	autres pays, moins de 5	0,027		(0,11)	0,143		(0,15)
	autre pays, entre 5 et 10	0,184		(0,12)	0,012		(0,18)
	autre pays, plus de 10	0,316	**	(0,14)	0,182		(0,20)
	non réponse	1,358	***	(0,12)	0,053		(0,18)
Situation familiale	seule, père présent	-0,032		(0,10)	-0,024		(0,14)
	seule, père absent	0,060		(0,07)	-0,066		(0,10)
	en couple, père inactif	0,083	*	(0,05)	0,048		(0,07)
	en couple, père actif	réf			réf		
Situation professionnelle	en activité	réf			réf		
	au foyer	0,227	***	(0,05)	0,013		(0,07)
	en études	0,252	**	(0,09)	-0,047		(0,14)
	au chômage	0,064		(0,05)	0,142	**	(0,07)
	autre situation	0,106		(0,08)	0,152		(0,10)
	non réponse	0,159		(0,20)	0,285		(0,25)
Revenu mensuel	moins de 1000 €	0,329	***	(0,08)	0,692	***	(0,13)
	entre 1000 et 1500 €	0,322	***	(0,07)	0,670	***	(0,13)
	entre 1500 et 2000 €	0,261	***	(0,06)	0,492	***	(0,11)
	entre 2000 et 3000 €	0,140	***	(0,05)	0,240	**	(0,10)
	entre 3000 et 4000 €	0,094		(0,06)	0,034		(0,11)
	plus de 4000 €	réf			réf		
	non réponse	0,322	***	(0,11)	0,413	**	(0,17)
Assurance santé	avec mutuelle	réf			réf		
	sans mutuelle	0,212	***	(0,04)	0,277	***	(0,06)
A reçu un carnet de maternité	oui	-0,066	**	(0,03)	-0,069		(0,05)

Déterminants psychologiques					
Entourage	très bien	réf		réf	
	bien	0,070 **	(0,03)	0,193 ***	(0,05)
	moyen	0,161 ***	(0,06)	0,417 ***	(0,08)
Annonce de la grossesse	ravie	réf		réf	
	moyennement contente	-0,070	(0,05)	0,037	(0,08)
	pas contente	0,102 **	(0,05)	0,192 ***	(0,07)
	non réponse	0,358 ***	(0,07)	0,191 *	(0,10)
Comportements à risque					
Tabac	ne fume pas	réf		réf	
	fume moins de 10 cigarettes	0,022	(0,05)	0,183 ***	(0,07)
	fume plus de 10 cigarettes	0,055	(0,06)	0,033	(0,09)
Prise de drogue	oui	-0,115	(0,14)	0,317 **	(0,16)
Prise d'alcool pendant la grossesse	ne boit pas d'alcool	réf		réf	
	une fois par mois	0,052	(0,04)	0,115 *	(0,06)
	au moins deux fois par mois	0,204 **	(0,09)	0,229 *	(0,14)
	a arrêté	-0,039	(0,09)	-0,324 *	(0,19)
Santé avant la grossesse					
Diabète	oui	-0,082	(0,12)	0,050	(0,17)
Hypertension	oui	-0,109	(0,10)	-0,008	(0,15)
Problème d'obésité	oui	0,087 **	(0,04)	0,078	(0,07)
Localisation					
Temps de transport jusqu'à la maternité	moins de 30 minutes	réf		réf	
	au moins 30 minutes	0,063	(0,05)	0,063	(0,07)
	non réponse	0,449 ***	(0,15)	0,149	(0,23)
Région d'habitation	Paris	réf		réf	
	Bassin parisien	-0,072	(0,05)	-0,050	(0,07)
	Nord	0,035	(0,06)	-0,172 *	(0,10)
	Ouest	-0,144 ***	(0,05)	-0,139	(0,09)
	Est	-0,067	(0,06)	-0,108	(0,10)
	Sud-ouest	-0,085	(0,06)	-0,024	(0,09)
	Centre-Est	0,059	(0,05)	-0,037	(0,08)
	Méditerranée	-0,166 ***	(0,06)	-0,089	(0,08)

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

Légende pour le seuil de significativité : *** 1% ; ** 5% ; * 10%. Les valeurs entre parenthèses sont les écarts-types.

