

L'état de santé et le comportement des femmes enceintes du Nord-est de la Roumanie. Enquête PRaSoP à la Maternité Cuza-Voda de Iasi

1. Introduction

Les femmes enceintes constituent une des populations les plus vulnérables. Les études concernant cette population ont visé plusieurs dimensions dont les plus importantes sont les déterminants du renoncement aux soins des femmes enceintes en situation de précarité et l'effet des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, déséquilibre de l'alimentation) sur la santé des mères et de leurs nouveaux nés.

Le but de cet article est d'identifier le profil socio-démographique des femmes enceintes qui ont accouché à la Maternité Cuza Vodă de Iasi ; identifier l'état de santé des femmes enceintes ; analyser les comportements à risque des femmes enceintes ; identifier les caractéristiques qui sont associées au renoncement aux soins.

La fertilité en Roumanie a enregistré une tendance décroissante après 1990 (Jaba, Palasca, Balan, 2013). En 2013, on a eu 198.216 nouveau-nés en Roumanie et 39.094 nouveau-nés dans la région Nord-est.

Les suivantes sections du papier visent à traiter premièrement la littérature sur le renoncement aux soins, en général, et pour les femmes enceintes, en particulier. Dans une autre section on s'intéresse à l'échantillon et aux variables et aux méthodes d'analyse. Les principaux résultats de l'étude de cas sur les mères qui ont accouché à la maternité Cuza-Vodă de Iasi.

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de recherche PRaSoP (*Précarité, Renoncement aux Soins et Périnatalité: une comparaison franco-roumaine*) développé avec IRIAF (Institut des Risques Industriels, Assurantiels et Financiers), CRIEF (Centre de Recherche sur l'Intégration Economique et Financière), Université de Poitiers, France et l'Université Alexandru Ioan Cuza de Iasi, Roumanie.

2. LA REVUE DE LA LITTERATURE CONCERNANT LA SANTE DES FEMMES ENCEINTES

Les études récentes sur la sante des femmes enceintes en France ont traité l'effet de la précarité et de la pauvreté sur les pathologies périnatales et la prématurité (Lejeune, 2008). La relation entre la précarité socioéconomique et culturelle et les pathologies périnatales a été aussi identifié aux Etats-Unis (Howell and Blondel, 1992).

A partir des études sur la santé des femmes enceintes en situation de précarité, Ancelot et Depret (2014) ont crayonné un profil des femmes enceintes. Ils ont identifié aussi les principales conséquences de la précarité sur la santé des femmes et des nouveau-nés.

Il existe de nombreuses études sur le renoncement aux soins pour raisons financières. L'analyse du renoncement aux soins prouve qu'il est corrélé avec différentes caractéristiques (Desprès, Dourgnon, Fantin et Jusot, 2011): corrélation positive avec le fait d'être une femme, le niveau d'éducation, le soutien social ; corrélation négative avec le revenu et la couverture maladie.

D'autres études pour la Suisse (Guessous et al., 2014) ou Canada (Thompson et al., 2014) ont montré que les femmes renoncent plus que les hommes aux soins dentaires du aux raisons financiers.

En utilisant la base de données SHARE, Bouba-Olga et Vigé (2014) ont identifié des corrélations entre le renoncement total aux soins est les suivants facteurs : corrélation négative avec l'âge, le revenu, le niveau d'éducation, le fait d'être en couple, le nombre d'enfants, le réseau social, les maladies chroniques ; corrélation positive avec le fait d'être un homme, le fait d'être au chômage, le fait d'être homme ou femme au foyer.

Un aspect moins traité dans la littérature concerne le renoncement aux soins des femmes enceintes et son effet sur la santé des mères et des nouveau-nés. Le renoncement financier aux soins des femmes enceintes est multifactoriel (Ancelot & Depret, 2014): des facteurs socio-économiques, des facteurs psycho-sociaux, des facteurs comportementaux et des facteurs institutionnels et médicaux.

3. LES DONNEES ET LES METHODES

3.1.L'échantillon et les variables

Les données sont obtenues en interrogeant les mères pendant leurs séjour pour l'accouchement à la Maternité Cuza Vodă de Iasi (l'Hôpital Clinique d'Obstétrique et Gynécologie „Cuza-Vodă” de Iași) dans la période de l'enquête. La Maternité Cuza Vodă de Iasi est la plus grande maternité de Roumanie; elle se trouve dans la région Nord-est.

Parmi les femmes éligibles pour l'interview, on a exclu les femmes dont l'état de santé ne les permettait pas à répondre au questionnaire dans un délai de 72 heures après l'accouchement. Une partie des mères qui étaient dans la maternité dans la période post-partum ont refusé participer à l'interview du aux raisons médicales (état de sante générale précaire, fatigue, douleur) ou des raisons personnelles. Les refus ne sont pas associés aux certains catégories

sociales ou aux mères avec certaines caractéristiques démographiques. On a expliqué le but de l'étude à chaque femme, et on les a interrogées avec l'accord préalable du personnel médical.

L'échantillon a été sélectionné d'une manière aléatoire dans le temps (en tenant compte des restrictions de temps et de l'espace).

Le questionnaire a été construit en utilisant le questionnaire de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2010 menée en France. Les questions sont groupées en trois sections : (1) la situation socio-démographique, (2) la grossesse et (3) l'accouchement et l'enfant. Le questionnaire a été pré-testé dans un cadre théorique et aussi dans un cadre réel. Après le pré-test sur 30 femmes dans la période post-partum, on a reconsidéré quelques modalités de réponses pour certaines questions.

Le questionnaire a été administré par entretien face-à-face avec les mères dans la période 01.04.2015 – 17.05.2015. Le nombre total des questionnaires remplis est égal à 513.

Les données ont été introduites en SPSS et la base de données comprend 148 variables.

