

La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes

Jocelyne Camirand*, Catherine Sermet**, Valeriu Dumitru*, Stéphanie Guillaume**

La comparaison de la santé perçue des Français et des Québécois de 55 ans et plus vivant à domicile met en évidence des différences et des similitudes importantes.

Les Québécois de 55 ans et plus se perçoivent en meilleure santé et l'expriment de manière plus enthousiaste que les Français du même âge. Les différences culturelles mais aussi la plus grande proportion de personnes âgées vivant en institution au Québec contribuent à l'essentiel de cet écart.

En France comme au Québec, la présence de maladies chroniques et d'incapacités explique largement l'accroissement avec l'âge de la proportion de la population se considérant en mauvaise santé. Pour la plupart des maladies étudiées, le parallèle entre leur présence et la perception de la santé est frappant. Le cancer, l'hypertension artérielle et les troubles de la thyroïde se démarquent au Québec en étant beaucoup plus souvent associés à une mauvaise santé perçue. A *contrario*, certaines incapacités semblent avoir moins d'impact sur la santé perçue au Québec qu'en France.

La mesure de la santé perçue repose en général sur une question du type de celle utilisée dans cette étude : « Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, médiocre, mauvaise ? ». La santé perçue est, avec la mortalité et l'espérance de vie, un des indicateurs de santé les plus largement utilisés. Reconnu comme fiable et valide, il est facile à comprendre et simple à recueillir. C'est de surcroît un très bon indicateur de la mortalité et de l'utilisation des services de santé (Idler, Benyamini, 1997). Pour toutes ces raisons, la plupart des enquêtes de santé en population générale incluent désormais ce type de question.

Le plus souvent, la santé perçue est utilisée à un niveau national en tant qu'indicateur global de l'état de santé. Elle l'est aussi au niveau international pour analyser les déterminants des inégalités sociales ou pour estimer des écarts d'inégalités de santé entre pays. En revanche, la santé perçue et ses déterminants font rarement l'objet de comparaisons entre pays (Desesquelles, Egidi, Salvatore, 2009).

Par contre, de nombreuses études se sont penchées sur les facteurs déterminant les réponses des individus à cette interrogation. On les regroupe en quatre catégories : les facteurs liés aux maladies et aux incapacités ; les facteurs démographiques et

socio-économiques ; les pratiques de santé et les facteurs liés aux ressources sociales et psychologiques des individus. Parmi ces facteurs, l'influence de la culture ou de l'appartenance ethnique a été souvent discutée et invoquée pour souligner la difficulté des comparaisons internationales de perception de la santé (Jylha, Guralnik, Ferrucci, Jokela et Heikkinen, 1998). Ainsi, les variations de la santé perçue entre pays ne sont que partiellement expliquées par des différences réelles d'état de santé. Elles reflètent aussi

* Institut de la statistique du Québec (ISQ).

** Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

des divergences culturelles (Jurges, 2007) qui s'expriment de deux façons distinctes, par une norme de santé différente ou par différentes manières de répondre aux questionnaires.

Sans pour autant nier l'existence de différences culturelles entre la France et le Québec, nous comparons ici la perception de l'état de santé des populations de ces deux territoires et examinons comment les caractéristiques de santé, et en particulier les maladies et les incapacités, l'influencent.

L'étude porte sur les personnes de 55 ans et plus ne vivant pas en institution en France et au Québec. Les données proviennent de deux enquêtes nationales, représentatives de la population vivant à domicile : l'Enquête décennale santé (EDS) 2002-2003 en France et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 pour le Québec (Cf. encadrés Sources p. 4 et Méthode p. 5). Ces deux enquêtes comportent une question quasi identique sur la santé perçue (Cf. encadré Définitions p. 7).

Des différences culturelles manifestes

Les réponses des Français et des Québécois de 55 ans et plus interrogés sur la perception de leur santé sont différentes (Cf. graphique 1). Si, en France, la majorité des personnes (64 %) se concentre dans la catégorie « bonne », ignorant quasiment la catégorie « excellente », au Québec, les personnes ayant une vision positive de leur santé se répartissent dans les trois catégories proposées : « excellente », « très bonne » et « bonne ». Cette réticence à utiliser le qualificatif « excellent » semble caractéristique des cultures latines et s'oppose ainsi à la culture anglophone, où il est beaucoup plus largement utilisé au quotidien pour manifester une approbation enthousiaste. La population du Québec étudiée, bien que majoritairement francophone, ne partage pas ce penchant culturel.