Tableau 5 : Déterminants du renoncement aux visites et aux dépistages prénataux

		Nature du renoncement objectif					
		Visites obligatoires		Dépistages conseillés			
Constante		-1,698	***	(0,09)	-1,740	***	(0,08)
Déterminants socio-économiques							
Grossesse, âge (ans)	1 ^{ère} , moins de 35	réf			réf		
	1 ^{ère} , plus de 35	0,028		(0,12)	-0,163		(0,12)
	sans problème, moins de 35	0,108	**	(0,05)	0,184	***	(0,05)
	sans problème, plus de 35	0,203	***	(0,07)	0,217	***	(0,06)
	avec problèmes, moins de 35	0,093	*	(0,06)	0,092	*	(0,05)
	avec problèmes, plus de 35	0,186	**	(0,08)	0,066		(0,08)
Diplôme	non diplômée	0,003	***	(0,05)	-0,007		(0,05)
	bachelière	réf			réf		
	diplômée du supérieur	-0,140	***	(0,05)	0,074		(0,05)
	non réponse	0,003		(0,33)	0,464	*	(0,28)
Pays d'origine, ancienneté en France (ans)	France	réf			réf		
	Europe, moins de 5	0,384	***	(0,14)	-0,053		(0,17)
	Europe, entre 5 et 10	0,015		(0,14)	0,217	*	(0,13)
	Europe, plus de 10	0,009		(0,08)	0,149	*	(0,08)
	Afrique, moins de 5	0,162		(0,11)	0,215	**	(0,11)
	Afrique, entre 5 et 10	0,303	**	(0,13)	0,233	*	(0,13)
	Afrique, plus de 10	0,273	*	(0,15)	0,262		(0,16)
	autres pays, moins de 5	0,188		(0,12)	-0,125		(0,14)
	autre pays, entre 5 et 10	0,313	**	(0,13)	-0,001		(0,15)
	autre pays, plus de 10	0,330	**	(0,16)	0,216		(0,16)
	non réponse	0,242	*	(0,14)	1,655	***	(0,12)
Situation familiale	seule, père présent	-0,095		(0,11)	0,105		(0,11)
	seule, père absent	0,126		(0,08)	-0,071		(0,09)
	en couple, père inactif	0,063		(0,06)	0,130	**	(0,06)
	en couple, père actif	réf			réf		
Situation professionnelle	en activité	réf			réf		
	au foyer	0,141	**	(0,06)	0,227	***	(0,06)
	en études	0,274	***	(0,10)	0,110		(0,11)
	au chômage	0,007		(0,06)	0,104	*	(0,06)
	autre situation	0,093		(0,09)	0,069		(0,09)
	non réponse	0,293		(0,21)	-0,189		(0,27)
Revenu mensuel	moins de 1000 €	0,237	**	(0,10)	0,313	***	(0,10)
	entre 1000 et 1500 €	0,272	***	(0,09)	0,281	***	(0,08)
	entre 1500 et 2000 €	0,173	**	(0,08)	0,239	***	(0,07)
	entre 2000 et 3000 €	0,064		(0,07)	0,150	**	(0,06)
	entre 3000 et 4000 €	0,024		(0,07)	0,095		(0,06)
	plus de 4000 €	réf			réf		
	non réponse	0,420	***	(0,12)	0,075		(0,14)
Assurance santé	avec mutuelle	réf			réf		
	sans mutuelle	0,273	***	(0,05)	0,067		(0,05)
A reçu un carnet de maternité	oui	-0,088	**	(0,04)	-0,005		(0,36)

