

Définition et mesure

Les mesures de bien-être subjectif sont un précieux complément des mesures objectives de niveau de vie quand on veut comparer la qualité de la vie d'un pays à un autre (EFILWC, 2003). Ces données renseignent sur l'évaluation, par un individu, de sa santé, son niveau de formation, son revenu, son épanouissement personnel et sa situation sociale. Les indicateurs figurant ici s'appuient sur les réponses à deux questions standards posées dans le cadre d'une enquête : premièrement, jusqu'à quel point les répondants sont-ils satisfaits dans leur existence, d'une manière générale ? Et deuxièmement, à quel point se sentent-ils heureux ? À l'instar des indicateurs de l'isolement social et de l'appartenance à un groupe, les indicateurs du bien-être subjectif présentés ici s'appuient sur les résultats de la *World Values Survey* pour la période 1999-2002. Dans ces enquêtes les personnes interrogées doivent noter par ordre croissant de 1 à 10 leur degré de satisfaction dans leur existence, l'indicateur représenté correspondant à la proportion de répondants ayant donné une note égale ou supérieure à 7. Le sentiment de bonheur est noté selon quatre catégories (« très heureux », « assez heureux », « pas très heureux » et « pas heureux du tout »), et l'indicateur représenté correspond à la proportion de répondants s'étant déclarés assez heureux ou très heureux.

Les *World Values Surveys* couvrent plus de 80 pays regroupant 85 % de la population mondiale. L'utilisation d'un questionnaire commun permet de comparer les convictions et les valeurs sur un large éventail d'aspects comme la manière dont sont perçus la vie, le travail, la famille, l'environnement, la politique et la religion. Dans le passé, ces enquêtes avaient été menées successivement en 1981-82, 1990-91 et 1995-96. Bien que les questionnaires utilisés dans chaque pays soient structurés de la même façon, le libellé exact des questions est susceptible d'être différent car celles-ci sont parfois adaptées pour tenir compte de la spécificité de chacun. La taille des échantillons est d'environ 1 000 personnes pour la plupart des pays de l'OCDE (mais elle est supérieure pour les pays plus grands comme la Turquie).

Pour tout un chacun, le fait d'être satisfait de sa vie et d'être heureux dépend de la réalisation d'objectifs personnels dans une large palette de domaines comme la vie de famille, le travail, les activités culturelles et de loisirs. Sur le graphique CO1.1 les pays sont classés en calculant la moyenne simple des pourcentages d'individus satisfaits et heureux aux alentours de l'an 2000.

Dans plusieurs pays de l'OCDE, plus de 80 % des répondants indiquent qu'ils sont satisfaits dans la vie, cette proportion dépassant même les 85 % aux Pays-Bas, en Islande, en Irlande, au Danemark et en Suisse. Ces mêmes pays affichent également des « taux de bonheur » parmi les plus élevés, soit 95 % sinon plus. La proportion de répondants qui déclarent être heureux dans leur vie est de 90 % et plus dans une majorité de pays de l'OCDE. Les pays qui se classent tout en bas du graphique CO1.1 comptent des proportions nettement moindres de répondants « satisfaits » ou « heureux ». Il s'agit des pays d'Europe orientale et de la Turquie. Pour le Japon et la Corée les deux sentiments se combinent : les taux de satisfaction de l'existence sont relativement faibles mais les « taux de bonheur » sont relativement élevés. Entre pays, ces deux mesures de bien-être subjectif sont hautement liées et cette corrélation a augmenté de 0.74 en 1990-91 à 0.85 en 1999-2002. Sur la période des quatre vagues d'études, des pays persistent à classer selon la moyenne de satisfaction de l'existence et du bonheur à travers les 4 vagues d'études.

Il est évident que le bien-être subjectif est forcément lié à plusieurs dimensions du bien-être matériel mais, en l'occurrence, il est particulièrement intéressant de savoir si le fait d'avoir un revenu plus élevé provoque un plus grand

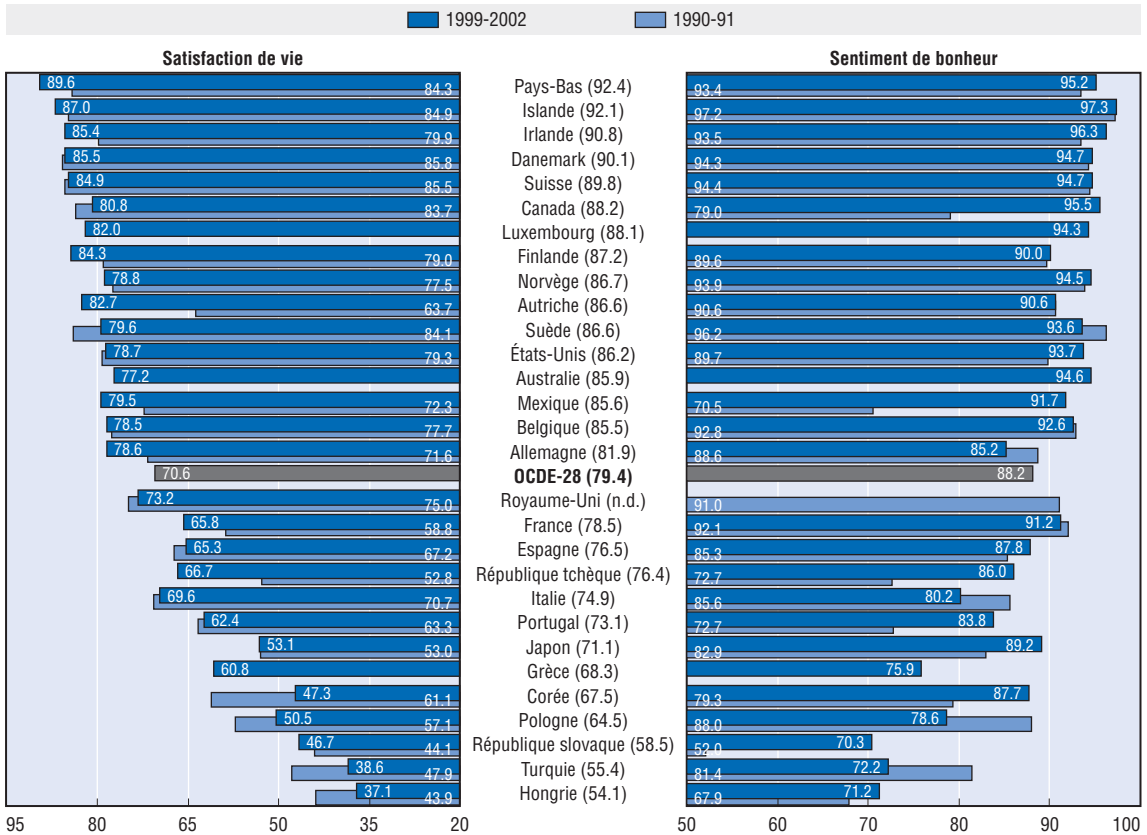
sentiment de satisfaction dans l'existence. Le premier volet du graphique CO1.2 compare le taux moyen de satisfaction de chaque pays avec son revenu par habitant (à PPA). On voit que cette moyenne tend à augmenter quand le revenu par habitant s'accroît. D'un pays à l'autre, on observe également d'importantes variations du taux moyen de satisfaction dans l'existence pour un niveau donné de revenu par habitant : aux alentours de 30 000 USD, ce taux varie entre 6.5 au Japon et 8.3 au Danemark. Dans le même ordre d'idées, le Mexique et la Turquie (les deux pays de l'OCDE dans lesquels le revenu par habitant est le plus faible) affichent un écart considérable entre leurs taux moyens respectifs de satisfaction dans la vie.