Nous nous intéresserons ici uniquement aux personnes en mauvaise santé (passable/médiocre ou mauvaise). Ce regroupement

constitue un indicateur utilisé habituellement dans la littérature sur la santé perçue. Toutefois, d'après des études canadiennes, les facteurs associés à la santé perçue ne sont pas identiques selon que l'on s'intéresse à l'extrémité positive ou négative de l'échelle de santé perçue.

Les Français de 55 ans et plus se considèrent plus souvent en mauvaise santé que les Québécois

Au total, 26 % des Français et 20 % des Québécois de 55 ans et plus vivant à domicile se considèrent en mauvaise santé. Cette meilleure santé perçue des Québécois se manifeste essentiellement au-delà de 70 ans et chez les femmes (Cf. graphique 2) dont la proportion qui se déclare en mauvaise santé est plus élevée en France (29 %) qu'au Québec (22 %). Les différences entre les deux territoires ne sont significatives que chez les femmes les plus âgées (au-delà de 70 ans), la tendance n'étant pas significative selon l'âge chez les hommes. Cet écart, concentré chez les plus âgés, est probablement dû en partie à la plus grande proportion de personnes très âgées vivant en institution au Québec : les personnes en moins bonne

REPÈRES

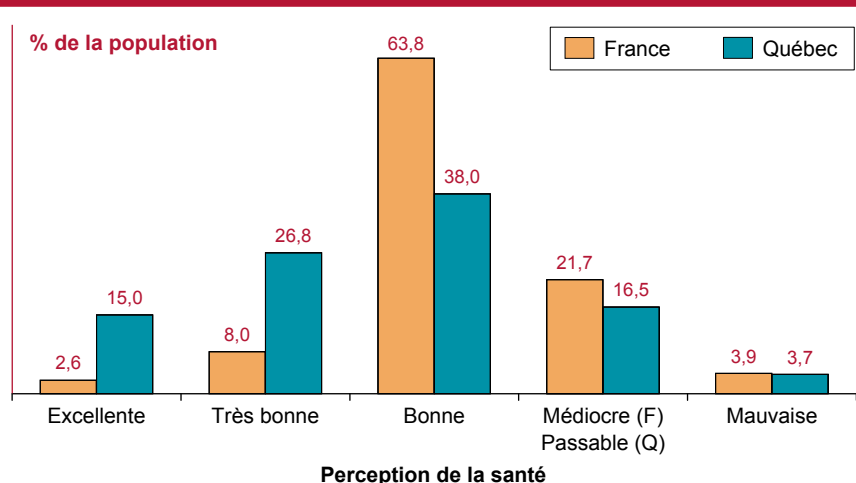
Cette analyse de la santé perçue en France et au Québec s'inscrit dans le prolongement des recherches sur l'état de santé et ses déterminants menées parallèlement depuis de nombreuses années par l'Irdes et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Elle a été rendue possible par le séjour en France de Jocelyne Camirand, chercheur à l'ISQ, séjour financièrement soutenu par l'ISQ et impulsé par l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS).

santé résident en institution tandis que les moins malades restent à domicile. En effet, en 2001, 17 % des Québécois de 75 ans et plus vivaient en institution alors que 10 % seulement des Français du même âge vivaient en établissement en 2003.

En France, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se considérer en mauvaise santé que les hommes et l'écart entre les sexes est significatif dans tous les groupes d'âge après 60 ans. Ce n'est pas le cas au Québec où l'écart entre les sexes n'est significatif dans aucun des groupes d'âge étudiés.

G1

Perception de la santé dans la population de 55 ans et plus en France et au Québec