Déterminants psychologiques					
Entourage	très bien	réf		réf	
	bien	0,012	(0,04)	0,099 ***	(0,04)
	moyen	0,262 ***	(0,07)	-0,067	(0,08)
Annonce de la grossesse	ravie	réf		réf	
	moyennement contente	-0,082	(0,06)	-0,061	(0,06)
	pas contente	0,206 ***	(0,05)	-0,027	(0,06)
	non réponse	0,350 ***	(0,08)	0,222 **	(0,09)
Comportements à risque					
Tabac	ne fume pas	réf		réf	
	fume moins de 10 cigarettes	0,163 ***	(0,05)	-0,164 ***	(0,06)
	fume plus de 10 cigarettes	0,230 ***	(0,07)	-0,213 **	(0,08)
Prise de drogue	oui	-0,029	(0,15)	-0,274	(0,19)
Prise d'alcool pendant la grossesse	ne boit pas d'alcool	réf		réf	
	une fois par mois	0,000	(0,05)	0,079 *	(0,05)
	au moins deux fois par mois	0,110	(0,11)	0,224 **	(0,10)
	a arrêté	-0,103	(0,11)	-0,012	(0,10)
Santé avant la grossesse					
Diabète avant la grossesse	oui	-0,075	(0,14)	0,037	(0,13)
Hypertension	oui	-0,114	(0,13)	-0,136	(0,13)
problème de poids (obésité)	oui	0,057	(0,05)	0,086 *	(0,05)
Localisation					
Temps de transport jusqu'à la maternité	moins de 30 minutes	réf		réf	
	au moins 30 minutes	0,095 *	(0,06)	0,018	(0,06)
	non réponse	0,672 ***	(0,16)	0,090	(0,19)
Région d'habitation	Paris	réf		réf	
	Bassin parisien	0,041	(0,06)	-0,152 ***	(0,06)
	Nord	0,079	(0,07)	-0,036	(0,07)
	Ouest	-0,163	(0,07)	-0,068	(0,06)
	Est	-0,063	(0,08)	-0,040	(0,07)
	Sud-ouest	0,077	(0,07)	-0,208 ***	(0,07)
	Centre-Est	0,039	(0,06)	0,097 *	(0,06)
	Méditerranée	-0,077	(0,07)	-0,184 ***	(0,07)
Corrélation	0,055 ** (0,03)				

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

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

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

Les caractéristiques individuelles et familiales (âge, diplôme et situation familiale) ont, quel que soit le type de renoncement considéré, peu d'effet sur le renoncement à des soins durant la grossesse. Ces résultats, peu conformes à la littérature, sont peut-être liés à la population étudiée, relativement homogène en termes d'âge, de niveau d'études et de situation familiale (tableau 3) et peu représentative de la population généralement considérée dans les études sur le renoncement. Toutefois, les femmes ayant déjà connu une grossesse ont une probabilité plus grande de renoncer de façon objective, sans doute parce qu'elles ont déjà une expérience de la grossesse. Ce renoncement est plus important pour les femmes dont les grossesses sont allées jusqu'à leur terme et pour celle ayant plus de trente cinq ans.

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 fortes, en particulier lorsqu'elles sont en France depuis moins de dix ans. Il en est de même pour les femmes européennes vivant en France depuis moins de cinq ans (en particulier concernant le renoncement aux visites 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]).

Le fait de renoncer est également influencé en partie par le revenu mensuel du ménage. La probabilité de renoncement (objectif ou subjectif) décroît avec le niveau de revenu. Au-delà de 3 000 € il ne semble plus y avoir d'effet. Lorsque l'on s'intéresse aux types de renoncement objectif, l'effet persiste légèrement jusqu'à 3 000 € pour le non recours aux actes médicaux conseillés, tandis que celui observé sur le renoncement aux consultations obligatoires se limite aux revenus inférieurs à 2 000 €. 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.

La situation d'inactivité (être au foyer ou scolarisé) augmente le fait de renoncer de manière objective. Le renoncement subjectif est significativement et positivement influencé par le fait d'être au chômage.

L'absence de couverture mutuelle constitue également une cause manifeste d'un renoncement (subjectif, objectif et consultations médicales obligatoires) aux soins. L'absence de couverture complémentaire ne contribue toutefois pas à expliquer pourquoi certaines femmes refusent des soins conseillés.

Enfin, avoir reçu un carnet de maternité durant sa grossesse impacte significativement et négativement le renoncement objectif (et notamment le renoncement aux consultations prénatales obligatoires). Le suivi de grossesse semble ainsi fortement lié au niveau d'information reçu par la femme enceinte durant sa grossesse.

Au final, les résultats obtenus sur les caractéristiques socio-économiques confirment les inégalités sociales aux soins déjà 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]). Ceux associés au carnet de maternité et au pays d'origine des femmes, laissent penser que nous sommes également en présence d'une inégalité d'informations aux soins particulièrement marquée chez les femmes enceintes.

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

L'état psychologique et l'entourage de la femme pendant la grossesse ont un pouvoir explicatif, quel que soit le type de renoncement étudié.

