Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

inpes

www.inpes.sante.fr

Les Français sont-ils égaux face à la prévention ?

Résultats approfondis du Baromètre santé 2005

Dossier de presse

Avril 2008

SOMMAIRE

Introduction p.3

Les inégalités de santé au cœur de la politique de prévention p.3
Baromètre : un outil d'analyse et d'évaluation p.3

I. Différences selon le genre p.4

1. La consommation de tabac p.4-5
2. La consommation d'alcool p.6
3. La consommation de cannabis p.7
4. Avoir une activité physique suffisante p.8
5. La pratique d'un sport p.8
6. Le port du casque à vélo à la dernière sortie p.8

II. Différences selon le niveau de diplôme p.9

1. La consommation de tabac p.9-10
2. La consommation d'alcool p.11-12
3. La consommation de cannabis p.13
4. Avoir une activité physique quotidienne suffisante p.13
5. La pratique d'un sport p.14
6. Le temps passé devant la télévision : un indicateur de sédentarité p.15
7. L'exposition aux accidents de sports et de loisirs p.15-16
8. Inégalités devant la prévention des risques : le port du casque à vélo p.16

III. Avoir un travail ou être au chômage p.17

IV. Quelles implications pour la prévention p.18

Annexes p.19

Introduction

Les inégalités de santé au cœur de la politique de prévention

Les données du Baromètre santé 2005 dévoilent des inégalités importantes en termes de perceptions, d'attitudes et de comportements de santé, entre hommes et femmes, selon le niveau d'études ou de revenus, ou, selon l'activité professionnelle. Ces inégalités sont complexes. Leur analyse fine peut permettre de mieux adapter les actions futures de prévention.

C'est dans cette perspective que l'Institut s'est associé à la réflexion internationale[1] sur les stratégies d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé[2] et qu'il consacre, avec ses partenaires la session 2 (sept demi-journées) des quatrièmes Journées de la prévention à ce sujet, permettant ainsi des échanges entre experts internationaux et français.

Baromètre : un outil d'analyse et d'évaluation

Depuis maintenant 15 ans, les Baromètres santé permettent de suivre à intervalles rapprochés les comportements, attitudes et connaissances de nos concitoyens sur des questions ayant trait à la santé. L'ensemble des acteurs du champ sanitaire dispose ainsi d'éléments scientifiques pour alimenter les débats et la réflexion autour des actions politiques engagées dans le domaine de la santé publique. Ces données et analyses interviennent dans les différentes étapes qui vont du processus d'évaluation des politiques publiques, aux décisions et actions entreprises. La richesse de cette étude tient à la fois à la grande variété des thèmes qui y sont abordés, à leur prise en compte simultanée, ce qui permet la restitution des caractéristiques sociales, des modes de vie et des facteurs de compréhension des comportements de santé.

Grâce à un effort méthodologique, matérialisé notamment par la constitution d'un échantillon d'environ 4 000 personnes ne possédant qu'un téléphone portable qui s'ajoute aux 26 000 joignables sur leur ligne fixe, le Baromètre santé s'inscrit également comme une référence en matière d'enquête téléphonique de qualité.

Comparé à la plupart des sondages courants, qui reposent sur la méthode des quotas menés au mieux auprès d'un millier de personnes, le Baromètre santé se distingue donc par une recherche constante d'une meilleure représentativité de l'ensemble de la population résidant en France, ainsi que par une taille d'échantillon qui permet d'envisager des explorations sur des sous-groupes de la population, ou au niveau régional.

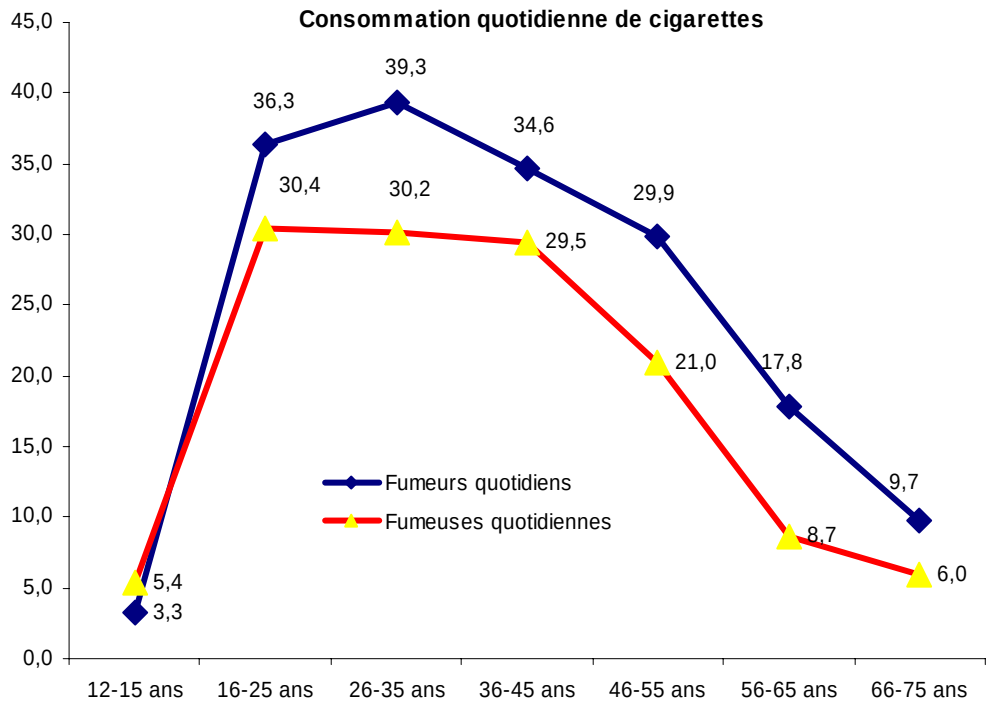
[1] Projets *Closing the Gap* et *Determine* financés par la Commission européenne (direction de la santé des consommateurs).
[2] Le Pr Mickael Marmot qui préside la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS est aussi membre du conseil scientifique de l'INPES.