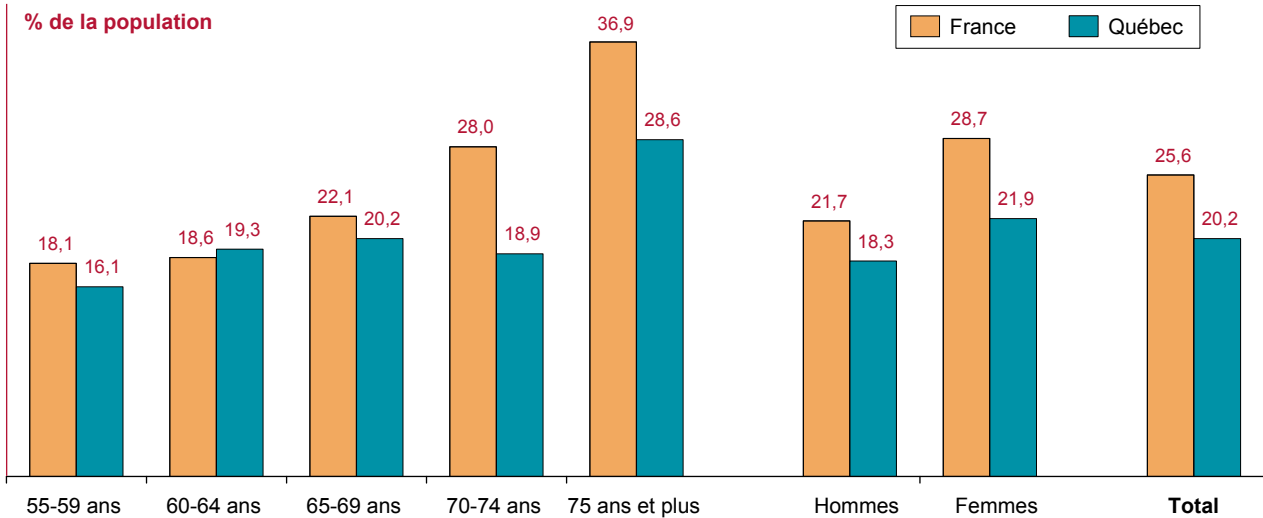
Guide de lecture : Au cours de l'année 2003, 21,7 % des Français de 55 ans et plus déclarent leur santé médiocre et 16,5 % des Québécois de 55 ans et plus la perçoivent passable.

Sources : Irdes et ISQ.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (Statistique Canada).

G2

Proportion des 55 ans et plus se déclarant en mauvaise santé selon l'âge et le sexe en France et au Québec



Guide de lecture : En 2003, parmi la population âgée de 75 ans et plus, 36,9 % des Français et 28,6 % des Québécois se déclarent en mauvaise santé.

Sources : Irdes et ISQ.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (Statistique Canada).

T1

Proportion des 55 ans et plus se déclarant en mauvaise santé en présence d'une maladie chronique et prévalence de ces maladies en France et au Québec

♦ La méthodologie de recueil des maladies étant différente en France et au Québec (Cf. encadré Définitions p. 7), les prévalences présentées ci-dessous ne doivent pas être comparées entre les pays. Elles sont présentées à titre indicatif.

Maladies	FRANCE		QUÉBEC	
	Santé perçue comme mauvaise (%)	Prévalence (%)	Santé perçue comme mauvaise (%)	Prévalence (%)
Cancer	42,3	4,6	51,4	3,6
Problèmes de thyroïde	33,1	5,0	28,8	13,2
Diabète	43,1	8,4	37,6	11,1
Troubles mentaux	46,8	6,1	44,6	6,5
Maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral	44,9	15,6	44,3	15,7
Hypertension artérielle	29,2	30,1	28,9	35,6
Maladies respiratoires chroniques	45,8	9,0	41,0	11,8
Troubles intestinaux, ulcères à l'estomac	42,7	5,6	43,4	6,1
Arthrose, rhumatisme	37,8	27,4	32,7	34,5
Maux de dos (hors arthrose et rhumatisme)	36,3	10,4	34,6	19,0

Guide de lecture : En 2003, parmi les Français de 55 ans et plus ayant déclaré une hypertension artérielle, 29,2 % se perçoivent en mauvaise santé. La prévalence de cette maladie chronique est de 30,1 % en population générale.

Sources : Irdes et ISQ.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (Statistique Canada).

Une majorité de personnes se perçoit en bonne santé malgré des maladies chroniques

La perception de l'état de santé a été étudiée au regard d'une dizaine de maladies chroniques susceptibles, en raison de leur gravité, d'affecter cette perception (Cf. tableau 1). Malgré la présence d'une maladie chronique, une majorité de personnes de 55 ans et plus se considère en bonne santé, au Québec comme en France. Ainsi, la proportion de personnes se jugeant en mauvaise santé varie de 29 à 51 % selon les maladies et le territoire, la plupart se situant entre 35 et 45 % environ.

La similitude des proportions de personnes qui se considèrent en mauvaise santé en présence d'une maladie donnée au Québec ou en France est remarquable. Par exemple, la proportion de personnes souffrant de maladies cardiaques ou cérébro-vasculaires se déclarant en mauvaise santé est d'environ 45 % dans les deux territoires. Quelques maladies se distinguent toutefois. Au Québec, les personnes atteintes de cancer (51 %) se perçoivent plus souvent en mauvaise

SOURCES

Enquête décennale santé 2002-2003 (EDS)

L'Enquête décennale santé (EDS), réalisée tous les dix ans par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), vise à mesurer l'état de santé de la population et la consommation de soins. Elle porte sur un échantillon représentatif des individus vivant dans les ménages ordinaires de la France métropolitaine (hors les territoires d'outre-mer).