Ainsi, les femmes 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 conseillés durant la grossesse (contrairement au refus de certaines consultations prénatales obligatoires).

De plus, 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 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]).

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

Le comportement à risque des patientes est mesuré à travers la consommation de tabac, d'alcool et de drogue durant la grossesse.

Fumer de façon régulière durant la grossesse augmente le renoncement subjectif et n'a pas d'impact sur le renoncement objectif. La prise en compte des deux types de renoncement objectif montre que consommer du tabac augmente la probabilité de renoncer aux consultations médicales obligatoires et diminue la probabilité de renoncer aux actes médicaux. Un phénomène d'auto-sélection peut sans doute expliquer cela : les femmes effectuent les actes de prévention parce qu'elles se savent à risque et n'effectuent pas l'ensemble des visites médicales obligatoires craignant certaines remarques des professionnels de santé.

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 conseillés. Là également, les préférences ou croyances par rapport au risque semblent jouer.

Enfin, la prise de drogue n'impacte pas le renoncement objectif (les femmes consommant de la drogue durant leur grossesse ne renoncent pas moins que les autres aux soins durant leur grossesse) et a un impact positif sur le renoncement subjectif.

Au final, 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. Les femmes ayant des comportements à risque durant leur grossesse sont ainsi plus enclines que les autres à déclarer qu'elles ont renoncé à des soins durant cette période. *A contrario*, adopter des comportements à risque ne se traduit pas forcément par un renoncement objectif aux soins plus marqué pendant la 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 notamment s'il s'agit de visites médicales obligatoires ou de dépistages.

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. Seules les femmes atteintes de surpoids avant leur grossesse vont davantage refuser certains examens préventifs. 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 aux soins (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.

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

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 vivant en France depuis moins de dix ans et dans une moindre mesure d'origine européenne (hors France) vivant en France depuis moins de cinq ans, dont le revenu du ménage est inférieur à 3 000 €, sans

couverture santé complémentaire, subissant sa grossesse, 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 (absence de carnet de maternité). Dans une moindre mesure, cette femme vit avec un conjoint inactif ou est elle-même non active professionnellement. Elle vit en France depuis moins de cinq ans. Elle a déjà vécu des grossesses.

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 (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, le renoncement objectif aux soins ne peut pas uniquement être assimilé à un renoncement pour raisons financières, mais que d'autres facteurs (expérience de la grossesse, accès à l'information sur le suivi de grossesse, problème de santé avant la grossesse ...) entrent en ligne de 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 encore l'analyse menée.

Le profil des femmes renonçant objectivement aux visites médicales obligatoires 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 de tabac, le niveau de revenu (le non recours au soin est observé pour un revenu mensuel du ménage inférieur à 2 000 € et non 3 000 €), le diplôme (les bachelières renoncent moins à des soins durant leur grossesse que les non diplômées, mais elles renoncent plus que les diplômées du supérieur) et l'éloignement géographique (pour celles qui habitent à plus de trente minutes d'une maternité). En revanche, le profil associé au renoncement à des actes médicaux conseillés diffère peu (pas d'effet de l'absence d'une couverture mutuelle ou du sentiment à l'annonce de la grossesse, influence négative de la consommation de tabac).

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 un non recours aux visites médicales et un non recours aux actes médicaux.

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 discriminants pour expliquer le renoncement. Le degré d'information des femmes sur leur suivi de grossesse, leur expérience de la grossesse, leur pays d'origine et l'ancienneté en France 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 faible aversion pour le risque (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. Notre étude permet également 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. Enfin, bien que l'on observe des différences de localisation ou de distance en termes de renoncement, l'échelle extrarégionale (ZEAT) 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.

Par conséquent, nos résultats permettent de relier le renoncement aux soins (qu'il soit objectif ou subjectif) à plusieurs formes d'inégalités d'accès aux soins (souvent liées entre elles) : sociale, informationnelle, sociologique ou encore psychologique. Nous mettons ainsi en

évidence des déterminants non monétaires du renoncement aux soins (Allin *et al.* [2010] Després *et al.* [2011b]).

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 la pertinence d'une mesure plus objective du renoncement aux soins dans les enquêtes de santé, cette mesure « captant » plus d'informations sur les raisons du renoncement qu'une mesure subjective pour raison financière. Toutefois, plusieurs remarques peuvent être formulées concernant ce travail et les deux facettes du renoncement.