3.2. Les méthodes statistiques

On a appliqué les statistiques descriptives pour crayonner le profil des femmes de l'échantillon selon les caractéristiques socio-démographiques, psycho-sociales et comportementales. Pour l'analyse des associations entre les caractéristiques des femmes et le renoncement aux soins on a utilisé la statistique de Khi-deux. Cette statistique est recommandée pour tester l'association entre deux variables catégorielles. Pour les variables numériques, on a utilisé la statistique t Student pour tester les différences entre les moyennes des deux populations.

On a appliqué l'analyse de régression logistique pour estimer les effets des facteurs socio-démographiques, psycho-sociales et comportementales sur le renoncement aux soins.

Finalement, on a utilisé la régression *path* pour estimer l'influence du renoncement aux soins sur la santé des mères et des nouveau-nés.

4. RESULTATS

Pour l'analyse de l'état de santé des femmes enceintes et l'analyse des effets des facteurs socio-démographiques, psycho-sociales et comportementaux sur le renoncement aux soins de cette catégorie vulnérables on a employé premièrement l'analyse descriptive pour tracer le profil des femmes enceintes. On a aussi identifié les caractéristiques qui différencient les femmes qui renoncent aux soins des femmes qui ne renoncent pas. En final, on a estimé l'effet des ces caractéristiques sur le renoncement aux soins.

4.1. Le profil des femmes enceintes selon les caractéristiques socio-démographiques, psycho-sociales et comportementales

Caractéristiques socio-démographiques

En analysant les caractéristiques socio-démographiques, on peut crayonner le profil des femmes qui ont accouché à la Maternité Cuza-Vodă de Iași. Parmi elles, 53% sont du milieu urbain et 47% sont du milieu rural. En ce qui concerne le statut marital on peut observer que presque trois quarts des femmes (74%) sont mariées au moment de l'accouchement et presque un quart (26%) ne sont pas mariées. La plupart des femmes ont déclaré qu'au moment de l'enquête vivaient en couple (98% des femmes) et seulement 2% des femmes vivaient seules.

Concernant le niveau d'éducation, on peut observer que 35,5% des femmes ont niveau d'étude supérieur de longue durée (baccalauréat + 3 ou 4 ans ou baccalauréat + 5 ou plus) et 3,1% ont niveau d'étude supérieur de courte durée (baccalauréat + 1 ou 2 ans). En même temps, 29,2% des femmes ont niveau d'étude lycée (enseignement général technologique ou professionnelle), 26,5% des femmes ont niveau d'étude collège et 5,7% des femmes ont niveau d'étude primaire ou ne sont pas scolarisées.

L'âge moyen des femmes qui ont accouché à la Maternité Cuza-Vodă de Iași est égal à 28,14 ans (avec un écart type égale à 6,44 ans). Un quart des femmes ont moins de 24 ans et une moitié des femmes sont plus jeune de 28 ans. En même temps, un quart des femmes sont plus âgées de 33 ans.

La plupart des femmes (36,8%) ont déclaré qu'elles étaient sans profession et 19,9% des femmes étaient cadres (profession libérale, professeur, ingénieur, etc.). Les suivantes trois catégories professionnelles regroupent chacune environs 10% des femmes de l'échantillon : les professions intermédiaires (institutrice, infirmière, technicienne) – 12,1%; les employées de commerce – 10,5%; le personnel de service pour les particuliers et les ouvrières qualifiées ou non-qualifiées – 11,1%. Les femmes employées de la fonction publique ou administrative des entreprises représentent 6% de l'échantillon. Les agricultrices, les artisans et les commerçantes ne représentent que 3,5% des mères.

En tenant compte de toutes les ressources, les revenus mensuels des femmes et de leur mari/compagnon sont: moins de 800 RON (180 Euro) - 27,3% des réponses ; 800 – 1600 RON (180 – 360 Euro) - 22,2% des réponses ; 1600 – 2400 RON (360 – 540 Euro) - 14,4% ; 2400 – 3200 RON (540 – 720 Euro) - 13,3% ; 3200 – 4000 RON (720 – 900 Euro) - 9,4% ; 4000 RON et plus (900 Euro et plus) - 7,4% ; et revenus variables - 6%.

La majorité des femmes (70,7%) ont déclaré avoir une assurance maladie obligatoire, 6,4% des femmes ont une assurance maladie payée directement à la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) et seulement 0,8% des femmes ont une assurance maladie privée. En même temps, 22,1% des femmes n'ont pas aucune couverture sociale au début de la grossesse.

A la fin de leur grossesse, 50% des femmes avaient un emploi et 50% n'avaient pas un emploi. En ce que concerne l'emploi du mari/compagnon, on constate que les maris des 69% des femmes ont un emploi et les maris des 31% des femmes n'ont pas d'emploi.

Comportements à risque

En ce que concerne la consommation du tabac, 25,54% des femmes enceintes ont déclaré avoir fumé juste avant la grossesse. Parmi les 513 femmes enceintes, 11 femmes ont déclaré avoir fumé au 3e trimestre de la grossesse. Le nombre moyen des cigarettes fumées par les 11 femmes au 3e trimestre de la grossesse est égale à ≈ 6 cigarettes.

Concernant la consommation d'alcool, 85,19% des femmes enceintes n'ont jamais bu des boissons alcoolisées comme de la bière, du cidre, du vin, des apéritifs ou du champagne pendant la grossesse. En même temps, 10,72% des femmes enceintes ont bu 1 fois par mois ou moins souvent des boissons alcoolisées pendant la grossesse.

Parmi les 513 femmes enceintes, une seule femme a déclaré avoir pris du cannabis (hachis, marijuana, herbe, joint, shit) pendant la grossesse. En plus, on a enregistré aussi trois réponses manquantes à cette question.

Caractéristiques psycho-sociales

Lors de la grossesse, plus de la moitié des femmes enceintes (51,7% des femmes) ont été *très bien entourées* par les personnes qui leur sont proches et 43,1% des femmes ont été *bien entourées*. Le pourcentage des femmes qui étaient *peu, très peu ou pas de tout entourées* lors de la grossesse est de 5,3%.