I. Différences selon le genre

1. La consommation de tabac

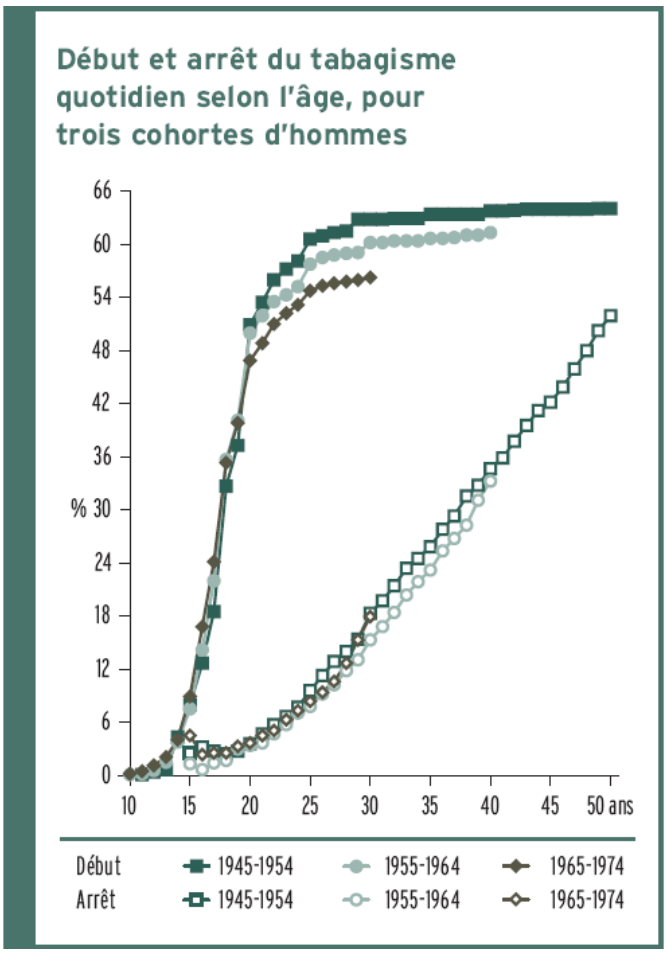
Si on constate qu'historiquement, les femmes ont commencé à fumer plus tardivement que les hommes, hommes et femmes arrêtent aujourd'hui de fumer.

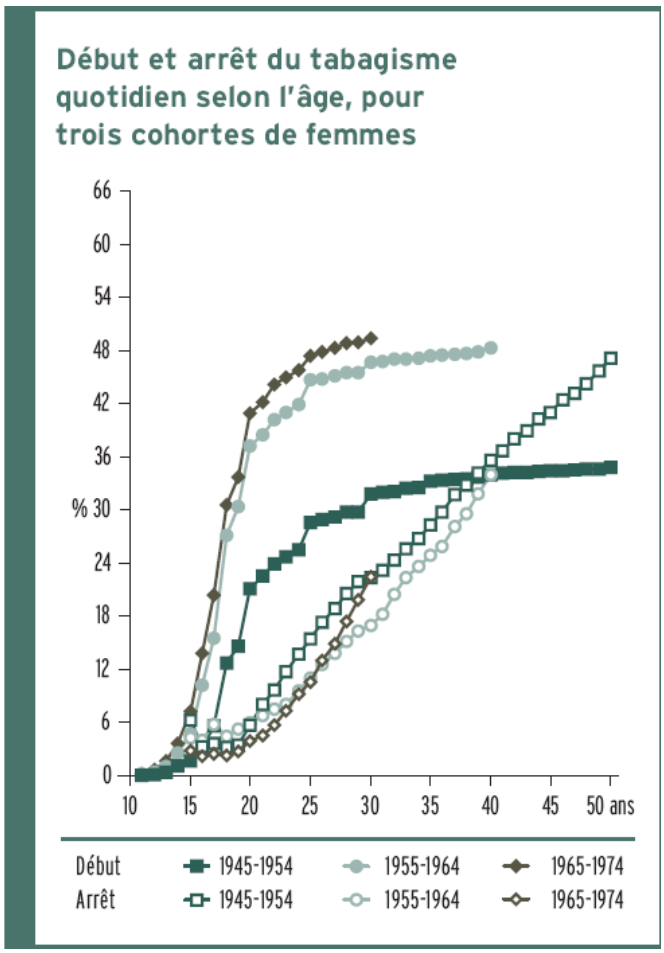
Les femmes sont moins nombreuses à fumer que les hommes. En ce qui concerne le tabagisme quotidien ou occasionnel, un tiers des hommes fument actuellement, 30,2 % ont fumé puis ont arrêté. Alors qu'un peu plus d'un quart (26,5 %) des femmes fument et près d'un quart (24,4 %) ont fumé puis arrêté.
Ce phénomène est le résultat de dynamiques historiques d'entrées et de sorties dans le tabagisme différentes chez les hommes et les femmes.



Les jeunes générations d'hommes (nés entre 1965 et 1974) sont moins nombreuses à fumer que leurs aînés à l'âge de 20 ans. En effet, le nombre de fumeurs masculins diminue progressivement parmi les générations les plus jeunes : à l'âge de 20 ans, la proportion des hommes nés en 1945-1954 est plus nombreuse à fumer que la génération née entre 1955 et 1964, elle-même supérieure à celle de la génération née entre 1965 et 1974. On observe donc que parmi les générations les plus jeunes la proportion d'hommes fumeurs diminue.

L'arrêt du tabac est également plus rapide parmi les fumeurs nés entre 1965 et 1974 que parmi les générations précédentes. La jeune génération des fumeurs (nés entre 1965 et 1974) met plus vite fin à sa carrière de fumeurs (la courbe de sortie de la génération 1965-1974 – losanges – remonte plus verticalement et croise celle de la génération 1945 -1954 – carrés – indiquant une sortie plus jeune du tabagisme).





L'épidémie de tabagisme chez les femmes est différente.

Si la majorité des hommes fumeurs commence à fumer avant l'âge de 20 ans, le début du tabagisme chez les femmes est plus lent et plus progressif, jusqu'à l'âge de 30 ans. Ainsi, on observe que l'arrêt du tabac chez les hommes s'accélère à partir de 30 ans alors que certaines femmes commencent, elles, tout juste à fumer à cet âge.
Historiquement, les femmes ont commencé à entrer dans le tabagisme à l'époque où les hommes commençaient à en sortir.

