

03

Comment nous y
parviendrons et ce
que nous apprécions :
les arguments en faveur
d'une mesure du bien-être

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'OMS considère que la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », mais qu'elle est également « un état de complet bien-être physique, mental et social » (5). Néanmoins, depuis plus de 60 ans, l'OMS n'a ni mesuré ni décrit le bien-être, mais s'est plutôt concentrée sur la mortalité, la maladie et les incapacités. Même si la fonction de contrôle fait clairement partie du mandat fondamental de l'Organisation, celle-ci doit nouer des partenariats avec d'autres institutions pour décrire le bien-être des populations en Europe et mesurer les progrès réalisés en vue de son accroissement, dans le contexte de Santé 2020. Comme décrit dans le chapitre 2, la Région a atteint un consensus sur un objectif à long terme : améliorer la santé et accroître le bien-être des populations européennes pour 2020. Par ailleurs, le bien-être est un levier important permettant d'établir une vision intégrée de la santé et à cette occasion, de la relier à la gouvernance tout en veillant à ce que la santé demeure incluse dans tous les programmes d'action politique.

L'OMS/Europe a rassemblé un groupe d'experts en février et juin 2012 afin d'examiner, de discuter et d'émettre des recommandations à propos des différentes définitions du bien-être et des cadres s'y appliquant (59,60), pour lesquels on a consenti de nombreux efforts complémentaires et apporté beaucoup de contributions récentes. Ce chapitre offre une feuille de route en vue de l'élaboration d'une cible et d'indicateurs européens sur le bien-être et la santé, et présente un processus susceptible d'accroître la clarté du concept et l'utilité des informations sur la santé et le bien-être pour les responsables politiques. Il entend répondre aux questions suivantes :

- Qu'entendons-nous par « bien-être » ?
- Pourquoi est-il important pour la santé ?
- Pourquoi les autorités publiques et les sociétés européennes s'intéressent-elles à la santé et au bien-être ?
- Comment peut-on mesurer les niveaux de bien-être ?
- Sur quoi pouvons-nous nous appuyer ?
- Quels sont les défis auxquels nous confronte la mesure de la santé et du bien-être ?
- Où en sommes-nous à présent ?
- Comment pouvons-nous utiliser ces informations pour améliorer la santé et accroître le bien-être ?

Qu'entendons-nous par « bien-être » ?

Qu'est-ce qui fait qu'une vie est agréable ? C'est là l'une des discussions morales élémentaires communes à toutes les traditions philosophiques. Quel que soit

le pays, nous nous accordons en général sur une définition d'ensemble, c'est-à-dire sur les ingrédients minimaux du bien-être. Les choses qui comptent dans nos vies sont aussi étonnamment constantes, ce qui montre que ce que nous apprécions ne change pas facilement, même si la détermination des domaines ou composantes importantes demeure un exercice normatif, qui fait appel aux différentes notions de la nature de base du bien-être (son ontologie) et à la façon dont on peut acquérir sa connaissance (son épistémologie). Pour qui veut définir le bien-être, la première difficulté consiste à clarifier ces différents concepts et ce qu'ils supposent.

Les éléments du bien-être objectif comprennent notamment les conditions de vie des personnes et les possibilités de réaliser leur potentiel, qui doivent être équitablement réparties entre tous, sans discrimination d'aucune sorte. La possibilité équitable de jouir d'une bonne santé fait partie du bien-être objectif. Le bien-être subjectif, lui, provient notamment des expériences vécues par les individus dans leur vie propre. À partir de ces éléments, le bien-être a été conçu soit comme un ensemble composé de différentes pièces constitutives, soit comme un concept en lui-même.

Les recommandations sur l'évaluation du fonctionnement et des aptitudes, émises par la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social (61), illustrent l'approche de l'ensemble composé : elles font appel à une épistémologie objective et utilisent des outils de mesure et des indicateurs objectifs également, tels que les revenus, le niveau d'instruction ou le taux de mortalité. Cette approche considère la santé comme un élément de l'ensemble composé que constitue le bien-être. Dans un important corpus de recherches (61-63), le bien-être est défini comme une fonction des opportunités de la vie et des réalisations. Multidimensionnel, il reflète le fonctionnement des personnes, ou « l'épanouissement de certaines fonctions humaines normales » (64) – telles que la consommation et la sécurité personnelle, de même que leurs aptitudes – les conditions objectives dans lesquelles les choix sont opérés et qui façonnent les aptitudes des personnes à transformer les ressources en objectifs donnés, tels que la santé.

En revanche, pour l'approche conceptuelle, la méthode ontologique est généralement liée à une épistémologie subjective : la connaissance du bien-être s'acquiert par les déclarations des personnes sur leurs perceptions personnelles. Cette association d'ontologie et d'épistémologie est souvent nommée bien-être subjectif : ce qui importe est ce que nous ressentons. En dépit du large débat existant sur le contenu et l'utilité des éléments subjectifs du bien-être, la prise en compte des sentiments et des déclarations des personnes (et non seulement des éléments objectifs) apporte des informations pouvant être discutées politiquement. Il n'en reste pas moins que lorsqu'elles appliquent et évaluent une politique, les autorités publiques sont plus aisément tenues pour responsables des conditions objectives.

Les sentiments et expériences personnels peuvent être décrits de diverses façons. Une nouvelle étude de l'OCDE (65) décrit trois composantes distinctes, qui toutes fournissent d'importantes informations et constituent le bien-être subjectif :

- le bien-être hédonique – autoperceptions d'autonomie, compétence, but de vie, locus de contrôle ;
- les états positifs et négatifs – expériences de joie, de bonheur, d'anxiété, de tristesse ;
- l'évaluation de la vie – une évaluation réfléchissante.

Il existe d'autres modèles conceptuels avec des suppositions sous-jacentes différentes. En outre, le bien-être est aussi envisagé comme un état et un processus dynamique : une définition et un itinéraire pouvant emprunter des chemins. Les cadres de pensée mêlent parfois tous ces aspects.

La définition des composantes ou éléments du bien-être est une étape importante sur la voie de la clarté conceptuelle et opérationnelle. La cartographie des processus et des chemins menant à l'état de bien-être permet de déterminer les points d'entrée potentiels pour des actions visant à accroître le bien-être général et à améliorer sa répartition au sein d'une population.

Pourquoi est-il important pour la santé ?

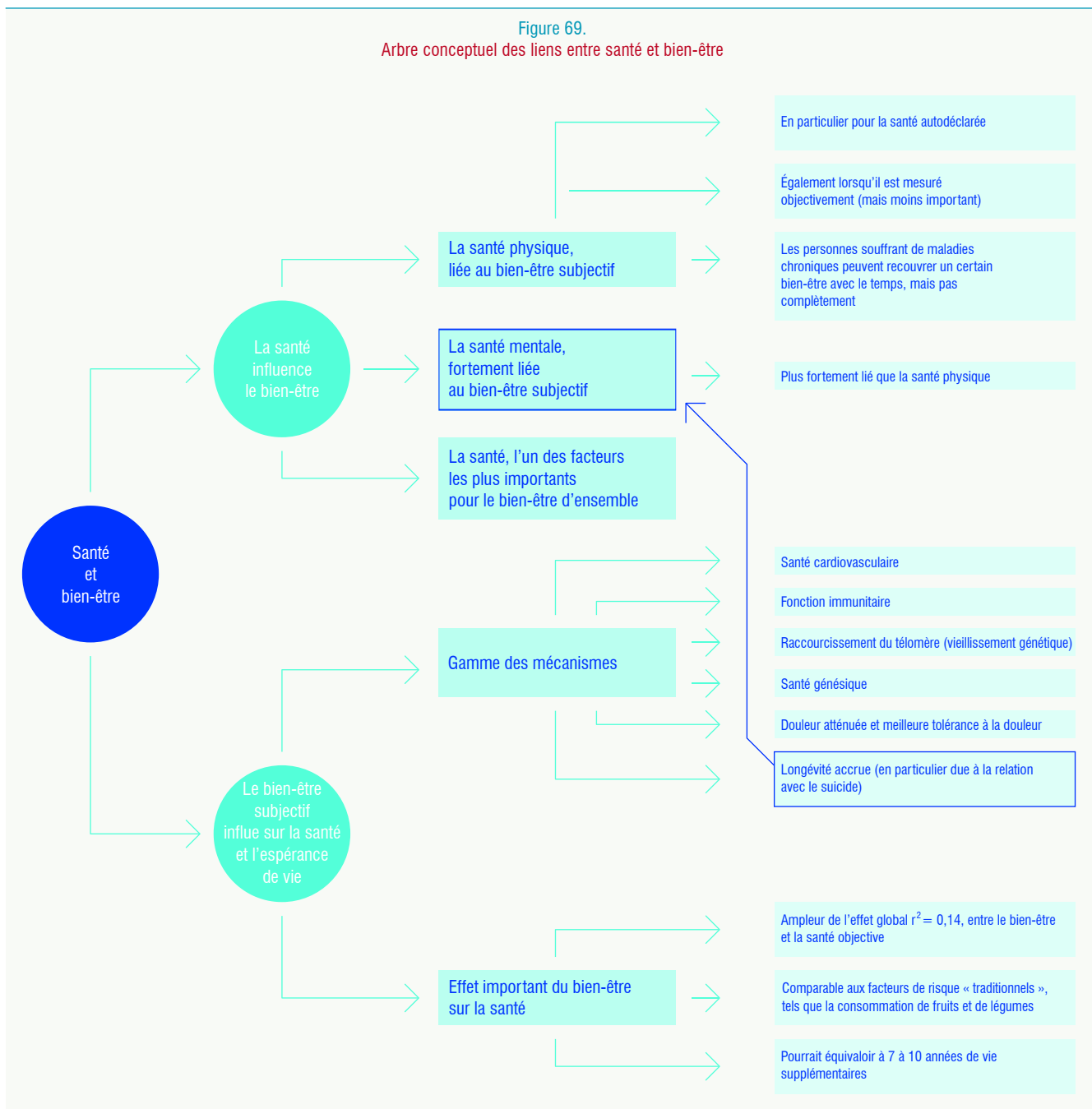
Dans toute l'Europe, les décideurs politiques, les spécialistes de la santé publique et les populations reconnaissent que le bien-être englobe la santé, et que la santé est un élément essentiel, sinon indispensable, pour le bien-être. La définition de la santé par l'OMS ne doit pas être utilisée pour signifier que la santé et le bien-être sont synonymes, mais plutôt pour indiquer que la santé – notamment ses aspects physiques, mentaux et sociaux – importe pour se sentir bien.

Il sort du propos de ce rapport d'établir une vue d'ensemble des relations entre santé et bien-être. Cependant, un arbre conceptuel permet d'illustrer les liens entre les concepts (figure 69).

Celui-ci tire parti des études récentes dressant un panorama des données scientifiques existant sur le bien-être, telles que celles qu'a réalisées la New Economics Foundation (66), ou celles qui sont ressorties de la discussion d'un groupe d'experts réuni par l'OMS/Europe (60). La santé physique aussi bien que mentale influence le bien-être : en effet, la santé est l'un des facteurs influençant le plus le bien-être global. La relation entre fonctionnement physique et bien-être

n'est pas aussi forte, ce qui prouve peut-être précisément l'intérêt de mesurer le bien-être subjectif. Cette mesure capture les perceptions (telles que la douleur), ce que les mesures biologiques traditionnelles ne font pas (67). La relation entre santé et bien-être fonctionne dans les deux sens : en effet, le bien-être influence de manière importante l'état de santé futur, à travers une série de mécanismes tels

Figure 69.
Arbre conceptuel des liens entre santé et bien-être



Encadré 17.