Les données ont été recueillies par entretien en face à face entre octobre 2002 et septembre 2003 à l'occasion de trois visites (en deux mois) et au moyen d'un auto-questionnaire (AQ) variable selon l'âge¹. Les analyses ont porté sur 6 779 personnes de 55 ans ayant répondu à la question sur la santé perçue de l'AQ (18 ans et plus) et participé aux trois visites.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une série d'enquêtes générales ou thématiques réalisées par Statistique Canada depuis 2000-2001. Ces enquêtes portent sur l'état de santé, ses déterminants et l'utilisation des services de santé. Elles fournissent des données représentatives de la population vivant en ménages privés dans les provinces canadiennes.

Les données sont recueillies par entretien téléphonique (74 %) ou en face à face d'environ 45 minutes². Sont analysées ici les données du Québec de l'ESCC de 2003, cycle 2.1 (fichier de partage). Les analyses ont porté sur 9 207 répondants de 55 ans et plus ayant répondu eux-mêmes à la question sur la santé perçue.

¹ Pour en savoir plus sur l'EDS : <http://www.cmh.acsdm2.ens.fr/enquetes/XML/lil-0284.xml>

² Pour en savoir plus sur l'ESCC : www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html

santé qu'en France. En France comme au Québec, les personnes atteintes d'hypertension artérielle ou de troubles de la thyroïde sont relativement peu nombreuses à se considérer en mauvaise santé (30 % environ).

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité sont associées à une mauvaise santé perçue

La présence de limitations fonctionnelles est étudiée ici grâce à quatre indicateurs relatifs à la vision, à l'audition, à la mobilité et à la dextérité (Cf. tableau 2). Ces limitations sont souvent associées à une mauvaise perception de la santé dans la population de 55 ans et plus. En France, par exemple, 54 % des personnes qui ont des problèmes de vision non corrigés par des lunettes ou des verres de contact se

T2

Proportion des 55 ans et plus se déclarant en mauvaise santé en présence d'une limitation fonctionnelle et prévalence de ces limitations en France et au Québec

♦ La méthodologie de recueil des incapacités étant différente en France et au Québec (Cf. encadré Définitions p. 7), les prévalences présentées ci-dessous ne doivent pas être comparées entre les pays. Elles sont présentées à titre indicatif.

FRANCE			QUÉBEC		
	Santé perçue comme mauvaise (%)	Prévalence (%)		Santé perçue comme mauvaise (%)	Prévalence (%)
Vision			Vision		
Aucun problème	18,8	13,2	Aucun problème	15,3	14,7
Problème corrigé	23,3	77,7	Problème corrigé	20,4	82,3
Problème non corrigé	53,9	9,1	Problème non corrigé	47,1	2,1
Audition			Audition		
Aucun problème	22,9	76,3	Aucun problème	20,0	95,8
Problème corrigé	34,3	20,6	Problème corrigé	20,3	3,4
Problème non corrigé	29,2	3,1	Problème non corrigé	34,4 ¹	0,8
Mobilité			Mobilité		
Aucune difficulté sans aide humaine ou technique	18,5	83,6	Aucune difficulté sans aide technique	17,5	93,3
Aucune difficulté avec aide humaine ou technique	54,1	3,4	Difficulté, besoin d'aide humaine ou technique	58,3	6,7
Difficulté avec aide humaine ou technique	63,6	13,0	–	–	–
Dextérité			Dextérité		
Aucune difficulté	23,6	94,6	Aucune difficulté	20,0	99,4
Difficulté, utilise aide technique	59,3	5,4	Difficulté, besoin d'aide humaine ou technique	39,9 ²	0,6 ²

¹ Cette proportion ayant un coefficient de variation entre 15 et 25 % doit être interprétée avec prudence.

² Cette proportion ayant un coefficient de variation supérieur à 25 %, l'estimation imprécise est fournie à titre indicatif.

Guide de lecture : En 2003, parmi les Français de 55 ans et plus n'ayant pas de difficulté à se déplacer lorsqu'il utilisent une aide humaine ou technique, 54,1 % se déclarent en mauvaise santé. La prévalence de cette limitation est de 3,4 % en population générale. Pour cet indicateur, les choix de réponses sont différents dans les deux enquêtes.