La première concerne la proportion de femmes ayant déclaré avoir renoncé pour des raisons financières alors même que leur état (de grossesse) requiert *a priori* un certain nombre de soins obligatoires ou fortement recommandés officiellement. La prise en charge relativement complète mais pas immédiate des femmes enceintes par la Sécurité Sociale peut expliquer ce paradoxe. En effet, à partir du premier jour du sixième mois et jusqu'au douzième jour après l'accouchement⁷ les soins médicaux sont pris à 100 % par le régime normal de Sécurité Sociale, que ces soins soient ou non en lien à la grossesse (*cf.* Annexe). On peut penser que le renoncement objectif aux soins pourrait aussi être sensible à cette discontinuité. L'information précise sur la chronologie des soins durant les neuf mois de grossesse pourrait nous permettre de mesurer l'effet de cette modification de prise en charge ; malheureusement, elle n'est pas disponible.

La deuxième porte sur notre mesure du renoncement objectif. Celle-ci repose sur les préconisations officielles de la Haute Autorité de la Santé (HAS) faites à l'ensemble des professionnels de santé périnatale. Or, il se peut que, selon l'état de santé de la femme (avant et surtout durant sa grossesse), le nombre de visites médicales et de suivi nécessaires soient plus important que les recommandations « théoriques » de la HAS. Pour prendre en compte ce phénomène, il faudrait faire dépendre le renoncement de cet état de santé et donc endogénéiser l'état de santé des femmes¹ (en particulier pendant la grossesse). Toutefois, ici encore l'absence d'information chronologiquement des soins durant les neuf mois de grossesse rend difficile une telle mesure puisqu'il faudrait observer l'évolution de l'état de santé de la femme et de ses soins.

Enfin, nous savons que ne pas suivre les recommandations de la HAS durant la grossesse est inquiétant en termes de santé publique car le renoncement aux soins des femmes enceintes peut avoir un impact sur la santé de la mère mais aussi sur celle du futur nourrisson. Des études d'épidémiologie sociale (Barker [1994] Wadworth et Kuh [1997]) ont en effet montré les liens entre le développement *in utero* (mauvaise alimentation, exposition à la pollution ou aux produits toxiques, comportements à risque ...) et l'état de santé de l'enfant aux différentes étapes de la vie. Un prolongement logique de ce travail serait ainsi 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

- S. Allin, M. Grignon et Le J. Grand [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.
- S. Allin et C. Masseria [2009] : *Unmet Need as an Indicator of Access To Health Care In Europe*, **Eurohealth**, Vol. 15, n° 3, pp. 7-9.
- L. Ancelot et M.-H. Depret [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.
- T. Bago d'Uva et A.M. Jones [2009] : *Health Care Utilization in Europe: New Evidence from the ECHP*, **Journal of Health Economics**, Vol. 28, pp. 265-279.
- D.J. Barker [1994] : **Mothers, Babies and Disease in Later Life**, British Medical Journal Publications, London.
- F. Bazin, I. Parizot et P. Chauvin [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.
- C. Berchet [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.
- B. Boisguérin, C. Després, P. Dourgnon, R. Fantin et R. Legal [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.
- M. Bonet, L.K. Smith, H. Pilkington, E.S. Draper et J. Zeitlin [2013] : *Neighbourhood Deprivation and very Preterm Birth in an English and French Cohort*, **BMC Pregnancy Childbirth**, Vol. 13, p. 97.
- B. Blondel et M. Kermadec [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.
- E. Cambois et F. Jusot [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.
- N. Célant, S. Guillaume et T. Rochereau [2014] : *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, **Rapport de l'IRDES**, n° 556, juin.

