

Des Clés pour comprendre

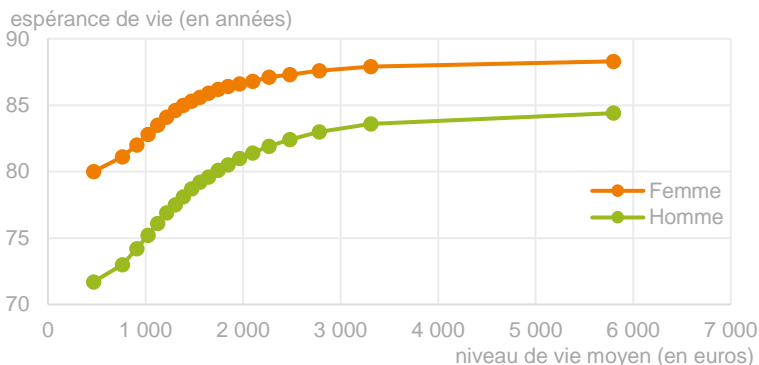
1 / Inégalités sociales de santé : de quoi parle-t-on ?



Les **Inégalités Sociales de Santé (ISS)** font référence aux relations étroites existant entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles s'expriment par des différences systématiques, évitables et importantes de santé, entre des groupes de populations. Elles ne sont ni justes, ni naturelles.

Ces inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres [1].

En France, en comparaison à d'autres pays européens de même niveau de développement économique et social, les ISS restent très marquées, notamment chez les hommes [2], [3]. La traduction la plus parlante de ces inégalités est l'écart d'espérance de vie entre groupes socioprofessionnels [4].



En 2012-2016, l'espérance de vie atteint :

- 84,4 ans pour les hommes dont le niveau de vie moyen est de 5 800 € par mois,
- 71,7 ans pour ceux vivant avec 470 € par mois [4].

Note : en abscisse, chaque point correspond à la moyenne des niveaux de vie mensuels d'un vingtile. Chaque vingtile comprend 5 % de la population.
 Lecture : en 2012-2016, parmi les 5 % les plus aisés, dont le niveau de vie moyen est de 5 800 euros par mois, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans.
 Champ : France hors Mayotte.
 Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent.

Un lien étroit avec les déterminants de la santé

Les ISS résultent d'une conjugaison de facteurs défavorables (difficultés financières, d'accès au logement, isolement social...), que l'on appelle les déterminants de la santé [1].

De par cette dimension multifactorielle, les ISS et donc leur réduction concernent l'ensemble des politiques publiques.

Les déterminants de la santé

Ils ont été définis en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». Ces déterminants sont donc multiples et de différentes natures et interagissent entre eux tout au long de la vie :

►Facteurs individuels

- sexe, âge, patrimoine génétique...
- compétences psychosociales.
- habitudes de vie et comportements (alcool, tabac, alimentation, activité physique...),
- niveau d'éducation, emploi, revenus...

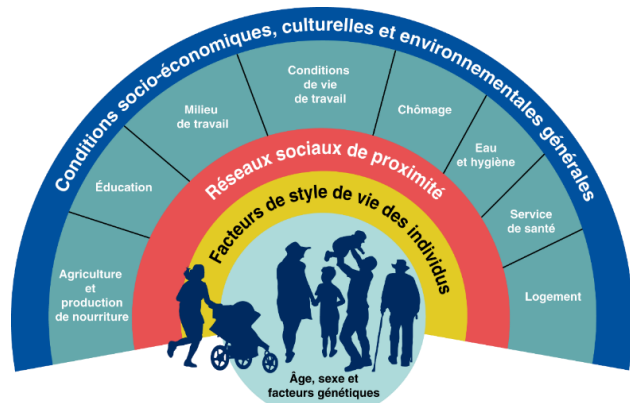
►Réseaux sociaux de proximité

Influences sociales et collectives qui influent les comportements individuels.

►Facteurs liés aux conditions de vie et de travail

Accès au travail, aux services et aux équipements indispensables.

►Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales



D'après Dahlgren et Whitehead (1991) [5]

Les concepts clés en jeu dans la construction et la réduction des ISS

Le gradient social de santé : témoin de la relation entre la position sociale et la santé

Les inégalités se répartissent selon un gradient social [1]. Le gradient social de santé est décrit comme « le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons ». Les ISS ne concernent donc pas que les populations en situation de précarité [6].