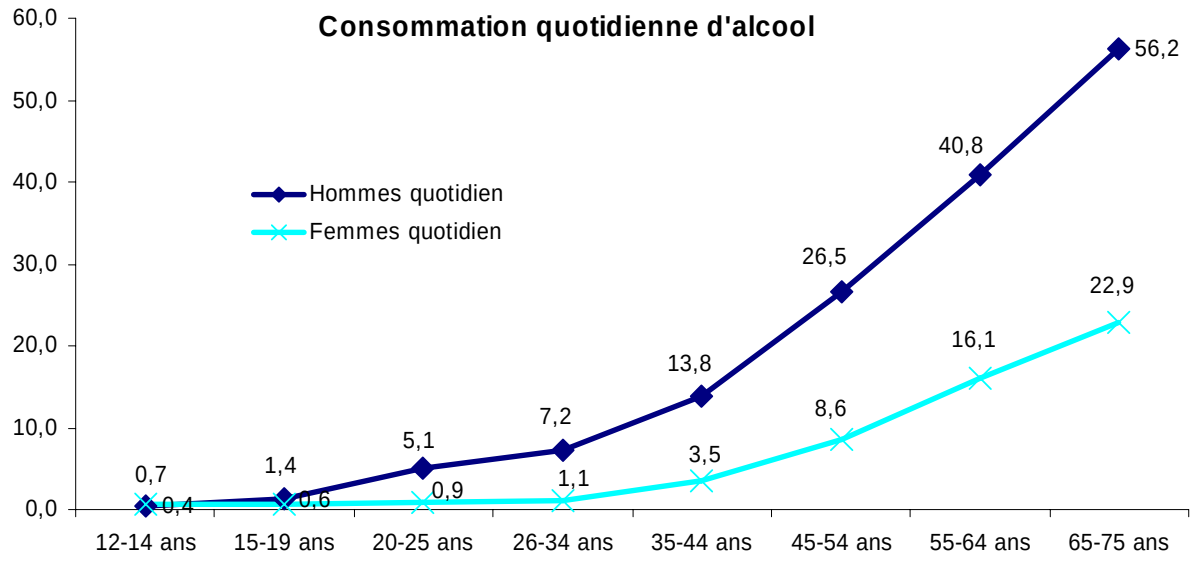
Concernant l'arrêt du tabac, on observe un arrêt plus rapide chez les fumeuses de la génération la plus ancienne en comparaison des fumeuses de la génération née entre 1955 et 1964. La sortie du tabagisme est également plus rapide parmi les femmes les plus jeunes, indiquant une accélération du processus. Ainsi, les femmes les plus jeunes commencent à fumer plus tôt que leurs aînées et renoncent au tabagisme plus tôt.

Hypothèses explicatives

Les hommes ont commencé à fumer avant les femmes. L'entrée des femmes dans le tabagisme a également été celle d'une avant-garde qui a osé braver le discrédit social pesant sur les fumeuses. L'installation des femmes dans le tabagisme a accompagné en quelque sorte leur émancipation. L'industrie du tabac a largement contribué à amplifier ce mouvement en créant pour les femmes de nouvelles marques, de nouvelles saveurs (menthol) accompagnées d'une publicité spécifique.

2. La consommation d'alcool

Les hommes sont proportionnellement deux fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine (21,7 % contre 11,8 %). Ils sont également presque trois fois plus nombreux que les femmes à en boire quotidiennement (20,3 % contre 7,3 %)



