

# questions

## d'économie de la santé

méthode

### Repères

L'International Longevity Center (ILC) a lancé en 2003-2004 le projet «Indicators of Active Ageing». L'objectif final est de développer de nouvelles mesures du vieillissement en santé et de l'engagement productif afin de comparer différents pays entre eux et dans le temps (Europe, Etats-Unis et Canada). Cette recherche, initiée par le Pr Françoise Forette et le Dr Marie-Anne Brieu pour le compte d'ILC-France, s'inscrit dans ce cadre. Elle répond à un objectif intermédiaire qui vise à analyser la comparabilité de vingt-quatre enquêtes comportant des indicateurs de santé et d'activité dans dix pays d'Europe : Allemagne, Espagne, France, Grèce, Italie, Royaume-Uni, Suède, Pologne, République tchèque et Fédération de Russie.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Maquettiste :

Aude Sirvain

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an

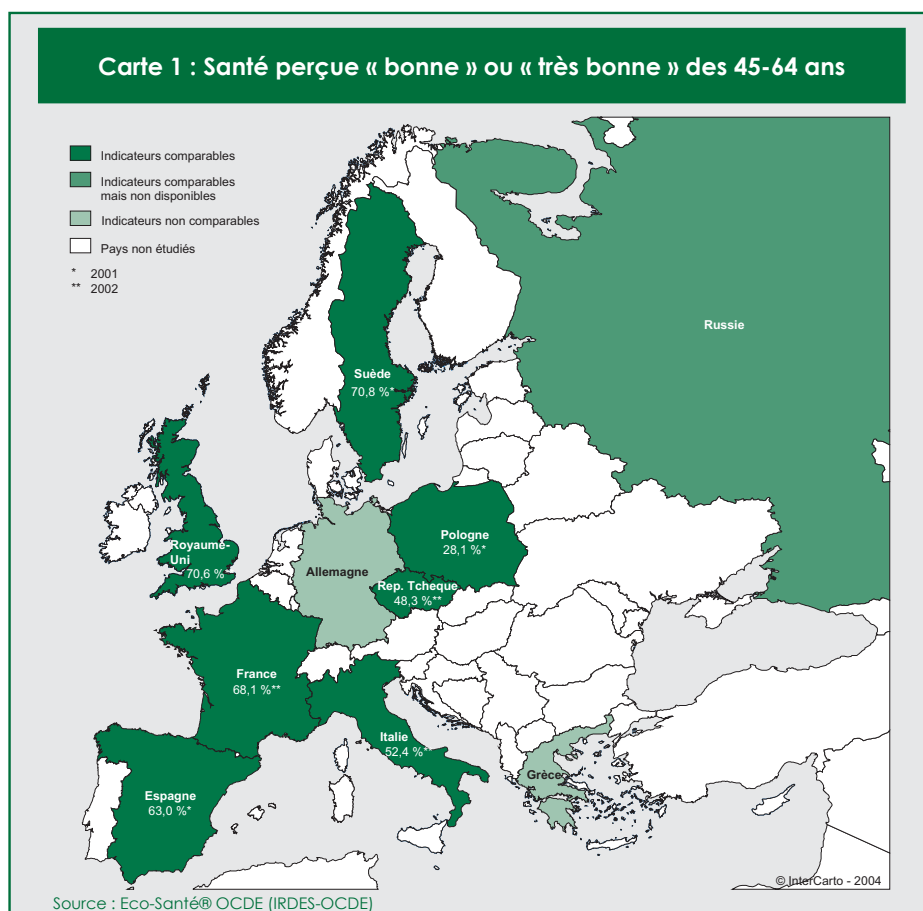
### Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ?

Thomas Barnay, Florence Jusot, Thierry Rochereau, Catherine Sermet

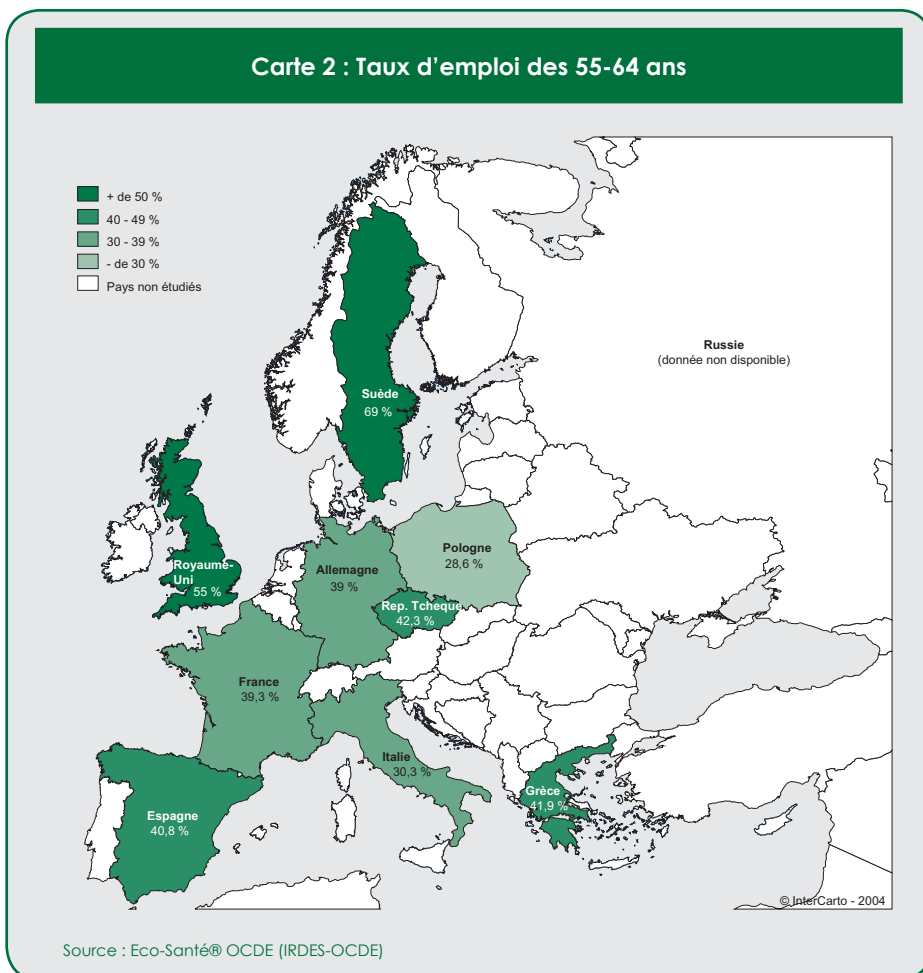
L'emploi des seniors, enjeu de société majeur aujourd'hui, connaît de fortes disparités en Europe. Son développement est indissociable de l'état de santé, qui, lui aussi, présente d'importants écarts. La compréhension de ces différences repose sur des informations comparables. Les enquêtes actuellement disponibles en Europe permettent-elles de faire ces analyses ? Quels sont les instruments de mesure de la santé et de l'activité réellement comparables dans les enquêtes nationales récentes menées dans dix pays d'Europe ?