On note aussi une relation inverse entre la variance des taux de satisfaction indiqués, d'un individu à l'autre dans chaque pays, et le PIB moyen par habitant (2^e volet du graphique CO1.2). C'est en Turquie que la variation est la plus forte à l'intérieur même du pays et c'est aux Pays-Bas qu'elle est la plus faible. Autrement dit, à mesure que le revenu moyen par habitant augmente, les réponses à la question sur la satisfaction dans l'existence varient de moins en moins. Si cette réponse conduit à penser que plus le revenu par habitant est élevé, moins on observe d'inégalités dans la satisfaction dans la vie, on peut être y voir aussi la tendance, pour l'inégalité de revenu, à être d'autant plus faible que le revenu par habitant est élevé.

Indicateurs de l'état de la société : Inégalité de revenus (EQ2), Emploi (SS1), Niveau de formation atteint (SS7), Espérance de vie corrigée en fonction de la santé (HE2), Isolement social (CO2), Suicides (CO6).

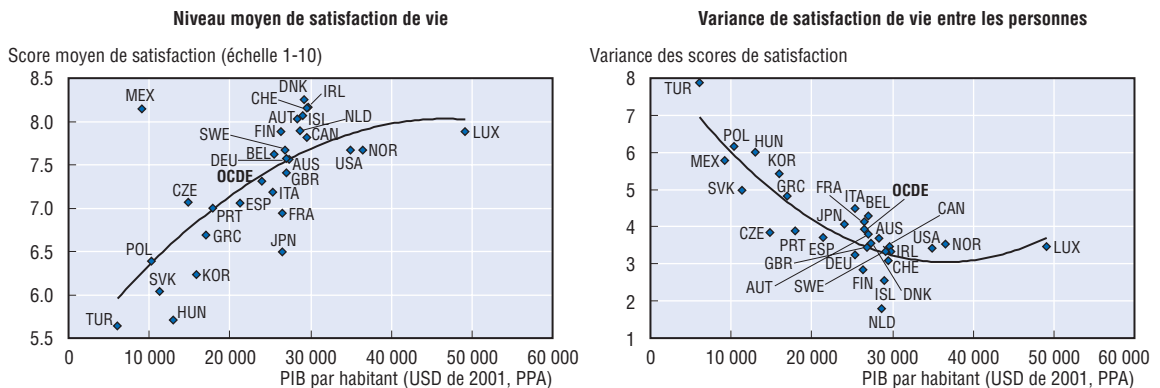
CO1.1. Satisfaction de vie et sentiment de bonheur, 1999-2002 et 1990-91

Pourcentage des personnes interrogées



Note : Les données pour l'Allemagne en 1990-91 correspondent uniquement à l'Allemagne de l'Ouest. Les données pour le Royaume-Uni correspondent uniquement à la Grande-Bretagne. Les pays sont classés par ordre décroissant de la moyenne entre les niveaux de satisfaction de vie et de sentiment de bonheur, dont la valeur est présentée entre parenthèses. Les valeurs présentées au début et à la fin de chaque barre correspondent respectivement aux réponses de 1990-91 et de 1999-2002. n.d. Non disponible.

CO1.2. Les revenus plus élevés apportent une plus grande satisfaction en moyenne et les variations dans chaque pays sont plus faibles



Source : Estimations faites à partir de Inglehart R. et al. (2004), « Human Beliefs and Values : a cross-cultural sourcebook » based on the 1999-2002 Values Surveys, Siglo XXI Editores, Mexico.

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/230520311502>

Pour en savoir plus. ■ EFILWC (2003), *Quality of Life in Europe : an illustrative report*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Dublin. ■ Diener, E. et E.M. Suh (1999), « National Differences in Subjective Well-Being », dans D. Kahneman, E. Diener et N. Schwartz (dir. pub.), *Well-Being: the Foundations of Hedonic Psychology*, Russel Sage Foundation, New York.

Définition et mesure

L'isolement social se caractérise par l'absence de contacts avec d'autres personnes dans la vie quotidienne. Les contacts sociaux, qui se nouent dans toutes sortes d'environnements (sur le lieu de travail, dans la vie associative et au sein des familles), peuvent être évalués en mesurant la fréquence des contacts indiqués par les individus.

La plupart des données figurant dans cette section sont extraites de la *World Values Survey* de 1999-2002. Dans les questions sur la fréquence des contacts avec d'autres personnes, il est demandé aux répondants combien de fois ils passent du temps avec des membres de leur famille, des amis et des collègues de travail, avec quelle fréquence ils rencontrent d'autres personnes à l'église, à la mosquée ou à la synagogue, dans une association sportive ou culturelle. Dans chacune de ces catégories les réponses font la distinction entre les contacts qui ont lieu i) toutes les semaines, ii) une ou deux fois par mois, iii) rarement, et iv) jamais. Les indicateurs d'isolement social dont il est question ici mesurent le pourcentage de répondants qui indiquent n'avoir que rarement ou bien jamais des contacts avec les autres. Comme on ne dispose de statistiques sur les contacts avec les membres de la famille que pour un nombre limité de pays, cette catégorie n'a pas été prise en compte dans l'indicateur composite présenté ci-dessous. Les personnes qui vivent seules, en particulier si elles n'ont pas d'activité professionnelle ou si elles ne comptent pas d'enfant au foyer, sont exposées à des risques particuliers d'isolement social. Pour évaluer la taille de ce groupe, la présente section fournit des informations sur la proportion d'adultes vivant seuls et n'ayant pas d'enfant extraites des enquêtes sur le revenu des ménages des pays membres.

L'isolement social est à la fois un symptôme et une cause de grande difficulté. Il peut résulter de l'éclatement d'une famille, d'une perte d'emploi, de la maladie ou de problèmes financiers. Une fois tombés dans l'isolement, les individus peuvent se trouver confrontés à des difficultés plus grandes encore, non seulement pour se réinsérer en tant qu'acteurs de la société mais aussi pour combler leurs aspirations personnelles dans le domaine du travail, de la famille et des relations amicales. L'isolement social peut se muer en un engrenage destructeur : le sentiment d'exclusion sape le moral et l'absence de contact avec les autres limite de plus en plus les opportunités sur les plans social et économique.

D'un pays de l'OCDE à l'autre, on observe des différences significatives dans la proportion de répondants exposés au risque d'exclusion sociale (graphique CO2.1). La part de ceux qui répondent qu'ils ne sont que rarement en contact avec les autres varie : alors qu'elle avoisine les 15 % au Japon et au Mexique, elle est inférieure à 3 % en Irlande et aux Pays-Bas. Le pourcentage des individus qui disent ne jamais entretenir de contacts avec d'autres est nettement plus faible : il va de 0,2 % en Grèce et en Islande à 4,7 % au Mexique. Dans presque tous les pays, ces deux pourcentages sont inférieurs chez les individus qui déclarent spontanément appartenir au segment de population ayant de hauts revenus par rapport à ceux des segments à revenu faible ou moyen. Par ailleurs, la probabilité est plus forte pour les personnes appartenant au groupe des plus âgés (50 ans et plus) de n'entretenir que peu de contacts que pour celles d'âge très actif (30 à 49 ans) ou pour les jeunes (15 à 29 ans).

Le tableau CO2.2 distingue différents types de contacts sociaux. Dans l'ensemble des pays, la proportion d'individus qui indique n'avoir que des contacts peu fréquents (autrement dit rarement ou pas du tout) avec des amis est inférieure à celle de personnes qui indiquent une absence de contact avec soit des collègues, soit des personnes du monde associatif. Dans certains pays, il est

plus courant de ne jamais consacrer du temps à rencontrer des collègues hors du cadre de travail que de les retrouver seulement de manière occasionnelle. Dans la plupart des pays, la majorité des gens ne passent que rarement sinon jamais de temps avec d'autres fréquentant le même lieu de culte, la même association sportive ou le même groupe de loisirs culturels.

En règle générale, les contacts avec les membres de la famille sont beaucoup plus courants, encore que les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose d'informations sur ce point soient assez peu nombreux. La proportion de répondants qui indiquent ne jamais avoir de contact avec d'autres membres de leur famille est généralement inférieure à 5 %, mais au Japon et en Corée, plus d'un répondant sur quatre indique ne consacrer du temps que rarement sinon jamais aux membres de leur famille.