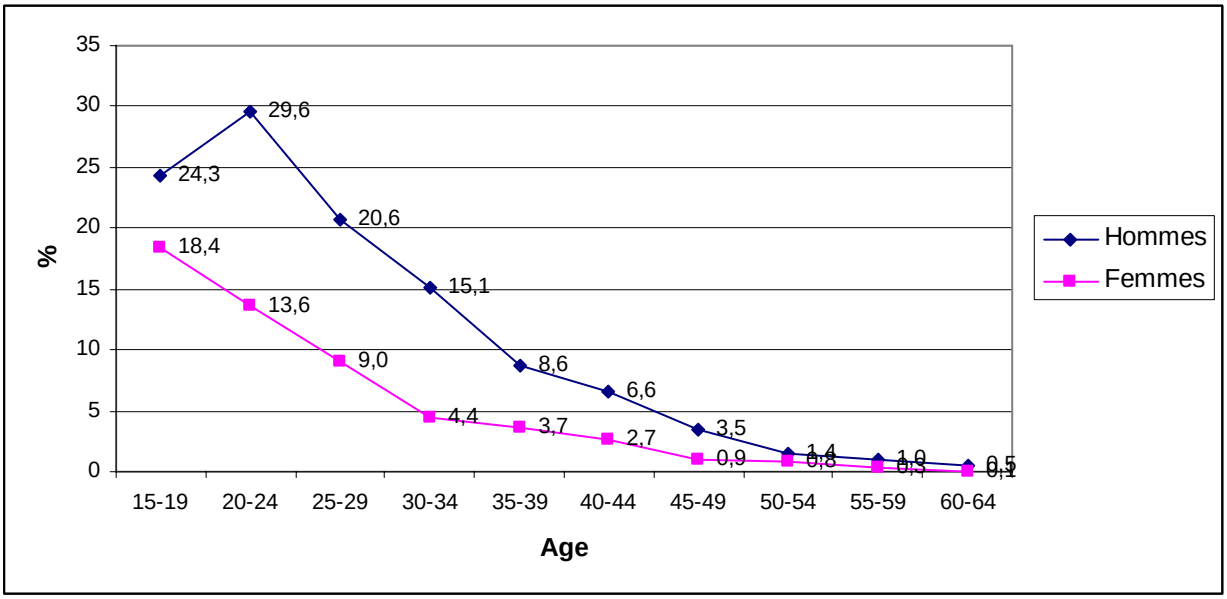
Hypothèses explicatives

Les hommes consomment plus d'alcool que les femmes. Il y a probablement plusieurs explications à ce phénomène. L'acceptabilité sociale d'une consommation d'alcool, surtout lorsqu'elle est importante, est inférieure pour les femmes. Ceci pourrait être lié aux différences des rôles sociaux traditionnels (maternité, responsabilité des enfants, gestion du foyer), et/ou au besoin pour les femmes de conserver la maîtrise de leur image et de leur corps (en lien avec un idéal de séduction et un risque sexuel, maîtrise de la conception, de la filiation). Les occasions de sociabilité et donc de consommation d'alcool à l'extérieur du logement sont également traditionnellement beaucoup plus fréquentes pour les hommes. A cela se rajoute que le métabolisme de l'alcool n'est pas exactement le même chez les hommes et les femmes. Par exemple, une même quantité d'alcool bue par un homme et une femme de même poids, se diluera dans d'avantage d'eau corporelle chez l'homme (70 % du poids du corps en moyenne) que chez la femme (60 % du poids du corps en moyenne), ce qui conduit à une alcoolémie supérieure chez la femme.

3. La consommation de cannabis

L'expérimentation du cannabis au cours de la vie est plus fréquente chez les hommes (37,9 %) que chez les femmes (23,5 %). Cette différence entre genre subsiste lorsqu'il s'agit d'un usage du cannabis au cours de l'année, avec par exemple 29,6 % d'hommes de 20 à 24 ans contre 13,6 % chez les femmes du même âge ayant consommé du cannabis durant l'année.

Figure 3 : Proportion de consommateurs cannabis au cours de l'année, suivant le sexe et l'âge



Hypothèses explicatives

Le différentiel entre hommes et femmes pour la consommation de cannabis fumé pourrait, tout d'abord, être lié, à la moindre proportion de fumeurs de tabac chez les femmes que chez les hommes.

La moindre recherche de l'ivresse, qu'elle soit alcoolique ou cannabique, pourrait être un trait féminin, soit pour des raisons physiologiques (effets différents) ou en raison de la nécessité de rester maître de son image et de la situation en particulier si des rapports sexuels sont en jeu. Les hommes sont également plus nombreux que les femmes à s'inscrire dans des comportements illégaux. On peut aussi y voir, pour la part des usagers qui fument du cannabis pour soulager des tensions du quotidien, une propension masculine à éviter la médicalisation des épisodes anxio-dépressifs, là où les femmes vont plus volontiers consulter, recourir à un médicament psychotrope, et, plus généralement, reconnaître la souffrance psychique.

4. Avoir une activité physique suffisante (score IPAQ, *International Physical activity Questionnaire*[3])

Moins de la moitié des 15 - 74 ans (45,7 %) a une activité physique favorable à la santé selon le score IPAQ, les hommes étant toutefois, en proportion, nettement plus nombreux que les femmes (52,1 % vs 39,5 %).

Hypothèses explicatives

Les différences entre hommes et femmes en ce qui concerne l'activité physique sont essentiellement liées aux métiers à forte composante physique plus fréquents chez les hommes, ainsi que d'une plus forte proportion d'hommes en activité professionnelle.

5. La pratique d'un sport

Plus nombreux à pratiquer un sport ou une activité de loisirs que les femmes, les hommes sont également deux fois plus exposés aux accidents s'y afférant : au cours des douze derniers mois, 2,9 % des de 12 à 75 ans ont déclaré avoir subi un accident de sport ou de loisir, 4 % des hommes et 1,8 % des femmes.

6. Le port du casque à vélo à la dernière sortie

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 51,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir fait du vélo, 58,9 % des hommes et 45,1 % des femmes.
Lors de leur dernière sortie à vélo, 20,6 % des hommes et 10,4 % des femmes ont déclaré avoir porté un casque.

Hypothèses explicatives

Le moindre port de casque des femmes pourrait être lié à des considérations esthétiques ou à la coiffure.

[3] Voir annexe « Comment mesure t-on l'activité physique ? ».

II. Différences selon le niveau de diplôme

Pour bien comprendre :

L'odds ratio[4] : une appellation déroutante pour une notion simple et fort utile

En général, la quantification d'un phénomène social sur l'ensemble de la population est illustrée par des pourcentages : par exemple, la France compte 14 % de buveurs quotidiens d'alcool, les hommes étant beaucoup plus souvent adeptes de cette pratique que les femmes (20 % contre 7 %). Un tel indicateur est très parlant, mais il présente d'importantes limites en termes d'interprétation.

Imaginons qu'on rende compte d'une observation exacte : il y a un fort lien entre l'alcoolisation et la taille des individus (plus on est grand, plus on a de chance d'être un buveur). En fait, ce lien provient du fait que les hommes sont à la fois plus grands et plus souvent buveurs que les femmes. Derrière la taille, se « cache » le genre. L'instrument qui permet de limiter le risque de mauvaise interprétation est l'odds ratio (OR), qu'on traduit parfois par « risque relatif ». L'OR est obtenu grâce à une modélisation complexe mais dont l'interprétation est en revanche aisée.

On étudie simultanément un thème (le tabagisme par exemple) et ses liens avec plusieurs caractéristiques (parfois appelées « variables »), telles que l'âge, le sexe, le statut d'activité, le niveau de diplôme, de revenu, la région de résidence… La modélisation permet d'isoler les caractéristiques qui restent liées au tabagisme même si on prend en compte toutes les autres (on parle alors d'« ajustement » ou de « contrôle des effets de structure »). Ce lien se repère en lisant l'OR. La valeur de base de l'OR est 1.

- *S'il n'y a pas de lien, l'OR est égal à 1 ou en est très proche, c'est-à-dire « non significativement différent de 1 », ce qui est dès lors noté « ns » dans les tableaux : ce serait par exemple le cas entre la taille et l'alcoolisation*
- *S'il y a un lien, l'OR est significativement différent de 1, ce qui est signifié dans les tableaux par une, deux ou trois étoiles (en fonction de l'intensité de ce lien).*

1. La consommation de tabac

Le niveau de diplôme joue un rôle dans les habitudes tabagiques. Les femmes de 26 à 75 ans diplômées au moins d'un bac + 2 (OR = 0,8 et 0,6 au-delà de Bac + 4), et les hommes diplômés au moins d'un bac + 4 sont moins souvent fumeurs que les personnes sans diplôme (OR = 0,7).