Cinq instruments de mesure de la santé remplissent des critères de comparabilité satisfaisants et sont disponibles dans au moins huit des dix pays étudiés : la santé perçue, certaines maladies déclarées, les mesures anthropométriques, certaines restrictions des activités quotidiennes et la consommation quotidienne de tabac. Par ailleurs, il est possible de comparer trois outils de mesure de l'activité : le statut d'occupation dans toutes les enquêtes (actifs, inactifs et retraités), le statut de l'emploi (salariés ou indépendants) et le temps de travail hebdomadaire. L'analyse comparative de la santé perçue, de l'indice de masse corporelle et de la consommation de tabac montre que les disparités de santé entre pays dépendent fortement de l'indicateur choisi.

Carte 1 : Santé perçue « bonne » ou « très bonne » des 45-64 ans



L'emploi des seniors est aujourd'hui un enjeu européen majeur. Ainsi, en mars 2001, le Conseil européen de Stockholm réaffirmait l'objectif du sommet de Lisbonne d'atteindre d'ici 2010 un taux d'emploi<sup>1</sup> moyen de 70 % en Europe, en le complétant d'un objectif visant à atteindre un taux d'emploi de 50 % pour les personnes âgées de 55 à 64 ans. Ces objectifs sont ambitieux à l'échelle de l'Union européenne dans son ensemble, puisque le taux d'emploi moyen des 15-64 ans n'était en 2003 que de 64,8 % et celui des 55-64 ans de 42,3 % pour l'ensemble des 15 pays membres à cette date (cf. carte 2). Ils le sont particulièrement pour les quelques pays membres, aujourd'hui très éloignés de ces objectifs. En effet, seuls la Norvège, le Danemark, la Suède et le Royaume-Uni avaient en 2003 un taux d'emploi des 15-64 ans supérieur à 70 % et un taux d'emploi des 55-64 ans supérieur à 50 %. En France, 39,3 % seulement des seniors ont un emploi, cette proportion étant à peine supérieure à 30 % en Italie (OCDE, 2004).



2

Parallèlement, il existe de fortes disparités d'état de santé entre les différents pays européens (Commission européenne, 2003). Si l'espérance de vie en Europe est passée de 62 ans en 1950 à 73 ans aujourd'hui (Vallin, *et al.*, 2001), elle varie cependant de 60,9 ans dans la Fédération de Russie à 78,9 ans en France et même 79,6 ans en Suède (OMS, 2002).

Ces différences de santé et d'activité peuvent sans doute être en partie expliquées par des facteurs nationaux spécifiques tels que le système de santé d'une part, la conjoncture du marché du travail et les dispositifs régulant la sortie de ce marché d'autre part. Toutefois, l'existence de liens complexes entre activité et santé suggère d'analyser ces deux phénomènes simultanément. L'activité semble tout d'abord avoir un effet ambigu sur la santé. En effet, si des conditions de travail pénibles peuvent être à l'origine d'une dégradation de l'état de santé (Volkoff et Thébaud-Mony, 2000),

la santé peut aussi avoir des effets inverses sur l'activité, un mauvais état de santé pouvant entraîner une sortie anticipée du marché du travail, voire une inactivité permanente (Barnay, 2005 ; Coutrot et Waltisperger, 2005). Par ailleurs, l'exclusion du marché du travail semble également avoir des effets délétères (Sermet et Khat, 2004) provoquant ou aggravant des problèmes de santé.

Afin de comprendre ces disparités européennes de santé et d'activité, il est nécessaire de disposer de sources d'information comparables. Notre étude a ainsi pour objet d'analyser la qualité méthodologique et de comparer le contenu des enquêtes comportant des outils de mesure de la santé et de l'activité dans dix pays européens.

### Mesurer la santé et l'activité en Europe

Plusieurs projets sont actuellement menés à l'initiative d'Eurostat, de l'OMS-

Europe et du programme d'action communautaire en matière de surveillance en santé, afin d'aboutir à un système d'information sur la santé harmonisé en Europe (McKee, 2003). L'objectif commun de ces différents projets est de définir des recommandations sur les méthodologies d'enquêtes et les indicateurs de santé pertinents à inclure dans des enquêtes santé à venir afin de permettre les comparaisons en Europe (ECHI, EUROHIS, EURO-REVES, HIS / HES<sup>2</sup>). Pour établir ces recommandations, le projet HIS / HES a recensé et évalué les enquêtes par interview et par examen de santé réalisées dans dix-huit pays européens (Aromaa *et al.*, 2003).

