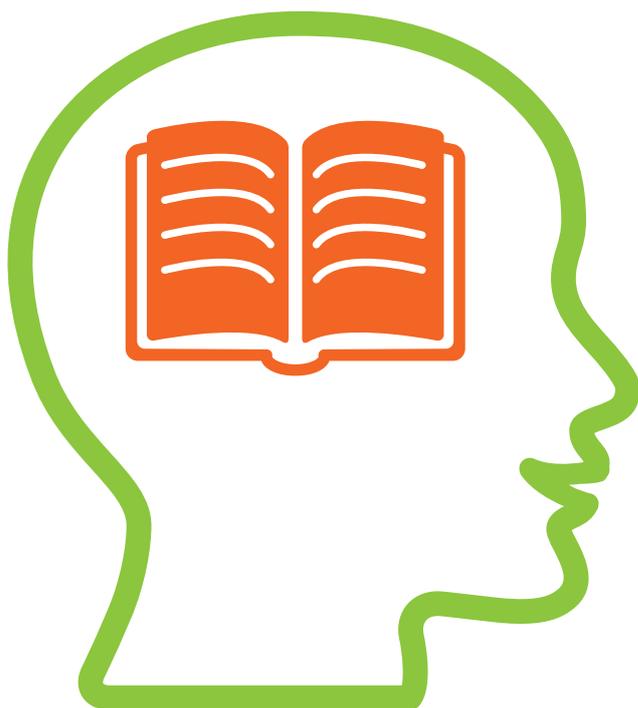




Quelle relation entre l'éducation, les compétences en littératie et l'état de santé perçu ?

- Les individus très instruits et très compétents sont plus susceptibles de s'estimer en meilleure santé que leurs pairs moins instruits et moins compétents, même lorsque la comparaison porte sur des individus présentant des caractéristiques contextuelles similaires.
- C'est aux États-Unis et en Norvège que la différence d'état de santé perçu associée au nombre d'années de scolarisation est la plus marquée, et en France, en Italie et en Suède qu'elle est la plus ténue. L'association la plus forte entre l'état de santé perçu et le niveau de compétences en littératie s'observe quant à elle en Autriche et aux États-Unis.
- Les différences observées entre les pays concernant la relation entre l'état de santé perçu et le nombre d'années de scolarisation, d'une part, et le niveau de compétences en littératie, d'autre part, semblent indiquer que les systèmes de soins de santé et de protection sociale jouent un rôle important dans les modalités d'association entre nombre d'années de scolarisation, compétences en littératie et santé.



La lutte contre la forte prévalence des problèmes de santé et des inégalités dans ce domaine est devenue l'une des priorités de l'action publique.

Les problèmes de santé représentent en effet non seulement un lourd fardeau pour ceux qui en souffrent, mais également pour les pouvoirs publics : selon de récentes estimations, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé s'élève à 9 % dans les pays de l'OCDE. En outre, des disparités considérables s'observent dans le domaine de la santé entre les différents sous-groupes de la population, les individus issus de milieux socio-économiques défavorisés et peu instruits étant disproportionnellement plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé.