- M. Coldeffy, L. Com-Ruelle, V. Lucas-Gabrielli et L. Marcoux [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.
- C. Desprès, P. Dourgnon, R. Fantin et F. Jusot [2011a] : *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, **Questions d'Economie de la Santé**, n°170, novembre.
- C. Desprès, P. Dourgnon, R. Fantin et F. Jusot [2011b] : *Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique*, **Questions d'Economie de la Santé**, n°169, octobre.
- C. Desprès, S. Guillaume et P.E. Couralet [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.
- M. Devaux et M. de Looper [2013] : *Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009*, **OECD Health Working Papers**, n° 58, OECD Publishing, Paris.
- P. Dourgnon, S. Guillaume et T. Rochereau [2012a] : *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010*, **Les Rapports de l'IRDES**, n° 1886, juillet.
- P. Dourgnon, F. Jusot et R. Fantin [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.
- M. Fleurbaey et 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.
- K.S. Joseph, R.M. Liston, L. Dodds, L. Dahlgren et A.C. Allen [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.
- F. Jusot [2010] : **Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action ?**, Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, 4 octobre.
- F. Jusot [2013] : *Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution*, **Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique**, Vol. 61S, pp. S163-S169.
- F. Jusot, S. Tubeuf et A. Trannoy [2012] : *Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ?*, **Economie et Statistique**, n°455-456.
- V. Lejeune, V. Chaplet, B. Carbonne, D. Jannet et J Milliez [1999] : *Precairety and Pregnancy in Paris*, **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 83, pp. 27-30.
- J.P. Mackenbach [2006] **Health Inequalities: Europe in Profile**, Department of Health, London.
- A. Mielck, R. Kiess; O. Knesebeck, I. Stirbu et A.E. Kunst [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.
- J.-J. Moulin, V. Dauphinot, C. Dupré, E. Sass, L. Gerbaud et R. Guéguen [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.

- Z. Or, F. Jusot, E. Yilmaz 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.
- D. Raynaud [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.
- J.D. Reschovsky, P. Kemper et H.T. Tu [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.
- A. Trannoy, S. Tubeuf, F. Jusot et M. Devaux [2010] : *Inequality in Opportunities in Health in France: A First Pass*, **Health Economics**, Vol. 19, n°8, pp. 921-938.
- A. Vilain, L. Gonzales, S. Rey, N. Matet et B. Blondel [2013] : *Surveillance de grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques*, **Etudes et Résultats**, n° 848, DREES, juillet.
- M.E.Wadworth et Kuh D.J. [1997] *Childhood Influence on Adult Health: A Review of Recent Work in the British 1946 National Birth Cohort Study*, **Paediatric Périnatal Epidemiology**, Vol 11, n° 1, pp. 2-20.
- J. Wittwer, F. Jusot, S. Guthmuller; C. Després et T. Renaud [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.
- J. Zeitlin, E. Combiér, F. De Caunes et E. Papiernik [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**, Vol. 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 leurs 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. Les auteurs tiennent enfin à remercier Sandy Tubeuf pour ses conseils et suggestions formulées lors des Journées des Economistes de la Santé 2015.

¹ Dans le premier cas, le patient renonce à des soins parce qu'il fait face à des « barrières » (notamment financières et informationnelles) qui l'empêchent de satisfaire son besoin de soins : on parle alors de « renoncement-barrière » (Després *et al.* [2011b]). Dans le second cas, le patient refuse des soins de son propre fait, soit parce qu'il privilégie d'autres formes de médecines (alternatives), soit parce qu'il refuse de se soigner ou de consulter : on parle alors de « renoncement-refus » (Després *et al.* [2011b]).

² Dans le premier cas, le patient renonce à satisfaire certains soins (par exemple, il n'effectue pas l'ensemble des soins ou examens prescrits par son professionnel de santé ou ne va pas au bout de son traitement). Dans le second cas, le patient renonce à tous les soins requis par son état de santé (on peut parler ici de non-recours total aux soins).

³ Dans le premier cas, la mesure du besoin de soins est subjective puisqu'elle dépend du besoin personnel de soins de l'individu. Le renoncement aux soins est donc ici dit « subjectif ». Dans le second cas, la mesure du besoin de soins est objectivée, soit par une norme médicale (fondée sur des recommandations officielles par exemple), soit par rapport à une moyenne (un nombre moyen de consultations ou d'examen requis pour soigner telle ou telle pathologie, à âge et sexe donnés). Le renoncement est donc ici « objectif ».

⁴ 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]).

⁵ 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).

⁶ Le coefficient de corrélation estimé entre les deux termes d'erreur est positif et significatif. Les deux probabilités de renoncement varient donc dans le même sens. Par conséquent, les variables explicatives non disponibles dans cette enquête auraient un effet comparable sur les deux probabilités étudiées.

⁷ Le questionnaire est administré auprès des femmes après l'accouchement et avant leur sortie de la maternité.