Signification du bien-être, importance de celui-ci pour la santé et stabilité dans les populations – principaux constats

- L'une des approches considère que le bien-être est assuré lorsque les besoins objectifs fondamentaux des personnes sont satisfaits et lorsqu'elles peuvent mettre à profit leurs aptitudes ; une autre approche du bien-être est centrée sur les perceptions subjectives des personnes.
- La santé peut être conçue comme une part du bien-être, dont elle est à la fois un déterminant et un résultat.
- Des valeurs communes à toute l'Europe augmentent la possibilité de disposer d'une cible régionale de santé et de bien-être.

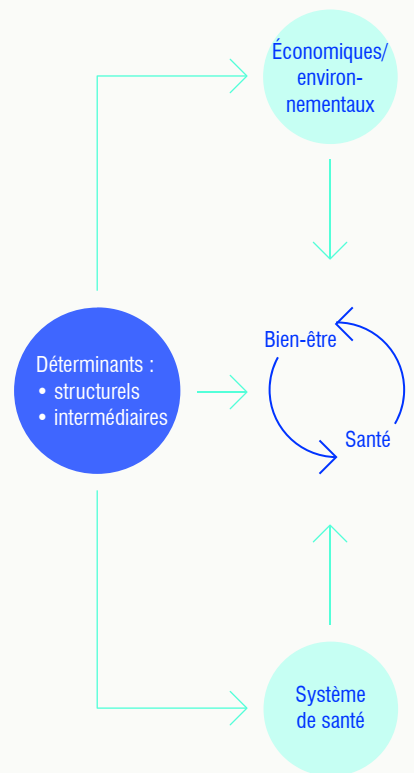
que le système immunitaire ou les réactions au stress (68). Les études actuelles indiquent que le bien-être exerce un effet substantiel (bien que variable) sur la santé, et que cet effet est comparable à celui d'autres facteurs tels qu'une alimentation saine, qui sont plus fréquemment ciblés par les interventions de santé publique (69).

En outre, la recherche montre que les relations entre les différentes sphères du bien-être fonctionnent dans les deux sens : il est clair que la santé influence le bien-être général, mais le bien-être est également un indicateur de bonne ou de mauvaise santé dans l'avenir. Le bien-être et la santé sont des concepts interactifs, possédant certains déterminants communs, comme le système de santé. Les autres déterminants sont le contexte politique, économique et social d'ensemble, et des facteurs intermédiaires tels que le degré de stratification sociale ou les niveaux d'exposition, qui peuvent augmenter ou réduire les vulnérabilités. La figure 70 montre une autre manière de conceptualiser ces relations, tout en les liant au rôle du système de santé.

Les discussions avec des représentants des États membres européens et des experts techniques, pendant la consultation menée au sujet de Santé 2020, ont fait apparaître des données qualitatives indiquant que les populations de la Région européenne accordent de la valeur à la santé et souhaitent réduire le plus possible les maladies : elles portent un regard positif sur la cohésion sociale et l'inclusion, en tant que déterminants généraux de la santé et du bien-être, qui offrent à tous une chance égale de santé. Elles reconnaissent aussi la valeur de la sécurité, qui a un rapport avec la santé dans le contexte du bien-être. Les valeurs communes au sein de l'Europe augmentent la possibilité de disposer d'une cible régionale de santé et de bien-être.

Bien sûr, d'autres domaines du bien-être comptent ou sont considérés comme une valeur. Néanmoins, il est nécessaire d'être totalement d'accord ou de posséder une définition stable du bien-être pour élaborer des moyens permettant de l'accroître, et finalement, de le mesurer et d'effectuer un suivi.

Figure 70.
Santé et bien-être :
panorama des déterminants



Pourquoi les autorités publiques et les sociétés européennes s'intéressent-elles à la santé et au bien-être ?

Améliorer – ou, au moins, préserver – le bien-être fait partie du contrat social entre les pouvoirs publics et les personnes qu'ils représentent. Aucun secteur ou administration particulière n'est responsable de la garantie de vivre une

vie agréable. Celle-ci relève d'un concept multidimensionnel influencé par de multiples déterminants. L'amélioration du bien-être de la population peut être une plate-forme pour établir un programme d'action commun, avec une approche pangouvernementale impliquant tous les secteurs et tous les acteurs concernés. Les ministères et ministres de la Santé savent tous que le bien-être entre dans la définition de l'OMS de la santé. Comme on l'a noté, certains déterminants du bien-être sont également des déterminants de la santé.

Outre les pouvoirs publics, les principaux acteurs s'intéressant au bien-être sont les groupes de la société civile, les groupes de patients, les professionnels du bien-être et de la promotion de la santé, et les médias. Divers groupes – gouvernementaux et non gouvernementaux, publics et privés – tentent d'influencer le processus d'élaboration des politiques et/ou les programmes d'un ou de plusieurs secteurs, afin d'augmenter le bien-être des personnes et de la société en général. Au cours des dix années passées, l'objectif d'accroissement du bien-être de la population islandaise a créé les conditions favorables à des actions visant à mesurer les progrès accomplis au niveau national et à influencer les politiques dans les différents secteurs gouvernementaux (encadré 18). La suite de ce chapitre expose les questions et les difficultés à prendre en considération, et les méthodes pour y parvenir au cours des quelques prochaines années.

Comment peut-on mesurer les niveaux de bien-être ?

Pour accroître durablement le bien-être, il est nécessaire de décrire en détail ce que le bien-être comprend et de savoir le mesurer. Les chercheurs, les organisations, les autorités publiques et autres organismes ont recours à diverses approches différentes pour décrire les aspects ou les domaines qui composent le bien-être et ce qui pour chacun d'entre eux, doit être mesuré. Certains sont favorables à des mesures objectives, par exemple de la qualité de l'air ou du niveau de déficience auditive, qu'elles soient réalisées par des appareils scientifiques externes ou par les personnes elles-mêmes en réponse à un questionnaire ou un entretien. D'autres penchent pour des mesures subjectives : par exemple, la satisfaction envers un aspect particulier de l'existence, comme l'emploi ou la qualité de l'environnement. Certaines mesures sont quantitatives, d'autres comportent une évaluation qualitative.

Les experts techniques conviennent qu'il est probable que le concept multidimensionnel du bien-être soit utilisé pour l'élaboration des politiques, car il est plus facile à interpréter. Si l'on constitue un indice à partir de différents

éléments ou domaines, chaque partie (niveau) et sa valeur (poids) doivent être transparentes et être interprétées aussi séparément.

Différentes méthodologies et outils sont utilisés pour collecter les informations requises pour la mesure de chaque domaine. L'enquête est l'un des plus courants ; elle consiste généralement à répondre à des questions spécifiques. Un très grand nombre d'instruments normalisés ont été mis au point pour fournir des informations supplémentaires sur le bien-être associé à un type particulier de morbidité, de maladie ou d'incapacité. Ces informations sont souvent utilisées lors des essais cliniques, dans le cadre des résultats évalués à la suite de traitements nouveaux ou différents. D'autres instruments normalisés, tels que les enquêtes téléphoniques ou postales, sont également

Encadré 18.

Étude de cas : accroître le bien-être en Islande – 6 étapes liant évaluation et interventions pour plus de bien-être

1. Décider de mesurer le bien-être

Au cours des dix années passées, l'Islande a accordé une attention accrue à l'amélioration du bien-être. En conséquence, on a constaté une hausse de l'intérêt pour l'évaluation de l'état de bien-être et la recherche d'éventuelles interventions pouvant réussir à l'augmenter au plan individuel aussi bien que social.

Inspirées par des études axées sur le bien-être d'un point de vue épidémiologique (telles que Huppert et al. (70)) et soulignant le besoin d'une mesure de la santé mentale positive (Stewart-Brown (71)), les autorités en charge de la santé publique en Islande se sont beaucoup intéressées à la mesure du bien-être au niveau de la population. Elles étaient désireuses d'explorer aussi bien le bien-être que les déterminants de la santé, dont les recherches ont révélé qu'ils n'étaient pas nécessairement équivalents (Wilkinson & Marmot (72), Huppert (73)).

2. Choix de méthodes et de processus incluant les acteurs concernés, et collecte d'informations

Lorsque l'Institut de la santé publique d'Islande (qui a été inclus dans la Direction de la santé en 2011) a décidé de mettre en place une enquête nationale sur la santé et le bien-être en 2007, il a fallu constituer un module sur ce sujet. Un groupe d'experts a été réuni afin de décider quelles mesures déjà publiées devaient y figurer :

- une simple mesure du bonheur ;
- l'indice (en cinq points) de bien-être de l'OMS (WHO-5) (74) ;
- l'Échelle de satisfaction de vie (SWLS, pour *Satisfaction With Life Scale*), créée par Diener et al. (75) ;
- une version abrégée de l'Échelle de stress perçu (PSS, pour *Perceived Stress Scale*), créée par Cohen et al. (76) ;

- la version abrégée de l'Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS, pour *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*), créée par Stewart-Brown et al. (77), qui a été spécialement traduite pour les besoins du groupe, et utilisée depuis lors comme principal outil de mesure du bien-être dans les politiques publiques.

Toutes ces mesures ont été intégrées dans l'étude sur la santé et le bien-être de 2007, qui a été reconduite en 2009 et en 2012. Pour réaliser les deuxième et troisième vagues de l'étude, de nouvelles échelles ont été ajoutées, telles que le questionnaire sur le sens de la vie, de Steger et Samman (78), de même que de nouvelles questions sur le bien-être fondées sur le cadre conceptuel de Huppert et So pour une définition de cette notion (79).

3. Dispositions visant à s'assurer que l'évaluation correspond au contexte actuel

Lorsque le système bancaire de l'Islande s'est effondré, en octobre 2008, les autorités de santé publique ont décidé de mener une nouvelle étude pour évaluer l'impact de la crise économique sur le bien-être des Islandais. Le protocole comprenait la simple mesure du bonheur et les échelles WEMWBS et PSS.

4. Présentation et communication des résultats

Une analyse de l'impact de la crise économique en Islande, qui utilisait les données issues d'études sur la santé et le bien-être d'une part, l'économie et le bien-être d'autre part, éclairait les constats (Gudmundsdottir (80)). Les résultats de l'enquête ont été présentés durant un séminaire ouvert, qui comportait une discussion avec le ministre du Bien-être et le chef de projet en charge des études. Les intervenants ont débattu du type de société qui pourrait accroître le bien-être de la population, et souligné les points suivants :

- de bonnes relations sociales – la qualité des relations avec la famille et les amis, ainsi que le temps passé avec la famille – est la variable qui prédit le mieux le bonheur ;
- la difficulté à atteindre ses objectifs est la variable qui prédit le mieux le sentiment de malheur ;
- les sous-groupes de population qui estiment difficile d'atteindre leurs objectifs ne recourent pas le groupe des chômeurs ou de ceux qui présentent les revenus les plus bas.

Les médias (presse, radio et télévision) ont accordé une très large attention aux résultats et aux réactions du ministre.

5. Dispositions pour assurer un impact sur les responsables politiques et la politique

La décision de mesurer le bien-être au plan national a touché les politiques de santé de même que les politiques pansociétales. Ces mesures ont été utilisées comme indicateur dans la politique Santé 2020 de l'Islande, et dans le cadre d'une politique plus large appelée Islande 2020, menée par le Premier ministre (81) : il s'agit d'une politique gouvernementale sur l'économie et la population. Par ailleurs, le ministre du Bien-être s'est montré très intéressé par les résultats et a donné des exemples positifs de la manière dont on pourrait en tenir compte dans l'élaboration des politiques futures.

6. Préparation de l'avenir

Comme on l'a démontré, les indicateurs du bien-être sont déjà utilisés pour suivre les politiques en Islande, où plusieurs actions visent à accroître le bien-être. Il est donc nécessaire de poursuivre le suivi du bien-être de la population et de développer davantage la mesure du bien-être mental pour que celle-ci soit plus complète.

très répandus dans toute l'Europe, afin de collecter des informations auprès de la population.