La majorité des femmes ont déclaré que, pendant la grossesse, sur le plan psychologique, elles se sont senties *bien* (79,5% des femmes), alors que 13,1% se sont senties *assez bien*. Le pourcentage des femmes qui se sont senties *mal* et *assez mal* est de 2,9%.

La majorité des femmes étaient heureuses que la grossesse soit arrivée maintenant (73% des femmes). En même temps, 7,8% des femmes auraient aimé qu'elle arrive plus tôt. Quand même, 11,3% des femmes auraient aimé que la grossesse soit arrivée plus tard et 7,8% des femmes auraient préféré de ne pas être enceinte.

Au niveau de l'échantillon, 47,7% des femmes n'ont pas eu d'enfants avant cette grossesse, alors que un tiers des femmes (33,4%) ont un enfant avant cette grossesse et 88% des femmes ont deux enfants. En plus on peut observer que 10% des femmes ont trois enfants et plus.

4.2. La santé des femmes enceintes

Pour l'échantillon des femmes enceintes de la région Nord-est de la Roumanie, un quart (25,59%) ont dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières, et 74,41% des femmes n'ont pas du renoncer aux soins pour des raisons financières.

Le poids moyen des femmes avant la grossesse était 60,24 kg (à un écart type égale à 12,27kg). Le poids moyen des femmes après la grossesse était 74,38 kg (à un écart type égale à 13,37kg).

Le nombre moyen d'échographies en tout est égale à ≈ 7 échographies (à un écart type égale à ≈ 5 échographies).

4.3. L'association entre les caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes et le renoncement aux soins

On a analysé l'association entre les dix suivantes variables socio-démographiques et le renoncement aux soins : l'âge de la mère ; le niveau d'étude de la mère ; la zone de résidence ; la vie en couple ; le statut marital ; la situation emploi a la fin de la grossesse ; la situation emploi du mari a la fin de la grossesse ; les revenus mensuels ; la couverture maladie au début de la grossesse ; et la profession actuelle de la mère.

Pour tous les variables catégorielles, sauf pour la variable concernant la situation emploi du mari, on a obtenu des valeurs significatives pour le test de khi-deux, donc il y a de différences entre les caractéristiques socio-démographiques des femmes qui ont renoncé aux soins et celles qui n'ont pas renoncé. Pour la variable l'âge de la mère le test Student pour deux échantillons indépendants est aussi significative, donc l'âge moyen du groupe renoncement est statistiquement différent de l'âge du groupe non-renoncement.

Il y a une association significative entre la situation maritale et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 53% des femmes non-mariées ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières (par rapport à 16,10% des femmes mariées).

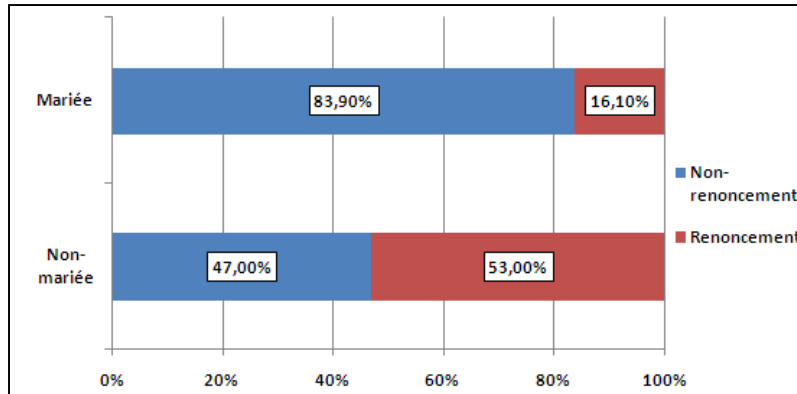


Figure 1. La relation entre la situation maritale et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une association significative entre le niveau d'études et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 72,40% des femmes non scolarisées et avec niveau primaire et 49,60% des femmes avec niveau collège ou professionnel court ont du renoncer aux soins pendant leur grossesse. D'autre part, 6,20% des femmes avec niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans et 3,80% des femmes avec niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans et niveau baccalauréat + 5 ans ou plus ont du renoncer aux soins pendant leur grossesse.

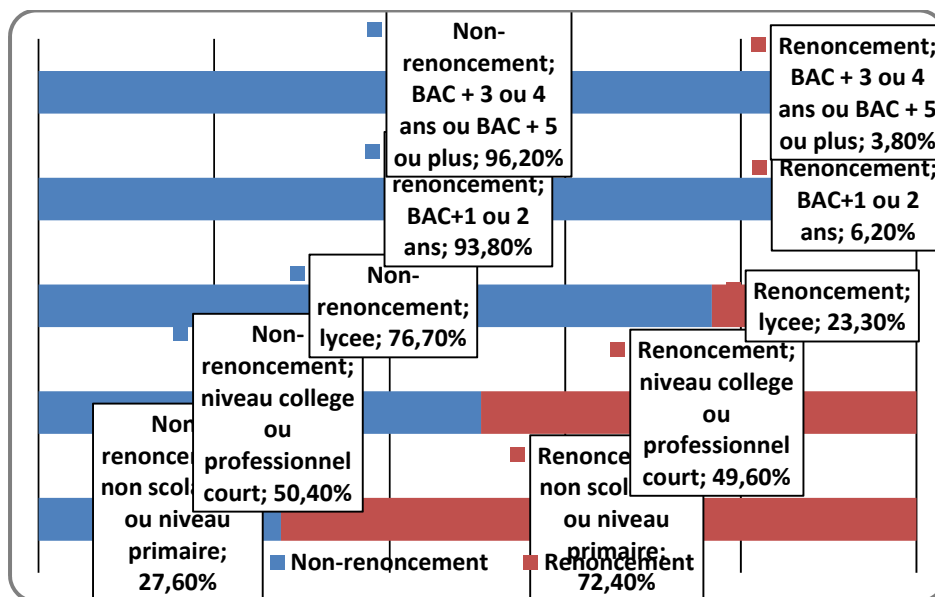


Figure 2. La relation entre le niveau d'études et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une association significative entre la situation emploi et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 46,50% des femmes sans emploi à la fin de leur grossesse ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières (par rapport à 4,70% des femmes qui étaient employées).