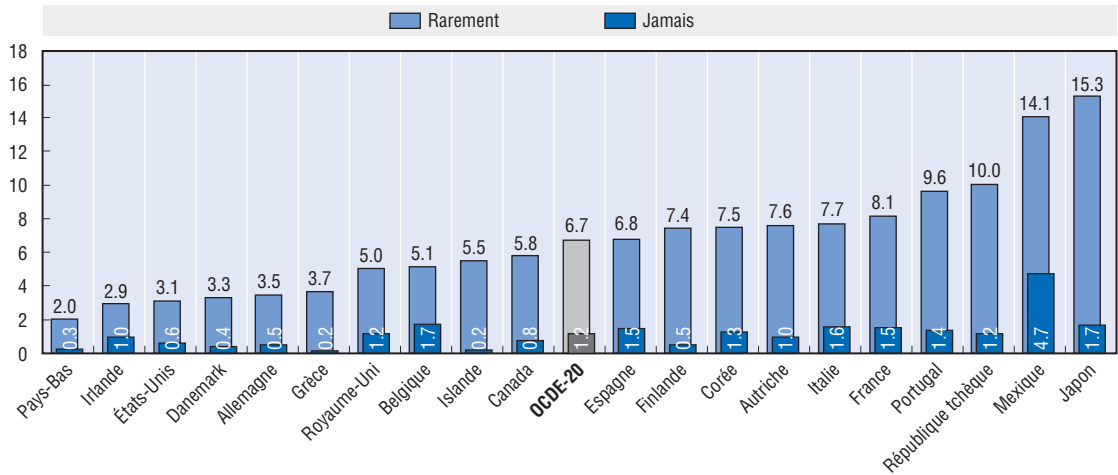
Si le fait de vivre seul n'implique pas toujours d'avoir moins de contacts avec les autres, les risques d'isolement social sont particulièrement élevés pour les personnes sans lien d'interdépendance sociale au sein du foyer. Le pourcentage d'individus vivant seuls va de moins de 2 % au Mexique à plus de 25 % en Belgique et en Suède. Dans tous les pays de l'OCDE, la probabilité de vivre seul est particulièrement forte chez les personnes âgées : les chiffres sont d'une sur quatre en moyenne. Cette proportion dépasse même les 40 % dans l'ensemble des pays scandinaves mais elle est inférieure à 6 % au Mexique et en Turquie.

Indicateurs de l'état de la société : Chômage (SS2), Ménages sans emploi (SS3), Absence d'activité des jeunes (SS9), Bien-être subjectif (CO1), Participation à la vie associative (CO3), Suicides (CO6).

Indicateurs de réponses de la société : Dépenses sociales publiques (EQ5).

CO2.1. Proportion des personnes qui passent rarement ou jamais de temps avec des amis, des collègues, ou dans les groupes sociaux

En pourcentage, 1999-2002



Note : La proportion « Rarement » inclut les personnes qui répondent soit « rarement » soit « jamais » pour toutes les catégories de contact (avec des amis, des collègues ou dans les groupes sociaux). La proportion « Jamais » inclut celles qui répondent « jamais » pour toutes les catégories de contact.

CO2.2. Fréquence des contacts avec d'autres personnes dans divers cadres

Proportion des personnes qui passent rarement ou jamais de temps avec d'autres, 1999-2002

	Contacts avec des amis		Contacts avec des collègues de travail		Contacts dans la vie associative		Contacts avec des membres de la famille		Pourcentages de personnes vivant seules ¹
	Rarement	Jamais	Rarement	Jamais	Rarement	Jamais	Rarement	Jamais	
Autriche	9.9	2.0	26.5	37.4	45.9	25.8	..	..	11.7
Belgique	13.6	5.2	34.3	31.2	29.1	20.2	..	..	26.0
Canada	8.1	1.8	28.2	30.3	46.0	24.4	17.5	4.2	10.0
République tchèque	15.3	3.9	33.3	26.2	49.5	32.0	..	..	9.7
Danemark	7.5	1.8	40.0	23.0	35.1	17.7	..	..	17.9
Finlande	10.9	1.0	33.8	19.1	45.7	24.8	..	..	17.6
France	11.0	2.5	24.0	44.7	57.5	43.3	..	..	11.5
Allemagne	12.3	1.7	39.9	21.8	24.5	12.8	..	..	17.8
Royaume-Uni ²	5.2	2.1	26.8	30.4	46.1	32.2	..	..	12.0
Grèce	6.9	1.2	26.0	17.7	44.9	26.0	..	..	6.7
Hongrie	22.0	11.8	..	..	..	..	..	..	8.9
Islande	10.1	0.5	44.7	15.7	54.8	27.0	..	..	..
Irlande	5.2	1.6	20.4	27.1	28.1	16.7	..	..	7.5
Italie	13.3	4.6	26.4	35.0	47.5	30.6	..	..	7.4
Japon	30.1	3.7	32.3	21.3	62.2	45.0	26.7	1.5	6.8
Corée	18.1	3.7	18.6	17.8	51.1	30.3	23.3	2.2	..
Luxembourg	9.8	2.7	..	..	..	..	..	..	..
Mexique	19.8	16.1	19.5	35.9	36.7	19.3	11.0	4.4	1.8
Pays-Bas	6.7	1.3	35.7	18.9	30.8	20.0	..	..	16.2
Pologne	22.9	9.9	..	..	..	..	..	..	3.8
Portugal	16.3	5.6	16.5	30.2	36.4	16.2	..	..	5.0
République slovaque	17.4	2.8	..	..	..	..	..	..	..
Espagne	9.7	4.1	15.9	37.5	50.6	30.9	8.7	3.3	4.1
Suède	5.0	0.3	37.0	9.3	23.0	14.4	..	..	25.2
Turquie	4.2	4.0	5.4	40.0	..	0.1	13.5	4.4	6.3
États-Unis	6.3	1.5	26.6	19.5	30.0	13.8	15.9	1.9	10.2
OCDE-22	11.2	3.2	27.8	26.8	41.7	23.8	..	..	..

1. Le pourcentage des personnes vivant seules n'inclut pas les parents isolés et utilise des données de 1995 pour la Belgique et l'Espagne.

2. Les données pour le Royaume-Uni correspondent uniquement à la Grande-Bretagne.

Source : Estimations faites à partir de Inglehart R. et al. (2004), « Human Beliefs and Values: a cross-cultural sourcebook » based on the 1999-2002 Values Surveys, Siglo XXI Editores, Mexico.

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/213461717511>

Pour en savoir plus. ■ Gallie, D. et S. Paugman (2004), « Unemployment, Poverty and Social Isolation: An Assessment of the Current State of Social Exclusion Theory », in D. Gallie (dir. pub.), *Resisting Marginalisation. Unemployment Experience and Social Policy in the European Union*, Oxford.

Définition et mesure

L'étendue de la participation aux réseaux formels et informels existant au sein de la collectivité est un important élément de cohésion sociale. Comme il est difficile de mesurer la participation à des réseaux informels, les indicateurs présentés ici se limitent à la participation à des associations ou des groupes officiellement reconnus. Et même quand on se limite aux réseaux formels, il est difficile de distinguer entre participation active et adhésion passive. Pour évaluer à quel point les individus s'impliquent activement dans les réseaux auxquels ils appartiennent, la présente section contient aussi des informations sur l'étendue du travail bénévole que les individus effectuent dans chacun d'eux.

Les données sur la participation à la vie associative sont extraites des *World Values Surveys*. Pour la plupart des pays, les données se fondent sur la période 1999-2002 même si celles de certains pays remontent à la période 1995-1996. Au cours de la dernière enquête en date, il a été demandé aux répondants s'ils appartenaient à des groupes d'un type particulier alors que dans les enquêtes précédentes, on leur avait également demandé s'ils se considéraient comme des membres « actifs » ou « passifs ». Au cours de cette même enquête, il a aussi été demandé pour quels groupes, le cas échéant, les répondants effectuaient un travail bénévole, donc non rémunéré. L'indicateur de la participation à la vie associative se définit comme le nombre moyen d'associations auxquels les répondants appartiennent. On verra aussi dans cette section quel pourcentage des répondants travaillent bénévolement pour au moins l'une des associations. Les associations considérées dans la présente enquête comprennent divers organisations et groupes d'intérêts. Elles sont divisées en quatre catégories : organisations à caractère confessionnel, associations culturelles et sportives, organisations à vocation politique, dont les syndicats, et autres groupes englobant les mouvements créés autour d'une seule cause bien spécifique (Inglehart et al., 2004).