Pour appuyer l'élaboration d'un concept et d'une approche commune pour la mesure du bien-être au niveau de la population de la Région européenne, le Bureau régional a entrepris une revue systématique de la littérature scientifique traitant d'outils validés de mesure du bien-être. La recherche a porté sur six concepts principaux : le bien-être, les outils de mesure, les propriétés de la mesure, la population générale, les études d'observation et la littérature scientifique soumise à un examen critique collégial. Elle a reposé sur l'exploitation de bases de données couvrant la littérature dans les domaines des sciences biomédicales, de la psychologie et de l'économie. Quelque 3 200 articles publiés ont été retenus, parmi lesquels 160 contenaient des informations sur les indicateurs et les mesures. Les principales conclusions sont exposées dans l'encadré 19.

Par ailleurs, la revue de littérature a montré que chaque instrument ou outil mesure différents ensembles d'aspects du bien-être, ce qui correspond à des différences implicites dans la conception de cette notion et de sa mesure.

Deux questionnaires brefs sont largement utilisés pour effectuer un suivi du bien-être dans et entre les populations : il s'agit de l'Échelle de Cantril et de l'Indice du bien-être personnel (tableau 5). Tous deux fournissent des mesures de la santé autodéclarée, de la santé perçue et du bien-être.

Encadré 19.

Principales conclusions de la revue de la littérature scientifique par l'OMS, en vue de mesurer le bien-être

- Il existe de nombreuses définitions de la santé du point de vue du bien-être ; c'est pourquoi une plus grande clarté conceptuelle est nécessaire.
- Le bien-être est souvent traité comme s'il était synonyme de qualité de vie et de bonheur.
- Dans les diverses descriptions des outils utilisés, la distinction entre mesures objectives et subjectives est souvent incorrecte, ou n'est pas réalisée en fonction de la technique de mesure (les données par exemple, sont-elles autodéclarées ou évaluées/mesurées en externe ?).
- Les domaines les plus couramment couverts par tous ces outils sont l'économie, la santé, l'éducation, la société/entourage et l'environnement.
- Au sein des différents domaines considérés, il n'existe pas de systématisme concernant les types de questions posées ou les aspects évalués.
- La grande majorité des outils sont conçus pour des situations cliniques particulières : seul un nombre limité d'entre eux permet de mesurer le bien-être au niveau de toute la population.

Tableau 5.
Questions typiques de l'Échelle de Cantril et de l'Indice du bien-être personnel

| Question | Échelle utilisée | Source/utilisateur |
|---|---|-------------------------------|
| Quel est votre degré de satisfaction par rapport à votre vie dans son ensemble ? | Échelle de Cantril en 11 points (pire réponse possible = 0, meilleure réponse possible = 10) | OECD, Gallup |
| Êtes-vous satisfait de : • votre niveau de vie ? • votre état de santé ? • ce que vous avez réalisé dans votre vie ? • vos relations personnelles ? • le niveau de sécurité que vous ressentez ? • votre sentiment d'appartenance à une communauté ? • votre sécurité future ? • votre pratique spirituelle ou votre religion ? | Indice du bien-être personnel avec Échelle de Likert en 11 points (complètement insatisfait = 0, complètement satisfait = 10) | International Wellbeing Group |

En ce qui concerne les mesures subjectives du bien-être, il est important de juger si les questions posées mesurent bien ce qu'elles sont supposées mesurer. Bien qu'il n'existe pas de point de référence pouvant être utilisé à des fins de comparaison – par exemple, l'évaluation par les personnes de leurs relations personnelles ou de la qualité de leurs réseaux sociaux – la validité de ces mesures peut être estimée de plusieurs autres manières. L'analyse peut choisir pour axe principal le point suivant : dans quelle mesure les circonstances de la vie et les autres variables admissibles peuvent-elles expliquer les réponses individuelles ou la répartition des réponses au sein d'une population. Le degré de corrélation entre ces circonstances et autres variables d'une part, et les autres mesures objectives et subjectives du bien-être d'autre part (validité de la corrélation) peut aussi être évalué : il s'agit d'une mesure de fiabilité. Il existe une autre méthode, qui consiste à étudier si et comment les mesures prédisent les résultats et les comportements (validité prédictive).

Comme pour tout outil utilisé lors d'une enquête, les questions méthodologiques doivent permettre de savoir si le mode de collecte des données, notamment l'ordre et la formulation des questions, influence les réponses. Il est également important de confirmer si les données collectées peuvent être comparées dans le temps à des fins de suivi de la santé d'une population au sein ou entre les pays. Une autre question est importante pour la réalisation du suivi : il s'agit du rôle et de l'influence possible des attentes vis-à-vis d'un certain niveau de bien-être. Les personnes envisagent leur situation par rapport à une norme idéalisée, par exemple au sein d'une communauté ou d'un pays. Cela peut influencer sur leur auto-évaluation. L'ampleur des attentes peut jouer sur l'analyse et l'interprétation du sens des différentes composantes du bien-être et de leur répartition dans diverses sous-populations.

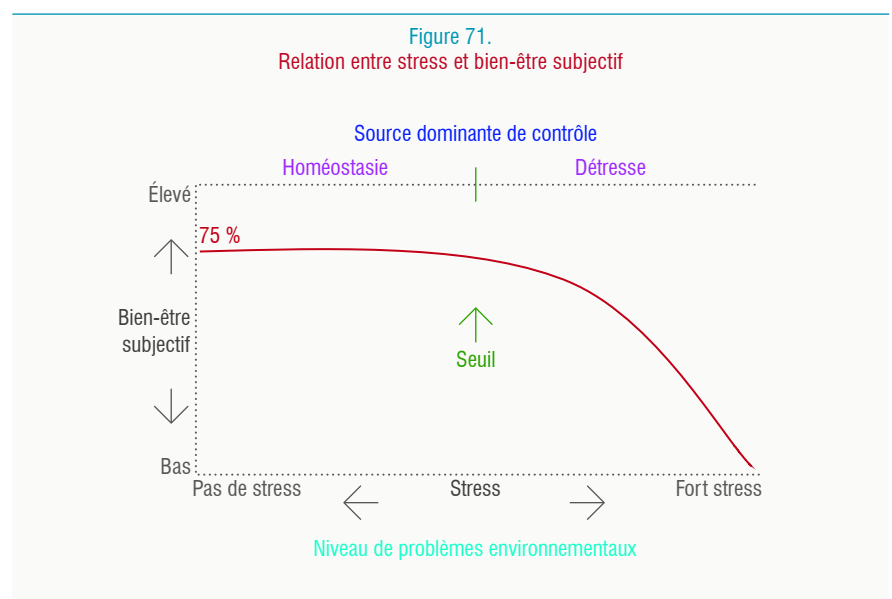
Il est également essentiel de savoir interpréter les données collectées, qu'elles portent sur les individus ou les populations, de connaître l'échelle sur laquelle elles sont exprimées et ce que signifie une différence de 5 %, 10 % ou 20 %. Concernant les mesures du bien-être qui visent à saisir le côté positif de la répartition au sein d'une population, il est important de comprendre par exemple, comment la santé dans le contexte du bien-être, se distingue de l'état de maladie ou de normalité. Dans ce dernier cas, existe-t-il une valeur de consigne ou une norme du bien-être ?

En fait, les enquêtes menées dans le cadre de l'indice du bien-être d'Australia Unity (82) montrent que le principal point fort du bien-être subjectif en tant qu'indicateur est sa fiabilité et sa stabilité, comme l'indiquent leurs résultats extrêmement constants. Le bien-être subjectif semble se comporter comme la température du corps : il est normalement constant. Les défis de taille rencontrés peuvent le faire grimper ou chuter, mais il retourne en principe à sa valeur de

consigne. Si ce n'est pas le cas, c'est un signe de problèmes accablants et de détresse (figure 71). Les enquêtes sur le bien-être d'Australia Unity ont permis d'identifier des groupes se trouvant en deçà des valeurs normales : ce sont les chômeurs, les personnes vivant seules, celles qui ont des revenus bas ou qui prodiguent des soins informels.

Sur quoi pouvons-nous nous appuyer ?

Pour suivre la santé et le bien-être dans la Région européenne et communiquer des informations à ce sujet, les actions précédentes de mesure du bien-être au niveau de la population sont en pratique plus pertinentes que celles qui étudient principalement des sous-populations cliniques spécifiques. Ce rapport examine brièvement cinq exemples dans lesquels un gouvernement national, une organisation internationale, une entreprise privée, l'OMS au plan international ou les Nations Unies jouent le rôle de chef de file. Toutes ces initiatives présentent la santé comme une composante importante du bien-être, ou comme un facteur l'influençant directement. Quelques-unes exploitent les mêmes ensembles de données collectées dans le cadre d'enquêtes internationales, et certaines utilisent des termes différents – tels que la qualité de la vie ou le bonheur – pour traiter de ce qui fait qu'une vie est agréable, ou ont recours à divers modes de mesure du bien-être subjectif et du bien-être objectif autodéclaré.

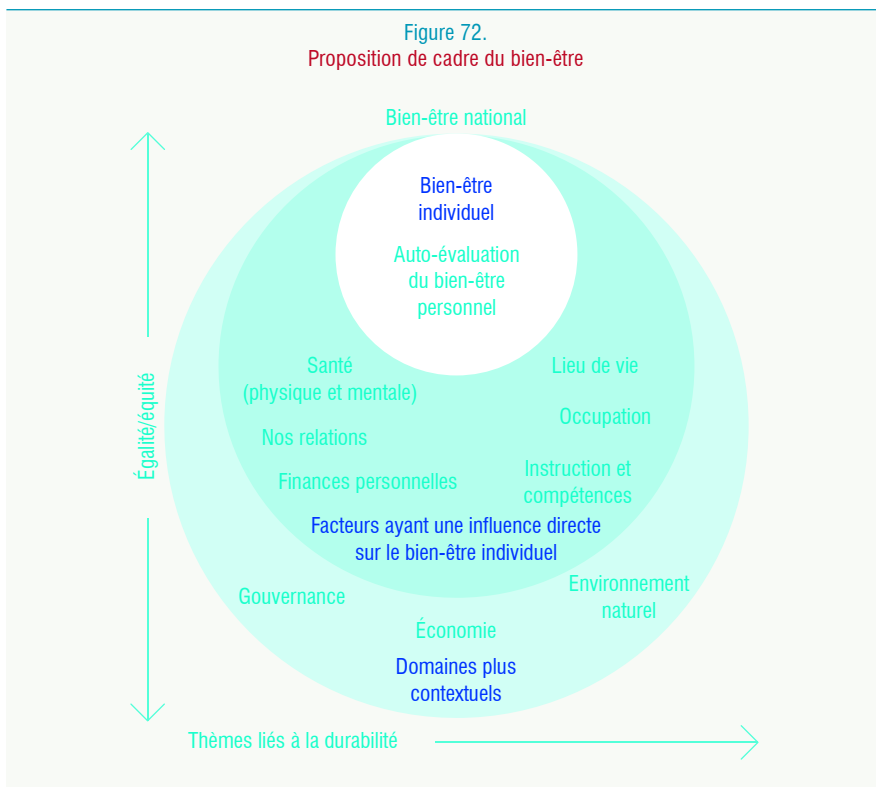


L'initiative du Royaume-Uni

L'un des États membres qui a manifesté de longue date la volonté de fixer des objectifs et de mesurer l'état de santé, tant au niveau local qu'à celui de la population tout entière, est le Royaume-Uni. Le United Kingdom Office for National Statistics (Bureau britannique des statistiques nationales) a lancé en 2010 un programme d'élaboration d'un ensemble de statistiques nationales acceptées, visant à comprendre et effectuer le suivi du bien-être national. Ce programme devait permettre la mise en place de mesures pour 2014 environ. Cette initiative comprend notamment un débat public (dont la santé est l'un des grands thèmes), un examen des travaux internationaux et un développement du bien-être subjectif.

