

J4 - Les inégalités sociales, un obstacle à la prévention ? L'exemple du tabagisme

P. Peretti-Watel^{a,b}, V. Seror^a, S. Halfen^c, I. Grémy^c, F. Beck^d

^a Inserm-IRD UMR 912, Marseille, France ; ^b ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France ;
^c ORS Île-de-France, Paris, France ; ^d Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

RESUME

Objectif. Examiner dans quelle mesure les inégalités sociales font obstacles à la prévention du tabagisme, en étudiant les relations entre horizon temporel, méfiance à l'égard de la lutte anti-tabac, pauvreté et tabagisme.

Matériels et méthodes. Analyse statistique de deux enquêtes téléphoniques transversales en population générale (Île-de-France, 2000, 939 fumeurs ; France entière, 2005, 3 820 personnes dont 979 fumeurs).

Résultats. Dans l'enquête France entière, 13% des personnes interrogées ont une préférence pour le présent alliée à un pessimisme concernant leur avenir (elles pensent qu'elles n'atteindront pas leur espérance de vie, ou qu'elles seront en mauvaise santé à 70 ans). Ces personnes se caractérisent par un faible niveau de diplôme, une forte proportion d'ouvriers, d'employés, de bas revenus, ainsi qu'une forte prévalence tabagique (39%). En outre, parmi les fumeurs de l'enquête Île-de-France, le déni du risque (penser que les antécédents familiaux ou la vie au grand air protègent des maladies dues au tabac) et les attitudes critiques à l'égard de la lutte anti-tabac (jugée contraire à la liberté individuelle, moralisatrice et cantonnée à la défense des non-fumeurs) sont plus fréquents parmi les ouvriers, les chômeurs, les personnes à faibles revenus et surtout celles qui sont peu diplômées, ce déni et ces attitudes critiques étant aussi associés à une plus forte consommation de cigarettes.

Discussion et conclusion. Nos résultats suggèrent que la pauvreté induit une « myopie » peu propice à une bonne réception des messages préventifs, et que les fumeurs les plus pauvres entretiennent une certaine méfiance à l'égard de la lutte anti-tabac. Cette myopie et cette méfiance, socialement différenciées, peuvent faire obstacle à la prévention. Inversement, comme les fumeurs pauvres sont moins sensibles à la prévention, celle-ci pourrait contribuer à creuser les inégalités sociales de santé. Enfin, nos résultats soulignent la nécessité de bien préciser la conception de la société sous-jacente à l'analyse des inégalités sociales de santé : société de strates ou société de classes ?

Mots-clés: inégalités sociales, tabagisme, prévention.

Keywords: social inequalities, smoking, prevention.

1. INTRODUCTION

En France comme ailleurs, l'intensification de la lutte anti-tabac s'accompagne d'un accroissement de la différenciation sociale du tabagisme (Pampel, 2003 ; Peretti-Watel et al., 2008), en particulier parce que les fumeurs pauvres semblent avoir plus de difficultés à arrêter de fumer (Remier et al., 2004 ; Jefferis et al., 2004). Cette différenciation sociale du tabagisme pourrait s'expliquer par une moindre sensibilité aux messages préventifs dans ces milieux : les économistes considèrent souvent que les personnes peu diplômées sont moins aptes à comprendre l'information préventive et à faire des choix optimaux, et qu'une mauvaise situation matérielle n'incite pas à se préoccuper de sa santé (un cadre s'inquiétera davantage de la nocivité du tabagisme qu'un ouvrier, car il s'attend à vivre plus longtemps, en meilleure santé et avec une meilleure retraite). Une autre explication fait intervenir les préférences temporelles des individus : les économistes soulignent que l'incapacité à se projeter dans l'avenir est un puissant déterminant du tabagisme comme d'autres conduites addictives (Becker & Murphy, 1988), et les sociologues ont montré que cette incapacité résulte souvent d'une situation de précarité matérielle (Hoggart, 1970).