<sup>1</sup> Proportion de personnes ayant un emploi au sein de la population considérée.

<sup>2</sup> ECHI : European Community Health Indicators, EUROHIS : European Health Interview Surveys, EURO-REVES : Réseau Espérance de Vie en Santé, HIS : Health Interview Survey, HES : Health Examination Survey.

En comparant les enquêtes santé disponibles en Europe, notre étude est donc assez proche du projet HIS / HES. Toutefois, elle se distingue de ce projet par l'objectif poursuivi d'une part et par les pays européens considérés d'autre part.

L'objectif de notre étude est de recenser et de comparer les sources d'information disponibles. Ces dernières permettent d'analyser, à partir de données individuelles, les liens existant entre état de santé et statut d'activité pour les personnes de 50 ans et plus et d'étudier, dans la population des moins de 50 ans, les facteurs prédictifs susceptibles d'altérer l'état de santé et la productivité. Il est donc assez différent de celui de la plupart des projets en cours qui visent à analyser l'état de santé en Europe, sans lien explicite avec l'activité. En outre, la finalité de notre étude est d'identifier les enquêtes européennes de qualité satisfaisante et les indicateurs effectivement comparables permettant dès aujourd'hui de faire des études comparatives, et non d'émettre des préconisations pour la construction de nouveaux outils.

L'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), récemment mise en place dans onze pays européens (Blanchet et Dourgnon, 2004), répond en revanche assez bien à notre objectif final, puisqu'elle couvre à la fois les champs de la santé, de l'emploi et de la retraite. Toutefois, cette enquête ne concerne que les personnes âgées de 50 ans et plus. Elle porte, comme les autres projets européens, sur des pays de l'Europe de l'Ouest, membres de l'Union européenne et de l'EFTA (European Free Trade Association), alors que notre projet intègre, en plus de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, de l'Espagne, de la Grèce, du Royaume-Uni et de la Suède, trois pays de l'Est, la République tchèque, la Pologne et la Fédération de Russie.

Parallèlement, le panel européen des ménages (European Community Household Panel, ECHP) conduit par Eurostat de

**Tableau 1 : Liste des vingt-quatre enquêtes retenues**

Pays	Intitulés des enquêtes	Producteurs, maîtres d'œuvre ou contact et sites web
FR	Enquête Santé et Protection sociale (ESPS)	IRDES www.irdes.fr
FR	Enquête Santé et soins médicaux	INSEE www.insee.fr
FR	Baromètre Santé	INPES www.inpes.sante.fr
FR	Enquête permanente sur les conditions de vie	INSEE www.insee.fr
UK	General Household Survey (GHS)	Office for National Statistics www.statistics.gov.uk
UK	Health Survey of England (HSE)	National Centre for Social Research qb.soc.surrey.ac.uk
UK	Scottish Health Survey (SHS)	National Centre for Social Research qb.soc.surrey.ac.uk
UK	Welsh Health Survey (WHS)	National Assembly for Wales www.wales.gov.uk
UK	British Household Panel Survey (BHPS)	United Kingdom Longitudinal Studies Centre www.iser.essex.ac.uk
UK	English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)	National Centre for Social Research www.ifs.org.uk/elsa
RU	Russian Longitudinal Monitoring Survey (RLMS)	Carolina Population Center www.cpc.unc.edu/projects/rllms/home.html
PO	Polish Health Survey	Central Statistical Office www.iph.fgov.be/hishes/surveys(site His-Hes)
CZ	Czech Health Survey	Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic www.uzis.cz
CZ	Labour Force Sample Survey	Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic www.uzis.cz
GE	German National Health Examination and Interview Survey	Robert Koch Institut www.rki.de
GE	Questions on Health Microcensus Supplementary Survey	Statistisches Bundesamt -Dienstort Bonn www.destatis.de
GE	Survey on living conditions, health and environment	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung www.iph.fgov.be/hishes/surveys (site His-Hes)
GR	National Greek Survey	University Mental Health Research Institute ektepn@ektepn.gr
IT	Health Conditions of the Population and the Use of health Services	Instituto Nazionale de Statistica www.istat.it
IT	Aspects of daily living	Instituto Nazionale de Statistica www.istat.it
SP	National Health Survey	Instituto Nacional de Estadística www.ine.es
SP	Impairments, Disabilities and Health Status Survey	Instituto Nacional de Estadística www.ine.es
SP	Labour Force Survey ad hoc module on disability	Instituto Nacional de Estadística www.ine.es
SW	Living Conditions Survey (ULF)	Statistics Sweden www.scb.se

1994 à 2001 et l'enquête SILC (Survey on Income and Living Condition) qui lui succède depuis 2003 permettent également de recueillir des informations sur l'état de santé et sur l'activité. Comme SHARE, l'ECHP a été d'abord mené dans les pays d'Europe de l'Ouest, sans toutefois garantir une bonne comparabilité des différentes enquêtes nationales. Ce n'est que depuis la mise en place de SILC que l'harmonisation des méthodes d'enquête et des instruments de mesure de la santé a réellement été prise en compte.

Dans une première étape, soixante-sept enquêtes comportant des informations sur la santé et l'activité ont été identifiées dans les dix pays retenus pour la période 1995-2004 à partir de la base de données HIS-HES<sup>3</sup>, de l'International Health Data Reference Guide<sup>4</sup> du Center For Disease Control et de la consultation d'experts de chacun des pays. Quatre critères ont permis d'affiner cette sélection : le choix d'enquêtes nationales, en population générale, réalisées par des offices nationaux de statistiques et comportant un module sur la santé. Ces critères ont conduit à retenir vingt-quatre enquêtes, qui sont toutes des enquêtes par interview.