Le programme a d'abord proposé des domaines en 2011, puis le Bureau britannique des statistiques nationales a publié une seconde version du cadre des domaines et suggéré des indicateurs principaux en juillet 2012 (83). Le cadre actuel comprend dix domaines (figure 72).

La santé, qui est l'un d'entre eux, est décrite par quatre indicateurs principaux (84), mentionnés dans le tableau 6. La méthode utilisée par le



Bureau britannique des statistiques nationales pour mesurer la santé dans le contexte du bien-être a recours à des indicateurs objectifs (notamment le fonctionnement autodéclaré ou les incapacités) et subjectifs (mesures de satisfaction, toutes autodéclarées).

Le Bureau britannique des statistiques nationales a publié des informations sur le contexte des domaines en juillet 2012, accompagnées du premier ensemble de statistiques expérimentales sur le bien-être subjectif, issues de son Enquête annuelle sur la population (86). Cette étude détaille les principales mesures et les replace dans le contexte des autres évaluations de la santé et du bien-être, par exemple en mettant en relation la santé autodéclarée et le bien-être subjectif avec l'espérance de vie, la mortalité, la maladie et la santé physique, la santé mentale et les modes de vie, qui tous influent sur la santé. Ces éléments ont servi d'appui à l'interprétation globale, et plusieurs constats importants sont apparus.

- Les personnes qui se sentent en bonne santé ont une probabilité plus forte de déclarer un haut niveau de bien-être subjectif. À l'inverse, celles qui se déclarent en mauvaise santé ont une probabilité plus élevée de déclarer un bien-être subjectif moindre.
- Cependant, celles qui ont indiqué que leur état de santé était bon ou très bon n'ont pas déclaré de niveaux relativement hauts de satisfaction par rapport à leur vie. De façon similaire, celles qui ont indiqué que leur état de santé était mauvais ou très mauvais n'ont pas déclaré de bas niveaux de satisfaction par rapport à leur vie. Des modèles semblables se sont dégagés pour les autres aspects du bien-être subjectif.
- Les conclusions de l'Enquête annuelle sur la population, associées aux informations scientifiques provenant d'autres sources, ont montré que le bien-être des gens dépendait de multiples aspects de leur vie, et non uniquement de la manière dont ils perçoivent leur santé. D'autres domaines importent également : le logement, l'emploi et des champs ne relevant pas traditionnellement des politiques publiques, comme l'amitié, l'autonomie et le bénévolat.

Tandis que le Programme de mesure du bien-être national progresse, les domaines et mesures continueront d'être développés, notamment pour y inclure des sous-groupes tels que les jeunes.

Initiative de l'OCDE

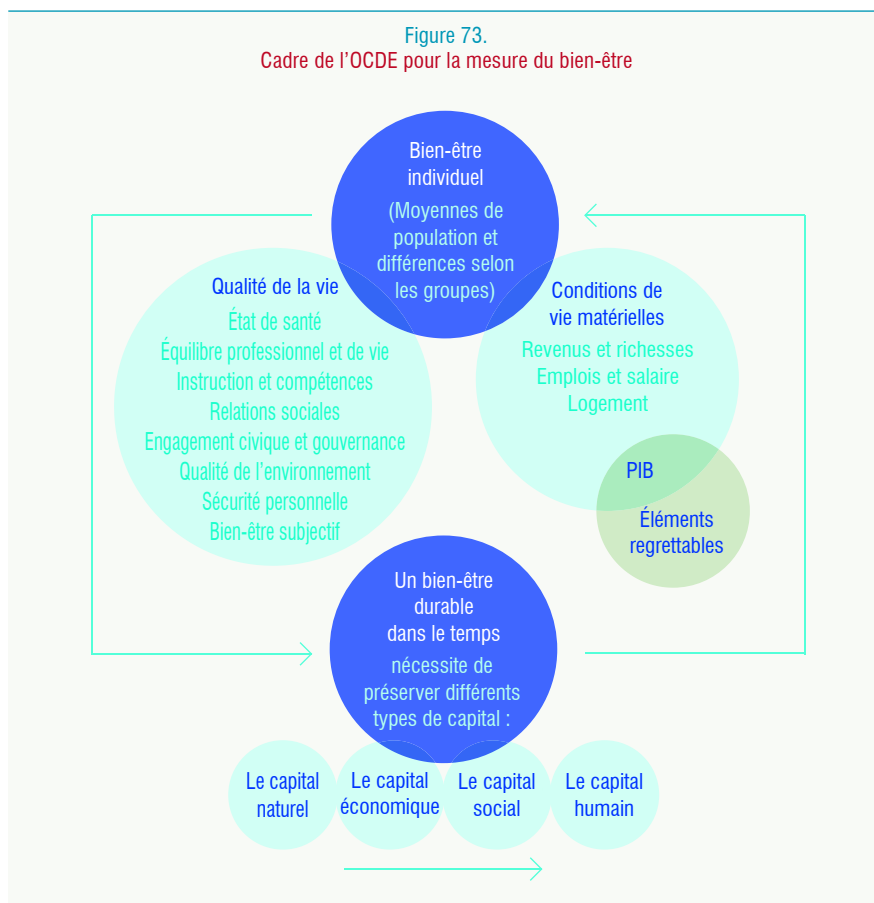
L'initiative de l'OCDE sur la mesure du bien-être est une action majeure entreprise récemment par une organisation internationale. L'intérêt pour de nouvelles mesures résulte du débat déjà ancien sur la capacité des indicateurs traditionnels tels que le PIB par habitant à évaluer réellement le bien-être. Les

Tableau 6.
Principales mesures proposées
pour le domaine de la santé

| Bien-être objectif | Bien-être subjectif |
|---|---|
| Espérance de vie en bonne santé (à la naissance) | Satisfaction vis-à-vis de votre état de santé (en pourcentage, un peu, globalement ou complètement satisfait) |
| Personnes ne déclarant pas de maladie limitante ou d'incapacité à long terme | |
| Questionnaire général de santé en 12 points (GHQ-12) (pourcentage avec certaines indications d'une probable perturbation psychologique ou d'un trouble de santé mentale (85)) | |

données provenant de la Région européenne elle-même, mais aussi d'autres Régions, indiquent qu'il faut regarder au-delà des marchés, des moyennes nationales et de l'intérêt particulier pour le bien-être économique actuel. L'initiative de l'OCDE tire également profit d'autres travaux importants réalisés dans ce domaine, tels que le rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social (61), mise sur pied par le gouvernement français en 2008 ; la communication de la Commission européenne en 2009, intitulée « Mesurer le progrès dans un monde en mutation » (87) et les travaux consécutifs ; les déclarations du Groupe des vingt (G-20) de 2009, 2010 et 2011 (88) ; les conclusions des réunions du Conseil de l'OCDE au niveau des ministres en 2010 (89) et des initiatives nationales.

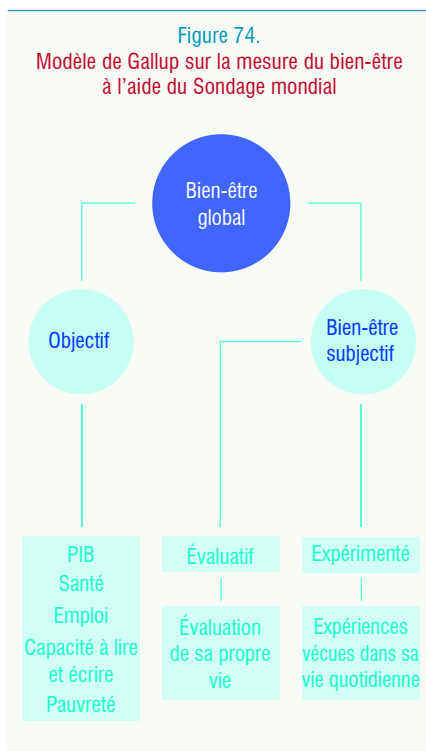
L'initiative du vivre mieux de l'OCDE, décrite dans le rapport de 2011 intitulé « Comment va la vie ? » (90) et popularisée grâce à un outil interactif couvrant les États membres de l'OCDE (Votre indicateur du vivre mieux), repose sur dix ans de travaux. Le cadre de l'initiative (figure 73) possède quatre caractéristiques distinctes.



- Il est centré sur les personnes (individus et foyers), c'est-à-dire sur leurs attributs personnels et les relations qu'ils entretiennent avec les autres dans l'environnement où ils vivent et travaillent.
- Il va au-delà des aspects strictement économiques du bien-être (maîtrise des ressources et des biens) et conçoit le bien-être comme un concept vraiment multidimensionnel.
- Il prend en compte la répartition du bien-être dans la population, de même que la moyenne des réalisations de chaque pays.
- Il s'intéresse au bien-être actuel mais aussi futur, et évalue ce dernier en termes de ressources essentielles (observables aujourd'hui) ayant le potentiel de générer du bien-être au fil du temps.

La mesure de chaque domaine est fondée sur des indicateurs, sélectionnés selon des critères qui impliquent la possibilité de les interpréter sans ambiguïté, de les ventiler par sous-groupes de population et de se prêter à des changements de politiques.

La production de données de qualité élevée est également prise en compte, et envisagée normalement à partir des statistiques officielles (fondées sur des définitions comparables dans tous les pays). Mais l'OCDE intègre aussi dans son tableau de bord indicateur du bien-être, des données extraites de sources non officielles, telles que Gallup. Ce sont pour l'instant des indicateurs fictifs, fondés sur des enquêtes officielles comparables qui seront disponibles à l'avenir.



Source : Gallup World Poll (92).

Travaux effectués par Gallup

L'entreprise privée Gallup réalise depuis 2006 un sondage international, qui représente une expérience pratique de la collecte de données internationales sur le bien-être et son évolution dans le temps. Le Sondage mondial de Gallup (Gallup World Poll) (92), élaboré principalement à partir de données autodéclarées, couvre au minimum 130 pays dans le monde chaque année et s'intéresse à une large gamme de sujets, notamment la santé. Son indice du bien-être associe des mesures objectives et subjectives. La santé autodéclarée est l'un des cinq domaines pour lesquels sont collectées des mesures objectives (figure 74).

Un document de travail récent de l'OCDE (93) a utilisé les données de ce sondage pour explorer les déterminants du bien-être et de la satisfaction à l'égard de la vie (plus courants dans la littérature scientifique actuelle) et examiner les éléments composant la mesure de l'affect (dans ses états positifs et négatifs). Ce document indiquait que (93) :

Dans l'ensemble, les points portant sur l'état de santé, la sécurité personnelle et la liberté d'une personne de choisir ce qu'elle souhaite faire de sa vie semblent

avoir un effet plus important sur l'équilibre affectif par rapport à la satisfaction à l'égard de la vie, alors que les facteurs économiques tels que les revenus et le chômage ont des effets plus limités. ... Des différences relativement faibles séparent les hommes des femmes, mais les priorités changent sensiblement au cours de la vie.

En outre, Gallup réalise une enquête quotidienne aux États-Unis depuis 2008. Celle-ci couvre six domaines, notamment la santé émotionnelle et physique, et fournit des données sur des micro-tendances. Cet outil a déjà permis de collecter des informations auprès de plus d'un million de personnes sélectionnées de façon aléatoire. Il relie la santé émotionnelle et physique à des micro-informations sur l'accès de base aux soins de santé, l'environnement professionnel et les comportements sains. Ce projet a été étendu à l'Europe – Allemagne et Royaume-Uni – et fournira des informations régulières aux programmes de santé publique. L'outil peut être utilisé pour réaliser des évaluations auprès des populations et des organisations, et chez les fournisseurs de services de santé.

