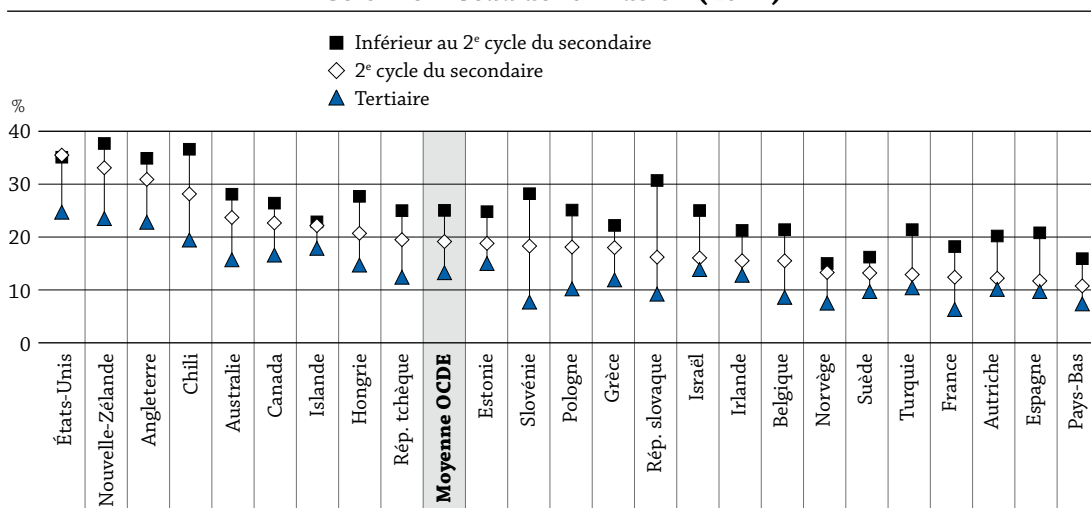


## QUELLES SONT LES RETOMBÉES SOCIALES DE L'ÉDUCATION ?

- Selon la moyenne calculée sur la base de 24 pays de l'OCDE, les diplômés de l'enseignement tertiaire sont deux fois moins susceptibles d'être obèses que les individus dont le niveau de formation est inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire.
- Dans 23 pays de l'OCDE, la probabilité de fumer chez les adultes diplômés de l'enseignement tertiaire est inférieure de 16 points de pourcentage à celle des individus dont le niveau de formation est inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire.

**Graphique A8.1. Incidence de l'obésité chez les adultes (en pourcentage), selon le niveau de formation (2011)**



**Remarques :** par obèses, on entend les individus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30 (voir l'annexe 3 pour plus de précisions sur les questions d'enquête).

Les données se rapportent à l'année 2011, sauf en Angleterre (2010), en Australie (2010), en Autriche (2006), en Belgique (2008), au Chili (2009-10), en Espagne (2009), en Estonie (2006), en France (2008), en Grèce (2009), en Hongrie (2009), en Irlande (2007), en Islande (2007), en Israël (2010), en Norvège (2008), aux Pays-Bas (2008), en Pologne (2009), en République slovaque (2009), en République tchèque (2008), en Slovaquie (2007) et en Turquie (2008).

Les pays sont classés par ordre décroissant du pourcentage d'adultes ayant déclaré avoir un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 parmi les diplômés du deuxième cycle du secondaire âgés de 25 à 64 ans.

**Source :** OCDE. Tableau A8.1. Voir les notes à l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse.htm](http://www.oecd.org/edu/rse.htm)).

**StatLink**  <http://dx.doi.org/10.1787/888932867723>

### ■ Contexte

Malgré l'allongement rapide de l'espérance de vie au cours de ces dernières décennies, la santé reste une préoccupation majeure des responsables politiques dans les pays de l'OCDE. La nature des problèmes de santé a sensiblement évolué, avec la forte augmentation de l'incidence de maladies chroniques invalidantes, telles que le diabète et la dépression grave, et la dégradation des comportements dans le domaine de l'alimentation, de l'exercice physique et de la consommation d'alcool. De plus, les inégalités sont source de préoccupation, car certains groupes démographiques ou socio-économiques sont en très mauvaise santé, par comparaison avec d'autres (OMS, 2008). Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé ont globalement augmenté : elles représentent 9.5 % du PIB selon les chiffres de 2010, contre 3.9 % seulement en 1961, année de la fondation de l'OCDE. Elles devraient continuer d'augmenter sous l'effet du vieillissement démographique dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2011).

L'éducation peut avoir un impact sur l'incidence de l'obésité et du tabagisme, dans la mesure où l'enfance et l'adolescence sont des moments importants pour amener les individus à adopter

des comportements et des styles de vie sains (OCDE, 2010). Cette année, *Regards sur l'éducation* s'intéresse à deux indicateurs de la santé, l'obésité et le tabagisme, et montre dans quelle mesure ils sont en corrélation avec le niveau de formation.