Liens entre le tabagisme actuel et le niveau de diplôme, pour les hommes et pour les femmes, parmi les 26-75 ans

	femmes	hommes
aucun diplôme, autre diplôme	1	1
certificat d'études, brevet des collèges	1 ns	0,9 ns
CAP/BEP	1,2 ns	0,9 ns
Baccalauréat	1	0,9 ns
Bac + 2, bac + 3	0,8*	0,9 ns
Bac + 4, Bac + 5 ou plus	0,6***	0,7***

Légende : « ns » différence non significative

NB : les variables contrôlées dans ces deux modélisations sont l'âge, le diplôme le plus élevé obtenu, la situation professionnelle, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de revenus, la situation matrimoniale et la présence d'enfants.

[4] La traduction exacte en français, peu usitée, est le rapport des cotes (au sens des paris sur les courses par exemple).

De même, l'arrêt du tabac est corrélé au niveau de diplôme. Ainsi, la proportion d'ex-fumeuses est presque deux fois plus importante chez les femmes ayant un niveau de diplôme égal ou supérieur à bac + 4 par rapport à celles n'ayant pas de diplôme. En ce qui concerne les hommes, cette proportion est d'une fois et demi supérieure.

Comparaison entre ex-fumeurs réguliers et fumeurs réguliers actuels ayant déjà essayé d'arrêter une semaine au moins
régressions logistiques pour chaque sexe -Odds Ratios : 6 585 ex-fumeurs versus 5648 fumeurs

	femmes	hommes
aucun diplôme, autre diplôme	1	1
certificat d'études, brevet des collèges	1,0 ns	1,2 ns
CAP/BEP	1,0 ns	1,0 ns
Baccalauréat	1,2 ns	1,4 **
Bac + 2, bac + 3	1,8***	1,1 ns
Bac + 4, Bac + 5 ou plus	1,9***	1,4**

Légende : « ns » différence non significative

NB : les variables contrôlées dans ces deux modélisations sont l'âge, le diplôme le plus élevé obtenu, la situation professionnelle, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de revenus, la situation matrimoniale et la présence d'enfants.

Hypothèses explicatives sur les différences dans la consommation de tabac

L'installation du tabagisme, en tant qu' « innovation sociale » s'est faite historiquement à des périodes différentes selon les sexes et différentes catégories de la population[5].

Les premiers adopteurs de la cigarettes ont été les milieux les plus éduqués (les intellectuels) suivis ensuite par une massification progressive du comportement, accompagnée par la publicité, la diversification de l'offre et le développement du commerce international de tabac.

On peut faire l'hypothèse que si l'innovation sociale a pu à un moment être le fait de se mettre à fumer ou de fumer, un mouvement inverse s'est mis en place. L'innovation sociale serait devenue maintenant de ne pas fumer et de s'intéresser à sa santé (première motivation déclarée de l'arrêt du tabagisme). De la même façon, les précurseurs se sont recrutés parmi les personnes les mieux éduquées.

Depuis le début des années 1990, des actions de prévention se sont également installées et amplifiées (campagne d'information et de prévention, loi Veil, loi Evin, augmentation des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics).

C'est ainsi que des auteurs ont pu dire que les plus diplômés (hommes et femmes) étaient les bons élèves de la prévention, après avoir été ceux de l'institution scolaire, ou que la réussite scolaire et l'arrêt du tabagisme étaient deux phénomènes liés à une capacité d'autodiscipline.

[5] Dubois G. Consommation de tabac en France et en Europe, bilan et perspectives. In Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme. De la prévention au sevrage. Paris Masson 2001 p10-16.

2. La consommation d'alcool

Par rapport aux personnes sans diplôme, celles qui ont au moins le baccalauréat ont 10 % de moins de risque d'être buveur quotidien (OR 0,9).

Par contre, le fait d'avoir un diplôme augmente le risque d'avoir eu plus de 10 ivresses dans l'année par rapport aux Français sans diplôme :

- Sur-risque de 60 % pour ceux qui ont un niveau baccalauréat par rapport aux sans diplôme
- Risque multiplié par 2 pour qui ont un niveau supérieur au baccalauréat.

Liens entre différentes formes d'alcoolisation et le niveau de diplôme parmi les 15-64 ans[6]

	usage quotidien	usage à risque chronique ou dépendant	1 ivresse ou plus	10 ivresses et plus
Aucun ou inférieur au Bac : référence,	-1-	-1-	-1-	-1-
Bac	0,9*	1,0 ns	1,3 ***	1,6 ***
Supérieur au Bac	0,9*	0,9 ns	1,4 ***	2,0 ***

Légende : « ns » différence non significative

NB : les variables contrôlées dans ces quatre modélisations sont l'âge, le sexe, le diplôme le plus élevé obtenu, la catégorie d'agglomération, la situation matrimoniale et la présence d'enfants

Au sein de la population masculine, on observe une inégalité face à la consommation quotidienne d'alcool en fonction du niveau de diplôme. Ainsi, chez les hommes, après ajustement sur l'âge, la consommation quotidienne est deux fois plus fréquente chez les hommes dont le niveau de diplôme est inférieur au baccalauréat que chez ceux diplômé d'un bac +5. L'usage à risque est également presque 3 fois plus fréquent et les ivresses répétées (10 ou plus par an) presque deux fois plus fréquentes

Le niveau de diplôme impacte également la consommation féminine. En effet, l'inégalité entre hommes et femmes face à la consommation d'alcool diminue quand le niveau de diplôme augmente.
Plus le niveau de diplôme s'élève plus la consommation quotidienne d'alcool devient rare chez les hommes et fréquente chez les femmes. Les hommes les plus diplômés sont moins nombreux à boire quotidiennement de l'alcool que les hommes moins diplômés alors que les femmes les plus diplômées sont plus nombreuses à boire quotidiennement de l'alcool que les femmes les moins diplômées.
Par exemple, parmi les non-diplômés, la consommation quotidienne d'alcool est 5,4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En revanche, elle n'est que 2,5 fois plus élevée chez les diplômés d'un bac + 5 et plus. L'usage d'alcool à risque[7] est 8 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes sans diplôme, alors qu'il n'est que près de 3 fois plus fréquent chez les bac + 5.