La collecte et l'interprétation de données dans un grand nombre de pays présentent de sérieuses difficultés méthodologiques. À partir de son expérience de l'estimation des préférences de la population, Gallup fixe des normes strictes afin de garantir un échantillonnage et une analyse corrects et une comparabilité entre pays. Pour une entreprise privée, les difficultés sont particulières car les autorités publiques ne donnent en général pas accès à tous les dispositifs utilisés par les bureaux de statistiques officiels pour la réalisation d'enquêtes ou de sondages. Gallup fournit également des outils de suivi du bien-être destinés aux particuliers. Il met actuellement au point des modes de collecte des marqueurs biologiques du bien-être individuel, tels que les échantillons de salive, et présente des analyses du niveau de stress.

Initiative de l'OMS

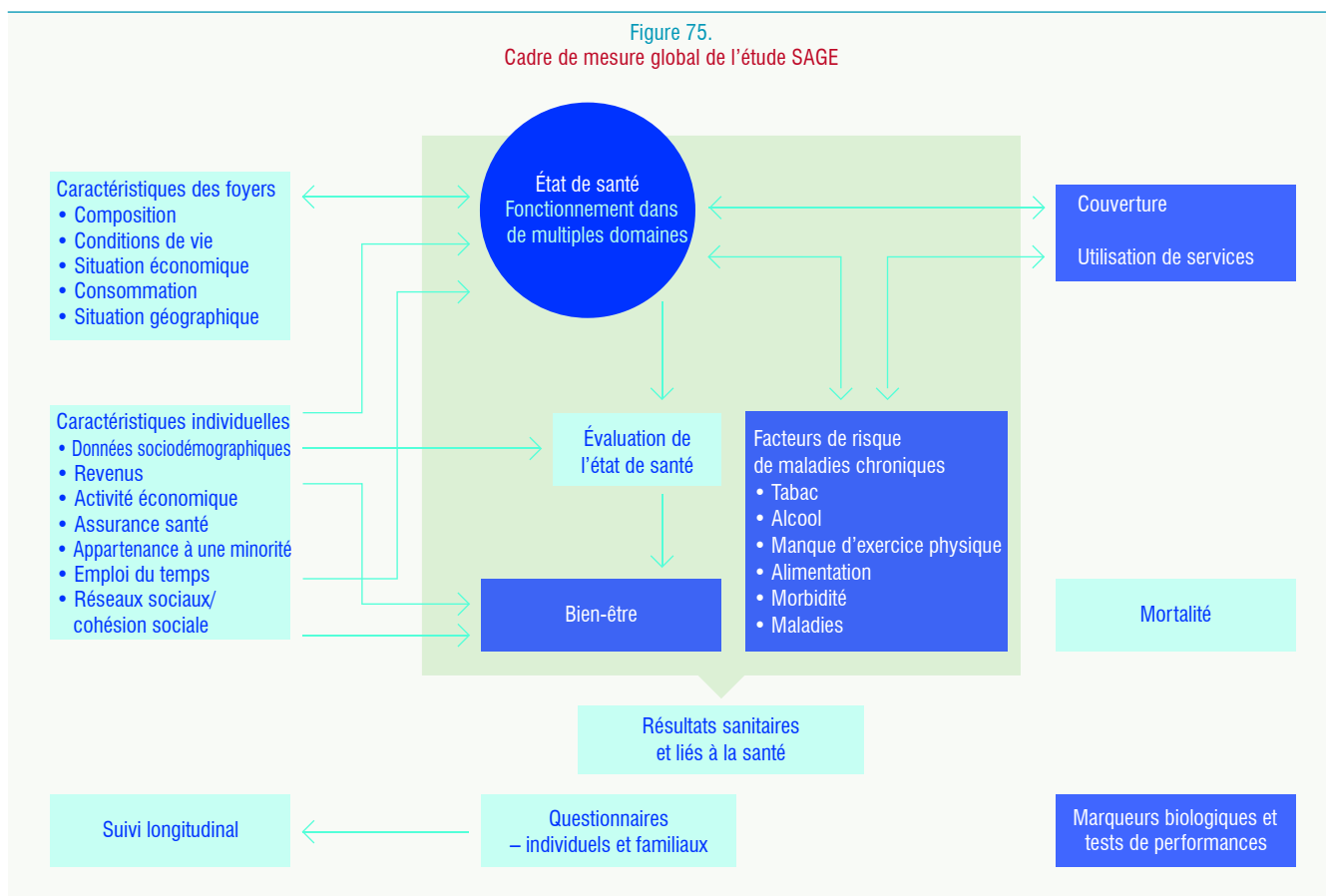
L'étude de l'OMS sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde (SAGE, pour *Study on Global AGEing and Adult Health*) (94) fait partie des actions visant à mesurer le bien-être au niveau mondial. Il s'agit d'une enquête mondiale sur le vieillissement et la santé, qui s'appuie sur des échantillons représentatifs de populations de six pays : l'Afrique du Sud, la Chine, la Fédération de Russie, le Ghana, l'Inde et le Mexique. Son échantillon total compte environ 45 000 personnes. Les personnes âgées de plus de 50 ans y sont surreprésentées, afin de fournir davantage d'informations à ce sujet. Son objectif est de suivre les changements survenant dans le domaine de la santé et de définir au fil du temps un concept clair et porteur de sens sur le bien-être. Une cohorte de référence a été constituée en 2002-2004. La première vague de l'étude a été

réalisée en 2008-2010, et a été suivie de deux autres vagues en 2013 et 2015. L'étude s'intéresse aux maladies, au fonctionnement des personnes dans leur vie quotidienne (état de santé autodéclaré et tests de performance dans une série de domaines) et au bien-être subjectif.

Dans ce cadre, le bien-être est considéré comme une combinaison d'évaluation subjective (bonheur, satisfaction à l'égard de la vie) et d'expériences affectives (figure 75). L'étude SAGE mesure le bien-être subjectif à partir de la satisfaction à l'égard de la vie (à l'aide de WHOQoL-8, pour *WHO Quality of Life* – qualité de la vie, qui contient huit questions sur la satisfaction dans différents domaines et à l'égard de la vie en général) et du bien-être vécu, à l'aide de la méthode de reconstitution de la journée (*voir 59*).

Les données collectées permettent d'analyser les divers facteurs influant sur les variations du bien-être au cours de la vie. Les résultats à ce jour semblent indiquer que le bonheur en général et le bien-être ressenti possèdent des déterminants très similaires : une relation forte avec l'état de santé, la maladie

Figure 75.
Cadre de mesure global de l'étude SAGE



chronique et les incapacités ; et des relations constantes avec l'âge, les revenus, le niveau d'instruction, les réseaux sociaux et l'environnement en général. À l'avenir, cette étude pourrait aider à approfondir la connaissance du bien-être et sa mesure, en identifiant les marqueurs biologiques du bien-être et les relations avec des caractéristiques telles que le tempérament, en examinant les effets dus à la formulation au sein des différentes méthodologies (par exemple, influence de la formulation des questions sur les réponses) et en comparant les populations. De meilleurs modes d'interprétation des données renforceront la validité des études et accroîtront l'usage des données des enquêtes longitudinales pour la détermination et l'évaluation des interventions possibles, et pour l'élaboration de politiques (59).

Dans la Région européenne, l'Espagne, la Finlande et la Pologne collectent des données similaires.

Initiative des Nations Unies

Les Nations Unies ont récemment commandé un rapport mondial (95), qui part du principe que nous avons besoin d'un modèle très différent pour l'humanité, qui ne place pas la hausse des revenus ou la croissance économique au centre des valeurs de notre vie. Ce document fait partie des actions entreprises suite à une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, en 2011, qui invitait les États membres à « élaborer de nouvelles mesures qui tiennent mieux compte de l'importance de la recherche du bonheur et du bien-être pour le développement afin d'orienter leurs politiques nationales » (96). Comme les travaux de l'OCDE, l'initiative des Nations Unies entend tirer des enseignements des études et données qui, même si elles ne sont pas officielles, montrent invariablement que la hausse des revenus moyens n'accroît pas nécessairement le bien-être moyen dans un ou plusieurs pays. L'intention n'est pas de renoncer à l'idée qu'une augmentation des revenus des foyers (ou du PIB par habitant) engendre en général une amélioration des conditions de vie des populations pauvres. Le rapport (95) affirme plutôt que les informations utilisées pour comprendre ce qui améliore nos vies devraient comporter des mesures du bien-être subjectif.

Le document ne traite pas du bien-être subjectif : il s'agit plutôt du premier *World happiness report* (rapport mondial sur le bonheur) (95), qui passe en revue et présente les données collectées par d'autres, notamment l'enquête sur les valeurs dans le monde (World Values Survey), le Sondage mondial de Gallup et plusieurs autres études nationales et internationales, dont l'Enquête sociale européenne. Il soutient que l'évaluation du progrès social doit faire appel à un ensemble de domaines plus vaste, qui tient compte des aspects objectifs et subjectifs du bien-être. La mise à disposition d'informations sur de multiples

domaines aide en outre les responsables politiques à mieux saisir les implications de leurs politiques et décisions, au-delà des questions de revenus ou de croissance économique.

Le rapport (95) concède que pour beaucoup :

Le bonheur semble beaucoup trop subjectif et trop vague pour pouvoir être considéré comme l'aune à laquelle mesurer les objectifs d'une nation, et encore moins sa politique. Telle est en effet l'acception traditionnelle. Pourtant, les études scientifiques amènent rapidement à la remettre en cause. Depuis une génération, les travaux menés par des psychologues, des économistes, des responsables de sondages, des sociologues et d'autres montrent que le bonheur, qui est certes une expérience subjective, peut être mesuré objectivement, évalué, corrélé avec des fonctions cérébrales observables et relié aux caractéristiques d'une personne et de la société.

Les revenus, le travail, la communauté et la gouvernance, ainsi que les valeurs et la religion sont les facteurs externes proposés au titre des domaines importants ou des déterminants essentiels du bien-être subjectif. Les facteurs plus personnels sont la santé mentale et physique, l'expérience familiale et l'éducation. Des différences de niveau de bien-être sont également relevées, en fonction du sexe et de l'âge.

Le principal message transmis par les données de tous les pays est que les richesses ne sont pas la seule chose qui rende les gens heureux, en termes de bien-être subjectif. En réalité, la liberté politique, des réseaux sociaux forts et l'absence de corruption sont ensemble des facteurs qui expliquent davantage que les revenus les différences de bien-être entre les pays les mieux et les plus mal classés. Les autres caractéristiques qui importent également sont aux niveaux individuel et familial, un bon état de santé mentale et physique, le fait d'avoir quelqu'un sur qui compter, la sécurité de l'emploi, la stabilité familiale et la confiance de son entourage, qui tous, sont des facteurs cruciaux.

Encadré 20.

Les fondements sur lesquels nous pouvons nous appuyer – points émergents de la discussion

- Les initiatives de mesure du bien-être au niveau de la population sont en pratique plus pertinentes que celles qui s'appliquent à des sous-populations cliniques spécifiques.
- Les mesures du bien-être subjectif peuvent être complétées par des mesures objectives, y compris de type autodéclaré.
- Il existe habituellement un degré élevé de coopération entre les organisations internationales dans ce domaine, de même que des complémentarités entre les initiatives nationales et internationales.
- Pour les responsables politiques, les principales questions portent souvent sur les facteurs externes et environnementaux du bien-être, car les politiques publiques pourraient avoir la capacité de les influencer, de façon stable et à long terme.