L'équité en santé : promotrice de la justice sociale

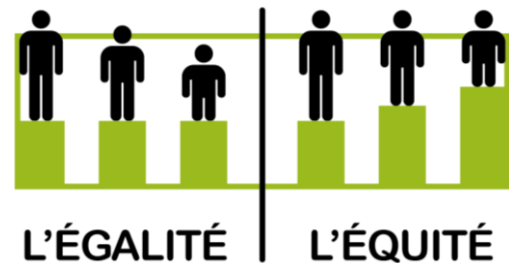


L'équité en santé signifie que toutes les personnes de tous les groupes sociaux ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisées en raison de leurs conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles [7].

Les ISS interrogent la notion d'équité. L'équité en santé sous-entend la notion de justice. Elle implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé, grâce à un accès juste et équitable aux ressources de santé. **L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'état de santé [8].**

L'universalisme proportionné : la santé pour tous adaptée aux besoins de chacun

Ces notions amènent à s'intéresser au concept d'universalisme proportionné, qui vise à aplanir la pente du gradient social. Ce concept est né du constat que ni les approches universelles, ni les approches ciblées ne parvenaient à réduire les ISS [9]. Il met en place des actions universelles avec un objectif de « santé pour tous », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes [10].



2 / Le cadre juridique et institutionnel : marqueur d'une préoccupation en évolution

L'accès aux soins et plus globalement à la santé est un des droits fondamentaux affiché en France. Pourtant la prise en compte concrète des inégalités de santé dans les documents juridiques et institutionnels est récente, à l'image de la dynamique internationale :

Date	Texte repère	Extrait
1946	Préambule de la Constitution de la IV ^e République française	« La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».
1948	Constitution de l'OMS	« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social , et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » « La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats. »
1980	Black Report (publication du ministère de la santé du Royaume-Uni)	Premier rapport d'un comité d'experts sur les inégalités de santé, révélant la généralisation de ces dernières, pour raison économique, en dépit des effets bénéfiques sur la santé de la mise en place d'un État Providence. Ce rapport a également mis en évidence le lien étroit entre les ISS et la notion de gradient .
1986	Charte d'Ottawa	Positionne la Promotion de la Santé et bouleverse le paradigme d'intervention en santé publique : elle s'intéresse à l'action sur les déterminants de la santé et introduit l'objectif d'équité en santé .

Des Clés pour comprendre

Date	Texte repère	Extrait
2004	Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique	« La politique de santé publique concerne (...) la réduction des inégalités de santé , par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».
2008	Rapport Marmot de l'OMS	Issu de la Commission des déterminants sociaux de la santé, ce rapport s'intitule « Comblent le fossé en une génération ; Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux ». Permet à la lutte contre les ISS de rentrer dans l'agenda politique international .
2009	Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique	Intitulé « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », ce rapport pointe l'absence d'une politique explicite en matière de réduction des ISS.
2016	Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé	« L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».

La diffusion du Black Report marque un tournant pour la prise en compte des ISS à l'échelle internationale, puisqu'il constitue l'amorce des travaux de l'OMS sur le sujet. Ce document montre en effet que même si, globalement, l'espérance de vie et la morbidité au Royaume-Uni ont évolué favorablement après la mise en place d'un système de soins d'accès universel, les différences observées entre les groupes selon leur position sociale (par exemple entre travailleurs manuels et cadres supérieurs), ne se sont guère atténuées avec l'instauration d'un régime d'assurances universel. Ainsi, l'amélioration générale n'a pas profité à tous de manière équitable [2].

La réduction des ISS est désormais un objectif affiché des politiques de santé en France, qui a évolué vers le concept d'« Inégalités Sociales et Territoriales de Santé » (ISTS), dans une dynamique de prise en compte des territoires et de l'environnement [11]. Ainsi, la préoccupation à l'égard des ISTS apparaît comme une des priorités de santé publique dans la **Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022**.

À l'échelon régional, dans les suites de la SNS, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire affiche également les ISS dans son **Programme Régional de Santé** (PRS) 2018-2022, comme la première des 6 orientations stratégiques de son, sous l'intitulé suivant : « la santé dans toutes les politiques, favorisant la réduction des inégalités de santé ». Cette orientation se décline en 4 axes d'intervention (schéma ci-contre).