[6] L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité (4 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).
[7] Tel que défini par le test international Audit-C (Alcohol Use Disorders Identifcation Test).

Liens entre différentes formes d'alcoolisation et le fait d'être un homme
en fonction du niveau de diplôme, parmi les de 15-65 ans

	usage quotidien	usage à risque	1 ivresse ou plus	10 ivresses et plus
Inférieur au bac	5,4	8	4,3	8
bac	3,9	5	4	6,6
bac + 2	3,5	5,4	4,7	5,7
bac +3/4	2,9	4,6	3,1	4,7
bac + 5 et +	2,5	2,9	3	3,8

NB : les variables contrôlées dans ces quatre modélisations sont le sexe, l'âge et le diplôme le plus élevé obtenu (les odds ratios sont à comparer à 1 pour les femmes de la même catégorie)

Hypothèses explicatives sur les différences dans la consommation d'alcool

En plus des différences entre sexe et entre générations, on observe également des différences selon les niveaux d'éducation. Ainsi, hommes et femmes ont tendance à avoir des modes de consommation plus similaires lorsque leurs positions sociales sont plus favorables ou leur niveau d'instruction plus élevé. Les hommes de niveau d'instruction plus élevé pourraient chercher à réduire ou contrôler leur consommation sous des contraintes d'étiquette sociale ou de besoin de performance professionnelle. Encouragées par la mixité, les femmes pourraient en revanche être amenées à adopter un comportement plus masculin en raison de la forte proportion masculine des professions favorisées ou très diplômées.

Il est nécessaire d'être prudent dans l'interprétation des ivresses déclarées dans le cadre d'une consommation générale qui baisse et d'une plus grande sensibilité au risque alcool dans la population générale. S'agit-il d'ivresses plus nombreuses qui seraient liées à une moindre habitude de consommation d'alcool ? S'agit-il d'ivresses recherchées en tant que telles et qui seraient un nouveau rapport à l'alcool (arrivée en France d'un rapport anglo-saxon à l'alcool) ? S'agit-il d'un seuil plus bas de sensibilité sociale au problème de l'ivresse, poussée par les médias, et qui pourraient être variable selon les milieux et les âges ?

3. La consommation de cannabis

La consommation de cannabis au cours de la vie apparaît plus fréquente chez les personnes de 15 à 44 ans ayant un niveau baccalauréat ou supérieur. L'usage au cours de l'année est également plus fréquent chez ceux qui ont un diplôme supérieur au bac.

En revanche, l'usage au cours du mois est plus fréquent chez les personnes ayant le niveau du baccalauréat et l'usage régulier est moins fréquent chez ceux qui ont un niveau supérieur au bac.

L'expérimentation du cannabis et son usage au cours de la vie concernent davantage les personnes diplômées d'au moins un baccalauréat. A l'inverse, ce niveau de diplôme semble protéger d'un basculement vers un usage régulier, davantage le fait de personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat.

Liens entre différents types d'usage de cannabis
et le niveau de diplôme parmi les 15-44 ans[8]

	usage au cours de la vie	usage au cours de l'année	usage au cours du mois	usage régulier
inférieur au bac	1	1	1	1
Bac	1,3	1,1	1,2	0,9
supérieur au bac	1,5	1,2	1,1	0,7

Les différences observées selon les niveaux de diplôme indiquent que l'expérimentation et l'usage occasionnel sont plus fréquents chez les diplômes de niveau bac ou supérieur au bac, cette tendance pouvant indiquer à la fois une certaine maîtrise du produit et un usage festif prédominant. En revanche, l'usage régulier voire problématique apparaît plus fréquent chez ceux qui n'ont pas le niveau bac, ce qui pourrait être lié à l'installation dans une culture « cannabis » en marge de la loi. Là encore, le niveau d'éducation aiderait à adopter un comportement « maîtrisé », même s'il n'écarte pas de la tentation de l'expérience.

4. Avoir une activité physique quotidienne suffisante

Plus le niveau de diplôme est élevé, moins les personnes interrogées déclarent avoir une activité physique qui soit favorable à la santé. Le fait d'avoir un diplôme supérieur au baccalauréat réduit de 40% le fait d'avoir un niveau d'activité physique favorable à la santé.

Les inégalités liées au niveau de diplôme s'expliquent en partie par la nature de la profession exercée. Par exemple, on observe une activité physique 3 fois supérieure chez les personnes dont la profession est liée à l'agriculture par rapport aux ouvriers. De même, l'activité physique des cadres et professions intellectuelles est 3 fois inférieure à celle des ouvriers. Cet effet se trouve en général en partie compensé par la pratique d'une activité sportive

[8] L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux) et l'équipement téléphonique (liste rouge, blanche, mobile).

Liens entre la pratique d'une activité physique favorable à la santé
selon le score IPAQ et le niveau de diplôme parmi les 18-64 ans

Niveau de diplôme	
Aucun	1
Inférieur au bac	0,9
niveau bac	0,8
supérieur au bac	0,6 ***
sexe	
femme	1
homme	1,7***

5. La pratique d'un sport

Si un niveau de diplôme élevé est défavorable à l'activité physique considérée dans sa globalité, il est davantage propice à la pratique d'un sport. En effet, chez les 15 - 74 ans, la pratique habituelle d'un sport est 3 fois plus répandue chez les personnes dont le niveau de diplôme est supérieur au bac, par rapport à ceux qui n'ont pas de diplôme. De même, on observe que la pratique d'un sport est 2 fois plus fréquente dans les foyers ayant un revenu supérieur ou égal à 1500 euros.

Liens entre la pratique habituelle d'un sport
et le niveau de diplôme parmi les 15-74 ans

Niveau de diplôme	
Aucun	1
Inférieur au bac	1,7 ***
niveau bac	2,0 ***
supérieur au bac	2,9 ***
sexe	
femme	1
homme	1,4 ***

En revanche, plus le niveau d'instruction et de revenu est élevé, moins le temps consacré à la télévision est long.

