État de santé perçu

La façon dont les individus évaluent leur propre santé donne un aperçu global de la santé physique et mentale. Ce point de vue sur la qualité de vie complète les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité, qui mesurent uniquement le taux de survie. Par ailleurs, malgré son caractère subjectif, l'état de santé perçu est généralement un indicateur prévisionnel fiable de la mortalité et des besoins en matière de soins futurs (Palladino et al., 2016[24]).

La plupart des pays de l'OCDE mènent des enquêtes périodiques qui demandent notamment aux personnes interrogées d'évaluer leur état de santé général. Les différences socioculturelles entre pays peuvent compliquer les comparaisons internationales de l'état de santé perçu. Les différentes façons de formuler les questions, notamment en ce qui concerne l'échelle utilisée, peuvent aussi compromettre la comparabilité des réponses. Enfin, comme les personnes âgées déclarent généralement un état de santé moins satisfaisant et un plus grand nombre de maladies chroniques que les jeunes, les pays où elles représentent une proportion plus importante de la population sont susceptibles de compter moins de personnes se déclarant en bonne santé.

Ces réserves étant faites, près de 9 % des adultes s'estimaient en mauvaise santé, en moyenne, dans l'OCDE, en 2019 (Graphique 3.22). Ce pourcentage va de plus de 15 % en Corée, en Lituanie, au Portugal et en Lettonie à moins de 4 % en Colombie, en Nouvelle-Zélande, au Canada, en Irlande aux États-Unis et en Australie. Toutefois, les catégories de réponse proposées dans les pays de l'OCDE autres qu'européens et asiatiques présentent une asymétrie positive, ce qui introduit un biais de comparaison rendant l'autoévaluation de la santé plus positive (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). La Corée, le Japon et le Portugal présentent des taux d'espérance de vie particulièrement élevés, mais une assez forte proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé.

Parmi les quelques pays pour lesquels des données sont disponibles pour 2020, presque tous ont fait état d'une réduction de la part de la population déclarant être en mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à 2019, la Finlande n'ayant signalé aucun changement, et aucun pays n'ayant fait état d'une augmentation. Si les données doivent être interprétées avec prudence – les données ne sont disponibles que pour sept pays, dont certains où la pandémie de COVID-19 n'a pas mis à rude épreuve le système de santé – elles peuvent toutefois indiquer l'influence du contexte sur la santé perçue : en effet, l'importance de problèmes de santé qui auraient pu être considérés auparavant comme plus graves peut être minimisée dans le contexte de la pandémie.

Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu jugent en moyenne moins favorablement leur état de santé que les personnes à revenu élevé (Graphique 3.23). En moyenne, dans les pays de l'OCDE, près de 80 % des adultes du quintile supérieur de revenu se déclaraient en bonne ou très bonne santé, en 2019, contre moins de 60 % de ceux du quintile inférieur. Les disparités économiques sont particulièrement prononcées en Lettonie, en Estonie, en République tchèque et en Lituanie, avec un écart de 40 points de pourcentage ou plus entre revenus faibles et élevés. Celles-ci tiennent probablement en grande partie à des différences de comportement (tabagisme, consommation nocive d'alcool, et autres facteurs de risques). Les disparités socioéconomiques sont relativement faibles en Australie, en Colombie, en Grèce, en Israël et en Italie, s'établissant à moins de 10 points de pourcentage.

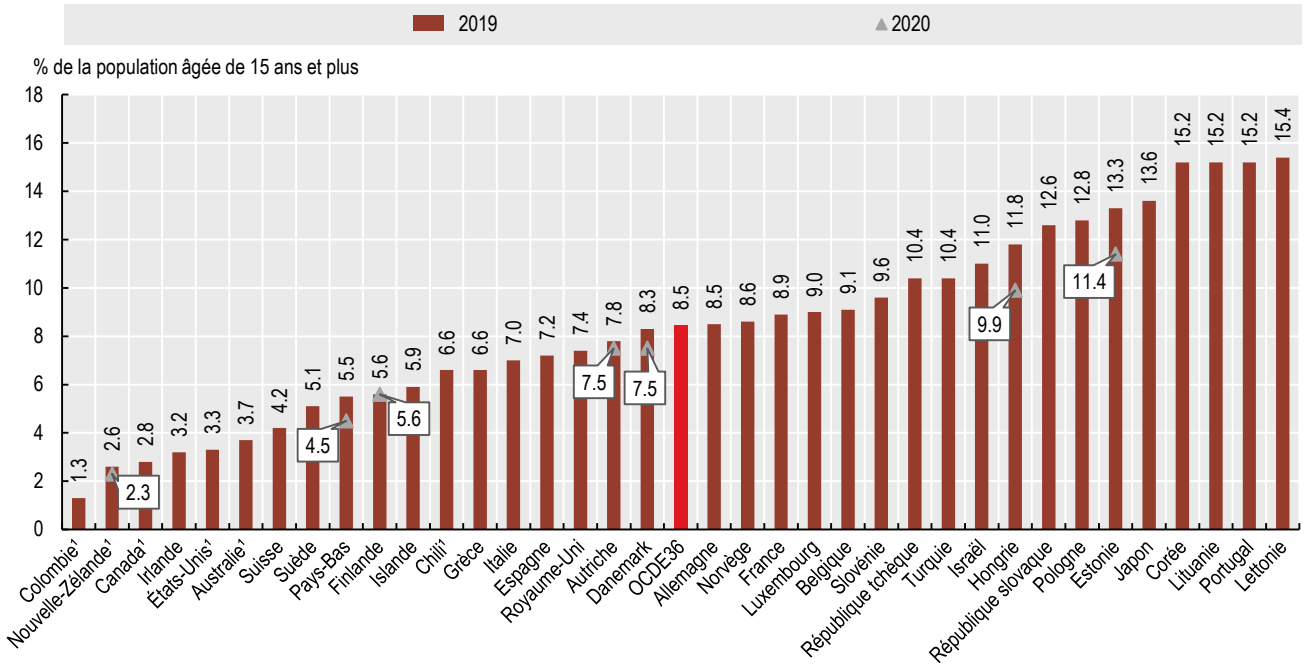
L'état de santé perçu tend à diminuer avec l'âge. Dans de nombreux pays, ce déclin est particulièrement marqué à compter de 45 ans, et s'accentue à l'âge de la retraite. Les hommes sont par ailleurs plus susceptibles que les femmes de s'estimer en bonne santé.