Ces vingt-quatre enquêtes (cf. tableau 1) ont été comparées. La méthode retenue consiste, après un examen précis des méthodologies et des libellés des questionnaires, à dresser un tableau comparatif des différentes modalités d'enquête et des outils de mesure de la santé et de l'activité. Notre étude permet d'évaluer la qualité méthodologique de ces enquêtes et d'identifier les questions comparables sur la santé et l'activité.

### L'analyse de la qualité statistique des enquêtes

L'étude porte dans un premier temps sur les aspects méthodologiques de chaque enquête. Cinq critères d'analyse sont utilisés :

- le type d'enquête (enquêtes auprès des ménages ou enquêtes individuelles,

- longitudinales ou transversales, périodicité) ;

- la représentativité nationale de l'échantillon (qualité de la base et du plan de sondage) ;

- le taux de non-réponse et les méthodes de correction de la non-réponse ;

- et enfin, le mode de passation de l'enquête (enquêtes en face à face ou par téléphone, compétence des enquêteurs...).

Le premier constat est que l'information sur les aspects méthodologiques des enquêtes n'est pas toujours disponible en anglais et, le cas échéant, manque souvent de précision. En particulier, l'information sur les plans de sondage est souvent succincte et les stratégies de corrections de la non-réponse sont rarement renseignées. Par conséquent, il a été difficile d'évaluer la qualité statistique de certaines enquêtes.

Le choix d'une base de sondage constituée de ménages ou d'individus n'a pas d'effet sur la qualité des enquêtes, dès lors que la méthode d'échantillonnage permet d'obtenir un échantillon représentatif de la population au niveau individuel. La dimension longitudinale ou transversale de l'enquête n'est pas un critère de sélection dans notre étude. En effet, les enquêtes longitudinales sont tout autant représentatives que les enquêtes transversales pour une utilisation en coupe instantanée, si l'attrition<sup>5</sup> n'est pas très importante et si l'échantillon est complété à chaque période pour la compenser. Bien que le suivi des indicateurs de santé et d'activité ne soit pas un objectif de l'étude, les enquêtes à périodicité fréquente sont intéressantes car elles permettent plus facilement des comparaisons sur des années communes. Enfin, la période de l'année durant laquelle se déroule l'enquête peut induire des biais de saisonnalité. C'est le cas de nombreuses enquêtes, dont l'« Enquête Santé Protection Sociale » en France.

Le critère de représentativité nationale paraît plus discriminant, dans la mesure où la plupart des enquêtes britanniques

ne couvrent qu'une région (Ecosse, Pays de Galles, Angleterre). Toutefois, leur mise en commun permet d'assurer une représentativité nationale. Par ailleurs, la majorité des enquêtes sont des enquêtes à plusieurs degrés (enquêtes britanniques, enquête décennale santé en France, RLMS en Russie...), dans lesquelles certaines parcelles du territoire sont exclues. Cela ne remet pas en cause la représentativité nationale des enquêtes, sous réserve que les zones non enquêtées n'aient pas de caractéristiques particulières. Les enquêtes reposant sur des échantillons construits à partir d'annuaires de téléphonie ou de numéros générés aléatoirement souffrent également de problèmes de représentativité de l'échantillon enquêté. C'est par exemple le cas du Baromètre Santé 2000 en France.

Pour prétendre à une représentativité nationale et permettre des estimations suffisamment fines, les enquêtes doivent porter sur des effectifs initiaux de taille suffisante. Ainsi, les enquêtes grecque, tchèque et suédoise reposant sur de faibles échantillons, semblent peu adaptées aux analyses détaillées.

Dans l'échantillon enquêté, un taux de non-réponse élevé peut également être source de biais de représentativité. C'est le cas, par exemple, pour les enquêtes tchèques, avec des taux d'environ 30 %, du « General Household Survey » de 33 % et le « Welsh Health Survey » d'environ 40 %. Ce critère est d'autant plus important lorsque les effectifs initiaux sont réduits (enquêtes tchèques) ou lorsque l'on ne dispose pas d'information sur son traitement.

Enfin, le mode de passation des questionnaires, en face à face ou par téléphone, et la formation des enquêteurs influent sur la qualité du recueil de l'information de santé en particulier.

<sup>3</sup> <https://www.iph.fgov.be/hishes>

<sup>4</sup> <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/ihtdrg2001.pdf>

<sup>5</sup> L'attrition est la diminution de l'échantillon des répondants d'une vague d'enquête à l'autre.



## Les instruments de mesure comparables

Plusieurs instruments de mesure de l'état de santé sont disponibles dans les enquêtes. Comme le suggère Blaxter (1989), ces instruments peuvent être classés en trois catégories. La première catégorie fait référence à la santé subjective et comporte les mesures de l'état de santé perçu et des échelles de qualité de vie. La deuxième renvoie au modèle médical ou biologique : le mauvais état de santé correspond à un écart à une norme physiologique ou psychique et se traduit par l'apparition de maladies. Pour cette comparaison, seules les maladies chroniques et les échelles spécifiques de maladies sont retenues. La troisième dimension se réfère à un modèle fonctionnel et social, qui conduit à apprécier l'état de santé par des indicateurs d'incapacité (limitations fonctionnelles ou restrictions d'activité). Un mauvais état de santé est alors défini comme l'incapacité à assurer un rôle social et à réaliser des tâches normales. Enfin, les facteurs de risque, tels que la consommation d'alcool, de tabac ou les mesures anthropométriques, peuvent être considérés comme un quatrième groupe d'instruments, donnant une information sur l'état de santé actuel ou futur.