6. Le temps passé devant la télévision : un indicateur de sédentarité

Ainsi, chez les 15 - 74 ans, le fait d'avoir regardé la télévision deux heures ou plus la veille de l'interview est moins fréquent chez ceux qui ont un niveau baccalauréat ou supérieur (OR = 0,8 pour le niveau Bac et 0,6 pour le supérieur). Cela s'avère également moins fréquent dans les foyers de revenus de 1500 euros et plus.

Liens entre le fait d'avoir regardé la télévision au moins deux heures
la veille de l'interview et le niveau de diplôme parmi les 15-74 ans

Niveau de diplôme	
Aucun	1
Inférieur au bac	1,0
niveau bac	0,8***
supérieur au bac	0,6***
sexe	
femme	1
homme	1,1**

Hypothèses explicatives sur les différences dans l'activité physique et la sédentarité (regarder la télévision)

Les liens observés selon le niveau de diplôme sont très liés à la nature physique ou intellectuelle (plus fréquent en cas de diplômes élevés) des professions occupées.

La pratique d'un sport peut être considérée à la fois comme un investissement dans sa santé et une pratique de socialisation plus fréquente dans les milieux les plus éduqués. Le sport peut aussi être vu comme une nécessité sociale dans un milieu professionnel ou privé compétitif. Avoir la forme, et avoir l'allure ne sont plus facultatifs mais deviennent des éléments distinctifs essentiels, qui peuvent aussi avoir un coût.

Le moindre temps passé devant la télévision par les niveaux les plus éduqués peut indiquer à la fois son attirance et sa capacité à s'offrir des loisirs différents, extérieurs au foyer. Mais il peut également s'agir d'un rejet explicite, relativement élitiste, d'une télévision considérée comme trop populaire.

7. L'exposition aux accidents de sports et de loisirs

Plus le niveau de diplôme augmente, plus l'exposition au risque augmente. Ainsi, les personnes ayant un diplôme bac + 3 ont plus de risque que les sans diplôme. Cela s'explique notamment par une pratique sportive plus répandue chez les personnes dont le niveau de diplôme est supérieur au bac.

Liens entre la survenue d'un accident de sport et de loisirs et le niveau de diplôme[9]

diplôme	
Aucun	1
Certificat d'études, CAP, BEP	1,2
niveau bac	1,6
Bac + 2	2,1
Bac + 3 et plus	2,6*
sexe	
homme	1
femme	0,4***

8. Inégalités devant la prévention des risques : le port du casque à vélo

La probabilité d'avoir mis un casque chez les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat est près de deux fois supérieure à celle des sans diplôme.

Liens entre le port du casque lors de la dernière sortie à vélo
et le niveau de diplôme et le genre parmi les 15-75 ans interrogés[10]

diplôme	
Aucun	1
Certificat d'études, CAP, BEP	1,3
niveau bac	1,9***
Bac + 2	1,8***
Bac + 3 et plus	1,8***
sexe	
homme	1
femme	0,3***

Hypothèses explicatives sur les différences observées dans le fait de porter un casque à vélo

Le port du casque à vélo est plus fréquent chez les personnes ayant au moins le bac. Ils seraient donc plus souvent précurseurs dans l'adoption de ce nouveau comportement préventif encore minoritaire (1 homme sur 5 et 1 femme sur 10). C'est-à-dire qu'ils osent aller contre la norme sociale qui est encore de ne pas mettre de casque.

[9] Régression logistique : odds ratio ajustés (toutes choses étant égales par ailleurs) sur le sexe, l'âge, la profession et catégories socioprofessionnelle et le diplôme.
[10] Régression logistique : odds ratio ajustés (toutes choses étant égales par ailleurs) sur le sexe, l'âge, la profession et catégories socioprofessionnelle, le diplôme, la zone d'habitation et la régions habitée.

III. Avoir un travail ou être au chômage

Les chômeurs sont plus fréquemment fumeurs que les personnes qui ont un emploi. 39,2 % (OR 1,3)[11] des femmes au chômage fument contre 29,6 % chez celles qui ont un emploi, et 53,2 % (OR 1,6) des hommes au chômage fument contre 37,5 % chez les hommes qui ont un emploi.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, on n'observe pas de différence significative entre les chômeurs de 15 à 34 ans et les étudiants ou les actifs occupés.
En revanche, les chômeurs de 35 à 59 ans ont, par rapport aux actifs occupés,

- un sur-risque de 40 % d'être usager quotidien d'alcool (OR 1,4)[12]
- un sur-risque de 30 % d'avoir un usage d'alcool à risque (OR 1,3)
- 2,5 fois plus de risque d'avoir eu 10 ivresses et plus dans les 12 derniers mois

Les chômeurs ont un risque plus important que les chômeuses d'avoir un problème avec l'alcool. Ce sur-risque est de :

- 3,9 fois plus de risque d'avoir un usage quotidien
- 6,2 fois plus de risque d'avoir un usage d'alcool à risque
- 5,7 fois plus de risque d'avoir eu 10 ivresses et plus dans les 12 derniers mois

En ce qui concerne la consommation de cannabis au cours de la vie, il n'y a pas de différence entre les chômeurs de 15 à 34 ans et les actifs occupés. On constate par contre un sur-risque de

- 30 % d'avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (OR 1,3) [13]
- 40 % d'avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois (OR 1,4)
- 80 % d'avoir un usage régulier du cannabis (OR 1,8)

par rapport aux actifs occupés.

Les chômeurs de 35 à 44 ans ont par rapport aux actifs occupés

- un sur-risque de 40 % d'avoir consommé du cannabis au cours de la vie (OR 1,4) [14]
- 2,1 fois plus de risque d'avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois
- 2,5 fois plus de risque d'avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois
- 3,1 fois plus de d'avoir un usage régulier du cannabis

par rapport aux actifs occupés.