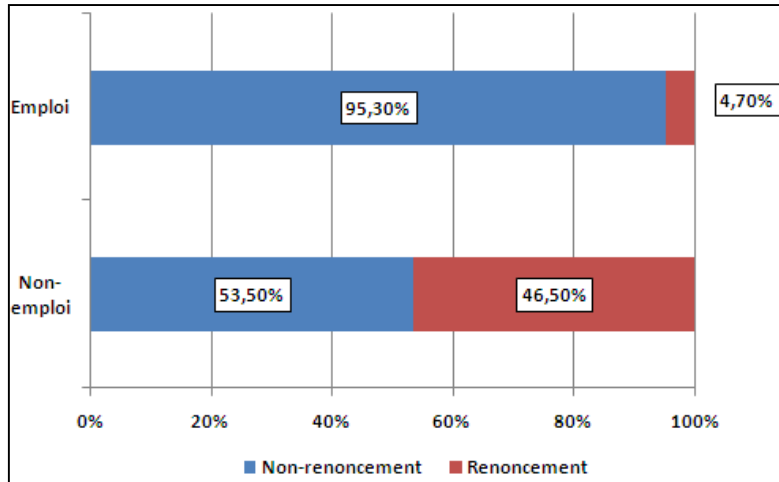


Figure 3. La relation entre la situation emploi de la mère et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une association significative entre la situation emploi du mari/compagnon et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 51,90% des femmes dont leur mari/compagnon n'a pas un emploi ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières (par rapport à 13,50% des femmes dont leur mari/compagnon a un emploi).

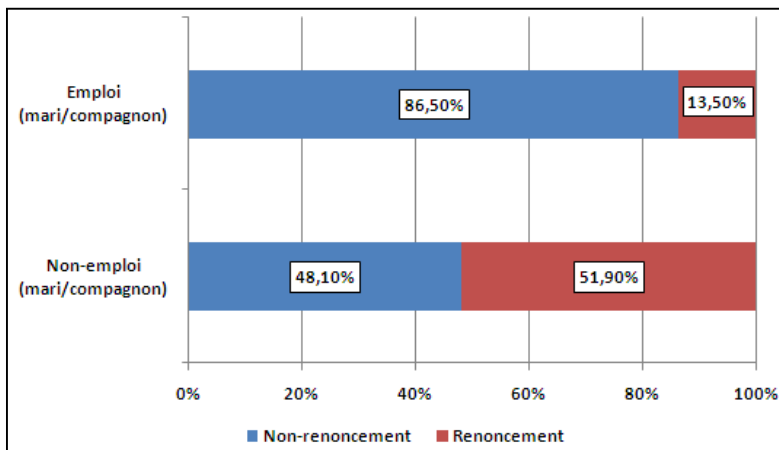


Figure 4. La relation entre la situation emploi du mari/compagnon et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une association significative entre le montant habituel des revenus mensuels (y compris les revenus de leur mari/compagnon) et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 61,20% des femmes dont les revenus sont moins de 800 RON (180 Euro) ; 26,30% des femmes dont les revenus sont moins de 1600 RON (360 Euro) ; 22,60% des femmes dont les revenus

sont variables ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières.

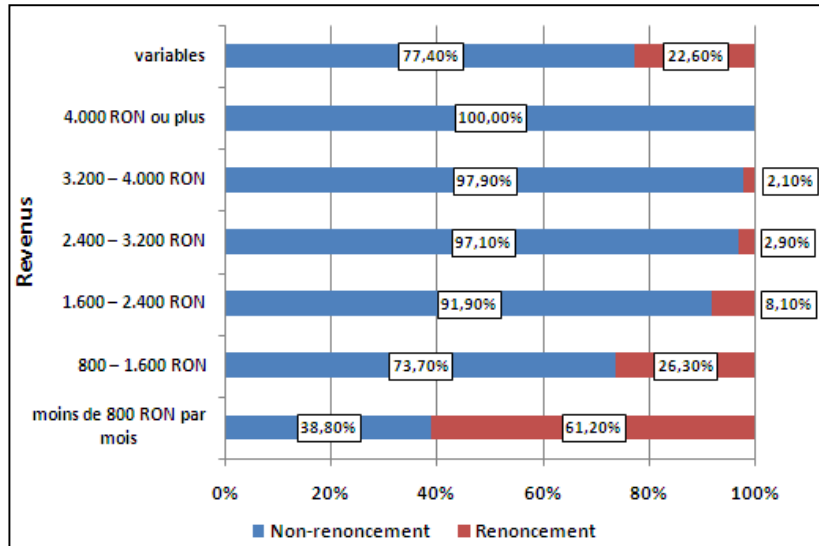


Figure 5. La relation entre le montant des revenus mensuels et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une association significative entre le milieu de résidence (urbain/rural) et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 40,40% des femmes du milieu rural ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières (par rapport à 12,50% des femmes du milieu urbain).