Sources : Irdes et ISQ.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (Statistique Canada).

T3

**Proportion des 55 ans et plus
se déclarant en mauvaise santé en présence d'une restriction d'activité
et prévalence de ces restrictions
en France et au Québec**

♦ La méthodologie de recueil des restrictions d'activité étant différente en France et au Québec (Cf. encadré Définitions p. 7), **les prévalences présentées ci-dessous ne doivent pas être comparées entre les territoires**. Elles sont présentées à titre indicatif.

FRANCE			QUÉBEC		
	Santé perçue comme mauvaise (%)	Prévalence (%)		Santé perçue comme mauvaise (%)	Prévalence (%)
SOINS PERSONNELS			SOINS PERSONNELS		
Ensemble			Ensemble		
Sans difficulté	22,1	87,0	Pas besoin d'aide	19,4	97,9
Difficulté, sans aide	41,4	9,3	Besoin d'aide	60,2	2,1
Difficulté, reçoit aide	65,7	3,7	-	-	-
ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE			ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE		
Préparation des repas			Préparation repas		
Sans difficulté	23,6	83,4	Pas besoin d'aide	18,4	96,5
Difficulté, sans aide	76,1	0,9	Besoin d'aide	69,3	3,5
Difficulté, reçoit de l'aide	71,7	1,8	-	-	-
N'a pas à le faire	27,0	13,9	-	-	-
Tâches ménagères			Tâches ménagères		
Sans difficulté	18,7	72,9	Pas besoin d'aide	16,7	91,1
Difficulté, sans aide	59,6	3,2	Besoin d'aide	55,8	8,9
Difficulté, reçoit de l'aide	62,3	7,9	-	-	-
N'a pas à le faire	31,5	16,1	-	-	-
Courses et transactions			Courses et transactions		
Sans difficulté	19,9	86,6	Pas besoin d'aide	16,0	90,6
Difficulté, sans aide	66,1	1,7	Besoin d'aide	60,6	9,4
Difficulté, reçoit de l'aide	63,8	9,2	-	-	-
N'a pas à le faire	50,6	2,5	-	-	-
Ensemble*			Ensemble*		
Sans difficulté	17,7	67,0	Pas besoin d'aide	14,9	87,1
Difficulté, sans aide	55,4	3,1	Besoin d'aide	56,4	12,9
Difficulté, reçoit de l'aide	61,0	12,4	-	-	-
N'a pas à le faire	25,3	17,6	-	-	-

* Les pourcentages de personnes en mauvaise santé dans chacune des réponses de la catégorie « Ensemble » sont systématiquement inférieurs aux pourcentages observés dans chaque catégorie prise séparément. Ce résultat s'explique par la méthode de regroupement de la catégorie « Ensemble » (cf. Encadré Définitions et méthodes p. 7).

Guide de lecture : En 2003, parmi les Français de 55 ans et plus qui ont des difficultés et reçoivent de l'aide pour faire leurs courses, 63,8 % se perçoivent en mauvaise santé. La prévalence de cette restriction est de 9,2 % en population générale. Pour cet indicateur, les choix de réponses sont différents dans les deux enquêtes.

Sources : Irdes et ISQ.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (Statistique Canada).

perçoivent en mauvaise santé. Elles sont 47 % au Québec. Par ailleurs, 64 % des Français qui ont des difficultés à marcher malgré le recours à une aide technique ou humaine se considèrent en mauvaise santé. Au Québec, la question relative à la mobilité est différente, elle recense les personnes ayant des difficultés à marcher ou ayant besoin d'une aide technique ou humaine. Elles sont alors 58 % à se percevoir en mauvaise santé.

La présence de restrictions d'activité, telles que les difficultés à effectuer seul les soins personnels ou à réaliser seul les activités de la vie domestique s'accompagne souvent d'une perception négative de sa santé (Cf. tableau 3). Ainsi, en France, les personnes recevant de l'aide pour leurs soins personnels (se lever, se coucher, faire sa toilette, s'habiller, etc.) sont nombreuses (66 %) à se considérer en mauvaise santé ; c'est moins souvent le cas (41 %) chez celles qui déclarent des difficultés pour ces soins sans toutefois recevoir de l'aide. Quant aux personnes qui ont des difficultés dans les activités domestiques (préparation des repas, tâches ménagères, courses ou transactions), elles se considèrent en mauvaise santé dans respectivement 61 et 55 % des cas, selon qu'elles reçoivent ou non de l'aide.