Communication et présentation des données

Le bien-être est multidimensionnel, ce qui rend difficile la présentation des données. Les travaux réalisés actuellement à l'échelle mondiale, notamment ceux de l'OCDE, peuvent grandement aider à concevoir une méthode de communication des résultats dans les 53 États membres de la Région européenne. Les méthodes habituelles de présentation de concepts multidimensionnels consistent à utiliser un tableau de bord ou à combiner les données en mesures composées (traduisant des indices composés). Chacune d'entre elles a des avantages et des inconvénients.

Avec les tableaux de bord, les modèles peuvent être directement interprétés, sans recourir à des hypothèses spécifiques. Leur représentation graphique, cependant, peut parfois compliquer la compréhension du message principal (tableau 7), et la fixation des priorités peut être difficile. En outre, cette approche peut empêcher de faire preuve de toute la parcimonie nécessaire dans l'usage des indicateurs.

Les mesures composées, quant à elles, peuvent être plus aisées à communiquer (en particulier, au public et aux responsables politiques), et peuvent aider à établir des priorités. Mais leur création dépend d'hypothèses (qui sont arbitraires, dans une certaine mesure) et peuvent manquer de transparence. Elles peuvent également entraîner une représentation simpliste de phénomènes complexes (figure 76).

La solution peut consister à utiliser les deux méthodes de façon complémentaire. Les tableaux de bord fournissent des informations sur chaque domaine et leur interprétation est plus facile. Les indices composés peuvent être utilisés pour souligner certains points et évaluer les relations entre les facteurs du bien-être, par exemple.

Quels sont les défis auxquels nous confronte la mesure de la santé et du bien-être ?

En dépit de l'accord général sur les composantes d'une vie agréable et l'existence de nombreux outils et approches, les chercheurs reconnaissent que pour la mesure du bien-être, des définitions claires et des méthodes d'évaluation rigoureuses font défaut. Ce constat s'explique par plusieurs raisons plausibles, notamment une conceptualisation étroite de la santé et du bien-être, des sources de données limitées et le manque de clarté de l'application des informations concernant le bien-être dans le contexte du suivi ou de l'amélioration de la santé. En outre, les mesures de la santé comprises dans les indices du bien-être continuent à porter sur la mortalité ou la maladie (« mal-être »), et non sur les aspects positifs de ce qui constitue la santé et le bien-être.

L'incapacité à choisir parmi un ensemble de mesures potentielles du bien-être peut être une autre source de difficultés. Il existe de nombreuses mesures possibles, qui posent presque toutes des questions différentes ou incluent presque toutes des données distinctes, telles que celles qui proviennent d'enquêtes ou de statistiques économiques, sociales ou sanitaires. L'un des autres problèmes est lié au fait que la plupart des initiatives de mesure de la santé dans le contexte du bien-être sont principalement fondées sur des mesures

subjectives, qui peuvent être perçues comme difficiles à comparer dans le temps, d'un pays à l'autre, ou entre différents groupes socioéconomiques. En l'absence de lignes directrices claires, l'interprétation des données collectées est également un défi : certaines méthodes associent des domaines mesurés au niveau individuel, mais aussi communautaire et national. Ces indices posent des difficultés d'interprétation lorsque certaines parties d'entre eux montrent une amélioration, alors que d'autres parties indiquent une stagnation ou une dégradation.

Une feuille de route pour promouvoir la mesure de la santé et du bien-être

Conformément aux recommandations du groupe d'experts réuni par le Bureau régional et à la nouvelle politique Santé 2020 (1,59,60), l'OMS/Europe est déterminée à clarifier concrètement la mesure de la santé dans le contexte du bien-être. Les recommandations et les critères ayant fait l'objet d'un accord préconisent les étapes ci-dessous.

Il est nécessaire d'élaborer une définition du bien-être qui soit valable sur le plan conceptuel. Autant que possible, la méthode devra avoir recours aux modèles ayant été utilisés au niveau des populations, tels que l'indice du vivre mieux de l'OCDE. Le choix des domaines utilisés pour mesurer le bien-être doit avoir pour critère de rechercher la plus forte cohérence possible avec les autres méthodes internationales.

Concernant la composante « santé » du bien-être, l'ensemble des domaines et des indicateurs testés doit être lié à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (97), qui représente le cadre de l'OMS pour la mesure de la santé et du handicap au niveau de l'individu comme de la population. La structure de la CIF comprend les grandes composantes suivantes :

- les fonctions et la structure corporelles ;
- les activités (tâches et actions entreprises par un individu) et la participation (implication dans une situation de vie) ;
- d'autres informations sur la gravité et les facteurs environnementaux.

Elle complète la Classification internationale des maladies de l'OMS, qui contient des informations sur le diagnostic et les maladies, mais pas sur l'état des fonctions. Par ailleurs, la santé dans le contexte du bien-être doit au minimum inclure la santé sociale, mentale et physique.

Tableau 7.
Tableau de bord de l'indice du vivre mieux de l'OCDE : des domaines et des pays multiples

| | Conditions de vie matérielles | | | | | | | Qualité de la vie | | | | |
|-----|--|--|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| | Revenus et richesses | | Emplois et salaire | | | Logement | | État de santé | | Travail et vie | | |
| | RR I | RR II | ES I | ES II | ES III | LO I | LO II | SA I | SA II | TV I | TV II | TV III |
| | Revenu disponible familial ajusté net par personne | Patrimoine financier familial net par personne | Taux d'emploi | Taux de chômage de longue durée | Salaire annuel net moyen par employé | Nombre de pièces par personne | Habitation sans équipement de base | Espérance de vie à la naissance | État de santé autodéclaré | Employés travaillant un nombre d'heures très important | Temps consacré aux loisirs et aux soins personnels | Taux d'emploi des femmes ayant des enfants dans la tranche d'âge de la scolarité obligatoire |
| | 2009 | 2009 | 2010 | 2010 | 2009 | 2009 | 2009 | 2009 | 2009 | 2009 | 2000 | 2008 |
| AUS | ● | ▲ | ▲ | ● | ● | ● | ... | ● | ● | ◆ | ▲ | ▲ |
| AUT | ● | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| BEL | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ |
| CAN | ● | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ● | ... | ▲ | ● | ▲ | ◆ | ● |
| CHL | ◆ | ... | ▲ | ... | ... | ▲ | ◆ | ▲ | ◆ | ▲ | ... | ... |
| CZH | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ | ▲ | ... | ▲ |
| DEN | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ● | ● | ▲ | ▲ | ● | ● | ● |
| EST | ◆ | ◆ | ▲ | ◆ | ... | ▲ | ◆ | ◆ | ◆ | ● | ◆ | ▲ |
| FIN | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ● |
| FRA | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ |
| DEU | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| GRE | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ... | ◆ |
| HUN | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ● | ... | ▲ |
| ICE | ◆ | ◆ | ● | ▲ | ... | ▲ | ▲ | ● | ● | ... | ... | ● |
| IRE | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ | ● | ● | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ... | ◆ |
| ISR | ... | ● | ◆ | ▲ | ... | ◆ | ... | ● | ▲ | ◆ | ... | ... |
| ITA | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ |
| JPN | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ◆ | ... | ◆ | ▲ |
| KOR | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ | ◆ | ... | ▲ | ... |
| LUX | ● | ● | ▲ | ▲ | ● | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ... | ◆ |
| MEX | ◆ | ◆ | ▲ | ● | ... | ... | ◆ | ◆ | ... | ◆ | ... | ... |
| NET | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ● | ● | ● | ▲ | ▲ | ● | ... | ▲ |
| NZL | ▲ | ... | ● | ● | ... | ● | ... | ▲ | ● | ◆ | ... | ▲ |
| NOR | ● | ◆ | ● | ● | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ● | ... |
| POL | ◆ | ◆ | ◆ | ▲ | ◆ | ◆ | ▲ | ◆ | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ |
| POR | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ | ◆ | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ | ▲ | ▲ |
| SVK | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ▲ | ◆ | ◆ | ▲ | ... | ▲ |
| SVN | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ... | ◆ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| SPA | ▲ | ▲ | ◆ | ◆ | ▲ | ● | ● | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ |
| SWE | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ● | ▲ | ● |
| SWI | ▲ | ● | ● | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ● | ● | ▲ | ... | ● |
| TUR | ... | ... | ◆ | ▲ | ... | ▲ | ◆ | ◆ | ▲ | ◆ | ... | ◆ |
| UNK | ▲ | ● | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ◆ | ▲ | ▲ |
| USA | ● | ● | ▲ | ▲ | ● | ... | ● | ▲ | ● | ◆ | ▲ | ▲ |

Note : Les cercles indiquent les pays de l'OCDE se trouvant dans les deux déciles supérieurs ; les diamants indiquent ceux qui se trouvent dans les deux déciles inférieurs ; et les triangles, ceux qui se trouvent dans les six déciles intermédiaires. Par ailleurs, l'indicateur « habitation sans équipement de base » ne prend en compte que les données se référant à des habitations dépourvues de toilettes internes à chasse d'eau.

Les indicateurs choisis pour mesurer chaque aspect d'un domaine de la santé doivent être liés à une cible convenue en vue du suivi des progrès accomplis pour atteindre le but de Santé 2020 : améliorer la santé de la population dans le contexte du bien-être. Les méthodes de mesure doivent être aussi objectives que possible, sans pour autant renoncer aux mesures autodéclarées validées, ni aux enseignements tirés des évaluations de la performance des systèmes de santé. Elles impliquent de trouver des indicateurs de mesure pour les données qui existent déjà, ou de recommander les nouvelles mesures potentielles qu'il faudrait mettre au point et tester. Dans les deux cas, la mesure de ces indicateurs doit atteindre des niveaux acceptables de fiabilité et de validité.

La méthode de mesure doit permettre les comparaisons et l'interprétation de la santé dans le contexte du bien-être dans et entre les pays. Par

Figure 76.
 Indice composé de l'OCDE du vivre mieux : un indice unique pour chaque pays



Source : Comment va la vie ? Mesurer le bien-être (90).

Encadré 21.**Difficultés de la mesure de la santé et du bien-être – les principaux messages**

- Il n'existe pas de définition unique du bien-être dans l'espace et le temps, mais plutôt un accord général sur le fait que la santé est l'une de ses composantes essentielles.
- Il existe de multiples méthodes de mesure, mais elles ne comprennent pas de critère suivant lequel sélectionner un outil.
- La présentation de données multidimensionnelles n'est pas toujours constante ou transparente.
- Les interprétations peuvent être limitées, en raison des différences de pondération ou combinaison des domaines, et de la difficulté de combiner les données sur différentes échelles.

conséquent, les valeurs (ou données) de chaque indicateur de la santé doivent être disponibles. Il faut également tester et évaluer diverses méthodes possibles de combinaison des indicateurs, de communication des informations dans un indice unique pour le domaine de la santé, et d'interprétation de cet indice.

Il est également nécessaire de décrire et faire savoir la façon dont les responsables politiques, les professionnels de santé et les autres acteurs concernés dans la Région européenne peuvent utiliser ces informations. La communication doit comprendre des outils permettant une présentation des chiffres et des interactions grâce à un support médiatique en ligne.

Où en sommes-nous à présent ?

Sur la base des consultations techniques organisées auprès d'experts en 2012 (59,60), le Bureau régional propose une première définition de haut niveau du bien-être, qui pourrait servir de terme générique pour d'autres initiatives internationales fondées sur les populations :

Le bien-être comporte deux dimensions, l'une subjective et l'autre objective. Il inclut l'expérience personnelle de la vie et une comparaison entre les conditions de vie et les normes et valeurs sociales.

L'expression « normes et valeurs sociales » est utilisée dans le but d'identifier le seuil ou niveau minimal des différents éléments objectifs du bien-être, tout en admettant que ces seuils peuvent varier au fil du temps. La définition recommandée sous-entend également les points suivants.