Par ailleurs, plusieurs instruments de mesure de l'activité sont disponibles dans les enquêtes. Le concept d'activité est ici entendu au sens large, comprenant tant les activités rémunérées que les activités non rémunérées. L'activité économique renvoie tout d'abord au statut d'occupation (actif occupé, chômeur, retraité, autre inactif), au statut d'emploi (indépendants salariés, fonctionnaires) et aux caractéristiques de l'emploi (temps de travail, type de contrat de travail). Le statut social, mesuré par le niveau de revenu, la profession et catégorie sociale, ou encore le niveau d'éducation, est pris en compte en tant que déterminant de l'activité économique. Enfin, nous considérons les activités non rémunérées, telles que le bénévolat ou les soins apportés aux membres de la famille.

**Tableau 2 : Instruments de mesure de la santé et d'activité comparables dans les pays et les enquêtes retenues\***

	Nombre de pays	Nombre d'enquêtes
<b>Instruments comparables et disponibles</b>		
Statut d'occupation <sup>6</sup>	10/10	24/24
Consommation quotidienne de tabac	10/10	22/24
Indice de Masse Corporelle	9/10	18/24
Temps de travail (nombre d'heures par semaine)	9/10	14/24
Statut d'emploi (indépendant, salarié)	8/10	21/24
Liste de maladies autoreportées avec questions semi-fermées	8/10	18/24
Santé perçue (OMS-Europe)	8/10	13/24
ADL - « se lever seul(e) de son lit »	8/10	9/24
<b>Autres instruments</b>		
Revenu du ménage**	9/10	18/24
Type d'activité : à temps plein ou à temps partiel	7/10	13/24
ADL - « s'habiller seul(e) »	7/10	7/24
Déficiência visuelle	6/10	9/24
ADL - « se laver seul(e) »	6/10	8/24
IADL - « faire ses courses seul(e) »	6/10	6/24
Déficiência auditive	5/10	9/24
SF-36 (échelle de qualité de vie)	4/10	6/24
Limitations fonctionnelles - « monter et descendre les escaliers »	4/10	5/24
GHQ-12 (échelle de qualité de vie)	3/10	6/24
CAGE (alcool)	3/10	5/24

\* Outils classés par ordre décroissant de fréquence d'utilisation dans les pays et les enquêtes examinées

\*\* Les années d'enquêtes étant différentes, la conversion dans une monnaie commune est difficile et ne permet pas de faire des comparaisons fiables entre pays.

L'analyse des questionnaires comporte quatre étapes : l'identification des dimensions de l'état de santé et de l'activité, la comparaison des libellés des questions, l'analyse de la forme des questions, ouvertes ou fermées, et lorsque celles-ci sont fermées, la comparaison du nombre et du libellé des items de réponse. A la suite de cette analyse, les questions dont les libellés sont identiques et présents dans au moins 8 des 10 pays sont jugés comparables (cf. tableau 2).

### Plusieurs instruments de mesure de la santé et de l'activité sont comparables dans la plupart des pays <sup>7</sup>

L'instrument de mesure de la santé le plus fréquemment rencontré dans ces

enquêtes est la santé perçue. Elle apparaît dans de nombreuses enquêtes (21/24) mais sous des intitulés différents. La santé perçue sous la forme standardisée proposée par l'Office européen de l'Organisation mondiale de la Santé : « Comment estimez-vous votre état de santé : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais » est présente dans 8 pays et 13 enquêtes.

Les maladies chroniques sont appréhendées dans les enquêtes de manière très disparate, souvent par le biais de listes

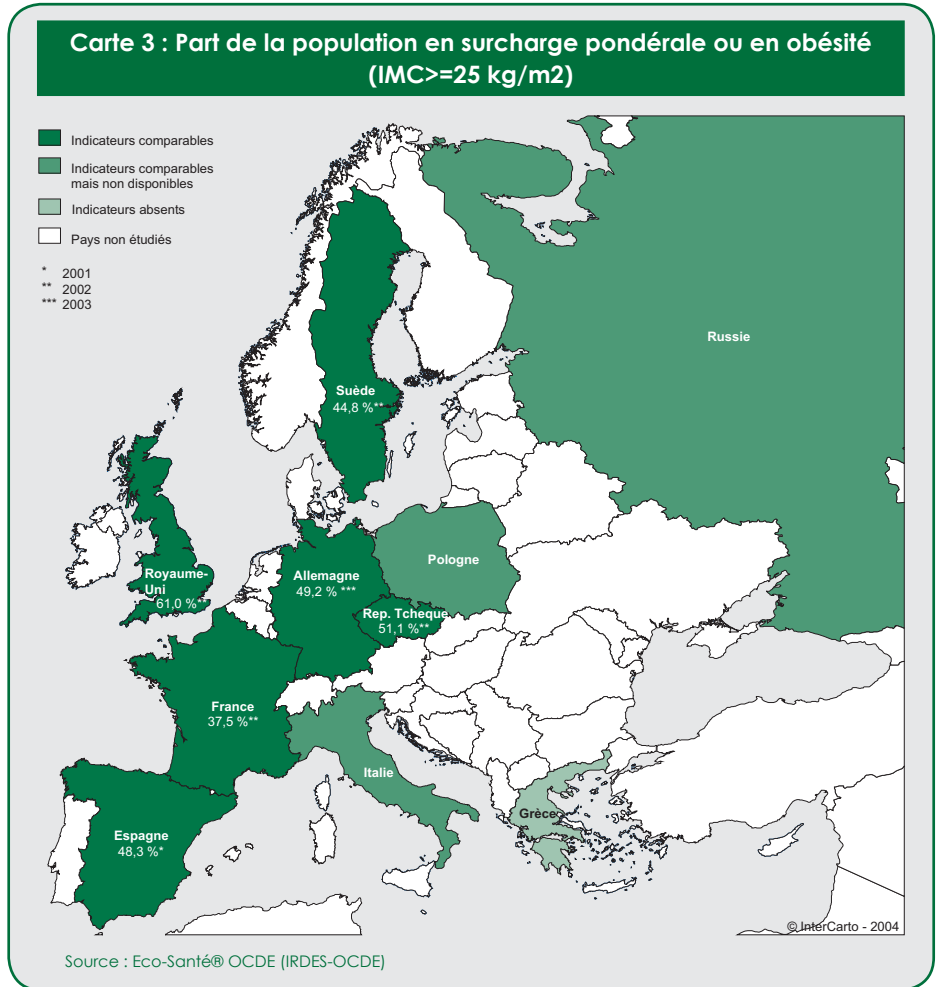
<sup>6</sup> Sous réserve que ces statuts soient définis de la même manière dans chaque pays.