Les axes d'intervention de l'objectif de réduction des ISS du PRS PdL



Une illustration de terrain des inégalités sociales et territoriales de santé


« Voici en exemple la situation de deux familles cherchant à consulter pour leur enfant suite à des troubles du comportement manifestes signalés par l'école. Ces familles vivent en territoire rural, au nord du département de la Loire-Atlantique. Ce territoire est assez dépourvu en services publics de type sanitaire et médicosocial. En outre, si une partie de cette zone est également classée en Réseau d'Education Prioritaire (REP), beaucoup de postes de Réseaux d'Aide Spécialisée des Elèves en Difficulté (RASED) créés à cette fin restent vacants, le territoire n'attirant pas plus les acteurs de la santé que ceux de l'Éducation Nationale. Du fait de cette pénurie de maillage, ces deux familles font face à des délais d'attente de prise en charge. Sans offre alternative existante sur le territoire, que ce soit un espace de soutien à la parentalité, une aide scolaire ou autre, elles ont donc pris contact avec la seule consultation médico-psychologique existante dont relèvent leurs enfants. Lors du rendez-vous, le même jour, il apparaît deux réactions différentes face à cette même situation : la première maman, infirmière, se posant des questions d'hyperactivité pour son enfant, a pris, en parallèle, rendez-vous auprès d'un neuropédiatre en libéral à Nantes, à 70kms de là. L'autre maman, au RSA, sans permis de conduire, n'a pas souhaité consulté sur Nantes, qui lui aura semblé trop loin, trop grand ; prendre RDV « là-bas » est trop compliqué ».

Propos d'Angéline Delalande, assistante sociale exerçant en territoire rural au nord de la Loire Atlantique, avril 2019

3 / Pourquoi s'intéresser à la réduction des ISS ?

À ce jour, malgré les politiques de solidarité mises en œuvre, les conclusions du Black Report demeurent d'actualité : les ISS continuent de s'accroître en France et à l'international. Pourtant, elles interpellent la dimension morale et éthique du « vivre ensemble » : les différences existant entre individus dans le domaine de la santé sont considérées comme inacceptables, inéquitables. Les ISS présentent ainsi :

- un caractère injuste : d'une catégorie sociale à une autre, selon le gradient, la durée de vie sera plus importante et plus longue.
- un poids potentiel pour l'économie. Les synthèses de recherche dans ce domaine montrent que l'état de santé est un facteur important de croissance. L'état de santé d'un individu influe sur la croissance économique à travers : l'accumulation de capital humain, la participation au marché du travail, la productivité du travail et l'investissement. Au final, une amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités de santé augmenteront la croissance potentielle de long terme en augmentant le volume et la qualité du travail disponible. [2].

 Les ISS sont un problème de santé publique reconnu depuis longtemps [12] qu'il faut tenter de diminuer ou du moins de ne pas aggraver.

Par ailleurs, les crises économiques, actualités mondiales récurrentes en affectant de nombreux déterminants, sont un facteur aggravant des ISS : elles fragilisent particulièrement les populations démunies, en entraînant une diminution des budgets consacrés à la protection sociale, à l'éducation et au logement, en provoquant bien souvent la fermeture des services de proximité. Les écarts dans la hiérarchie sociale deviennent plus prononcés. Les ISS s'en trouvent renforcées [2].

4 / Mesure des inégalités sociales de santé

Méthode

Les ISS font référence au gradient de santé qui existe en fonction de la « catégorie sociale des individus ». Leur mesure repose sur le croisement d'**indicateurs de santé** d'une part et de **niveau social** d'autre part.



En France, deux indices composites géographiques sont principalement utilisés :

- l'European Deprivation Index (EDI) calculé à partir de dix différentes variables du recensement de la population : bas niveau d'éducation, personne dont la catégorie socio-professionnelle (CSP) est différente de « cadre et professions intermédiaires », chômeur, nationalité étrangère, non propriétaire, familles monoparentales, ménages composés d'au moins 6 personnes, logement surpeuplé, logement sans douche ni baignoire, pas de voiture.
- l'indice Fdep (reprenant une terminologie d'une équipe néozélandaise ayant intitulé son indice NZDep), construit à partir de quatre variables issues du recensement de la population : le revenu médian par ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Cet indicateur est désormais intégré dans le système national des données de santé (SNDS) [13].