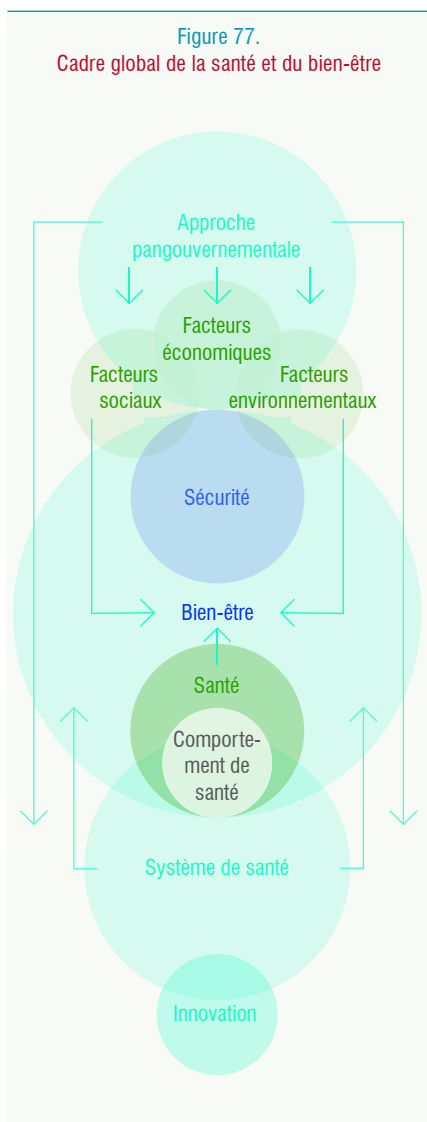
- Il existe des interactions entre bien-être et santé qui possèdent certains déterminants communs, tels que les systèmes sanitaires et sociaux. La santé influence le bien-être global. Pourtant, le bien-être prédit aussi l'état de santé futur.
- Tous pays confondus, on s'accorde généralement sur « les grandes lignes » ou les ingrédients minimaux du bien-être, même si la détermination des domaines ou éléments importants reste un exercice normatif.
- Le bien-être subjectif peut comprendre la sensation générale de bien-être ressentie par une personne, son fonctionnement psychologique, ainsi que sa situation affective. Quant au bien-être objectif et aux conditions de vie, ils sont déterminés par exemple par la santé, l'éducation, l'emploi, les relations sociales, l'environnement (naturel et bâti), la sécurité, l'engagement civique et la gouvernance, le logement et les loisirs.

Cette définition indique que de multiples domaines ou champs couvrent les différents aspects du bien-être, et que la santé est un important domaine et contributeur du bien-être. La figure 77 illustre ces domaines et contributeurs et indique les approches ou points d'entrée à des fins d'amélioration. Comme nous l'avons vu, une meilleure cartographie des processus et des voies menant à un état de bien-être aidera à clarifier les possibles points d'entrée pour des actions visant à accroître le bien-être moyen et sa répartition dans une population.

En outre, des éléments tant subjectifs qu'objectifs peuvent être inclus en tant que secteurs complémentaires de chaque domaine du bien-être. Mais il est important de préciser quel cadre sera utilisé et dans quel but. Par exemple, un cadre descriptif aiderait à déterminer un mode de description et de mesure du bien-être. Un cadre orienté vers l'action aiderait les responsables politiques ou les professionnels à comprendre quels sont les points d'entrée pour l'action et le changement, grâce aux études de répartition et aux informations scientifiques montrant ce qui fonctionne dans la pratique.

Pour affiner les cadres et proposer une définition plus spécifique du bien-être dans ce contexte, il est nécessaire de passer en revue les concepts actuels de manière plus approfondie. Bien que le bien-être recouvre clairement un ensemble de domaines, qui comprend entre autres, la santé, le groupe d'experts a recommandé que le Bureau régional se concentre sur sa mission centrale, qui concerne la santé, et dirige les progrès de la mesure du bien-être vers les domaines de la santé et des aspects liés à la santé (59,60).

L'interprétation et l'utilité des profils multidimensionnels de la santé et du bien-être seront renforcées si l'on teste par avance les relations hypothétiques existant avec différents groupes de maladies, différents groupes socioéconomiques et démographiques et d'autres critères externes. Dans ce domaine spécifique, étant donné le manque de données et selon les choix de définition et d'indicateurs du bien-être à utiliser, on pourrait opter pour une cible de processus au moins pour Santé 2020, qui porterait sur la collecte de données sur le bien-être par les autorités publiques. Une feuille de route définissant une cible de résultat, qui dépendrait de la cible de processus, pourrait l'accompagner. La cible de résultat pourrait être formulée en termes de réduction des lacunes décelées chez des groupes spécifiques au plan national, tenant ainsi compte des inégalités et des variations au sein de la Région. Les autres options sont les suivantes : établir une cible d'accroissement du bien-être total dans la Région (quelle que soit la méthode de mesure) ; choisir de privilégier quelques aspects particuliers (en lien avec la santé) ; ou privilégier la diminution des inégalités dans un domaine donné du bien-être global (par exemple, la baisse du gradient social relatif aux revenus ou à l'éducation).



Comment pouvons-nous utiliser ces informations pour améliorer la santé et accroître le bien-être ?

L'élaboration des politiques publiques est un processus qui se forme et se développe au fil du temps. Il peut comprendre la fixation d'objectifs politiques de haut niveau, la discussion du rôle du gouvernement dans leur réalisation, la recherche des ressources et leur meilleure utilisation possible par les autorités publiques, notamment par la gestion des compromis et des priorités concurrentes. L'élaboration de politiques implique souvent une grande variété d'acteurs, des ministres et décideurs principaux aux autres responsables politiques et parlementaires, en passant par les groupes d'intérêt, les groupes de patients et les groupes communautaires, les fonctionnaires, les professionnels du service public, les chercheurs et autres experts, et le grand public.

Ces dernières années, des initiatives nationales et internationales pour la promotion de l'emploi des indicateurs du bien-être dans les politiques sont apparues. Ce que mesurent ces indicateurs va au-delà de la performance économique et peut compléter les mesures standard de la mortalité, des incapacités ou de la maladie au sein du secteur de la santé. Ces initiatives sont très diverses en termes de portée, de méthodes, de cibles et de publics clés. Certaines d'entre elles sont présentées brièvement dans ce chapitre. Elles ont parfois en commun l'objectif de faire participer les citoyens à la définition de la mesure du bien-être et des progrès accomplis. Dans de nombreux pays, les activités liant le bien-être et la santé se multiplient, et portent notamment sur la fixation de cibles d'amélioration des interventions en faveur de la santé dans le contexte du bien-être (encadré 22). Bien que la pertinence directe de ces initiatives et de leurs objectifs pour les politiques soit variable, elles visent toutes à influencer sur l'élaboration de ces politiques : par exemple, l'indice du vivre mieux de l'OCDE a été diffusé pour promouvoir l'établissement de points de référence et l'apprentissage mutuel (90).

Santé 2020 cherche à fixer des objectifs politiques, ce qui implique la mise en place d'actions pour améliorer la situation. Si elles doivent être utilisées dans le cadre de Santé 2020, les mesures du bien-être doivent être étudiées attentivement, tant du point de vue des informations contenues que de celui des points d'entrée. Par exemple, les facteurs influant sur les résultats sanitaires peuvent être liés aux caractéristiques des personnes (les patients), aux programmes de prestation de service (tels que le système de santé), ou encore à l'environnement de vie (notamment la situation environnementale, les conditions de travail, l'immigration, les revenus et autres inégalités). Les

Encadré 22.

Étude de cas :

hygiène du travail et bien-être dans l'ex-République yougoslave de Macédoine

L'Institut national de médecine du travail, qui est un centre collaborateur de l'OMS, plaide pour les principes de l'Organisation dans le domaine de l'hygiène du travail, notamment le bien-être, aux niveaux national et international. Il a pris part à la préparation de la stratégie et du plan d'action nationaux 2011-2015 pour la sécurité et la santé au travail, sous la coordination du ministère de la Santé. Cette action commune a débouché sur la création d'un réseau national de santé publique en faveur de services d'hygiène du travail, dont le but était d'améliorer la santé et d'accroître le bien-être dans les groupes de travailleurs vulnérables.

Depuis 2007, l'institut applique la nouvelle approche pour les services de base d'hygiène du travail, au sein du cadre des programmes de prévention, pour évaluer l'état de santé et l'aptitude au travail, et soutenir les ouvriers agricoles et les chômeurs. Certaines activités d'évaluation des interventions du point de vue des effets sur le bien-être des employés comportent des recherches concernant le stress sur le lieu de travail et l'épuisement professionnel (soutenues par le septième programme-cadre de l'UE) et sur les risques professionnels liés aux maladies infectieuses chez les agents de santé.

Par ailleurs, l'institut a participé à l'élaboration de la stratégie et du plan d'action nationaux pour l'adaptation des soins de santé au changement climatique (2011-2015), d'un plan d'action sanitaire contre la chaleur et d'un plan d'action sur la prévention des effets néfastes du froid pour la santé des populations. L'institut est également à l'origine de la fondation d'un réseau de l'Europe du Sud-Est en faveur de la santé des travailleurs, qui comprend l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, le Monténégro, la Roumanie, la Serbie et la Turquie. Ce réseau entend renforcer la coopération sous-régionale en matière d'hygiène du travail et contribuer à la mise en œuvre du *Plan d'action mondial de l'OMS pour la santé des travailleurs* (98).

systèmes de santé influent de manière évidente sur la santé et le bien-être : les enseignements tirés des évaluations de la performance de ces systèmes, et les méthodes associées pour quantifier et déterminer leur rôle global à cet égard sont cruciaux pour la pertinence des actions entreprises pour les politiques menées (encadré 23).

Bien que cette question soit hors de notre propos, certains de ces facteurs peuvent ne pas relever directement des interventions politiques, et certaines

Encadré 23.

Rôle des systèmes de santé pour le bien-être

Dans l'une de ses publications intitulée *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems* (Systèmes de santé, santé, prospérité et bien-être de la société. Évaluation des arguments en faveur d'un investissement dans les systèmes de santé) (99), l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé décrit le rôle des systèmes de santé dans le bien-être sociétal de trois manières différentes, à partir d'un cadre conceptuel (voir figure ci-dessous).

- Les systèmes de santé produisent de la santé, qui est l'une des composantes majeures du bien-être.
- Ils font la promotion de la santé, car ils représentent un élément important de l'économie, qui est un facteur indirect mais essentiel, du bien-être.
- Ces systèmes agissent directement sur le bien-être sociétal, puisque les individus tirent satisfaction de l'existence de services de santé et de leur capacité à y accéder.

L'assemblage formé par ces trois facteurs d'accroissement du bien-être sociétal, et la nature des relations existant entre systèmes de santé, santé et prospérité, sont nécessairement différents selon les contextes et les juridictions ou pays. Dans la publication de l'Observatoire européen (99), le bien-être est une sorte de principe général, et le rôle des systèmes de santé n'est pas mesuré explicitement. Ce document indique plutôt que de meilleurs résultats sanitaires et des populations en meilleure santé, grâce à des systèmes fonctionnant bien, peuvent contribuer à l'accroissement du bien-être.

La santé est au centre de la prospérité et du bien-être sociétal (les systèmes de santé sont un catalyseur)

La santé est une composante majeure du bien-être.

- La santé importe en soi, d'ailleurs les citoyens de la Région européenne accordent une valeur élevée au fait d'être en bonne santé.
- La santé augmente la productivité économique et le revenu national, ce qui peut favoriser le bien-être sociétal – une population en bonne santé est plus productive.

La santé a des conséquences sur la prospérité, et vice versa.

- Elle peut contribuer aux profits budgétaires par la réalisation d'économies sur les dépenses de santé – un meilleur état de santé diminue les demandes de soins, aujourd'hui et à l'avenir.
- La prospérité influe sur la santé, de manière directe par les conditions matérielles, et indirecte par la participation sociale et le contrôle dont disposent les personnes sur leur vie.