Les personnes au chômage présentent par ailleurs des indicateurs de santé mentale particulièrement dégradés. Elles déclarent deux fois plus que les actifs occupés à avoir pensé au suicide et sont 1,4 fois plus nombreuses à avoir fait un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois.

Hypothèses explicatives

L'absence d'emploi est à la fois la source de difficultés financières et pratiques (logement, prêts bancaires, etc.) mais également la source d'une sentiment de ne plus être dans la norme et d'être écarté de certaines opportunités sociales intéressantes. Ce sentiment conduit plus fréquemment à une certaine souffrance psychique. L'utilisation plus fréquente de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis) dans cette population est probablement liée à une recherche de soulagement de cette souffrance psychique.

[11] Population âgée de 26 à 75 ans. Toutes choses (suivantes) étant égales par ailleurs : âge, diplôme, catégorie socioprofessionnelle, revenus mensuels par unité de consommation, situation matrimoniale, présence d'enfants dans le foyer
[12] Toutes choses (suivantes) étant égales par ailleurs : âge, sexe, vie de couple, catégories d'agglomération, niveaux de diplôme, équipement téléphonique
[13] Toutes choses (suivantes) étant égales par ailleurs : âge, sexe, vie de couple, catégories d'agglomération, niveaux de diplôme, équipement téléphonique
[14] Toutes choses (suivantes) étant égales par ailleurs : âge, sexe, vie de couple, catégories d'agglomération, niveaux de diplôme, équipement téléphonique

IV. Quelles implications pour la prévention ?

Les chiffres du Baromètre santé le font apparaître clairement, les différences de genre ont des implications directes sur les attitudes, les représentations et les comportements.

De même, ces chiffres confirment que les moyens traditionnels d'intervention en prévention se révèlent plus efficaces en direction des populations ayant un niveau de diplôme élevé qu'envers celles qui ont un niveau faible.

Ces résultats viennent valider l'évolution engagée depuis quelques années par l'Inpes et visant à développer des communications qui, d'une part tiennent mieux compte des différences de genre et d'autre part soient de plus en plus adaptées aux populations les plus vulnérables.

Ainsi, quelques campagnes ont abordé les spécificités féminines du rapport au tabac (séduction, contrôle du poids) dans le cadre de collaboration avec la presse féminine ou de documents destinées exclusivement aux femmes, ou ont mis particulièrement l'accent sur le « O alcool, O tabac pendant la grossesse ». De même, un certain nombre de communications sur l'alcool ont ciblé plus particulièrement les hommes (campagne télé « La boucle », politique d'annonce dans la presse sportive).

Une attention toute particulière a également été portée ces dernières années par l'Inpes aux catégories sociales les moins diplômées. A titre d'exemple, peuvent être cité les différentes actions de promotion de la santé en direction des migrants, la prévention des accidents de la vie courante, la lutte contre les infections respiratoires ou encore la diffusion des repères du PNNS.

Toutefois, les chiffres du Baromètre santé montrent clairement que ces approches méritent d'être plus encore développées à l'avenir. Les données publiées invitent notamment à envisager des dispositifs spécifiques en direction des populations vulnérables s'agissant par exemple, de la consommation de tabac ou de la pratique d'une activité physique régulière. Elles conduisent également à repenser les modes d'intervention en matière de prévention en recherchant une plus grande proximité avec les publics les plus exposés.

ANNEXES

Annexe 1 : Comment mesure-t-on l'activité physique ?

L'activité physique se distingue du sport dans la mesure où est prise en compte toute activité physique menée dans tous les domaines de la vie quotidienne (au travail, à la maison, dans le cadre des transports et des loisirs).
L'activité physique a pu être mesurée grâce à un instrument validé au niveau international : l'IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), questionnaire élaboré à la fin des années 1990. Il s'agit en effet d'un instrument de mesure qui considère l'activité physique dans sa globalité (au travail, à la maison, dans le cadre des transports et des loisirs). Cet outil, dans sa version courte, se base sur l'intensité de l'activité (et pas l'activité en soi), Il permet notamment de déterminer comme cible, en termes de santé publique, une catégorie d'individus très actifs ayant une activité physique dite « favorable à la santé ». Cette catégorie correspond à la pratique d'au moins trois jours par semaine d'activité intense ou la pratique quotidienne d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense entraînant au moins une certaine dépense énergétique.

Annexe 2 : Méthode et échantillon

L'enquête repose sur la méthode aléatoire. Les interviews ont été réalisées par téléphone après un tirage au sort de la personne à interroger dans la base de sondage, c'est-à-dire la liste des numéros de téléphone d'où ont été issus les ménages contactés. Grâce à une procédure particulière de génération des numéros de téléphone, les ménages sur liste rouge étaient également inclus dans l'échantillon. Pour interroger environ 30 000 personnes, les interviews ont d'abord été réparties entre ménages équipés d'une ligne fixe (87,5 %) et ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (12,5 %). Une seule personne par foyer participait à l'enquête. La personne choisie étant celle dont la datte d'anniversaire à venir était la plus proche.

L'enquête s'est déroulée tous les jours de la semaine sauf le dimanche, de 16 heures à 21 heures (de 10 heures à 18 heures le samedi). Une société de suivi de la conformité du recueil des données était présente quotidiennement afin de vérifier la bonne passation du questionnaire et la régularité de la procédure de sélection des personnes à interroger. Les différents taux de refus observés à la fin de l'enquête montrent une légère progression par rapport à 2000 ; en particulier pour le taux d'abandon, probablement en raison de la durée du questionnaire – quarante minutes en moyenne pour les lignes fixes et dix-sept minutes pour les téléphones portables.

Annexe 3 : Références de l'ouvrage

- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé, INPES, St Denis, 608 p.
- Les chapitres présentés dans ce dossier sont les suivants :
- Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. « Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé », in Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé, INPES, St Denis, 76-110.
- Legleye S., Beck F. « Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation », pages 112-154.
- Beck F., Legleye S., Spilka S. « Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier », pages 168-221.
- Escalon E., Vuillemin A., Erpelding ML., Oppert JM. « Activité physique : entre sport et sédentarité », pages 241-278.
- Bourdessol H., Thélot B. « Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante », pages 379-413.