L'importance de la participation à la vie associative s'explique dans une large mesure par des facteurs historiques et culturels, notamment pour ce qui concerne la nature des groupes auxquels adhèrent les individus. Dans les sociétés où l'appartenance à un seul groupe peut avoir des répercussions sur divers aspects de la vie sociale ou au sein desquelles les réseaux informels jouent un rôle relativement important, les individus ont moins de raisons d'adhérer à plusieurs associations en même temps. De tout temps, la participation de la société civile à la vie publique a toujours été plus élevée dans les pays scandinaves, au Canada, aux États-Unis et aux Pays-Bas.

Le graphique CO3.1 montre que le nombre moyen d'associations auxquelles les personnes déclaraient appartenir est de plus de trois aux États-Unis, en Suède et aux Pays-Bas, alors qu'il est inférieur à un dans certains pays d'Europe du Sud et de l'Est. La proportion de gens qui disent effectuer du travail bénévole pour les associations auxquelles ils appartiennent est étroitement liée au degré moyen d'engagement : c'est dans les trois pays précités (ainsi qu'au Canada, en Corée et en République slovaque) que cette proportion est la plus forte (50 % et plus), et en Espagne, en Hongrie, au Portugal et en Turquie qu'elles est la plus faible (moins de 10 %). Dans la zone OCDE, on observe d'importantes variations dans l'appartenance à des associations et dans le bénévolat d'un pays à l'autre. Dans cette région, les répondants appartiennent en moyenne à 1.5 associations.

Le graphique CO3.2 montre la grande diversité d'un pays à l'autre quant au type d'association auxquelles la plupart des individus appartiennent. En Suède et en Islande, le taux de participation est élevé dans les

associations à caractère confessionnel et les groupes à caractère politique ; 75 % des répondants appartiendraient aux deux catégories. *Grosso modo*, en Australie et aux Pays-Bas, deux répondants sur trois sont membres d'un club sportif ou d'une association culturelle.

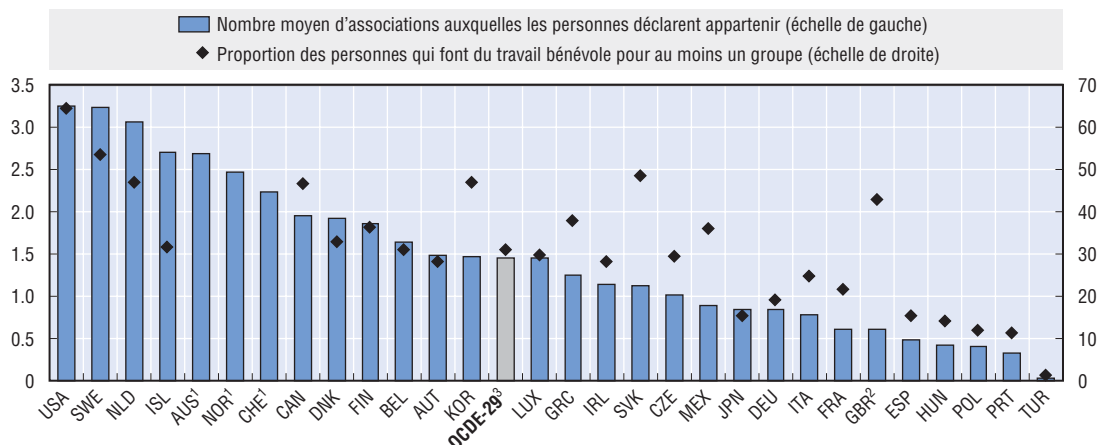
Au sein des pays, la participation dépend fortement de la nature de l'activité de l'association. A titre d'exemple, le Danemark affiche une forte proportion de membres de groupes politiques et d'associations professionnelles, mais une proportion relativement faible à des groupes à caractère confessionnel. En Corée, les proportions s'inversent.

L'appartenance à des associations chargées de promouvoir ou de défendre les intérêts économiques et professionnels de leurs membres (syndicats, organisations professionnelles et partis politiques) est plus souvent associée à la population d'âge très actif (30-49 ans) qu'aux tranches d'âges plus jeunes (15-29 ans) et plus âgées (50 ans et plus). En fait, dans toute la zone OCDE, les personnes d'âge très actif appartiennent en moyenne à un plus grand nombre d'associations, et sont plus susceptibles de pratiquer le bénévolat que les individus plus jeunes. On observe aussi une corrélation positive entre le niveau de revenu et l'appartenance à des associations. Dans tous les pays de l'OCDE le nombre moyen de groupes auxquels les répondants appartiennent et la proportion de bénévoles s'accroît en même temps que le niveau de revenu.

Indicateurs de l'état de la société : Emploi (SS1), Isolement social (CO2).

CO3.1. Grand écart entre les niveaux d'activité associative observés dans les pays de l'OCDE

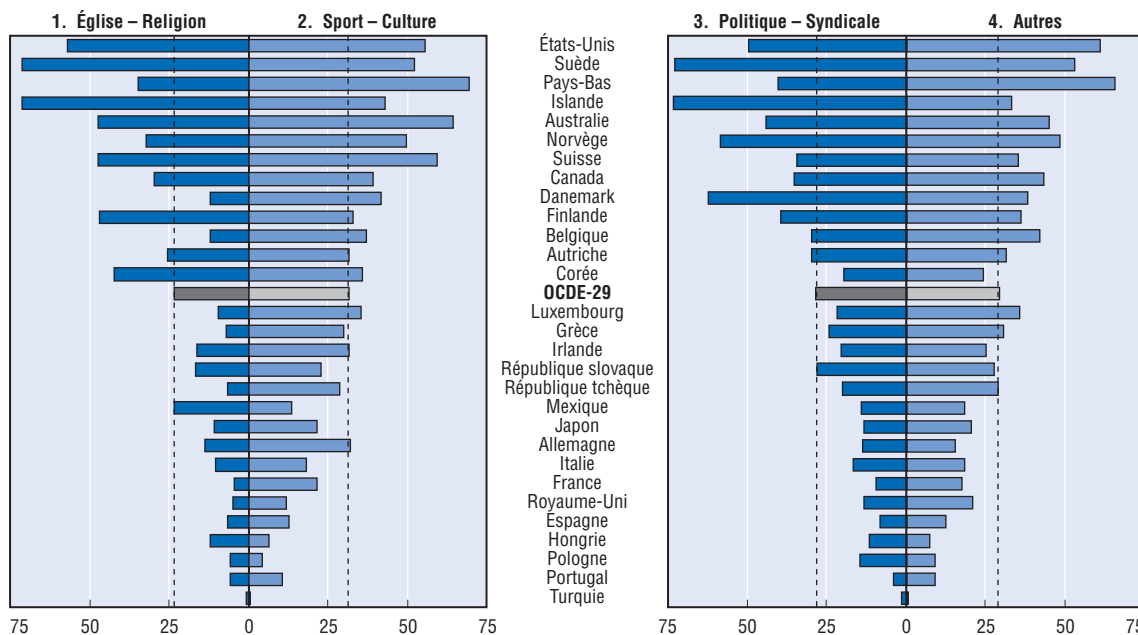
Participation à la vie associative, 1999-2002



1. Les données pour l'Australie, la Norvège et la Suisse se réfèrent à 1995-96. Les données pour ces pays concernant le bénévolat sont manquantes.
2. Les données pour le Royaume-Uni correspondent uniquement à la Grande-Bretagne.
3. La moyenne de l'OCDE exclut la Nouvelle-Zélande.