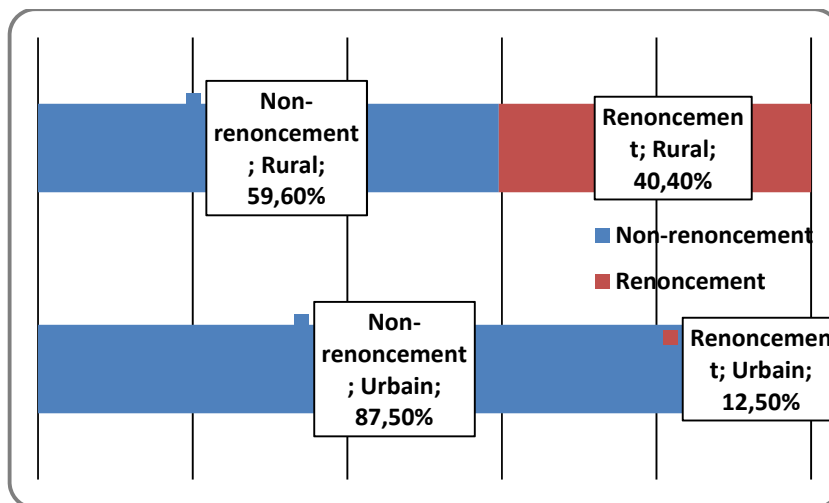


Figure 6. La relation entre le milieu de résidence et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une différence significative entre l'âge moyen des femmes enceintes qui ont renoncé aux soins et l'âge moyen des femmes enceintes qui n'ont pas renoncé. L'âge moyen des femmes enceintes qui ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières est égale à 26,09 ans et elle est inférieure à l'âge du groupe qui n'a pas renoncé (28,87 ans).

La profession des femmes est significativement liée au renoncement aux soins. Les pourcentages des femmes qui renoncent aux soins sont plus élevés pour les catégories sans profession (52,10%), personnel de service pour les particuliers et les ouvrières (29,80%), et les agricultrices, artisan et commerçantes (16,70%).

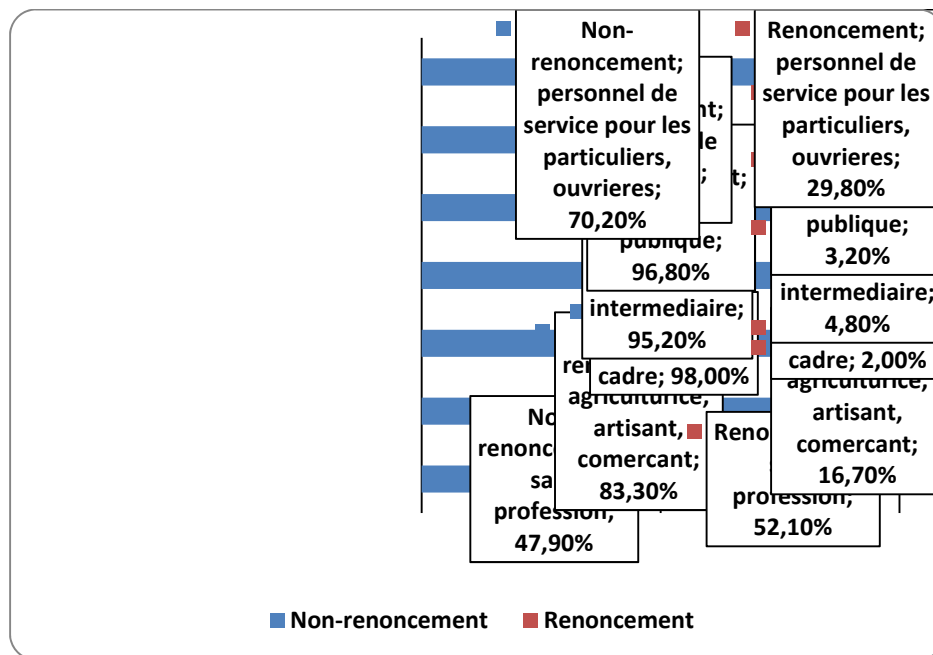


Figure 7. La relation entre la profession de la mère et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une relation significative entre la couverture maladie et le renoncement aux soins. On observe que 60,70% des femmes qui n'ont aucune couverture sociale ont renoncé aux soins, par rapport à 14,60% des femmes qui ont une assurance maladie obligatoire.

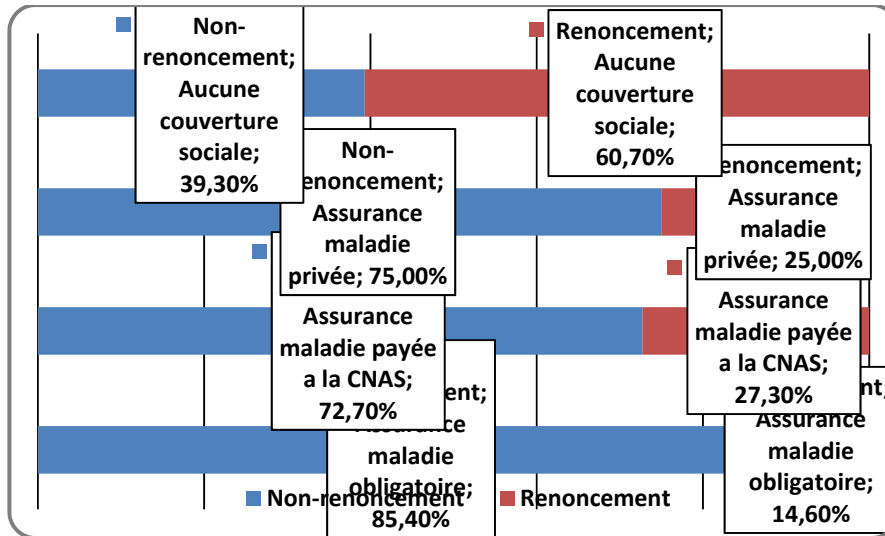


Figure 8. La relation entre la couverture maladie au début de la grossesse et le renoncement aux soins des femmes enceintes

4.4. L'association entre les caractéristiques psycho-sociales des femmes enceintes et le renoncement aux soins

Il y a une association significative entre la façon dont les femmes enceintes sont entourées par leurs proches et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 75% des femmes qui sont peu entourées par leurs proches et 100% des femmes qui sont pas du tout entourées par leurs proches ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières.