Résultats

État de santé

Qu'il s'agisse de la santé perçue, du fait d'être ou non atteint d'une maladie chronique ou d'être limité ou non dans ses activités, on observe, dans la région comme en France, un gradient social. Les groupes sociaux les moins favorisés en termes de diplôme, de niveau de revenu ou de catégorie socioprofessionnelle (CSP) déclarent moins souvent être en bonne santé, et plus souvent souffrir de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles que les groupes les plus favorisés.



En 2017, dans les Pays de la Loire :

- les ouvriers, employés et agriculteurs exploitants déclarent moins fréquemment que les autres (73 % vs 85 %) être en bonne santé,
- les habitants ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat se déclarent plus souvent fortement limités dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé que ceux ayant un niveau égal ou supérieur au baccalauréat (respectivement 7 % vs 3 % et 2 %),
- les habitants ayant les niveaux de revenus les plus modestes déclarent plus souvent un problème de santé chronique que les autres (37 % vs 31 %) [14].

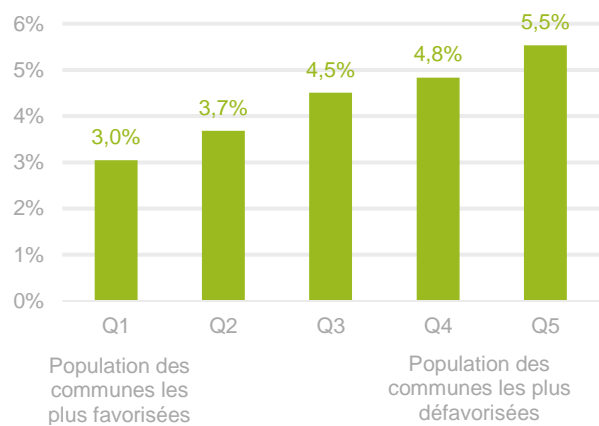
Ces données déclaratives sont confortées par les données de prévalence des maladies issues notamment des bases de données médico-administratives. Ainsi, la prévalence des maladies graves les plus fréquentes est augmentée dans les groupes sociaux les moins favorisés. Ce constat, qui concerne aussi bien les affections métaboliques (diabète), cardiovasculaires, cancéreuses, que la santé mentale, est particulièrement bien établi en France [3].

Au **plan régional**, les indicateurs disponibles concernent l'obésité et le diabète et vont également dans ce sens.



Entre 15 et 75 ans, la prévalence de l'obésité est deux fois plus importante chez les **Ligériens** ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (11 %) que chez ceux ayant un niveau supérieur (5 %) [15].

Prévalence du diabète en Pays de la Loire selon niveau de désavantage social



Note : le niveau de désavantage social de la commune de résidence est représenté en abscisse : le 1^{er} quintile regroupe 20 % de la population régionale habitant dans les communes les plus favorisées selon le score Fdep 2013. Le 5^e quintile regroupe 20 % de la population habitant dans les communes les moins favorisées selon le score Fdep 2013.

Source des données : SNDS (DCIR-PMSI) - exploitation ORS Pays de la Loire.

Des Clés pour comprendre

L'enfance est une période où se construisent les ISS et où elles sont susceptibles d'être réduites par certaines politiques ou actions de prévention / promotion de la santé.

Les indicateurs concernant le surpoids et l'état de santé bucco-dentaire des enfants de 5-6 ans illustrent la précocité des inégalités sociales de santé et en sont d'excellents marqueurs.

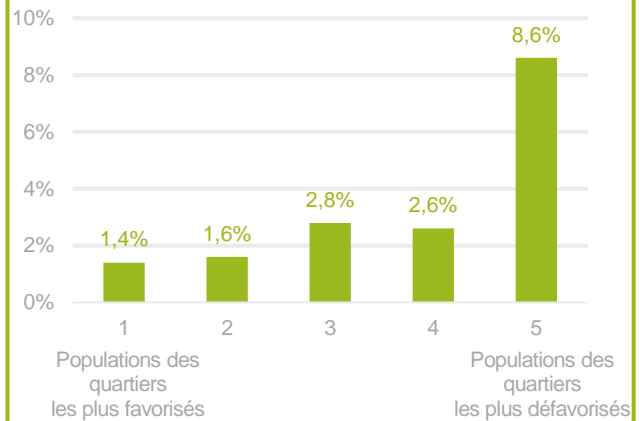


Dans les **Pays de la Loire**, à 5-6 ans, 11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont concernés par des problèmes de surcharge pondérale contre 7 % pour les enfants des autres catégories socioprofessionnelles [16].