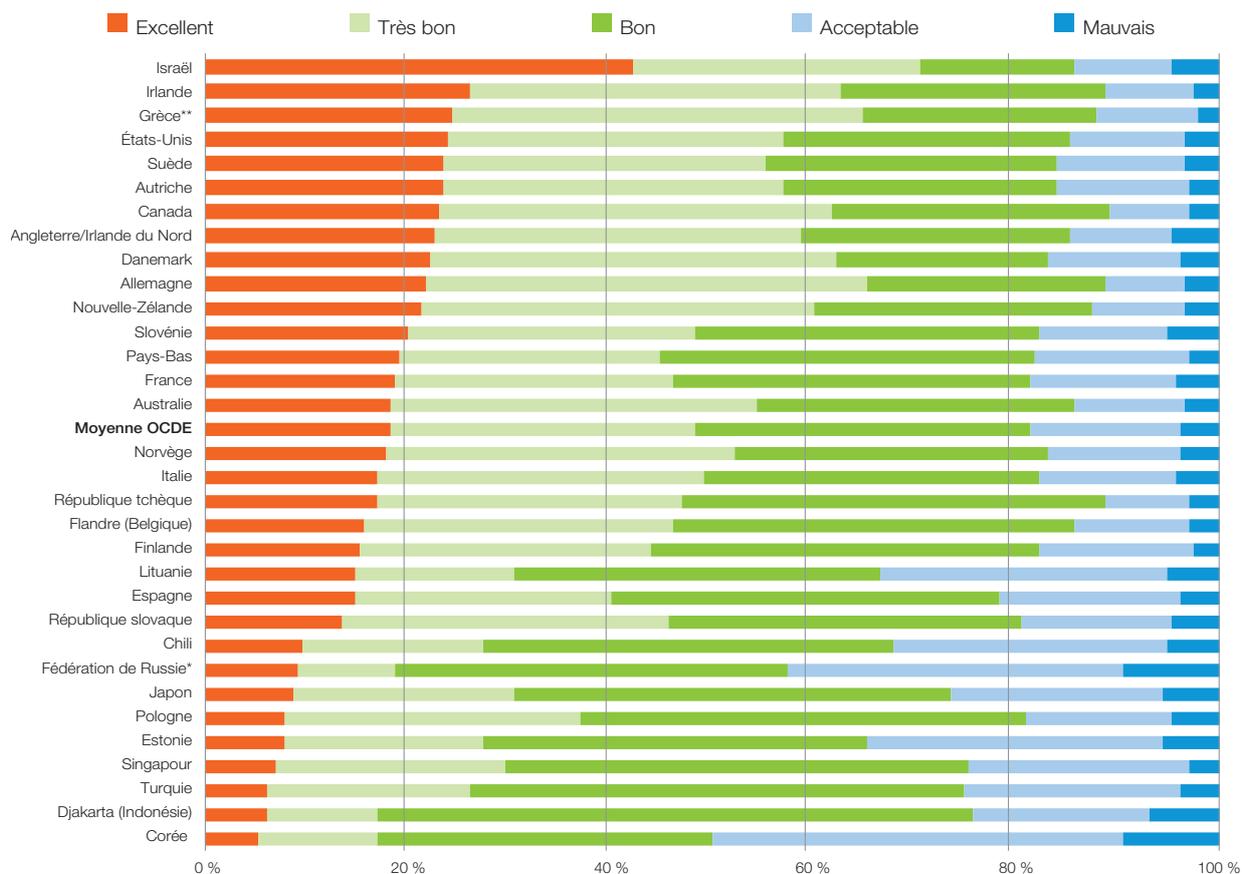
Les disparités en matière d'état de santé perçu ont un coût social et économique important

L'Évaluation des compétences des adultes (PIAAC) comprend des indicateurs détaillés du nombre d'années de scolarisation et du niveau de compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique. Cette évaluation recueille en outre des informations sur l'état de santé perçu, qu'elle mesure à l'aide de la question suivante : « Comment jugez-vous votre état de santé à l'heure actuelle ? », pour laquelle les répondants se voient proposer 5 possibilités de réponse : « excellent », « très bon », « bon », « acceptable » et « mauvais ». L'état de santé perçu est une variable prédictive importante de la mortalité, de l'apparition d'un handicap ou des niveaux de stress.

En moyenne, seuls 4.1 % environ des participants âgés de 25 à 65 ans déclarent être en mauvaise santé, tandis que 18 % affirment être en excellente santé. La majorité

des répondants s'estiment en bonne ou en très bonne santé (33 % et 30 %, respectivement). L'état de santé perçu varie toutefois considérablement entre les pays et tend à se détériorer avec l'âge. Ainsi, en Corée, environ 9 % des 25-65 ans déclarent être en mauvaise santé, contre 2 % environ de ce groupe d'âge en Grèce. De même, au Chili, en Corée, à Djakarta (Indonésie), en Estonie, en Fédération de Russie, au Japon, en Pologne, à Singapour et en Turquie, moins de 10 % des répondants s'estiment en excellente santé, contre près de 26 % en Irlande et 42 % en Israël. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, 26 % des 16-34 ans se déclarent en excellente santé, et 1 % environ seulement, en mauvaise santé. À l'inverse, parmi les 55-65 ans, 9 % se disent en excellente santé, et un pourcentage similaire, en mauvaise santé.