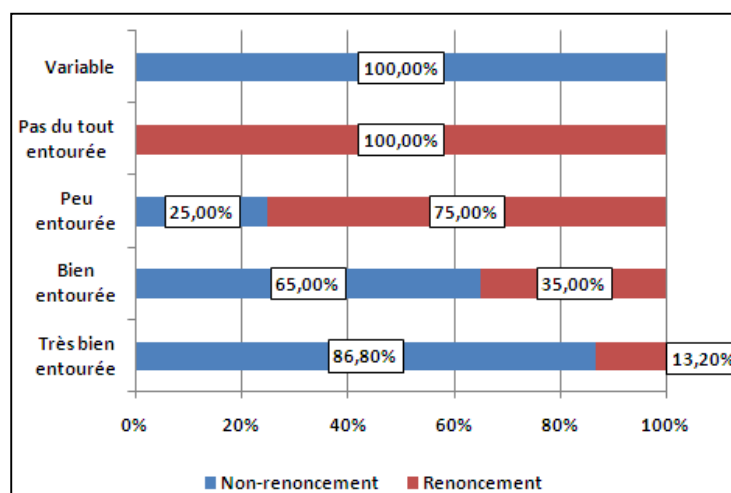


Figure 9. La relation entre l'entourage des femmes enceintes et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une association significative entre les sentiments vis-à-vis la grossesse actuelle et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 62,50% des femmes qui auraient préféré ne pas être enceintes et 38,60% des femmes qui auraient aimé que la grossesse arrive plus tard ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières.

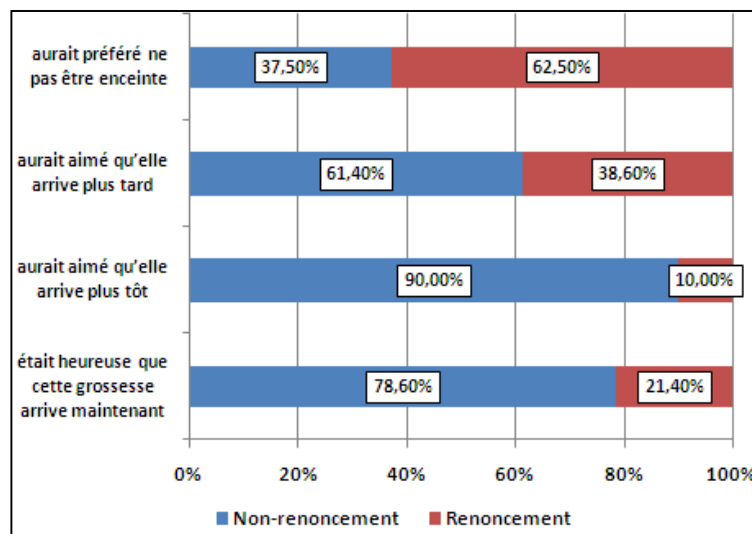


Figure 10. La relation entre les sentiments vis-à-vis la grossesse et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a une association significative entre l'état psychologique pendant la grossesse et le renoncement aux soins des femmes enceintes: 50% des femmes qui se sont senties psychologiquement mal / assez mal / 43,30% des femmes qui se sont senties assez bien ont déclaré avoir renoncé pendant leur grossesse à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières.

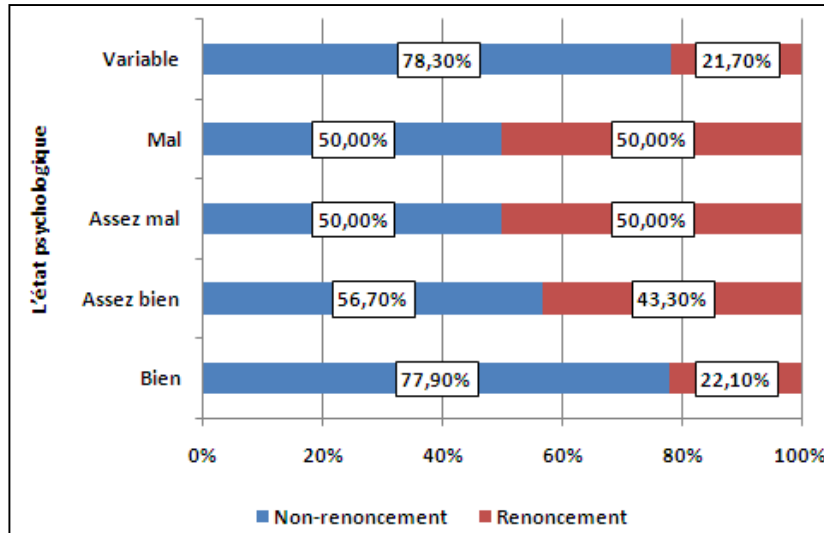


Figure 11. La relation entre l'état psychologique pendant la grossesse et le renoncement aux soins des femmes enceintes

Il y a de différences significatives entre les femmes qui ont du renoncer aux soins et celles qui n'ont pas renoncé, selon le nombre d'enfants avant cette grossesse. On peut constater que le nombre moyen d'enfants des femmes qui ont renoncée aux soins est significativement supérieur au nombre moyen d'enfants des femmes qui n'ont pas renoncé.

4.5. L'analyse des effets des caractéristiques socio-démographiques, psycho-sociales et comportementales sur le renoncement aux soins

On a estimé trois modèles de régression logistique pour expliquer le renoncement aux soins en fonction de trois catégories de facteurs (facteurs socio-démographiques, facteurs psycho-sociaux et facteurs comportementaux). On a introduit dans les modèles, comme variables explicatives, les caractéristiques qui sont significativement associées au renoncement aux soins.

Les résultats de la régression logistique concernant les effets des variables socio-démographiques sont présentés dans le Tableau 1. Parmi les dix variables socio-démographiques considérées, seulement quatre variables ont un effet significatif sur la probabilité de renoncer aux soins.

Le renoncement aux soins est inférieure à 67% pour les femmes qui avaient un emploi à la fin de leur grossesse que pour les femmes qui n'en avaient pas.