<sup>7</sup> Le détail des indicateurs de santé et d'activité par enquêtes est disponible dans le rapport et ses annexes téléchargeables sur le site de l'IRDES.

de maladies. Dans ces enquêtes par interview, le relevé des maladies repose toujours sur les déclarations des enquêtés et non sur un diagnostic réalisé par un médecin lors d'un examen médical. Ce déclaratif est parfois plus précis. L'interrogation porte alors sur les maladies ressenties par l'enquêté (« souffrez-vous de... ? »), les maladies ayant fait l'objet d'un diagnostic par un médecin ou encore les maladies pour lesquelles l'enquêté suit un traitement. Les questions peuvent être ouvertes, fermées (« souffrez-vous d'hypertension ? oui ou non ») ou semi-fermées laissant alors la place à la déclaration de maladies ne figurant pas dans la liste. L'information recueillie à propos des maladies ressenties repose le plus souvent sur des questions semi-fermées (18 enquêtes). L'analyse des questionnaires de ces enquêtes permet de comparer des groupes de maladies déclarées et en particulier les maladies de l'appareil respiratoire (bronchite, asthme et emphysème), les maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, cardiopathies ischémiques), les maladies du système ostéoarticulaire, les maladies du système nerveux, les allergies, les cancers, le diabète et l'hypercholestérolémie.

De nombreuses enquêtes interrogent sur ce que nous appelons ici de façon générique « l'incapacité ». Cette dénomination regroupe les limitations fonctionnelles (difficulté à marcher, à monter les escaliers, à entendre une conversation, voir de près ou de loin), et les restrictions d'activité pour les soins personnels (ADL<sup>8</sup> : se laver, s'habiller) ou pour les activités domestiques (IADL<sup>9</sup> : faire le ménage, les courses, téléphoner). La standardisation de ces questions est une préoccupation européenne depuis de nombreuses années mais son aboutissement n'est que récent, ce qui explique le peu de questions strictement comparables que nous ayons retrouvées. Ainsi, seule la capacité à se lever seul(e) est comparable dans 8 pays.

La consommation quotidienne de tabac (« fumez-vous quotidiennement ? ») peut



être identifiée dans toutes les enquêtes exceptées « Labour Force Survey » en République tchèque et « Labour Force Survey ad hoc module on disability » en Espagne. Les anciens fumeurs et les personnes qui n'ont jamais fumé sont également identifiables dans la plupart des enquêtes (sauf l'enquête permanente sur les conditions de vie en France, British Household Panel Survey au Royaume-Uni, « Labour Force Survey » en République tchèque, « Labour Force Survey ad hoc module on disability » en Espagne et « Living Conditions Survey » en Suède).

Le poids et la taille, permettant de calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC), sont renseignés dans 18 enquêtes sur 24. L'IMC peut ainsi permettre de réaliser des comparaisons dans 9 pays sur 10.

Enfin, trois mesures de l'activité sont comparables. Le statut d'occupation est disponible dans toutes les enquêtes et permet des comparaisons internationa-

les des taux d'activité mais aussi des taux d'inactivité, de retraite ou de chômage. Les statuts d'indépendant ou de salarié sont également renseignés dans la plupart des enquêtes (21/24). Il est possible par ailleurs de disposer du temps de travail hebdomadaire pour 8 des 10 pays.

### Des instruments de mesure comparables mais présents dans peu d'enquêtes

D'autres instruments de mesure sont disponibles mais ils le sont pour un nombre restreint d'enquêtes. Deux échelles de qualité de vie reliée à la santé sont présentes dans les enquêtes que nous avons étudiées : le SF-36 et le GHQ-12. Elles n'existent que dans 6 enquêtes sur les 24 étudiées. De même, des échelles spécifiques de dépression (CASP 19,

<sup>8</sup> Activity of Daily Living (ADL) ou activités de la vie quotidienne.

<sup>9</sup> Instrumental Activity of Daily Living (IADL) ou activités instrumentales de la vie quotidienne.

CES-D et MINI) ont été très rarement utilisées. Beaucoup de questions relatives à la consommation d'alcool sont présentes dans les enquêtes mais leur caractère disparate ne permet pas de réaliser une stricte comparaison. L'utilisation de l'indicateur CAGE, mesurant le degré d'alcool-dépendance, permettrait néanmoins de comparer les pays mais il n'est présent que dans 3 pays et 5 enquêtes.