Graphique 1 / État de santé perçu dans les pays participant à l'Évaluation des compétences des adultes



Remarques :

Pourcentage d'individus âgés de 16 à 65 ans, selon le niveau d'état de santé perçu.

Les pays et économies sont classés par ordre décroissant du pourcentage de la population âgée de 16 à 65 ans s'estimant en excellente santé.

* L'échantillon de la Fédération de Russie n'inclut pas la population de la municipalité de Moscou.

** Les données de la Grèce incluent un nombre important de cas (1 032 sur 4 925) pour lesquels on dispose de réponses au questionnaire de base, mais pas à l'évaluation.

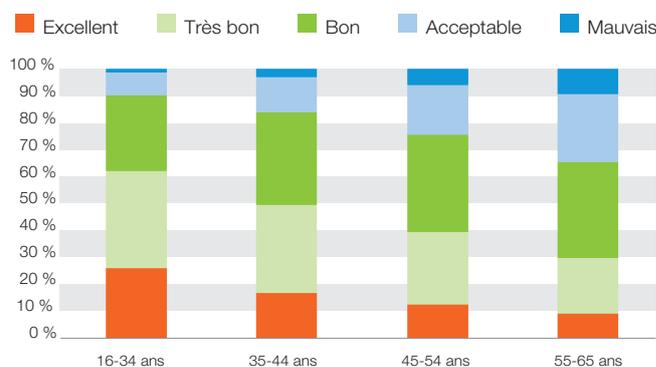
Source : OCDE, Évaluation des compétences des adultes (2012, 2015), www.oecd.org/skills/piaac/publicdataandanalysis.



Les individus plus instruits et compétents se disent en général en meilleure santé que leurs pairs moins instruits et compétents...

Les individus plus instruits sont plus susceptibles de se déclarer en meilleure santé que leurs pairs moins instruits, même après contrôle de différentes caractéristiques contextuelles individuelles. Après contrôle de ces caractéristiques, l'intensité de l'association entre le nombre d'années de scolarisation, le niveau de compétences en littératie et l'état de santé perçu est certes atténuée, mais reste forte et statistiquement significative. L'intensité de la relation entre l'état de santé perçu et le nombre d'années de scolarisation, d'une part, et le niveau de compétences en littératie, d'autre part, diffère toutefois sensiblement entre les pays. Lorsque la comparaison porte sur des individus présentant des caractéristiques socio-économiques et démographiques similaires, c'est au Chili, au Danemark, en Estonie, aux États-Unis, en Grèce, en République slovaque, en République tchèque et en Slovénie que la différence d'état de santé perçu associée au nombre d'années de scolarisation est la plus marquée, et en Espagne et en France qu'elle est la plus ténue. De même, c'est en Autriche et aux États-Unis que la relation entre le niveau de compétences en littératie et l'état de santé perçu

Graphique 2 / L'état de santé perçu se détériore avec l'âge



Remarque : Ce graphique montre le pourcentage d'individus percevant leur état de santé comme excellent, très bon, bon, acceptable ou mauvais (moyenne OCDE).

Source : OCDE, Évaluation des compétences des adultes (2012, 2015), www.oecd.org/skills/piaac/publicdataandanalysis.

est la plus forte, alors qu'elle est inexistante en Grèce, en Italie et en République tchèque après contrôle du nombre d'années de scolarisation et d'autres caractéristiques individuelles.

... mais l'intensité de ces relations diffère sensiblement entre les pays...