Tableau 1. Les résultats de la régression logistique pour les variables socio-démographiques

Variables	B	Odds-ratio	P value
Constante	0,748	2,113	0,016
Emploi – fin grossesse			
<i>Sans emploi</i>		<i>référence</i>	
Avec emploi	-1,110	0,330	0,008
Couverture maladie			
<i>Assurance maladie obligatoire</i>	-	-	0,036
Assurance maladie payée a la CNAS		<i>référence</i>	
Assurance maladie privée	-0,627	0,534	0,181
Aucune couverture sociale	-0,375	0,687	0,791
	0,608	1,838	0,051
Statut marital			
<i>Non-mariée</i>		<i>référence</i>	
Mariée	-0,913	0,401	0,001
Revenu mensuel			
<i>moins de 800 RON par mois</i>	-	-	0,000
800 – 1.600 RON par mois		<i>référence</i>	
1.600 – 2.400 RON par mois	-0,834	0,434	0,008
2.400 – 3.200 RON par mois	-1,861	0,156	0,000
3.200 – 4.000 RON par mois	-2,534	0,079	0,002
4000 RON ou plus	-2,863	0,057	0,008
revenu variable	-20,273	0,000	0,997
	-1,239	0,290	0,014

Les femmes qui n'ont aucune couverture sociale renoncent davantage aux soins (le risque de renoncement est supérieur à 83,7%) que les femmes qui ont une assurance maladie obligatoire. Le renoncement aux soins des femmes mariées est inférieure à 60% au renoncement des femmes non-mariées. Une augmentation des revenus mensuels des femmes et de leur mari conduit a une diminution du renoncement aux soins.

Parmi les facteurs psycho-sociales, les trois suivants ont un effet significatif sur le renoncement aux sois : l'entourage, le nombre d'enfants avant cette grossesse et l'état psychologique vis-à-vis la grossesse (Tableau 2).

Tableau 2. Les résultats de la régression logistique pour les variables psycho-sociales

Variables	B	Odds-ratio	P value
Constante	-2,258	0,105	0,000
Entourée	-	-	0,000
<i>Très bien entourée</i>		<i>référence</i>	
Bien entourée	1,094	2,986	0,000
Peu entourée	2,873	17,696	0,000
Très peu entourée	-19,786	0,000	0,999
No. enfants avant cette grossesse	0,309	1,362	0,000
Etat psychologique a la découverte de la grossesse	-	-	0,009
<i>Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant</i>		<i>référence</i>	
Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt	-0,685	0,504	0,229
Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard	0,772	2,164	0,019
Vous auriez préféré ne pas être enceinte	0,862	2,368	0,033

Le renoncement aux soins est plus important d'autant que les femmes enceintes sont moins bien entourées par les personnes qui leur sont proches.

Si le nombre d'enfants avant cette grossesse est plus important, le risque de renoncer aux soins augmente aussi. Dans cette optique, on peut dire que le risque de renoncer aux soins augmente avec 36,2% avec chaque enfant.

Moins les femmes sont heureuses vis-à-vis cette grossesse, elles renoncent davantage aux soins. Par exemple, le renoncement aux soins des femmes qui auraient aimé que la grossesse arrive plus tard est 2,16 fois plus important que pour les femmes qui étaient heureuse de cette grossesse.

Les comportements à risque ont un effet significatif sur le renoncement aux soins (Tableau 3). Le renoncement aux soins est 3,7 fois plus important pour les femmes qui fumaient en moyenne entre 1 et 9 cigarettes par jour au 3^{ième} trimestre, que pour les femmes qui ne fumaient pas.

Tableau 3. Les résultats de la régression logistique pour les comportements à risque

Variables	B	Odds-ratio	P value
Constante	-1,363	0,256	0,000
Consommation tabac au 3^{ème} trimestre	-	-	0,000
<i>Aucune</i>		<i>référence</i>	
Entre 1 et 9 cigarettes	1,315	3,725	0,000
10 cigarettes et plus	1,107	3,026	0,081
Consommation d'alcool	-	-	0,047
<i>Jamais</i>		<i>référence</i>	
1 fois par mois ou moins souvent	0,540	1,717	0,085
2 à 4 fois par mois	1,213	3,362	0,021
2 à 3 fois par semaine	0,809	2,246	0,590

La consommation plus fréquente d'alcool pendant la grossesse augment le risque de renoncement aux soins. Pour les femmes qui ont consommé d'alcool 2 à 4 fois par mois pendant la grossesse, le renoncement aux soins est 3,4 fois plus important que pour les femmes qui n'ont bu jamais d'alcool pendant la grossesse.

4.6. L'analyse de l'effet du renoncement aux soins sur la santé de la mère et de l'enfant

On a estimé l'effet du renoncement aux soins sous l'influence des trois catégories des facteurs sur le nombre de consultations prénatales et sur le poids des nouveau-nés. Le renoncement aux soins sous l'influence de chaque catégorie des facteurs est exprimé par les probabilités estimées du renoncement aux soins obtenues à partir des trois modèles de régression logistique.

En utilisant la régression *path* on a identifié des effets significatifs du renoncement aux soins sous l'influence des facteurs socio-démographiques et aussi sous l'influence des facteurs psycho-sociaux sur le nombre de consultations prénatales.

Tableau 4. Les résultats de la régression *path* en fonction du renoncement aux soins

Régression <i>paths</i>	Coefficient	P value
No. consultations ← Renoncement (Psycho-sociales)	-4,790	< 0,001
No. consultations ← Renoncement (Risque)	-0,575	0,772
No. consultations ← Renoncement (Socio-démographiques)	-11,661	< 0,001
No. consultations ← Error 1	4,480	< 0,001

Poids ← Renoncement (Psycho-sociales)	-86,332	0,576
Poids ← Renoncement (Risque)	239,378	0,361
Poids ← Renoncement (Socio-démographiques)	-232,255	0,035
Poids ← Error 2	591,842	< 0,001

Le poids des nouveau-nés est influencé significativement du renoncement aux soins expliqué par les caractéristiques socio-démographiques des mères.