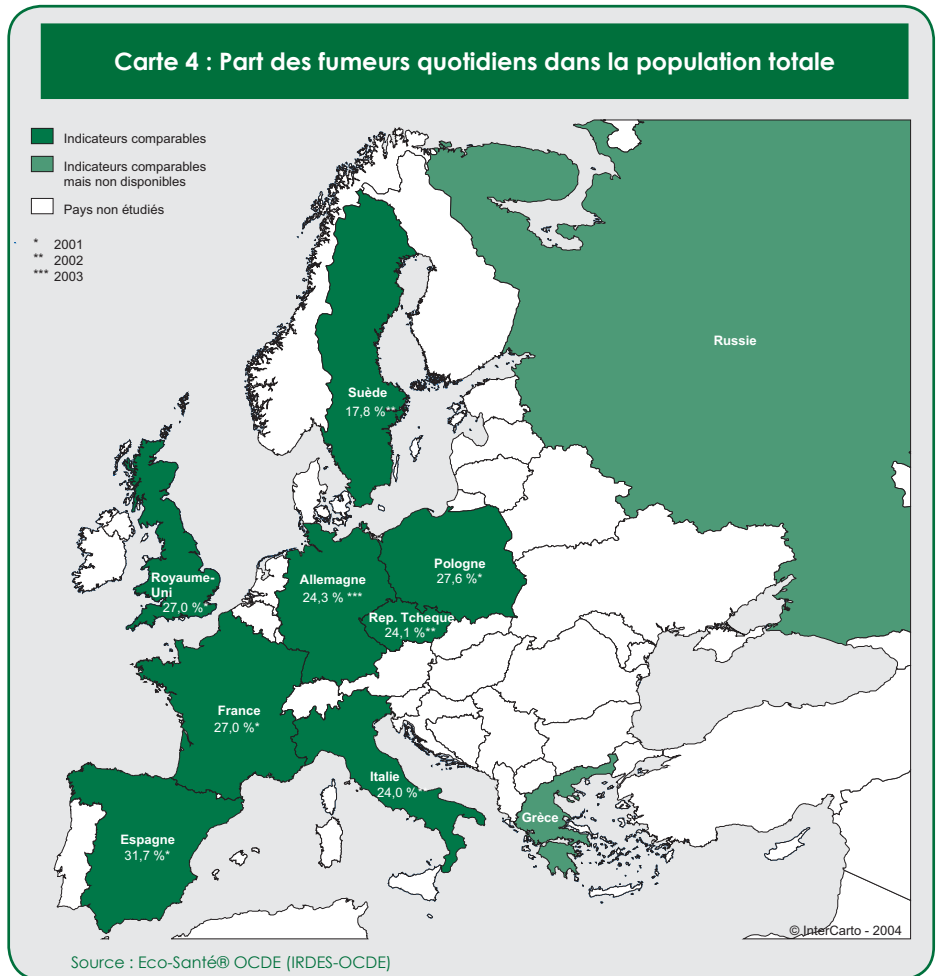
### Des instruments de mesure présents mais peu comparables

Toutes les enquêtes disposent de variables d'activité économique : activité non rémunérée, type de contrat (temps plein/ temps partiel), catégorie sociale, niveau du revenu du ménage et niveau d'éducation. Néanmoins, les échelles utilisées (niveau d'éducation et catégories sociales) relèvent souvent de grilles propres à chaque pays. Par ailleurs, si la question du revenu des ménages est commune à 9 des 10 pays (et 18 enquêtes), la conversion dans une monnaie commune est rendue difficile par l'hétérogénéité des dates d'enquêtes. En général, il serait nécessaire d'harmoniser les indicateurs d'activité pour permettre de comparer les résultats. L'échelle de Classification internationale Type des Professions CIP-88, proposée par le Bureau international du Travail pour faciliter la comparaison des catégories sociales, n'est présente que dans l'enquête suédoise et dans l'enquête « Labour Force Survey » en Espagne.

### Huit instruments de mesure retenus

Au total, le nombre d'instruments de mesure retenus pour une stricte comparaison est relativement faible. Après un travail systématique d'analyse des libellés, il apparaît finalement que cinq outils de mesure de la santé et trois variables d'activité paraissent comparables dans au moins 8 pays (cf. tableau 2).

Ainsi, il est possible de réaliser des analyses comparatives de l'état de santé perçu, de certaines maladies, de l'indice de masse corporelle, de la consommation



quotidienne de tabac, de la capacité à se lever seul du lit, du statut d'occupation, du statut d'emploi et du temps de travail hebdomadaire.

### Des différences importantes entre pays

A ce jour, les différentes enquêtes que nous avons examinées n'ont pas été utilisées pour réaliser des comparaisons internationales dans les années récentes. Les résultats publiés dans la littérature ou issus des rapports d'enquête sont le plus souvent difficilement comparables, car les populations étudiées ont été sélectionnées sur la base d'autres critères (problématique spécifique, champ d'analyse restreint à des groupes d'âge, de genre...). La base de données Eco-Santé® OCDE (IRDES-OCDE) nous permet cependant de comparer trois indicateurs de santé issus des enquêtes que nous avons sélectionnées : le pourcentage de personnes se déclarant en bonne ou très bonne santé, la part de la popula-

tion souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité et la part des fumeurs quotidiens (cf. cartes). En revanche, cette base ne comporte pas d'indicateurs d'activité issus de ces enquêtes.

La déclaration de l'état de santé perçu permet de mettre en évidence de très fortes différences entre pays. Dans la population âgée de 45 à 64 ans, seuls 28,1 % des Polonais et 48,3 % des Tchèques se déclarent en bonne ou très bonne santé alors qu'en France, au Royaume-Uni ou en Suède, les personnes en bonne santé et très bonne santé représentent environ 70 % de la population (cf. carte 1).