Aucun lien de causalité ne peut être établi sur la simple base de l'observation de corrélations entre le nombre d'années de scolarisation, les compétences cognitives et l'état de santé perçu. Toutefois, la variation entre les pays de l'intensité de l'association entre l'état de santé perçu et le nombre d'années de scolarisation, d'une part, et le niveau de compétences en littératie, d'autre part, confirme l'hypothèse selon laquelle ces associations pourraient dépendre du contexte. Le volume des ressources investies dans l'offre de soins de santé, l'organisation des systèmes de santé, le niveau de développement économique et le niveau de cohésion sociale dont jouissent les différentes communautés peuvent non seulement déterminer à l'échelle globale l'état de santé et le bien-être de la population, mais également avoir d'importantes répercussions en termes de répartition. Ces facteurs peuvent en effet non seulement influencer sur l'accès aux ressources, mais également sur les compétences cognitives que les individus doivent mobiliser lors de leurs choix de mode de vie et de leurs interactions avec les prestataires de santé.

Une conclusion importante se fait jour : les associations entre l'état de santé perçu et le nombre d'années de scolarisation, d'une part, et le niveau de compétences en littératie, d'autre part, sont liées, mais distinctes d'un point de vue à la fois empirique et conceptuel.

Dans environ la moitié des pays à l'étude, les relations entre l'état de santé perçu et le nombre d'années de scolarisation, d'une part, et le niveau de compétences en littératie, d'autre part, sont toutes deux fortes ou faibles, indiquant un niveau élevé de disparités ou d'égalité dans l'état de santé perçu parmi les individus présentant différents niveaux d'instruction et de compétences en littératie. Dans d'autres pays, toutefois, la relation entre le nombre d'années de scolarisation et l'état de santé perçu (après contrôle du niveau de compétences en littératie) est forte, tandis que celle entre le niveau de compétences en littératie et l'état de santé perçu (après contrôle du nombre d'années de scolarisation) est faible, et vice versa. Dans les pays où l'association entre le nombre d'années de scolarisation et l'état de santé perçu (après contrôle du niveau de compétences en littératie) est forte – et où celle entre le niveau de compétences en littératie et l'état de santé perçu est faible –, l'accès aux ressources peut entraîner des inégalités dans le domaine de la santé. Dans les pays où l'association entre le niveau de compétences en littératie et l'état de santé perçu (après contrôle du nombre d'années de scolarisation) est forte – et où celle entre le nombre d'années de scolarisation et l'état de santé perçu est faible –, les disparités peuvent être davantage liées à la capacité (ou à l'incapacité) de trouver et de traiter les informations de façon pertinente.

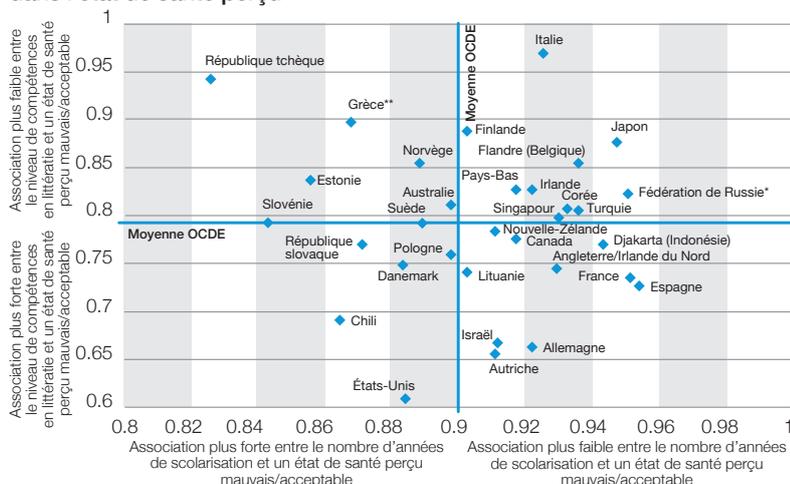
... ainsi que les facteurs qui déterminent ces associations