CO3.2. Le niveau de participation varie selon le type d'association

Proportion des personnes déclarant être membre actif ou inactif d'une association, par type d'association



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant du nombre moyen d'associations auxquelles les personnes déclarent appartenir. La catégorie « Sport - Culture » inclut des activités de loisirs. La catégorie « Politique - Syndicale » inclut les partis politiques, les associations politiques locales, les syndicats et les associations professionnelles. La catégorie « Autres » inclut les associations concernant la jeunesse, les services sociaux pour les personnes âgées, les associations écologiques et la défense de l'environnement, et les mouvements de soutien des causes particulières, par exemple la santé, la paix, les droits de l'homme et les droits des femmes. Les barres verticales représentent les moyennes de l'OCDE (non compris la Nouvelle-Zélande). Les données pour l'Australie, la Norvège et la Suisse se réfèrent à des sondages de 1995-96 du World Values Survey. Les données pour le Royaume-Uni correspondent uniquement à la Grande-Bretagne.

Source : Estimations faites à partir de Inglehart R. et al. (2004), « Human Beliefs and Values : a cross-cultural sourcebook » based on the 1999-2002 Values Surveys, Siglo XXI Editores, Mexico.

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/246105812518>

Pour en savoir plus. ■ OCDE (2001), *Du bien-être des nations : le rôle du capital humain et social*, OCDE, Paris.

Définition et mesure

Cet indicateur se définit ici comme le nombre de naissances (vivantes) pour 1 000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans (autrement dit le taux de fécondité spécifique à cette tranche d'âge). Les données se fondent sur les registres de population des pays membres, telles que recueillies par le Conseil de l'Europe ainsi que sur la Base de données internationales de la Division « Population » de l'US Census Bureau.

Les naissances chez les adolescentes sont souvent considérées comme un problème en soi parce que le phénomène va fréquemment de pair avec une série de conséquences défavorables pour les mères, les enfants, et la société en général. En effet, pour les mères adolescentes, les probabilités sont plus fortes d'abandonner les études en cours de route, de trouver un emploi faiblement rémunéré et de dépendre de l'aide sociale. De plus, leurs bébés ont plus de risques de rencontrer des problèmes de santé, tel que l'hypotrophie à la naissance tandis que plus grands, ils peuvent être victimes de négligence, et réussir moins bien à l'école.

La proportion de naissances chez les adolescentes a chuté de manière spectaculaire au cours des 20 dernières années, passant de 34 pour 1 000 en 1980 à 16 pour 1 000, en moyenne, au début des années 2000 (graphique CO4.1). Ce recul s'observe dans tous les pays de l'OCDE sauf au Japon et au Royaume-Uni.

Sur le plan des taux de naissances chez les adolescentes, les écarts entre pays sont importants (graphique CO4.2). En 2002, c'est en Corée, au Japon et en Suisse que les taux ont été les plus faibles, et aux États-Unis, en Turquie et au Mexique (où ils sont plus de trois fois supérieurs à la moyenne OCDE, sinon plus) qu'ils ont été les plus élevés. Aux États-Unis, la forte proportion de naissances chez les adolescentes s'observe essentiellement chez les très jeunes femmes (âgées de 15 à 17 ans), au sein de certains groupes ethniques : en 2003, le nombre de naissances chez les adolescentes latino-américaines et afro-américaines a dépassé celui des Américaines blanches, respectivement de 50 % et de 80 % environ (Census Bureau, 2003). Des études effectuées dans ce pays montrent que la probabilité est moindre, pour les mères adolescentes, d'avoir bénéficié de soins prénataux, et qu'elle est plus forte, pour ces jeunes femmes d'avoir connu des problèmes de santé pendant leur grossesse.

La situation dans laquelle se trouvent les mères adolescentes est extrêmement variable d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays, il est rare que les jeunes femmes se retrouvent enceintes de leur plein gré. La grossesse est principalement le résultat d'une mauvaise utilisation des moyens contraceptifs. Si certains des facteurs en jeu dans ce phénomène sont les mêmes dans tous les pays (l'âge du premier rapport sexuel est de plus en plus précoce dans la plupart des pays de l'OCDE, par exemple) (UNICEF, 2001), les mesures mises en œuvre dans les pays pour essayer d'influer sur le phénomène (planning familial) sont différentes. Sur le continent européen où la proportion de naissances chez les adolescentes est plus faible qu'aux États-Unis, et où le recul de ce phénomène au cours des

trente dernières années a été plus marqué et plus systématique (à cet égard, on cite souvent l'exemple des Pays-Bas et des pays scandinaves pour prouver à quel point l'absence de préjugés face à la sexualité et la mise à disposition de moyens contraceptifs limitent les retombées socioéconomiques des grossesses précoces sur les mères et les enfants. Il convient également de noter que c'est parmi les segments de population les plus pauvres et les plus démunis que l'on observe les taux de naissances chez les adolescentes les plus élevés. Tant au Royaume-Uni qu'aux États-Unis, les ménages dont le chef de famille est une adolescente ayant statut de parent isolé figurent parmi les plus pauvres, et dépendent souvent des transferts publics qui constituent leur principale, voire la seule et unique, source de revenu. Le débat sur les naissances chez les adolescentes dans les deux pays précités se focalise sur les prestations d'aide sociale dans lesquelles ces pays voient la cause de l'augmentation du phénomène. Toutefois, le fait d'avoir grandi dans la pauvreté, d'avoir abandonné ses études et d'avoir connu l'échec scolaire constituent aussi d'importants éléments pour établir des projections du nombre de naissances chez les adolescentes.

Permettre aux jeunes femmes de choisir à quel moment elles seront mères pour pouvoir offrir à leurs enfants un cadre familial harmonieux et leur apporter les soins nécessaires constitue un puissant motif d'intervention des pouvoirs publics.

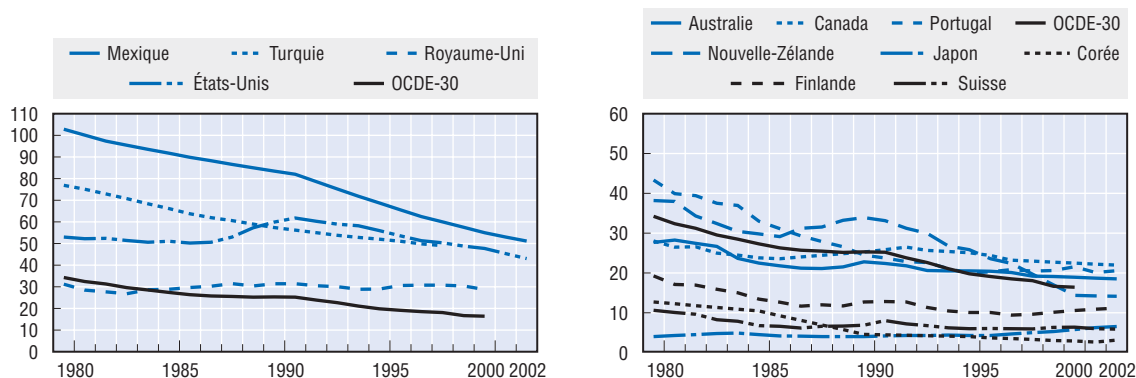
Indicateurs de l'état de la société : Pauvreté relative (EQ1), Usage de stupéfiants et décès en résultant (CO5).

Indicateurs de réponses de la société : Niveau de formation atteint (SS7), Dépenses sociales publiques (EQ5), Dépenses totales de santé (HE4).