Il faut toutefois se méfier des analyses qui réduisent les spécificités des milieux populaires à des « manques » : manque d'information, d'éducation, d'incitation ou d'horizon temporel. D'ailleurs, la large diffusion d'informations très explicites sur les dangers du tabagisme ne permet plus guère aujourd'hui, au moins dans les pays développés, de considérer que la sous-estimation de ces dangers puisse résulter d'un défaut d'information. Elle résulterait plutôt de l'adhésion à des croyances qui permettent de mettre le risque et le discours préventif à distance (Oakes et al., 2004), croyances qui semblent plus prégnantes parmi les moins diplômés et les travailleurs manuels (Peretti-Watel et al., 2007). Plutôt que de simplement refléter une forme d'ignorance, ces croyances peuvent s'appuyer sur une méfiance foncière à l'égard de l'autorité en général, et des autorités sanitaires en particulier, méfiance qui fait partie intégrante de la culture populaire, de même qu'une forte valorisation du présent (Hoggart, 1970 ; Douglas, 1992), alors même que la prévention suppose au contraire que les individus ciblés sont aptes à se projeter dans l'avenir.

A partir de deux enquêtes françaises, il s'agit ici d'examiner les perspectives temporelles des individus, leurs croyances relatives au tabac et leurs attitudes à l'égard de la prévention, en fonction de leurs comportements tabagiques et de leurs caractéristiques sociales : les personnes de moindre niveau socioéconomique ont-elles un horizon temporel plus court ? Ce dernier est-il associé à un tabagisme plus fréquent ? De même, les fumeurs les plus pauvres adhèrent-ils plus souvent à des croyances qui relativisent les risques du tabagisme, et ont-ils des attitudes plus méfiantes à l'égard de la prévention ?

2. MATERIELS & METHODES

2.1 Le Baromètre Cancer 2005

Nous avons d'abord utilisé les données du Baromètre Cancer, enquête téléphonique réalisée en 2005 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), auprès d'un échantillon représentatif des personnes âgées de 18 ans et plus vivant en France métropolitaine. Au total, 86% des personnes sélectionnées ont accepté de participer, pour un échantillon final de 3 820 personnes, dont 979 fumeurs (pour plus de détails, cf. Guilbert et al., 2006).

S'agissant de leur horizon temporel, les participants devaient indiquer leur degré d'adhésion à quatre propositions relatives à leur attitude à l'égard du présent et de l'avenir (cf. Tableau 1). En outre, le logiciel utilisé pour la passation du questionnaire calculait l'espérance de vie des répondants en fonction de leur âge et de leur sexe, et il leur était demandé d'estimer leurs chances d'atteindre cet âge. Enfin, les répondants devaient anticiper leur état de santé à l'âge de 70 ans. Une classification ascendante hiérarchique a été réalisée à partir de ces six questions pour mettre en évidence des profils contrastés et cohérents d'attitudes à l'égard du temps. Ces profils ont été caractérisés en termes sociodémographiques et tabagiques (analyses bivariées), puis une régression logistique a dégagé les indicateurs de pauvreté associés à un profil donné.

2.2 L'enquête Tabac 2000

Nous avons également utilisé une autre enquête téléphonique, réalisée en 2000 par l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France (ORSIF), auprès d'un échantillon représentatif de 2 533 habitants de cette région âgés de 18 à 75 ans (taux de réponse des personnes sélectionnées : 82%), dont 939 fumeurs (pour plus de détails, cf. Grémy et al., 2002).

Cette enquête est ancienne, mais elle est la seule qui permettent d'étudier à la fois le déni du risque tabagique (se croire protégé par ses antécédents familiaux ou la vie au grand air) et les attitudes à l'égard de la prévention (juger qu'elle supprime la liberté de choix, qu'elle s'occupe surtout de protéger les non-fumeurs, ou qu'elle est moralisatrice. Comme précédemment, les facteurs associés, sociodémographiques et tabagiques, ont été étudiés.