À **Nantes**, la proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées est 6 fois plus élevée dans les quartiers les plus défavorisés par rapport aux plus favorisés [17].

Proportion de Nantais de 5-6 ans ayant au moins deux dents cariées non soignées selon le niveau de désavantage social [14]



Note : le niveau de désavantage social du quartier (Iris) de résidence est représenté en abscisse : la première classe regroupe les enfants habitant dans les Iris les plus favorisés selon le score EDI 2011. La 5^e classe regroupe les enfants résidant dans les Iris les moins favorisés selon le score EDI 2011. Parmi les élèves scolarisés en grande section de maternelle (GSM) et résidant à Nantes. Source : bilans de santé ville de Nantes, exploitation Plateforme Aapris

Chez **les personnes âgées**, les conditions socio-économiques ont des intrications particulièrement fortes avec la fragilité. Cette dernière reflète une diminution des capacités à répondre à des situations de stress et expose aux risques de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès. Plusieurs études françaises montrent ainsi que les difficultés financières tout au long de la vie favorisent la fragilisation, ce processus s'accompagnant lui-même de nouvelles difficultés financières.

Déterminants de santé

L'état de santé de chaque individu, et plus globalement d'une population, résulte de la combinaison et de l'interaction de nombreux facteurs, tout au long de la vie.



En 2017, dans les **Pays de la Loire**, 31 % des personnes ayant les niveaux de revenus les plus modestes déclarent fumer quotidiennement contre 12 % des plus aisés [14].

Le poids des **habitudes de vie**, même si elles sont elles-mêmes liées à d'autres facteurs socio-économiques et environnementaux, est considérable. Ainsi, 41 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risque liés aux modes de vie et à l'environnement. Les deux déterminants principalement en cause sont le tabagisme (20 % des cas) et l'alcool (8 % des cas) [18].

La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée parmi les groupes sociaux les moins favorisés. Elle varie, en effet, selon les critères sociaux, tels que le revenu, le niveau de diplôme, et la catégorie socio-professionnelle.

À l'inverse, les indicateurs concernant la consommation de boissons alcoolisées sont plus défavorables dans les milieux les plus aisés.



En 2017, dans les **Pays de la Loire**, les personnes détentrices du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur sont plus nombreuses à déclarer au moins une ivresse dans l'année (29 % vs 16 %), des ivresses répétées (15 % vs 6 %) et des ivresses régulières (8 % vs 3 %) [14].

Les **conditions de travail** peuvent également être source d'ISS en lien avec des différences d'expositions entre groupes socioprofessionnels.

Ainsi, l'analyse des maladies à caractère professionnel montre qu'en France, les ouvriers sont les salariés les plus touchés par les troubles musculosquelettiques liés au travail [19]. En revanche, si les risques psychosociaux concernent l'ensemble des professions, la fréquence de la souffrance psychique en lien avec le travail augmente selon un gradient social, des ouvriers vers les cadres [20].

Recours aux soins et à la prévention

Des différences de consommations de soins ont également été mises en évidence selon les groupes socio-économiques, indépendamment de l'âge, du sexe et de l'état de santé des individus.

Si le recours aux médecins généralistes apparaît assez équitablement réparti, de fortes inégalités de recours aux soins de spécialistes sont observés entre groupes sociaux. La littérature montre ainsi un recours aux soins plus tardif et un moindre recours aux soins dentaires, optiques et aux soins préventifs parmi les groupes sociaux les moins favorisés [22]. À ce titre, la prévention bucco-dentaire constitue un excellent marqueur des inégalités sociales de santé.

Chez l'adulte, les inégalités d'accès à la prévention sont particulièrement bien illustrées à l'échelle nationale par les différences de participation aux programmes de dépistage organisé de cancers (sein notamment).