Dans les pays où la part du PIB consacrée aux dépenses de santé est plus élevée, la relation entre le niveau de compétences en littératie et l'état de santé perçu tend à être plus forte. Cette relation peut être en lien avec les différents types de caractéristiques organisationnelles et de dispositifs de financement pratiqués dans les pays où les dépenses de santé sont plus élevées. Dans ces pays, l'offre de services de soins de santé tend à s'inscrire dans une logique de marché, configuration qui peut être synonyme pour les individus d'une charge supplémentaire, puisqu'ils doivent trouver eux-mêmes les informations et les utiliser à bon escient pour faire des choix pertinents. Ainsi, aux États-Unis, le système de santé et de protection sociale impose aux individus de faire certains choix, comme la sélection d'un régime d'assurance-maladie ou d'un prestataire de santé, qui peuvent avoir une incidence sur leur santé. Ce type de système donne certes aux individus une plus grande liberté de choix et d'action, mais il requiert également qu'ils aient les compétences nécessaires pour leur permettre de trouver et de traiter les informations pertinentes, et d'agir en conséquence. Les systèmes où l'offre de soins de santé s'inscrit dans une logique de marché partent implicitement du principe que les individus ont un niveau élevé de compétences en littératie ; il peut donc y être plus difficile de répondre efficacement aux besoins de santé des individus n'ayant pas les compétences cognitives adéquates.

Il existe une relation entre éducation et santé dans tous les pays, même après contrôle des compétences cognitives. L'intensité de cette relation, après contrôle de toute différence de compétences cognitives entre les individus en fonction de leur nombre d'années de scolarisation, est un indicateur probant de la mesure dans laquelle le statut social permet à certains individus d'accéder (de façon privilégiée) à certains biens et services, tels que

de bons soins de base ou spécialisés, un temps d'attente réduit pour les interventions majeures, ou un logement dans un quartier sûr offrant une bonne qualité de l'air et des espaces ouverts où faire de l'exercice. Elle peut également révéler les différences de perspectives professionnelles dont jouissent les individus en fonction de leur niveau d'instruction dans les différents pays, ainsi que d'autres facteurs, tels que le stress au travail et le sentiment de contrôle, qui peuvent avoir une incidence négative sur la santé des individus issus de milieux sociaux défavorisés.

Graphique 3 / Variation entre les pays des gradients relatifs au nombre d'années de scolarisation et au niveau de compétences en littératie dans l'état de santé perçu



Remarque : Ce graphique montre les rapports de cote de la variation d'un état de santé perçu mauvais/acceptable associés à une différence d'une année de scolarisation et de 50 points de score sur l'échelle PIAAC de compétences en littératie, après contrôle du sexe, de l'âge (série d'indicateurs par tranches d'âge de 10 ans), du niveau de formation des parents du répondant (au moins un parent diplômé de l'enseignement tertiaire), de la situation du répondant au regard de l'emploi (actif occupé) et de son statut au regard de l'immigration (né dans le pays de l'évaluation).

* L'échantillon de la Fédération de Russie n'inclut pas la population de la municipalité de Moscou.

** Les données de la Grèce incluent un nombre important de cas (1 032 sur 4 925) pour lesquels on dispose de réponses au questionnaire de base, mais pas à l'évaluation.

Source : OCDE, Évaluation des compétences des adultes (2012, 2015), www.oecd.org/skills/piaac/publicdataandanalysis.

Pour conclure



La réduction des inégalités de santé liées aux différences de niveau d'instruction et de compétences cognitives, en particulier dans les systèmes n'offrant pas de prestation universelle des soins de santé, nécessite que tous les individus aient au moins un niveau de compétences de base en littératie qui leur permette de comprendre les informations liées à leur santé et de prendre des décisions pertinentes dans ce domaine.

> CONTACT :

Francesca Borgonovi (francesca.borgonovi@oecd.org)

> POUR EN SAVOIR PLUS :

Borgonovi F. et A. Pokropek (2016), « Education and self-reported health: Evidence from 23 countries on the role of years of schooling, cognitive skills and social capital », *PLoS ONE*, vol. 11/2, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149716>.

> VISITER :

www.oecd.org/site/piaac

Indicateurs de l'éducation à la loupe - PISA à la loupe - L'enseignement à la loupe

L'Évaluation des compétences des adultes est un produit du Programme de l'OCDE pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PIAAC).

Ce document est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions qui y sont exprimées et les arguments qui y sont employés ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte 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.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.