3. RESULTATS

3.1 Préférences temporelles, statut socioéconomique et tabagisme.

Le Tableau 1 présente les quatre profils de préférences temporelles mis en évidence par la classification ascendante hiérarchique. Relativement au profil majoritaire (Type 4), le Type 1, plus jeune, réunit des répondants qui ont une moindre préférence pour le présent (seuls 1% préfèrent vivre au jour le jour, et 42% aiment faire des projets de long terme). Le Type 3 est le moins orienté vers l'avenir, ce qui s'explique notamment par l'âge plus élevé des membres de ce type. Le Type 2, le plus jeune des quatre, présente un profil intermédiaire, avec une plus forte préférence pour le présent que le Type 1. Surtout, ses membres sont les plus pessimistes quant à leur avenir : seuls 19% pensent avoir de grandes chances d'atteindre leur espérance de vie, et 3% jugent qu'ils seront en bonne santé à 70 ans.

Les personnes du Type 2 cumulent les indicateurs habituellement associés à la pauvreté : ils sont moins diplômés, ont un revenu mensuel par unité de consommation plus souvent situé dans le premier décile de la distribution de ce revenu, sont plus fréquemment employés ou ouvriers, et au chômage (ce dernier résultat disparaissant dans l'analyse multivariée). En outre, la prévalence tabagique est nettement plus élevée pour ce profil (39%) et, parmi les fumeurs, ceux qui appartiennent à ce profil ont moins souvent le projet d'arrêter (au même titre que ceux du Type 3), se sentent plus fréquemment incapables d'arrêter à tout moment, et fument plus souvent au moins un paquet par jour.

Tableau 1. Préférences temporelles, profil sociodémographique et tabagisme (Baromètre Cancer 2005, INPES, France, 18 ans et +, N=3 820).

	Type 1 31%	Type 2 13%	Type 3 12%	Type 4 44%	Type 2 odds ratios#
	% colonne				
S'applique tout à fait à moi :					
- aimer faire des projets de long terme	42%	25%	10%	21%***	—
- préférer vivre au jour le jour en prenant la vie comme elle vient	1%	28%	40%	42%***	—
- dans la vie pour réussir il faut sans cesse préparer l'avenir	51%	39%	0%	52%***	—
- pour être heureux mieux vaut savourer l'instant présent sans trop penser à demain	12%	40%	48%	59%***	—
Pense avoir de grandes chances d'atteindre son espérance de vie.	85%	19%	74%	78%***	—
Pense que son état de santé sera satisfaisant à 70 ans.	87%	3%	79%	90%***	—
Sexe :					
- homme	52%	46%	49%	46%	1
- femme	48%	54%	51%	54%**	1,11ns
Age :					
- 18-30 ans	22%	26%	21%	21%	1
- 31-45 ans	34%	38%	28%	27%	1,00ns
- 46-60 ans	26%	28%	18%	24%	0,90ns
- > 60 ans	18%	8%	33%	28%***	0,21***
Niveau de diplôme <baccalauréat	39%	55%	52%	53%***	1,40**
Catégorie socioprofessionnelle :					
employés/ouvriers	38%	55%	44%	45%***	1,36**
1 ^{er} décile de la distribution du revenu du foyer par unité de consommation	6%	14%	8%	9%***	1,68***
Au chômage (parmi les actifs)	6%	12%	10%	9%*	NS
Fumeur actuel	20%	39%	28%	24%***	—

Parmi les fumeurs :

- pas de projet d'arrêter	16%	24%	27%	20%*	—
- se sent incapable d'arrêter à tout moment	39%	57%	43%	39%***	—
- fume au moins 20 cigarettes /jour	26%	42%	25%	24%***	—

***, **, * : statistiquement significatif à $p < 0.001, < 0.01, < 0.05$.

: odds ratios multivariés pour une régression logistique qui modélise l'appartenance au type 2. Pour les indicateurs sociodémographiques introduits dans ce modèle, la référence est la complémentaire de la modalité mentionnée (exemple : pour le diplôme l'odds ratio estimé compare la situation du niveau <bac à celle du niveau ≥bac).