Si ces premiers résultats laissent apparaître une césure entre pays de l'Europe occidentale et ceux de l'Europe orientale, les inégalités de santé entre pays au regard de l'IMC diffèrent sensiblement. Parmi les 6 pays pour lesquels l'information est disponible, la part de la population présentant une surcharge pondérale ou une obésité ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ )

8 passe de 37,5 % en France à 61 % au Royaume-Uni (cf. carte 3). Enfin, la part de fumeurs quotidiens est relativement proche dans les différents pays, variant de 25 % à 30 % de la population totale (cf. carte 4), à l'exception de la Suède (18 %) et de l'Espagne (32 %).

Ces quelques résultats montrent que le choix de l'indicateur de santé nécessite non seulement qu'il repose sur des questions effectivement comparables mais aussi qu'il soit interprété avec précaution. On observe en effet des écarts très importants, entre pays pour un même indicateur, mais aussi une modification du classement des pays selon l'indicateur utilisé. Ces écarts justifient que l'on s'interroge sur l'existence d'autres facteurs limitant la comparaison. Ainsi par exemple, la notion d'état de santé perçu a fait l'objet de nombreux travaux visant à comprendre la manière dont les personnes se positionnent dans les différents niveaux proposés. Ces travaux mettent en évidence en particulier des spécificités culturelles et d'interprétation de la bonne ou de la mauvaise santé (Jylhä, 1998 ; Shmueli, 2003). Par ailleurs, il est difficile de classer les pays sur la base d'un seul indicateur de santé, chacun des indicateurs désignant une dimension particulière de la santé.

\* \* \*

Cette étude a confirmé la nécessaire harmonisation des informations sur la santé et sur l'activité au niveau européen. Deux voies différentes sont d'ores et déjà mises en œuvre pour cette harmonisation :

- une réflexion commune des pays de l'Union européenne aboutit aujourd'hui à des questionnaires standardisés ayant vocation à être inclus dans les enquêtes santé nationales dans le cadre du European Health Survey System (Bonte, 2003). Ces questionnaires sont proposés sous la forme de modules thématiques. Celui sur la santé est actuellement disponible et les traductions sont en

### Pour en savoir plus

Cette étude est issue d'un rapport financé par l'International Longevity Centre-France, Barnay T., Jusot F., Rochereau T., Sermet C. (2005), « *Comparability of health surveys in Europe* », report for International Longevity Centre of France, téléchargeable aux adresses suivantes :

[http://www.irdes.fr/En\\_ligne/DocTrav/ILCReport.pdf](http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/ILCReport.pdf)

[http://www.irdes.fr/En\\_ligne/DocTrav/ILCApPendix.pdf](http://www.irdes.fr/En_ligne/DocTrav/ILCApPendix.pdf)

#### Voir aussi :

Aromaa A., Koponen P., Tafforeau J., Vermeire C. (2003), « Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union », *European Journal of Public Health*, 13, supplement 3: 67-72.

Barnay T. (2005), « Une analyse microéconométrique de la cessation d'activité : l'effet de l'état de santé », *Cahiers de Recherche EURISCO*, 2005-01.

Blanchet D., Dourgnon P. (2004), « SHARE : vers un panel européen sur la santé et le vieillissement », *Questions d'économie de la santé*, série méthode, 88.

Bonte J., Carol Jagger, Robine J.M. (2003), « Vers un système européen d'enquêtes sur la santé », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 42.

Commission européenne (2003), « *L'état de santé de la population dans l'Union européenne - Réduire les écarts de santé, Santé et protection des consommateurs*, Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes », 60 p.

Coutrot T., Waltisperger D. (2005), « L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé », *DARES, Premières Synthèses*, Février, 08-1

Jylhä M., Guralnik, J.M., Ferruci L., Jokela J., Heikkinen E., « Is self rated health comparable across cultures and gender? », *Journal of Gerontology*, 1998, n° 3, S144-S152.

McKee M. (Ed) (2003), « The European Union Health Monitoring Programme », *European Journal of Public Health*, 13, 3, supplement.

OECD (2004), « *OECD Employment outlook* », Statistical Analysis.

OMS (2002), « *Rapport sur la santé en Europe* », Publication régionale, série européenne, 97.

Sermet C., Khlaf M., La santé des chômeurs en France : revue de la littérature, *Rev Epidemiol Santé Publique*, 2004,52 : 465-474.

Shmueli A., 2003, « Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity », *Soc.Sci.Med.*, 57, 1, 125-134.

Vallin J., Meslé F., Valkonen T. (2001), « *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle* », Editions du Conseil de l'Europe.

Volkoff S., Thébaud-Mony A. (2000). « Santé au travail : l'inégalité des parcours ». In Lelerc A. et al, *Les Inégalités Sociales de Santé*. Paris : La Découverte / INSERM : 349-362.

cours de validation. Ces enquêtes, tout en préservant la comparabilité grâce à ces modules communs, permettent l'approfondissement des grandes problématiques de santé propres à chacun des pays.

- la mise en place d'enquêtes européennes conduites avec des méthodologies et des questionnaires identiques. Plus limitées en termes de contenu et d'effectifs de personnes enquêtées, elles permettent, par leur caractère répétitif, de mesurer les évolutions sur la base d'indicateurs simples. L'enquête SILC correspond à ce type d'enquêtes et SHARE, dont la première vague a eu lieu en 2004, poursuit un objectif similaire.

Au-delà de l'harmonisation des enquêtes et des questionnaires, il s'agit à présent d'engager une réflexion autour de la mise en place d'indicateurs synthétiques croisant santé et activité. Leur intérêt paraît en effet évident au regard des comportements de fin de vie active et plus globalement des conséquences du vieillissement démographique. Sur la base des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité, mesurant les années à vivre en bonne et en mauvaise santé (Disability Free Life Expectancy), la construction d'un indicateur d'espérance de vie active en bonne santé pourrait ainsi ouvrir un nouveau champ dans les recherches sur le passage de la vie active à la retraite.