Au Québec comme en France, chez les personnes qui ont besoin ou qui reçoivent de l'aide pour les soins personnels ou activités de la vie domestique, environ six personnes sur dix ont une perception négative de leur état de santé (de 56 à 72 %, selon l'activité).

MÉTHODE

Analyses

Pour les deux enquêtes, les analyses bivariées (test de chi-deux et comparaison d'intervalles de confiance) et les régressions logistiques ont été faites à partir des données pondérées. Les analyses des données québécoises tiennent compte de l'effet de plan de sondage de l'enquête. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. À l'exception de l'âge et du sexe, retenus dans tous les cas, seules les variables significatives ont été gardées dans les modèles de régression logistique.

T4 Modélisation de la probabilité des personnes de 55 ans et plus de se déclarer en mauvaise santé, en France et au Québec

	FRANCE	QUÉBEC
	Modèle incluant, toutes choses égales par ailleurs, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et le type de ménage. Le statut d'activité n'est pas inclus car non significatif.	
Variables	Odds ratios	Odds ratios
Âge		
<i>55-59 ans</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
60-64 ans	N.S.	N.S.
65-69 ans	N.S.	N.S.
70-74 ans	N.S.	0,59
75 ans et plus	N.S.	0,63
Sexe		
<i>Hommes</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femmes	1,25 **	0,70 **
Maladies		
<i>Absence des maladies suivantes</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Cancer	2,39 ***	4,95 ***
Problème de thyroïde	----	1,47 *
Diabète	2,08 ***	2,24 ***
Troubles mentaux	2,23 ***	2,18 ***
Maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral	2,23 ***	2,59 ***
Hypertension artérielle	----	1,52 ***
Maladies respiratoires chroniques	2,21 ***	2,31 ***
Troubles intestinaux, ulcères à l'estomac	1,92 ***	1,78 **
Arthrose, rhumatisme	1,70 ***	1,87 ***
Maux de dos (hors arthrose et rhumatisme)	1,70 ***	1,77 ***
LIMITATIONS FONCTIONNELLES, SOINS PERSONNELS, ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE		
Vision		
<i>Aucun problème</i>	<i>Réf.</i>	----
Problème corrigé	1,24 *	----
Problème non corrigé	2,71 ***	----
Mobilité		
France : <i>Aucune difficulté</i>	<i>Réf.</i>	–
Aucune difficulté avec aide humaine et technique	2,46 ***	–
Difficulté avec aide humaine et technique	3,13 ***	–
Québec : <i>Aucune difficulté</i>	–	<i>Réf.</i>
Difficulté, besoin d'aide humaine et technique	–	1,82 **
Dextérité		
France : <i>Aucune difficulté</i>	<i>Réf.</i>	–
Difficulté, utilise aide technique	1,78 ***	–
Québec : <i>Aucune difficulté</i>	–	----
Difficulté, besoin d'aide humaine et technique	–	----
Soins personnels		
France : <i>Sans difficulté</i>	<i>Réf.</i>	–
Difficulté sans aide	N.S.	–
Difficulté avec aide	1,73 ***	–
Québec : <i>Pas besoin d'aide</i>	–	----
Besoin d'aide	–	----
Activités de la vie domestique		
France : <i>Sans difficulté</i>	<i>Réf.</i>	–
Difficulté sans aide	2,46 ***	–
Difficulté avec aide	2,35 ***	–
N'a pas à le faire	1,23 *	–
Québec : <i>Pas besoin d'aide</i>	–	<i>Réf.</i>
Besoin d'aide	–	3,39 ***

---- : Variable non significative et non introduite dans les modèles finaux présentés ici.

Sources : Irdes et ISQ.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (Statistique Canada).

Notes du tableau 4

Définition de l'odds ratio

Un *odds ratio* (OR) exprime l'effet d'une variable sur la probabilité de déclarer un mauvais état de santé, par rapport à une situation de référence (indiquée en caractères italiques rouges dans le tableau ci-contre). Si la valeur de l'OR est supérieure à 1, la situation décrite par la variable augmente la probabilité de déclarer un mauvais état de santé.

Significativité des odds ratios :

N.S. : non significatif, * : $p < 0.5$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

Déterminants de la santé perçue : différences et similitudes

L'analyse par régression logistique nous permet de comprendre comment les maladies et l'incapacité déterminent la perception de l'état de santé de la population de 55 ans et plus, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en tenant compte de l'âge, du sexe ainsi que des

caractéristiques sociales et économiques des individus (Cf. tableau 4).