NS : non sélectionné dans le modèle logistique au seuil 0.05.

3.2 Dénier du risque tabagique et attitudes à l'égard de la prévention.

Parmi les fumeurs de l'enquête ORSIF, les moins diplômés, les chômeurs et ceux dont les revenus du foyer n'excèdent pas 5000 francs (≈763€) par mois sont plus enclins à croire que leurs antécédents familiaux les protègent des maladies dues au tabac (cf. Tableau 2). De même, les fumeurs les moins diplômés, les ouvriers et les chômeurs pensent plus souvent que la vie au grand air pourrait les protéger de ces maladies. S'agissant de la prévention, les moins diplômés et les ouvriers estiment plus fréquemment qu'elle supprime la liberté de choix des individus, et avec les chômeurs ils sont aussi plus nombreux à juger qu'elle défend surtout les non-fumeurs, et qu'elle est moralisatrice, sachant que le seul effet persistant dans toutes les analyses multivariées est celui du diplôme.

Dans l'ensemble, ces diverses opinions sur le risque tabagique et la lutte anti-tabac sont associées à une plus forte consommation de cigarettes (en fumer au moins 20 par jour, estimer qu'on a besoin d'en fumer au minimum dix par jour).

Tableau 2. Opinions sur le tabagisme et la lutte anti-tabac, et facteurs associés parmi les fumeurs (Enquête tabac 2000, ORSIF, Ile-de-France, 18-75 ans, N=939).

Tout à fait d'accord : Je suis protégé contre les maladies dues au tabac...	...par mes antécédents familiaux		...par la vie au grand air		...supprime la liberté de choix des individus		La lutte anti-tabac... ...existe surtout pour la défense des non-fumeurs		...est moralisatrice	
	% ligne	odds ratio	% ligne	odds ratio	% ligne	odds ratio	% ligne	odds ratio	% ligne	odds ratio
Diplôme :										
- < baccalauréat	15%	2,42***	29%	1,82**	28%	2,20***	39%	1,79**	38%	1,33*
- ≥ baccalauréat	6%***	-1-	13%***	-1-	15%***	-1-	24%***	-1-	31%*	-1-
Profession :										
- ouvrier	15%	NS	46%	-1-	33%	NS	50%	-1-	39%	NS
- employé	9%		19%	0,36***	22%		29%	0,50**	38%	
- autre profession	9% ns		15%***	0,30***	17%***		26%***	0,53**	31%*	
Chômage :										
- en emploi/inactif	9%	-1-	19%	-1-	20%	NS	29%	NS	33%	NS
- au chômage	25%**	2,27*	44%***	2,30*	28% ns		44%*		50%*	
Revenus du foyer :										
- ≤5000 F / mois	27%	-1-	33%	NS	19%	NS	40%	NS	34%	NS
- >5000 F / mois	9%***	3,53***	19%*		20% ns		29% ns		34% ns	
Consommation :										
<20 cigarettes /jour	10%	—	18%	—	16%	—	28%	—	31%	—
≥20 cigarettes /jour	9% ns		25%*		30%***		34% ns		43%***	
Minimum nécessaire :										
<10 cigarettes /jour	8%	—	16%	—	17%	—	26%	—	30%	—
≥10 cigarettes /jour	12%*		30%***		29%***		40%***		44%***	

***, **, *, ns : statistiquement significatif à $p < 0.001, < 0.01, < 0.05$, non significatif.

Les odds ratios sont issus de régressions logistiques, dans lesquelles les effets de l'âge et du sexe ont été contrôlés.

NS : non sélectionné dans le modèle logistique au seuil 0.05.