CO4. NAISSANCES CHEZ LES ADOLESCENTES

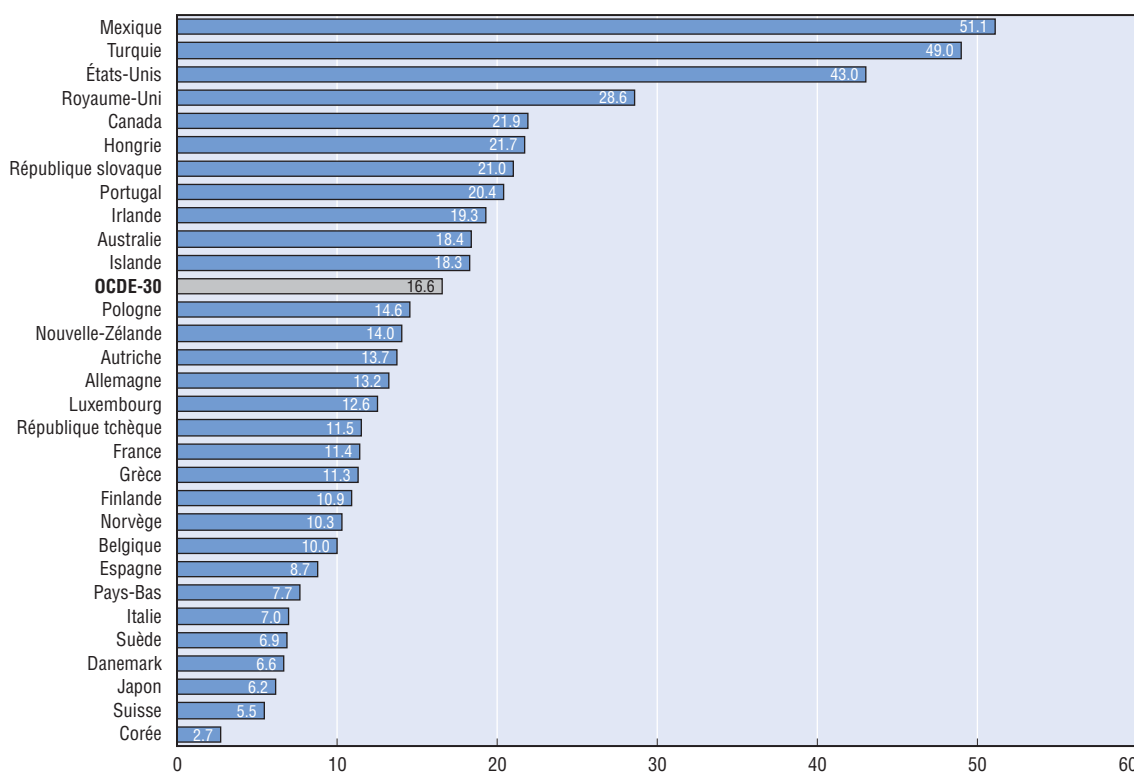
CO4.1. Baisse générale du taux de mères adolescentes

Naissances chez les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 adolescentes (âgées de 15 à 19 ans), 1980-2002



CO4.2. Fortes différences entre pays des taux de mères adolescentes

Naissances chez les mères âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 adolescentes (âgées de 15 à 19 ans), 2002¹



1. 2001 en France, Allemagne et Irlande ; 2000 en Italie, Espagne, Turquie et Royaume-Uni ; 1999 en Grèce ; 1998 en Turquie ; 1997 en Belgique.
 Source : Conseil de l'Europe (2003), *Évolution démographique récente en Europe* ; US Bureau of the Census, Base de données internationale, www.census.gov/ipc/www/idbsprd.html ; Japon : ministère de la Santé et de la Protection sociale, Statistiques démographiques du Japon ; États-Unis : DHHS, Statistiques démographiques nationales.

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/163101034816>

Pour en savoir plus. ■ Census Bureau (2003), « Fertility of American Women: June 2002 », *Current Population Reports*, Washington D.C. ■ UNICEF (2001), *A League Table of Teenage Births in Rich Nations*, Centre de recherche Innocenti, Florence, Italie

Définition et mesure

L'usage de stupéfiants est à la fois un symptôme et une cause de problèmes sociaux. S'efforcer d'échapper aux difficultés et aux responsabilités liées à l'existence, ou de les éviter, peut aboutir à la toxicomanie, laquelle diminue les chances de conserver un emploi convenable, de maintenir des liens familiaux et de réaliser des objectifs personnels. L'usage illicite de stupéfiants est également associé à la criminalité, problème qui ne touche souvent qu'un groupe restreint « d'usagers à problème » cumulant de multiples problèmes sociaux, y compris l'absence de domicile fixe.

Le premier indicateur utilisé dans cette rubrique renvoie au nombre d'individus qui reconnaissent avoir consommé une drogue illicite au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête, en pourcentage de la population des 15 à 64 ans. Ces données proviennent d'enquêtes confidentielles auprès de la population et les réponses peuvent être affectées par des biais considérables. De plus, elles peuvent être altérées entre pays, par des différences dans la définition de l'usage de stupéfiants, la fréquence et la portée des études ainsi que d'autres différences dans les méthodologies de recherche. Les décès liés à la drogue (deuxième indicateur présenté ici) témoignent aussi d'un grave problème social. Les données présentées correspondent au nombre de décès liés à la drogue pour un million d'individus. Dans les pays de l'UE, les statistiques se rapportent généralement aux décès survenus peu de temps après la consommation de drogue (intoxication aiguë, overdose, empoisonnements ou décès induits par la drogue) alors que dans d'autres pays, la durée d'observation retenue peut être plus longue. La diversité des systèmes de notification et des définitions utilisées rend cependant difficile les comparaisons statistiques directes entre pays. Malgré ces imperfections, le nombre de décès liés à la drogue indique la tendance générale relative aux formes d'abus les plus graves.

Les données relatives à la prévalence de consommation de drogue englobe une grande variété de substances comme le cannabis, les amphétamines, les opiacés, l'ecstasy et la cocaïne. Le cannabis reste et de loin la drogue la plus consommée dans la plupart des pays de l'OCDE. C'est en Australie, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande que la prévalence de l'usage du cannabis selon des déclarations volontaires semble être plus forte, tandis qu'en Corée et au Japon elle peut être plus faible (CO5.1). Cependant, ces variations peuvent refléter des différences méthodologiques. Un pourcentage important de la population adulte (entre 2 et 4 %) consomme aussi de l'ecstasy (en particulier en Australie, en Irlande et en République tchèque) ou des amphétamines (en Australie et en Nouvelle-Zélande).

Les informations relatives aux tendances portant sur la consommation de drogue sont plus rares. Il semble que la consommation de cannabis augmente, sauf en Irlande et au Royaume-Uni (EMCDDA, 2003).

Le risque de décès induit par la drogue varie selon la substance et les habitudes de consommation. En outre, les tendances en matière de décès liés à l'usage de drogue varient d'un pays à l'autre, en raison des modifications apportées aux procédures de notification. Malgré ces limites statistiques, on est en droit de penser, comme

l'illustre le graphique CO5.2, que le nombre de décès liés à la drogue a augmenté dans la plupart des pays jusqu'au milieu des années 90. Depuis lors, les tendances nationales se sont aussi diversifiées. Dans de nombreux pays, leur nombre s'est stabilisé (au Danemark et au Royaume-Uni, par exemple) et a même baissé (en France et en Italie, par exemple).

La tendance reste orientée à la hausse dans quelques pays, en particulier dans ceux où l'usage d'opiacés semble s'être répandu plus récemment (Grèce, Irlande et Portugal). Dans les autres pays, la stabilisation du nombre de décès peut s'expliquer par la modification des modes de consommation (diminution de la consommation par injection) ou par l'impact de certaines interventions (comme le développement de programmes de substitution aux opiacés).

Indicateurs de l'état de la société : Espérance de vie (HE1), Suicides (CO6).

Indicateur de réponses de la société : Dépenses totales de santé (HE4).