Les résultats obtenus pour la France et le Québec présentent à la fois des différences et des similitudes.

Un effet d'âge différent selon le pays...

En France, la détérioration de l'état de santé avec l'âge est entièrement expliquée

par la présence de maladies et d'incapacités, comme le montrent les *odds ratios* non significatifs. À l'inverse, au Québec, il existe un effet d'âge tendant à minimiser la déclaration de mauvaise santé chez les plus âgés une fois prises en compte les maladies, les incapacités et les caractéristiques socio-économiques. Ainsi, les probabilités de se dire en mauvaise santé sont significativement inférieures chez les Québécois de 70-74 ans et de 75 ans et plus comparativement à ceux de 55-59 ans.

... tout comme l'effet du sexe

L'effet du sexe est également inversé en France et au Québec. En France, toutes choses égales par ailleurs, les femmes sont plus enclines à se déclarer en mauvaise santé que les hommes. C'est l'inverse au Québec où les femmes ont moins de probabilité de se dire en mauvaise santé

DÉFINITIONS

Indicateurs

Santé perçue

France (EDS¹) : la santé perçue est évaluée à partir de la question suivante : « Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, médiocre, mauvaise ? ».

Québec (ESCC²) : l'adjectif « passable » remplace l'adjectif « médiocre ».

Maladies chroniques

France (EDS) : ensemble constitué des maladies déclarées (codées CIM-10) et encore présentes lors de la troisième visite. En raison des différences méthodologiques, les prévalences ne sont pas comparables.

Québec (ESCC) : dix problèmes de santé de longue durée (six mois ou plus) et diagnostiqués par un professionnel ont été retenus.

Limitations fonctionnelles

Vision : capacité à voir de près (par exemple, lire un journal) ou de loin (par exemple, reconnaître un visage à 4 m.) avec ou sans correction (lunettes ou verres de contact).

Audition : capacité à comprendre distinctement une conversation, avec ou sans correction (aide auditive).

Codification : les indicateurs relatifs à la vision sont assez comparables entre l'EDS et l'ESCC. Il en est de même pour ceux concernant l'audition bien que ces derniers soient plus précis dans l'ESCC.

Mobilité et dextérité

Mobilité : capacité à marcher sur une distance de 500 m. sans aide.

Dextérité : capacité à manipuler de petits objets.

Codification : outre la présence de limitations, l'EDS considère l'utilisation effective d'une aide technique (comme une canne, un fauteuil roulant) ou humaine, alors que l'ESCC considère le besoin d'aide (reçue ou non).

Soins personnels et activités de la vie domestique

Soins personnels : se laver, s'habiller, manger, prendre ses médicaments...

Activités de la vie domestique (AVD) : préparation des repas, tâches ménagères quotidiennes (ménage, lessives), courses et transactions (courses d'épicerie, paiement des comptes, prises de rendez-vous...)...

Codification : les soins personnels ont été regroupés en une seule variable. Selon les analyses, les AVD ont été présentées séparément ou regroupées en une catégorie « Ensemble des AVD ». Pour cette catégorie « Ensemble des AVD », nous avons hiérarchisé les réponses de la manière suivante pour la France : sans difficulté = aucune difficulté pour la préparation des repas, les tâches ménagères, les courses et les transactions ; difficulté sans aide = au moins une difficulté sans aide dans une de ces trois activités, mais pas de « difficulté avec aide » ; difficulté avec aide = au moins une difficulté avec aide dans une des trois activités ; n'a pas à le faire = au moins une réponse « n'a pas à le faire » dans une des trois activités. Le même principe de hiérarchisation a été appliqué pour le Québec. Pour chaque AVD, l'Enquête décennale santé explore la réalisation habituellement seul et sans difficulté de l'activité, ainsi que l'aide effectivement reçue ou non pour cette activité alors que l'ESCC interroge sur le besoin d'aide (ou non) à cause d'un problème de santé.

Caractéristiques sociodémographiques et économiques en bref

Niveau de scolarité : il s'agit du plus haut niveau de scolarité atteint.

Statut d'activité : en emploi, sans emploi, retraité ou en incapacité.

Revenu du ménage

France (EDS) : revenu annuel total par unité de consommation du ménage en quartiles.

Québec (ESCC) : 5 niveaux classés selon le revenu et le nombre de personnes dans le ménage.

Type de ménage : personne seule, couple avec enfant, couple sans enfant, parent seul avec enfant, autres ménages.

1 Enquête décennale santé 2002-2003.

2 Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes.

que les hommes compte tenu des autres variables.

L'impact des maladies est en revanche similaire...