La santé traduit également le progrès des sociétés. Les mesures du développement social doivent en tenir compte.

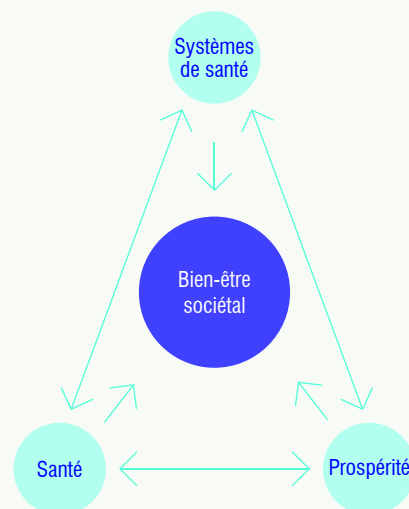
L'investissement dans les systèmes de santé offre de réels avantages

Les sociétés peuvent choisir comment et combien investir dans les systèmes de santé, en dépit de demandes concurrentes de ressources. Des investissements appropriés dans ces systèmes constituent une manière efficace d'améliorer la santé et d'accroître la prospérité, et donc de contribuer au bien-être sociétal.

- Les systèmes de santé sont un soutien à l'amélioration de la situation sanitaire des sociétés et à leur activité économique.
- Les services de santé sauvent des vies.
- Des interventions de santé publique bien ciblées font une différence.
- Les systèmes de santé aident à créer du bien-être sociétal, notamment en favorisant l'équité et la réactivité.

L'Observatoire possède un programme spécial sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, dont les objectifs sont de « disposer de meilleures méthodes de mesure et d'analyse, et de démontrer comment les mesures comparatives peuvent aider à concevoir et évaluer des initiatives de renforcement des systèmes de santé » (100). La publication *Health systems, health, wealth and societal well-being* (99) décrit les progrès accomplis dans ce domaine ; un second volume est prévu pour 2013.

Systemes de santé, santé, prospérité et bien-être sociétal



mesures du progrès sociétal (telles que celles des relations sociales ou du bien-être subjectif) peuvent être trop générales pour permettre de mettre à jour un lien causal avec les interventions publiques dans des domaines spécifiques.

En outre, il existe de possibles limites à l'usage des indicateurs du bien-être. Un grand nombre d'entre eux, qu'utilisent les organisations ou les États membres, sont plus adaptés au suivi du bien-être qu'à l'évaluation de l'impact de mesures politiques particulières. Néanmoins, il est important de tenir compte de la manière dont les résultats mesurés correspondent aux interventions politiques, et des moyens choisis par d'autres organisations, telles que l'OCDE, pour régler avec précision le choix de leurs indicateurs d'un point de vue politique.

L'OMS/Europe peut soutenir l'exploitation des mesures de la santé et du bien-être dans les politiques menées, et ce de la façon suivante. Elle peut :

- fournir des informations scientifiques sur les dispositifs et les outils que le secteur de la santé peut utiliser pour accroître le bien-être dans tous les secteurs. Ce rôle peut être étendu à l'appui des responsables politiques dans leur action en faveur du bien-être dans le secteur de la santé, dans les autres secteurs, dans l'ensemble des pouvoirs publics et en partenariat avec les acteurs non gouvernementaux ;
- diffuser des informations ayant une pertinence politique, et préparées en collaboration avec les institutions européennes ou les États membres (encadré 24) ;
- étudier comment les indicateurs du bien-être doivent être interprétés et utilisés par rapport aux mesures standard de la mortalité, de la morbidité et de la performance des systèmes de santé : ils sont destinés à compléter ces mesures, et non à les remplacer.

L'existence d'un programme de recherche sur les questions statistiques et méthodologiques abordées dans ce chapitre est assurée. Celui-ci pourrait également porter sur les moyens de développement et de test des meilleurs modes de communication de mesures de bien-être qui :

- incluent la santé en tant que domaine important ;
- sont reliés à l'évaluation de la performance des systèmes de santé ;
- offrent une vision plus large des composantes importantes d'une vie agréable ;
- tiennent compte de la façon dont les changements dans un domaine peuvent avoir un impact dans un ou plusieurs autres domaines.

Encadré 24.

Utilité des mesures du bien-être pour les responsables politiques

L'analyse de l'OCDE (90,101) montre que les responsables politiques utilisent les mesures du bien-être pour :

- stimuler le discours public et contribuer à privilégier les politiques qui comptent pour les vies des populations, et pour formuler des politiques plus légitimes et socialement acceptables, dont les chances de succès soient supérieures ;
- déterminer les priorités d'action nécessaires afin d'atteindre l'objectif global d'amélioration de la vie des populations ;
- disposer d'un large ensemble de critères à partir desquels des interventions politiques spécifiques peuvent être évaluées.

Les priorités apparaissent lorsque l'on 1) définit ce qui importe pour l'accroissement du bien-être ; 2) détermine les points forts et les points faibles des conditions de vie dans un pays particulier, les inégalités face au bien-être au sein d'un pays et les groupes de personnes particulièrement vulnérables, qui pourraient tirer bénéfice d'interventions politiques ; et 3) évalue les relations entre les différentes dimensions du bien-être et leurs déterminants politiques, pour mieux gérer les compromis à réaliser à cet égard.

Perspectives

L'amélioration de la santé et l'accroissement du bien-être sont reconnus comme des éléments essentiels de Santé 2020. Pour avancer dans cette direction, en particulier pour mesurer la santé dans le contexte du bien-être, le Bureau régional peut s'appuyer sur les activités très diverses toujours en cours pour mesurer le bien-être au niveau européen, et sur les nombreuses initiatives nationales (encadré 25).

Cependant, de très nombreux pays de la Région ne disposent pas d'actions nationales (au sein des ministères de la Santé, d'autres ministères ou de bureaux nationaux des statistiques), ni de recherches pour conceptualiser, collecter ou utiliser les informations sur la santé et le bien-être. Toute activité visant à accroître le bien-être au niveau régional devrait étudier les différentes possibilités permettant de soutenir un grand nombre de pays, comprenant des données et des points de départ de mesure différents et reliant les centres de recherche aux responsables politiques dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs.

Ce chapitre présente une approche visant à développer la mesure des progrès accomplis en matière de santé dans le contexte du bien-être, en fonction de « ce que nous apprécions ». Pour résoudre les difficultés décelées dans la Région européenne et mettre en application les solutions pour 2020, il faudra trouver des collaborateurs, des ressources et des processus pouvant soutenir les travaux conjoints, c'est-à-dire « noter les progrès réalisés ». Le dernier chapitre de ce rapport traite de certains points de ce programme, notamment des dispositifs permettant d'affiner les concepts et de se mettre d'accord sur les normes, la validité et les limites ; des difficultés méthodologiques ; des méthodes et des problèmes de mesure ; et de l'interprétation de la santé et du bien-être au niveau de la Région européenne.

Encadré 25.

Étude de cas : bien-être de l'enfant en Italie – une profusion d'études de recherche

Un rapport du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) met à disposition les indicateurs italiens du bien-être de l'enfant, aux côtés de ceux de 20 autres pays, dans le cadre d'un projet sur le bien-être de l'enfant dans les pays riches (tableau).

Par ailleurs, plusieurs études nationales évaluent les facteurs compris dans la définition du bien-être au sens large, bien qu'aucune étude n'ait été précédemment axée sur la collecte d'indicateurs spécifiques du bien-être de l'enfant. En 2008, l'Institut national italien des statistiques (ISTAT) a lancé une enquête pour évaluer les aspects fonctionnels, les incapacités, la santé et le bien-être d'élèves handicapés dans des établissements scolaires de niveau primaire et du premier niveau de l'enseignement secondaire. Financée

par le ministère du Travail et de la Politique sociale, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, des Universités et de la Recherche, son objectif est d'étudier les ressources et les outils adoptés par des établissements scolaires pour faciliter l'intégration des élèves handicapés, et donc améliorer les aspects fonctionnels de leur vie et leur bien-être. L'enquête fournit des indicateurs fondés sur le cadre de la CIF (97), sur les types de problèmes de santé rencontrés et sur l'environnement scolaire : accessibilité des bâtiments, présence d'enseignants apportant un soutien à l'apprentissage et d'autres professionnels particuliers, et utilisation des technologies d'enseignement.

Deux vagues d'enquêtes ont été réalisées (en 2008-2009 et 2009-2010). Les résultats de la première

d'entre elles sont disponibles en anglais (103). Pendant la seconde vague, plus de 89 % des établissements scolaires (soit plus de 23 000) ont rempli le questionnaire. L'analyse de la troisième vague de 2012 est en cours.

La pauvreté et le bien-être de l'enfant en Italie sont l'objet d'une nouvelle publication (104). Des universités et des centres de recherche italiens mènent aussi actuellement plusieurs études sur le bien-être de l'enfant. Enfin, la fondation de l'Institut neurologique Carlo Besta a mis en place des études pilotes sur les incapacités, le bien-être et la qualité de vie en rapport avec la santé chez les enfants atteints de troubles neurologiques, tels que le syndrome de Gilles de la Tourette et la dystonie.

Tableau récapitulatif.
Bien-être de l'enfant dans les pays riches

| Dimensions du bien-être de l'enfant | Classement moyen (pour les 6 dimensions) | Dimension 1 | Dimension 2 | Dimension 3 | Dimension 4 | Dimension 5 | Dimension 6 |
|-------------------------------------|--|--------------------|-------------------|--------------------|--|--------------------------|---------------------|
| | | Bien-être matériel | Santé et sécurité | Bien-être éducatif | Relations familiales et avec les pairs | Comportements et risques | Bien-être subjectif |
| Pays-Bas | 4,2 | 10 | 2 | 6 | 3 | 3 | 1 |
| Suède | 5,0 | 1 | 1 | 5 | 15 | 1 | 7 |
| Danemark | 7,2 | 4 | 4 | 8 | 9 | 6 | 12 |
| Finlande | 7,5 | 3 | 3 | 4 | 17 | 7 | 11 |
| Espagne | 8,0 | 12 | 6 | 15 | 8 | 5 | 2 |
| Suisse | 8,3 | 5 | 9 | 14 | 4 | 12 | 6 |
| Norvège | 8,7 | 2 | 8 | 11 | 10 | 13 | 8 |
| Italie | 10,0 | 14 | 5 | 20 | 1 | 10 | 10 |
| Irlande | 10,2 | 19 | 19 | 7 | 7 | 4 | 5 |
| Belgique | 10,7 | 7 | 16 | 1 | 5 | 19 | 16 |
| Allemagne | 11,2 | 13 | 11 | 10 | 13 | 11 | 9 |
| Canada | 11,8 | 6 | 13 | 2 | 18 | 17 | 15 |
| Grèce | 11,8 | 15 | 18 | 16 | 11 | 8 | 3 |
| Pologne | 12,3 | 21 | 15 | 3 | 14 | 2 | 19 |
| Républ. tchèque | 12,5 | 11 | 10 | 9 | 19 | 9 | 17 |
| France | 13,0 | 9 | 7 | 18 | 12 | 14 | 18 |
| Portugal | 13,7 | 16 | 14 | 21 | 2 | 15 | 14 |
| Autriche | 13,8 | 8 | 20 | 19 | 16 | 16 | 4 |
| Hongrie | 14,5 | 20 | 17 | 13 | 6 | 18 | 13 |
| États-Unis | 18,0 | 17 | 21 | 12 | 20 | 20 | – |
| Royaume-Uni | 18,2 | 18 | 12 | 17 | 21 | 21 | 20 |

Note : Pays de l'OCDE dont les données sont insuffisantes, à inclure dans l'aperçu : Australie, Islande, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, République de Corée, Slovaquie et Turquie.

Source : *Child poverty in perspective* (102).