Définition et comparabilité

L'état de santé perçu reflète la perception globale qu'un individu a de sa santé. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». La prudence s'impose lorsque l'on procède à des comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour trois raisons au moins. D'abord, il s'agit d'une appréciation subjective, et les réponses peuvent systématiquement différer d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays en raison de particularités socioculturelles. Deuxièmement, comme l'état de santé empire généralement avec l'âge, le nombre de personnes se déclarant en bonne santé sera sans doute plus faible dans les pays qui comptent une plus forte proportion de personnes âgées. Enfin, la formulation des questions et les catégories de réponses utilisées dans les enquêtes varient selon les pays. En particulier, l'échelle de réponse utilisée en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande est asymétrique (elle est biaisée vers les réponses positives) parce qu'elle propose les catégories suivantes : « Excellente / très bonne / bonne / moyenne / mauvaise ». Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est symétrique, comportant les catégories : « Très bonne / bonne / moyenne / mauvaise / très mauvaise ». Les résultats peuvent donc introduire un biais de comparaison rendant l'autoévaluation de la santé plus positive dans les pays qui utilisent une échelle asymétrique. En Corée, des différences méthodologiques peuvent avoir biaisé à la baisse cette autoévaluation par rapport à d'autres enquêtes générales auprès des ménages.

L'état de santé perçu par niveau de revenu concerne le premier et le cinquième quintiles (respectivement les 20 % de revenus les plus faibles et les 20 % les plus élevés). Suivant les enquêtes, le revenu considéré est celui de l'individu ou celui du ménage (auquel cas il s'agit d'un revenu « équivalent », afin de tenir compte du nombre de personnes qui composent le ménage).

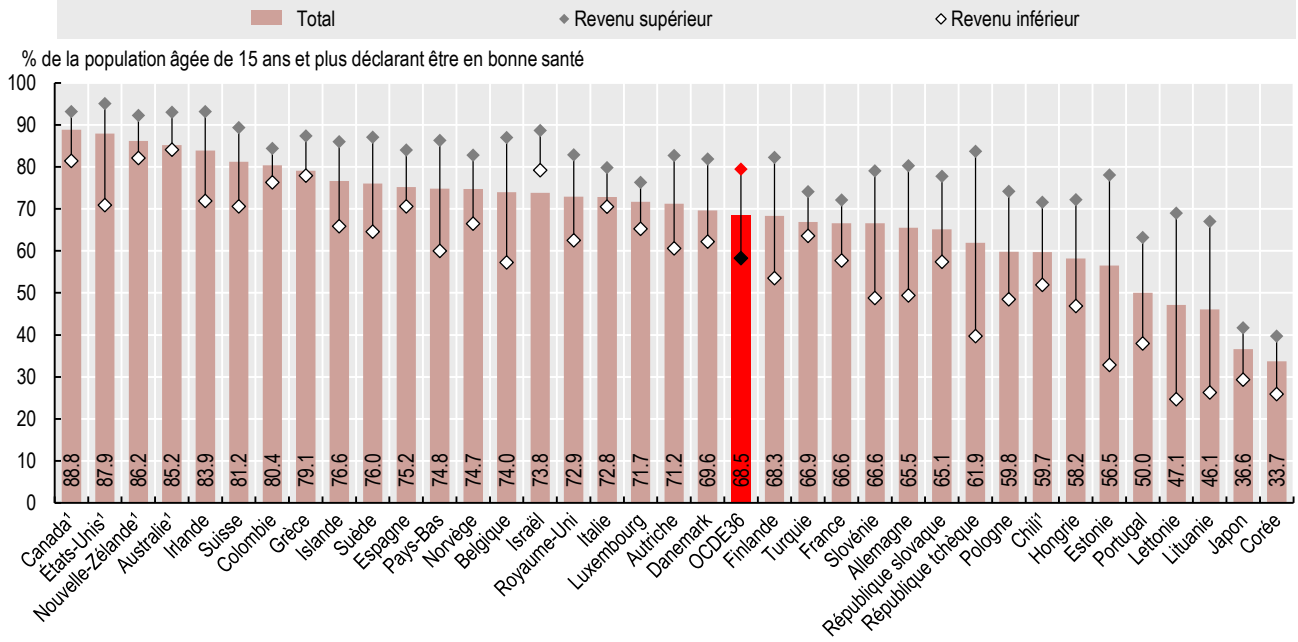
Graphique 3.22. **Adultes s'estimant en mauvaise ou en très mauvaise santé, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais vers une autoévaluation de la santé plus positive).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://stat.link/cv7ixa