CO5. USAGE DE STUPÉFIANTS ET DÉCÈS EN RÉSULTANT

CO5.1. La consommation de drogues varie selon les pays

Prévalence annuelle de l'usage de cannabis, d'amphétamines et d'extase, année la plus récente, en pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans¹

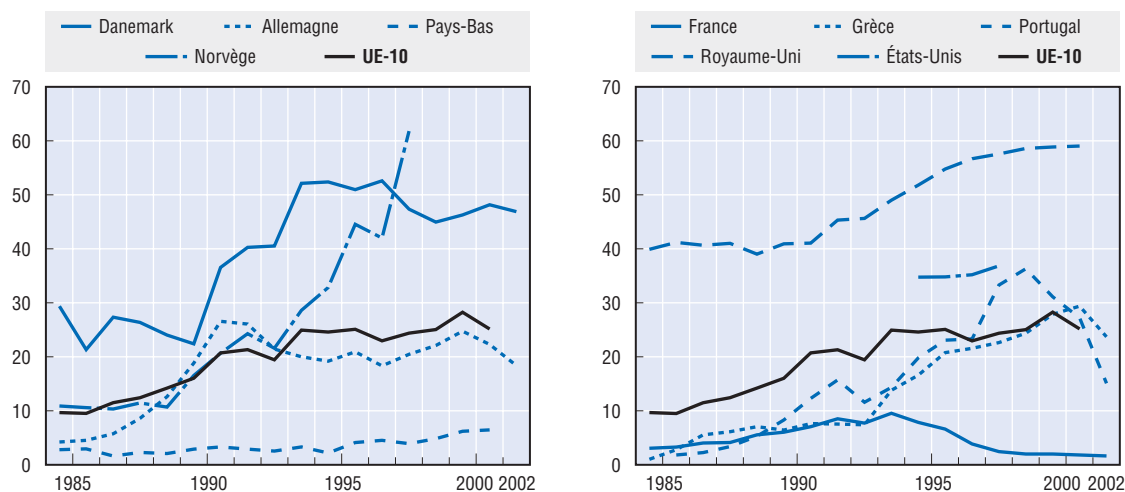
		Cannabis	Amphétamines	Extase
Australie	2001	15.0	4.0	3.4
Autriche	2002	5.6	0.3	0.6
Belgique	2001	6.1	0.6	0.9
Canada (Ontario)	2000	10.8	1.0	1.8
République tchèque	2002	10.9	1.1	2.5
Danemark	2000	6.9	1.3	0.5
Finlande	2002	2.9	0.5	0.5
France	2002	9.8	0.2	0.3
Allemagne	2000	6.0	0.6	0.7
Grèce	1998	4.4	0.1	0.1
Hongrie	2001	2.2	0.7	1.0
Islande	2000	5.0	0.6	0.9
Irlande	2002	9.0	1.6	3.4
Italie	2002	6.2	0.1	0.2
Japon	2001	0.1	0.3	–
Corée	Fin des années 90	0.1	0.2	–
Luxembourg	1999	4.0	0.4	0.4
Mexique	2002	0.6	0.1	0.0
Pays-Bas	2001	6.1	0.6	1.5
Nouvelle-Zélande	2001	13.4	3.4	2.2
Norvège	1999	4.5	1.0	0.6
Pologne	2000	2.4	0.6	0.2
Portugal	2001	3.3	0.1	0.4
République slovaque	1999	3.6	0.4	0.8
Espagne	2001	9.7	1.2	1.8
Suède	2000	1.0	0.1	0.2
Suisse	1999	7.0	0.2	0.4
Turquie	2003	1.8	0.2	0.3
Royaume-Uni	2003	10.6	1.6	2.0
États-Unis	2002	11.0	1.4	1.3
OCDE-30		6.0	0.8	1.0

1. Population âgée de 15 à 64 ans sauf : 16-64 ans au Danemark, 18-59 ans en Allemagne, 18-65 ans en Hongrie, 18 ans et plus en Irlande, 15-44 ans en Italie, 15-99 ans au Japon, 12-65 ans au Mexique, 15-75 ans en Suède, 16-59 ans au Royaume-Uni, et 12 ans et plus aux États-Unis.

Source : UNODC (2004), *Rapport mondial sur les drogues*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime (www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html).

CO5.2. Les décès directement liés à la drogue se sont stabilisés depuis les années 90

Décès directement liés à la drogue pour 1 000 000 personnes, 1985 à 2002



Source : OEDT (2004), *Rapport annuel 2003*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (www.emcdda.eu.int) ; États-Unis : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Drug Abuse Network 1998 (www.samhsa.gov).

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/623063480282>

Pour en savoir plus. ■ UNODC (2004), *Rapport mondial sur les drogues*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime (www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html).

Définition et mesure

Le fait de se donner la mort ne traduit pas seulement une situation de détresse personnelle ; ce peut être aussi un indice très révélateur de problèmes sociaux. Bien que les troubles mentaux, en particulier la dépression et la toxicomanie, soient invoqués dans 90 % des cas, le suicide n'implique pas l'existence d'une maladie mentale. En effet, très peu de personnes suicidées se trouvaient en observation ou en suivi psychiatrique. Le suicide a pour origine une multiplicité de facteurs sociaux et culturels différents : le passage à l'acte est probablement plus fréquent en période de crise économique, familiale ou individuelle, au moment de la rupture d'une relation, chez les alcooliques et les toxicomanes, ou en période de chômage.

Les données sur le suicide figurant plus loin se fondent sur les registres officiels indiquant les « causes du décès », et s'expriment par million d'individus. Dans beaucoup de pays, de nombreux tabous entourent le suicide. L'entourage (parents et amis) du défunt fait souvent pression pour que la personne qui enregistre le décès indique une cause autre que le suicide. Comme les registres administratifs sont la seule source d'information sur les taux de suicide, la comparabilité transnationale des données s'en trouve forcément compromise. Cela étant, les écarts considérables illustrés plus bas doivent vraisemblablement refléter des différences réelles dans la fréquence du suicide entre pays, même si le faible nombre de cas affichés par certains pays (Islande, par exemple) et les différences entre pays dans la proportion de décès dont la cause n'est pas enregistrée jouent également un rôle.

Au cours des 20 années précédant l'an 2000, le taux moyen de suicides a baissé faiblement mais régulièrement alors qu'il avait culminé à la fin des années 80 (graphique CO6.1, volet gauche). Cette amélioration concerne les deux sexes bien que le suicide demeure un phénomène essentiellement masculin. De fait, la probabilité pour les hommes de se donner la mort est deux fois supérieure à celle des femmes, et la fréquence des suicides augmente avec l'âge (graphique CO6.2, volet droit) même si ces disparités se sont estompées au cours des 20 dernières années. Les taux de suicide chez les personnes âgées (65 ans et plus) ont diminué considérablement au cours des deux dernières décennies, ce qui témoigne du mieux-être de cette classe d'âge dans la société d'aujourd'hui. Toutefois, on n'observe pratiquement aucune amélioration dans les cohortes plus jeunes.

Les taux moyens de suicide (moyenne calculée sur 23 pays de l'OCDE) masquent des différences importantes d'un pays à l'autre. Ces taux oscillent entre 5 pour 100 000 dans la plupart des pays méditerranéens et plus de 20 pour 100 000 en Belgique, en Finlande, en Hongrie et au Japon (graphique CO6.2). Il semble que les jeunes de moins de 25 ans soient plus enclins à se suicider en Irlande, en Finlande et en Nouvelle-Zélande. Les taux affichés par ces trois pays auraient même augmenté de manière impressionnante depuis 1980. En revanche, les pays

d'Europe du Sud ainsi que le Mexique enregistrent des taux de suicide des jeunes parmi les plus faibles.