À Nantes, les habitantes bénéficiaires de la CMU-C et celles résidentes d'un quartier prioritaire de la ville (QPV) sont moins nombreuses que les autres à avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années (respectivement 39 % et 47 % vs 60 % pour les non-bénéficiaires de la CMU-C et 62 % pour les habitantes des autres quartiers) [23].



Une analyse des données du Système national des données de santé [21] a montré qu'en Pays de la Loire :

- 31 % des enfants bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ne sont jamais allés au cabinet dentaire à 7 ans contre 17% des enfants non bénéficiaires de la CMU-C.
- la proportion d'enfants ayant eu un premier recours au cabinet dentaire à 5 ans ou moins atteint 48 % dans la population des communes les plus favorisées (1^{er} quintile de l'indice de défavorisation sociale de la commune) et chute à 33 % dans celle des communes les plus défavorisées de la région (5^e quintile de l'indice).
- 34 % des jeunes de familles bénéficiaires de la CMU-C n'ont eu aucune prestation de suivi bucco-dentaire entre 14 et 17 ans contre 24 % des jeunes non bénéficiaires de la CMU-C.



Bibliographie

- [1] Sandon A. (2015). *Inégalités sociales de santé et promotion de la santé. Dossier technique*. IREPS Bourgogne. n° 7. 28 p.
- [2] Lang T, Danet S, Chauvin P, et al. (2010). *Les inégalités sociales de santé. Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 73. pp. 7-57.
- [3] HCSP. (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. 101 p.
- [4] Blanpain N. (2018). *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*. Insee Première. Insee. n° 1687. 4 p.
- [5] Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO Strategy paper for Europe*. Institute for Futures Studies. 67 p.
- [6] Potvin L, Moquet MJ, Jones C. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Inpes. 380 p.
- [7] CNDS. (2015). *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé*. 8 p.
- [8] Lhours G. (2011). *Glossaire. Éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique*. Cres Paca. 8 p.
- [9] PromoSanté Île-de-France. (2018). *Les concepts clés en promotion de la santé : définitions et enjeux*.
- [10] Réseau Français Villes-Santé OMS. (2017). *Universalisme proportionné : Lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance*. 4 p.
- [11] Lang T. (2017). *Crise économique et santé*. Actualité et Dossier en Santé Publique. HCSP. n° 99. pp. 8-52.
- [12] OMS. (1998). *Rapport sur la santé dans le monde, 1998. La vie au 21^e siècle : une perspective pour tous*. 265 p.
- [13] Drees, Lang T., Ulrich V., et al. (2017). *Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*. Ministère des solidarités et de la santé. 290 p.
- [14] ORS Pays de la Loire. (à paraître). *Baromètre de Santé publique France 2017 - Résultats Pays de la Loire*. Brochures thématiques.
- [15] ORS Pays de la Loire. (2016). *Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire*. 101 p.
- [16] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [17] Plateforme Aapriss. (2018). *La santé des Nantais. Les inégalités sociales de santé*. 39 p.
- [18] Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, et al. (2018). *Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 21. pp. 442-448.
- [19] Brière J, Fouquet N, Ha C, et al. (2015). *Des indicateurs en santé travail. Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France*. InVS. 51 p.
- [20] Khireddine I, Lemaitre A, Homere J, et al. (2015). *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 23. pp. 431-438.
- [21] ORS Pays de la Loire, URPS Chirugiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2018). *Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS*. 76 p.
- [22] Irdes. (2012). *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'Économie de la Santé*. n°179. 8 p.
- [23] ORS Pays de la Loire. (2018). *La santé des Nantais*. 162 p.

Résultats issus du Baromètre de Santé publique France 2017

Merci à Jean-Baptiste Richard (Santé publique France) et les autres membres du groupe Baromètre santé 2017 (Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Christophe Léon, Romain Guignard, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Maëlle Robert), l'institut IPSOS (Christophe David, Valérie Blineau, Emmanuelle Hoingne, les enquêteurs et les chefs d'équipe), l'institut CDA en charge de l'audit du terrain d'enquête, et l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête.

Les résultats présentés dans « Mesure des inégalités de santé. Résultats » sont issus du travail d'analyse et d'interprétation de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire qui en est seul responsable.