Les liens entre l'état de santé et les dix maladies étudiées présentent au contraire de nombreuses similitudes: avoir une maladie augmente considérablement la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Même s'ils ne peuvent être comparés directement, les *odds ratios* sont très proches au Québec et en France pour la plupart des maladies, se situant autour de 2.

... sauf pour l'hypertension artérielle, les problèmes de thyroïde et le cancer

Parmi les différences observées, ni l'hypertension artérielle ni les problèmes de thyroïde ne figurent au rang des maladies associées à un mauvais état de santé en France, contrairement au Québec où les *odds ratios* sont significatifs. Les Québécois sont-ils mieux informés que les Français des risques associés à ces maladies? Le cancer au Québec se démarque également, les Québécois ayant un cancer étant beaucoup plus enclins à se dire en mauvaise santé que ceux qui n'en n'ont pas, toutes choses étant égales par ailleurs.

Malgré une mesure quelque peu différente dans les enquêtes étudiées, différences et

similitudes sont également à souligner pour les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités.

Certaines limitations fonctionnelles et restrictions d'activité n'ont d'impact qu'en France

Sur le plan des limitations fonctionnelles, la présence de problèmes de vision non corrigés, de même que les problèmes de dextérité ne sont associés à un plus mauvais état de santé qu'en France. En revanche, dans les deux pays, les difficultés à se déplacer conduisent à se déclarer plus souvent en mauvaise santé. Les résultats convergent également pour les troubles de l'audition qui ne sont associés à la mauvaise santé ni en France, ni au Québec.

Enfin, en ce qui concerne les restrictions d'activité, les difficultés pour les soins personnels ne sont là aussi associées à un mauvais état de santé qu'en France: les Français qui ont des difficultés pour leurs soins personnels et qui reçoivent de l'aide sont plus enclins à se considérer en mauvaise santé. Par ailleurs, en France comme au Québec, les difficultés associées aux activités domestiques sont des facteurs importants de la perception de l'état de santé: en France les *odds ratios* sont significatifs pour les personnes ayant des difficultés qu'elles reçoivent ou non de l'aide et au Québec, chez celles qui déclarent

avoir besoin d'aide. Les différences entre les modèles français et québécois pour les soins personnels et la dextérité sont certainement liées aux très faibles prévalences observées au Québec ainsi qu'à des modalités de recueil différentes.

* * *

Cette comparaison de la santé perçue et de ses déterminants en France et au Québec ouvre de nouvelles perspectives de recherche.

D'une manière générale, elle incite une fois de plus à la réflexion autour d'outils ou de méthodes permettant de comparer plus objectivement des états de santé.

Ces résultats mettent aussi en évidence une meilleure perception de certains états de santé par les Français (cancers, hypertension, maladies de la thyroïde). Quelles en sont les raisons? Aurions-nous trouvé de semblables différences en comparant la France avec d'autres pays?

Enfin, en France comme au Québec, cette étude mériterait d'être approfondie en introduisant des éléments sur les facteurs de risque, tels que la consommation d'alcool, l'usage du tabac, le poids ou l'activité physique et en élargissant la comparaison à d'autres maladies par exemple. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S., (2009). « La perception de la santé dans la population de 55 ans et plus et les caractéristiques de santé modulant cette perception en France et au Québec », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec (ISQ), n° 18, juin, 1-12.
- Desesquelles A.F., Egidi V., & Salvatore M.A. (2009). "Why Do Italian People Rate their Health Worse than French People Do? An Exploration of Cross-Country Differentials of Self-Rated Health." *Social Science Medicine* 68(6), 1124-1128.
- Idler E. L., Benyamini Y. (1997). "Self-Rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies." *Journal of Health Social Behavior* 38(1), 21-37.
- Jurgens H. (2007). "True Health vs Response Styles: Exploring Cross-Country Differences in Self-Reported Health". *Health Economics* 16(2), 163-178.
- Jylha M., Guralnik J.M., Ferrucci L., Jokela J. et Heikkinen E. (1998). "Is Self-Rated Health Comparable across Cultures and Genders?". *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(3), S144-S152.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris
www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07
Email: publications@irdes.fr
Directrice de la publication: Chantal Cases
Rédactrice en chef technique: Anne Evans
Relecteurs: Philippe Le Fur, Zeynep Or
Correctrice: Martine Broïdo
Maquettiste: Franck-Séverin Clérembault
ISSN: 1283-4769 • Abonnement annuel: 60 € par an
Prix du numéro: 6 €