Graphique 3.23. **Adultes s'estimant en bonne ou en très bonne santé, par niveau de revenu, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais vers une autoévaluation de la santé plus positive).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://stat.link/d9guin

Références

[18] Euro-Peristat Project (2018), *European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*.

[13] GLOBOCAN (2018), *Cancer Today*, *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[9] Health System Tracker (2021), *COVID-19 continues to be a leading cause of death in the U.S. in June 2021*, *https://www.healthsystemtracker.org/brief/covid-19-continues-to-be-a-leading-cause-of-death-in-the-u-s-in-june-2021/*.

[14] International Diabetes Federation (2017), *IDF Diabetes Atlas, 8th edition*, International Diabetes Federation, Bruxelles.

[1] James, C., M. Devaux et F. Sassi (2017), « Inclusive growth and health », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 103, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/93d52bcd-en*.

[25] Lumsdaine, R. et A. Exterkate (2013), « How survey design affects self-assessed health responses in the survey of health, ageing and retirement in Europe », *European Economic Review*, vol. 63, pp. 299-307, *http://dx.doi.org/I:10.1016/j.euroecorev.2013.06.002*.

[8] Mackenbach, J. et al. (2015), « Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the 'fundamental causes' theory of social inequalities in health », *Social Science and Medicine*, vol. 127, pp. 51-62, *http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.021*.

[5] Morgan, D. et al. (2020), « Excess mortality : Measuring the direct and indirect impact of COVID-19 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 122, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/c5dc0c50-en*.

[4] Murtin, F. et al. (2017), « Inequalities in longevity by education in OECD countries : Insights from new OECD estimates », *OECD Statistics Working Papers*, n° 2017/2, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en*.

[15] NCD Risk Factory Collaboration (2016), « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants », *Lancet*, vol. 387, pp. 1513-1530, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8*.

[19] OCDE (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en*.

[20] OCDE (2021), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID 19 sur la santé mentale », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/f4d9703f-fr*.

[21] OCDE (2021), « Préserver la santé mentale des jeunes pendant la crise du COVID-19 », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/dbcb04f5-fr*.

[26] OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

[17] OCDE (2018), « Children and Young People's Mental Health in the Digital Age », OCDE, Paris, *https://www.oecd.org/els/health-systems/Children-and-Young-People-Mental-Health-in-the-Digital-Age.pdf*.

[11] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[23] OCDE (2015), *Recommandation du Conseil sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi*, *http://legalinstruments.oecd.org* (consulté le 22 octobre 2018).

[27] OCDE (2013), *Cancer Care : Assuring Quality to Improve Survival*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[10] OCDE/Eurostat (2019), « Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death », OCDE, Paris, *http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf*.

[22] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019), *Lithuania: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles, *https://dx.doi.org/10.1787/35913deb-en*.

[12] OCDE/The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/47a04a11-en*.

[24] Palladino, R. et al. (2016), « Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries », *Age and Ageing*, vol. 45/3, *http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044*.

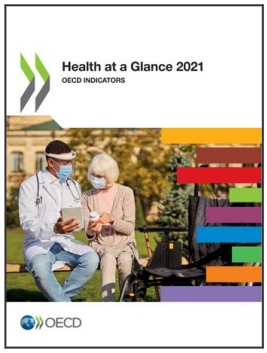
[3] Parmar, D., C. Stavropoulou et J. Ioannidis (2016), « Health Outcomes During the 2008 Financial Crisis in Europe: Systematic Literature Review », *British Medical Journal*, p. p. 354, *https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4588*.

[2] Raleigh, V. (2019), « Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 108, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/223159ab-en*.

[6] Rossen, L. et al. (2020), « Excess Deaths Associated with COVID-19, by Age and Race and Ethnicity — United States, January 26–October 3, 2020 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 69, pp. 1522–1527, *http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6*.

[7] Roth, G. et al. (2018), « Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, vol. 392/10159, pp. 1736-1788, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32203-7*.

[16] Smylie, J. et al. (2010), « Indigenous Birth Outcomes in Australia, Canada, New Zealand and the United States - an Overview~!2010-01-14~! 2010-04-16~!2010-07-06~! », *The Open Women' s Health Journal*, vol. 4/2, *http://dx.doi.org/10.2174/1874291201004020007*.



Extrait de :

Health at a Glance 2021

OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2021), « État de santé perçu », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/cae3017c-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation.

OCDE