4. DISCUSSION

Nos résultats indiquent que les personnes qui ont une préférence relative pour le présent alliée à un pessimisme quant à leur durée de vie et leur santé future, ont un comportement tabagique plus préoccupant, et que ces personnes sont aussi plus souvent des personnes peu diplômées, ouvriers ou employés, avec un faible niveau de revenus. De même, parmi les fumeurs, les ouvriers, les chômeurs, les personnes à bas revenus, et surtout celles qui sont peu diplômées, sont plus enclins à nier le risque tabagique, et à adopter des attitudes méfiantes ou hostiles à l'égard de la prévention, sachant que ce déni et ces attitudes sont associés à une plus forte consommation de cigarettes.

Avant de discuter ces résultats, il faut en souligner les limites. D'abord, les questionnaires fermés ne permettent pas aux enquêtés de verbaliser avec leurs propres mots leurs opinions et leurs attitudes. Ensuite, les indicateurs retenus ici pour mesurer les préférences temporelles et la pauvreté sont assez frustes, et devront être améliorés dans de futures recherches. Enfin, l'enquête ORSIF est ancienne et régionale. Toutefois, le Baromètre Cancer 2005 a montré que le déni du risque tabagique reste aujourd'hui largement répandu, et dans tout le pays (Guilbert et al., 2006).

Le discours préventif suppose que les individus ciblés sont capables de se projeter dans l'avenir pour préparer aujourd'hui leur bien-être futur. Or plusieurs indicateurs permettant de repérer des situations de pauvreté sont corrélés à une attitude qui allie un horizon temporel court à un pessimisme certain quant à son avenir, cette attitude étant aussi associée à divers comportements tabagiques. Cela étaye l'hypothèse selon laquelle la pauvreté induit une « myopie » peu propice à une bonne réception des messages préventifs. Nos résultats suggèrent également que les fumeurs de milieu populaire entretiennent une certaine méfiance à l'égard de la lutte anti-tabac. Cette myopie et cette méfiance peuvent donc être considérées comme des obstacles à la prévention socialement différenciés. Inversement, comme les fumeurs pauvres sont moins sensibles à la prévention, celle-ci pourrait contribuer à creuser les inégalités sociales de santé. Ajoutons que d'autres facteurs contribuent à expliquer la relation entre tabagisme et pauvreté, en particulier le caractère anxiogène de la précarité (Graham, 1994). Enfin, nos résultats soulignent la nécessité de bien préciser la conception de la société sous-jacente à l'analyse des inégalités sociales : par exemple, la méfiance à l'égard de l'autorité propre à la culture populaire suppose que l'on raisonne en termes de classes sociales, mondes relativement clos qui s'opposent, et non en termes de strates socioéconomiques, réparties sur un continuum et seulement différenciées par des ressources plus ou moins importantes.

RÉFÉRENCES

- Becker G.S., Murphy K.M. (1988), « A theory of rational addiction », *Journal of Political Economy*, 96, 4, p. 675-700.
- Douglas M. (1992), *Risk and Blame, Essays in Cultural Theory*. Londres: Routledge.
- Graham H. (1994), *When life's a drag*. Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- Grémy I., Halfen S., Sascio A., Slama K. (2002), *Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac*. Paris: ORSIF.
- Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. (dir.) (2006). *Baromètre cancer 2005*. Saint-Denis: INPES.
- Hoggart R. (1970). *La culture du pauvre*. Paris: Editions de Minuit.
- Jefferis B.J., Power C., Graham H., Manor O. (2004). « Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow up in a British birth cohort », *Journal of Public Health Medicine*, 26, 1, p. 13-18.
- Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L. (2004). « "Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? », *Preventive Medicine*, 39, 4, p. 776-782.
- Pampel F.C. (2003). « Age and education patterns of smoking among women in high-income nations », *Social Science & Medicine*, 57, 8, p. 1505-1514.
- Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.P. (2007). « Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey », *Tobacco Control*, 16, 5, p. 351-356.
- Peretti-Watel P., Wilquin J.L., Beck F. (2008) (à paraître). « Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé », In *Attitudes et comportements de santé, Baromètre Santé 2005*. Saint-Denis: INPES.
- Remier D.K. (2004). « Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity », *American Journal of Public Health*, 94, p. 225-229.