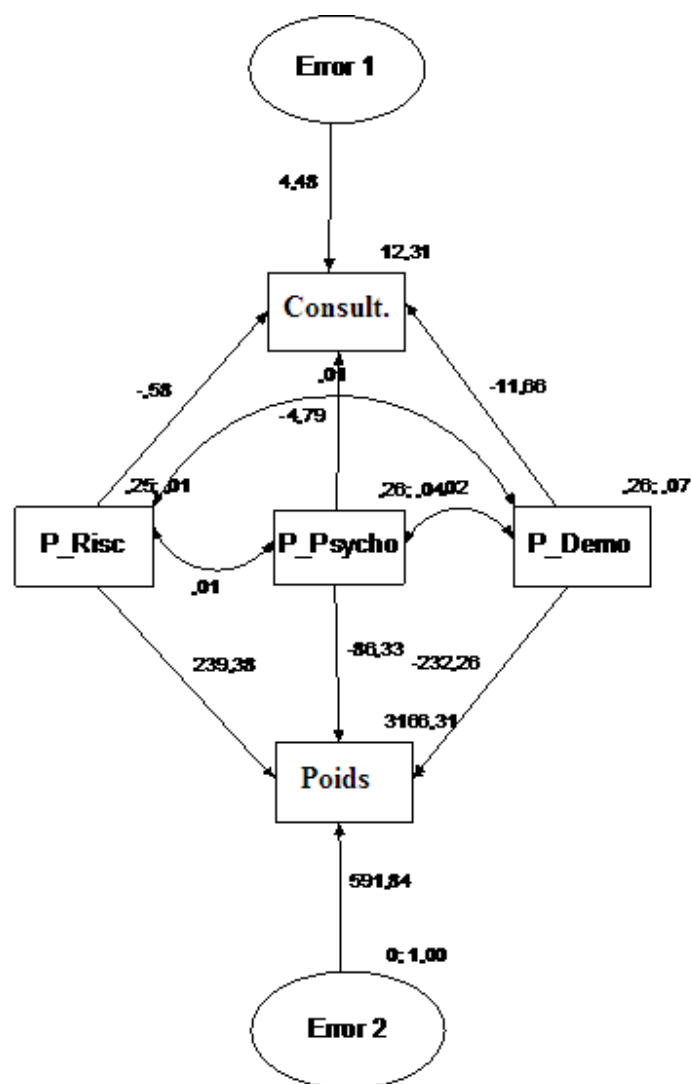


Figure 12. La relation entre le renoncement aux soins des femmes enceintes et deux variables de santé (nombre de consultations et le poids des nouveau-nés)

5. CONCLUSIONS

On a trouvé que le renoncement aux soins des femmes enceintes est associé aux caractéristiques socio-démographiques des femmes. Les femmes non-mariées renoncent plus que les femmes mariées. Plus le niveau d'éducation est élevé, moins les femmes renoncent aux soins de santé. Les femmes sans emploi à la fin de leur grossesse renoncent plus que les femmes qui ont un emploi. Les femmes dont leur mari/compagnon n'a pas un emploi renoncent plus que les femmes dont leur mari/compagnon a un emploi. Plus le montant habituel des revenus mensuels est élevé, moins les femmes renoncent aux soins de santé. Les femmes du milieu rural renoncent plus que les femmes du milieu rural.

On a trouvé que le renoncement aux soins des femmes enceintes est associé aussi aux caractéristique psycho-sociales des femmes. Plus les femmes enceintes sont mieux entourées par leurs proches, moins elles renoncent aux soins. Plus les sentiments vis-à-vis la grossesse actuelle sont positifs (plus cette grossesse a été désirée), moins les femmes renoncent aux soins. Les femmes qui se sont senties psychologiquement mal ou assez mal pendant leur grossesse renoncent plus que les femmes qui se sont senties psychologiquement bien.

Références

- Ancelot, L., Depret M.-H. (2014). Périnatalité, renoncement aux soins et sante : une analyse empirique a partir de l'enquête Nationale Périnatale, *Workshop « Renoncement aux soins, inégalités de santé, précarité »*, 26 novembre 2014, IRIAF, Niort
- Bouba-Olga, O., Vigé, M. (2014). Le renoncement total aux soins des personnes en mauvaise sante : l'influence des caractéristiques socio-économiques et des comportements a risque, *Workshop « Renoncement aux soins, inégalités de santé, précarité »*, 26 novembre 2014, IRIAF, Niort
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin R. et Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, *Questions d'Economie de la Santé*, no. 170, novembre.
- Mizrahi A. (1993). Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins. *Rapport IRDES*, no. 1005.
- Lejeune, C. (2008). Précarité et prématurité, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 21, Issue 8, December 2008, Pages 344-348.
- Gayral-Taminh, M., Daubisse-Marliac, L., Baron, M., Maurel, G., Reme, J.M., Grandjean H. (2005). Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 34, pp. 23–32.
- Jaba, E., Palaşcă, S., Balan, C.B. (2013), Estimating the Cyclical Evolution of the Fertility Rate in Romania, *Conference Proceedings of The 7th International Days of Statistics and Economics*, Prague, Czech Republic, September 19-21, 2013, ISBN 978-80-86175-87-4, pp.487-496
- Rustgi S.D., Doty M.M., Collins S.R. (2009). Women at risk: why many women are forgoing needed health care. An analysis of the Commonwealth Fund 2007. *Biennial Health Insurance Survey. Issue Brief (Commonw Fund)* 52 pp. 1-12.
- Guessous, I., Theler, J.-M., Durosier Izart, C., Stringhini, S., Bodenmann, P., Gaspoz, J.-M., et Wolff, H. (2014). Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study, *BMC Oral Health* 14 (121), pp.1-10.
- Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quinonez C. (2014). Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study. *J Public Health Dent.* 74 (3): 210-218.