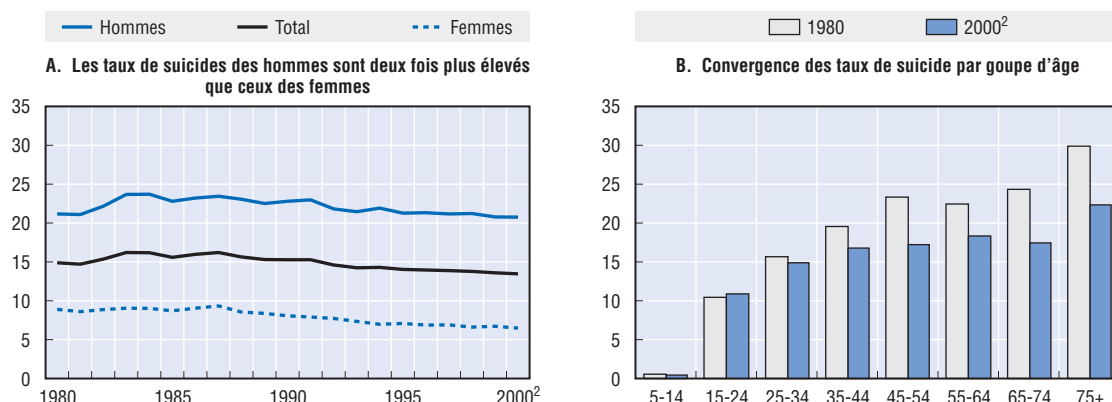
Si la toxicomanie, le chômage de longue durée et l'isolement social sont souvent présents dans la vie des personnes qui se suicident, les causes sous-jacentes sont complexes et ne peuvent être réduites à un seul facteur. Les pressions extérieures exercées par le milieu social et familial, conjuguées aux difficultés du passage de l'enfance à l'âge adulte, peuvent aussi amener des jeunes à envisager des réactions extrêmes. Les tentatives de suicide sont encore plus courantes que les suicides se terminant par la mort de l'individu. Il faut que la prévention commence avant le passage à l'acte et que les mesures prises portent sur une multitude d'aspects liés à l'état de santé et aux processus de formation et d'intégration dans la société pendant l'adolescence (Ruzicka et Choi, 1999).

Indicateurs de l'état de la société : Chômage (SS2), Isolement social (CO2), Usage de stupéfiants et décès en résultant (CO5).

Indicateurs de réponses de la société : Dépenses sociales publiques (EQ5), Dépenses totales de santé (HE4).

CO6.1. Baisse des taux de suicides dans les deux dernières décennies

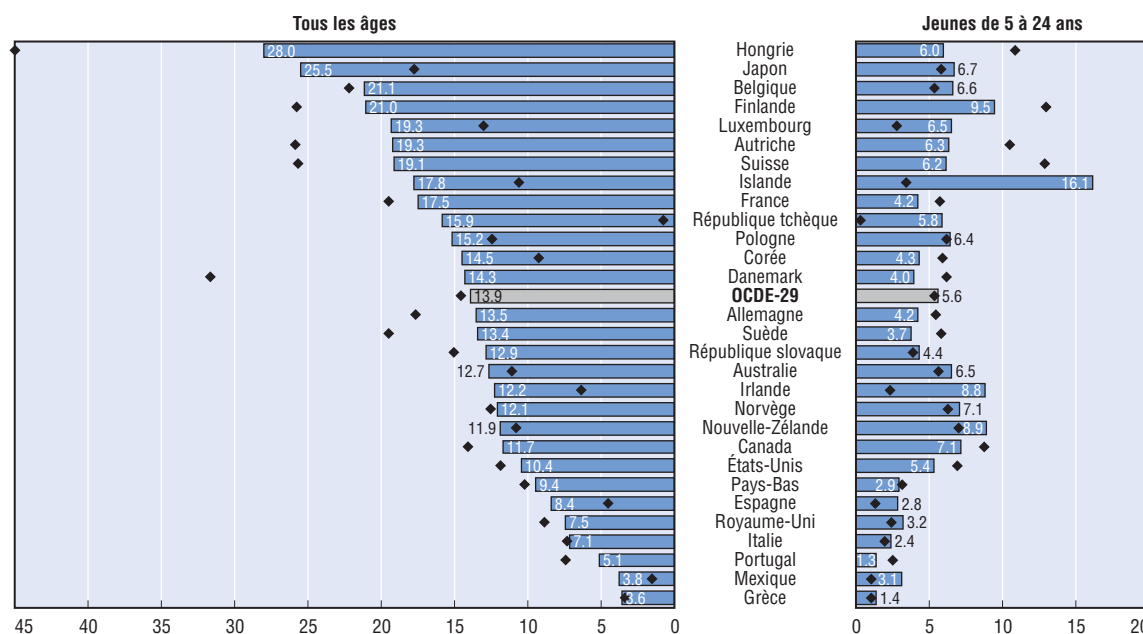
Suicides pour 100 000 personnes, par sexe et groupe d'âge, moyenne de 23 pays de l'OCDE¹



1. Non compris l'Allemagne, la Belgique, la Corée, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.
2. 1999 pour le Danemark, la France, la Grèce et le Royaume-Uni.

CO6.2. Les taux de suicides varient selon les pays de l'OCDE¹

Suicides pour 100 000 personnes, année la plus récente¹ (barres) et 1980² (losanges)



1. 1997 en Belgique ; 1999 au Danemark, France, Grèce et Royaume-Uni ; 2000 au Canada, Islande, Irlande, Italie, Japon, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Portugal, Espagne, Suisse et États-Unis ; 2001 en Australie, République tchèque, Allemagne, Corée, Mexique, Norvège, Pologne, République slovaque, Suède ; 2002 en Autriche, Finlande, Hongrie et Luxembourg ; 2003 au Japon.
2. 1983 en Pologne ; 1985 en République tchèque ; 1990 en Allemagne ; 1992 en République slovaque.

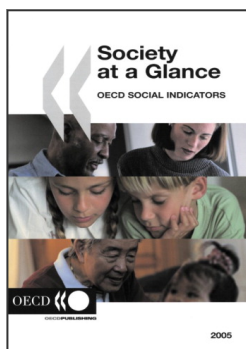
Source : Organisation mondiale de la santé, Projet sur la santé mentale, prévention du suicide (www.who.int/mental_health) ; Japon : ministère de la Santé et de la Protection sociale, Statistiques démographiques du Japon.

Statlink : <http://dx.doi.org/10.1787/120312544167>

Pour en savoir plus. ■ OCDE (2003), *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2003*, OCDE, Paris. ■ OCDE (2004), *Éco-santé OCDE 2004*, OCDE, Paris (voir aussi www.oecd.org/health/healthdata). ■ Ruzicka, L. et C.Y. Choi (1999), « Youth Suicide in Australia », Working Papers in Demography, n° 78, the Australian National University.

Table des matières

Note de synthèse	7
Partie I. Guide d'interprétation	11
Objet des indicateurs sociaux	12
La structure des indicateurs sociaux de l'OCDE	12
Utilisation des indicateurs	14
Description des indicateurs	15
Ce que vous trouverez dans cette publication	21
Bibliographie	22
Partie II. Les indicateurs sociaux de l'OCDE	23
GE1. Revenu national par habitant	24
GE2. Ratio de dépendance démographique	26
GE3. Taux de fécondité	28
GE4. Étrangers et population née à l'étranger	30
GE5. Mariages et divorces	32
SS1. Emploi	34
SS2. Chômage	36
SS3. Ménages sans emploi	38
SS4. Mères de famille en activité	40
SS5. Prestations de non-emploi	42
SS6. Minima sociaux	44
SS7. Niveau de formation	46
SS8. Âge de départ en retraite	48
SS9. Inactivité des jeunes	50
EQ1. Pauvreté relative	52
EQ2. Inégalité des revenus	54
EQ3. Pauvreté des enfants	56
EQ4. Revenu des personnes âgées	58
EQ5. Dépenses sociales publiques	60
EQ6. Dépenses sociales privées	62
EQ7. Dépenses sociales totales	64
EQ8. Taux de remplacement des pensions de vieillesse	66
EQ9. Promesse de pension	68
HE1. Espérance de vie	70
HE2. Espérance de vie corrigée en fonction de la santé	72
HE3. Mortalité infantile	74
HE4. Dépenses totales de santé	76
HE5. Soins de longue durée	78
CO1. Bien-être subjectif	80
CO2. Isolement social	82
CO3. Participation à la vie associative	84
CO4. Naissances chez les adolescentes	86
CO5. Usage de stupéfiants et décès en résultant	88
CO6. Suicides	90



Extrait de :
Society at a Glance 2005
OECD Social Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/soc_glance-2005-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2005), « Indicateurs liés à la cohésion sociale », dans *Society at a Glance 2005 : OECD Social Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2005-8-fr

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

Ce document 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 demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.