#### ■ **Autres faits marquants**

- Les adultes plus instruits sont moins susceptibles de fumer chaque jour et d'être obèses. **La réduction de l'incidence de l'obésité qui s'observe en fonction du niveau de formation est nettement plus importante chez les femmes** ainsi que dans les pays où l'incidence moyenne de l'obésité est élevée. **La réduction de l'incidence du tabagisme qui s'observe en fonction du niveau de formation est nettement plus importante chez les hommes que chez les femmes.** Cette réduction est également plus importante dans certains pays d'Europe centrale et dans des pays à dominante anglophone que dans d'autres pays de l'OCDE.
- **La corrélation entre le niveau de formation et des indicateurs de la santé (l'obésité et le tabagisme quotidien) reste forte même après contrôle des différences de sexe, d'âge et de revenus.**

## Analyse

### L'obésité

L'obésité a atteint des proportions épidémiques, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2008). Elle est associée à de graves maladies chroniques et au handicap ; elle entraîne une dégradation de la qualité de vie et une réduction de l'espérance de vie. Elle a également un impact sur la santé mentale et la vie sociale, et a des effets négatifs sur les résultats scolaires (OCDE, 2010). L'augmentation des cas d'obésité s'observe dans tous les groupes de la population, mais certains éléments suggèrent que l'obésité tend à être plus courante chez les individus, surtout de sexe féminin, issus de milieux socio-économiques défavorisés.

En moyenne, dans les 24 pays de l'OCDE dont les données sont disponibles, environ 19 % des adultes sont obèses (voir le tableau A8.1). L'incidence de l'obésité est particulièrement élevée parmi les individus dont le niveau de formation est inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire (25 %) et relativement faible parmi les diplômés de l'enseignement tertiaire (13 %). La variation incrémentale de l'état de santé associée à l'élévation du niveau de formation (12 points de pourcentage dans le cas présent) est ce que l'on appelle le *gradient d'éducation*. S'agissant de l'obésité, le gradient d'éducation est particulièrement important chez les femmes : 16 points de pourcentage, contre 7 points de pourcentage chez les hommes.

Ce gradient est particulièrement prononcé (14 points de pourcentage, en moyenne) dans certains pays qui présentent un taux élevé d'obésité, à savoir au Chili, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande. Il représente 8 points de pourcentage, en moyenne, dans les pays où le taux d'obésité est peu élevé, en l'occurrence en Norvège, aux Pays-Bas et en Suède (voir le tableau A8.1).

La corrélation entre l'éducation et l'obésité dépend-elle dans une grande mesure de l'âge ou du sexe ? Une des hypothèses serait, par exemple, que les jeunes générations (ou les femmes) sont moins susceptibles d'être obèses et qu'elles sont aussi plus instruites que les générations plus âgées (ou les hommes). Le tableau A8.3 indique les estimations calculées à partir d'une régression qui tient compte de ces différences. Il donne à penser que la relation entre le niveau de formation et l'obésité reste étroite, même après contrôle de l'âge et du sexe.

### Le tabagisme

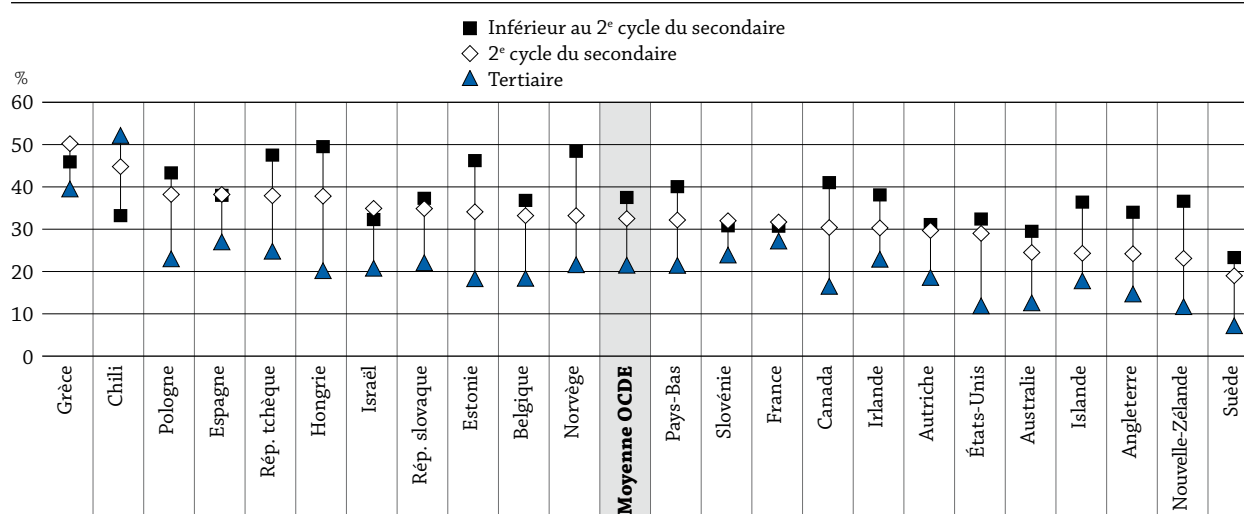
Les taux de tabagisme ont diminué de 20 %, en moyenne, au cours des dix dernières années, davantage chez les hommes que chez les femmes (OCDE, 2011). Le tabagisme reste toutefois à l'origine du décès d'environ 10 % des adultes dans le monde et constitue la cause majeure des troubles cardiovasculaires et du cancer (OCDE, 2011). Les hommes sont plus nombreux à fumer que les femmes dans tous les pays de l'OCDE, sauf en Suède. Les différences entre les sexes sont particulièrement marquées en Chine, en Corée, en Fédération de Russie, en Indonésie, au Japon et en Turquie. L'incidence et l'intensité du tabagisme sont plus élevées chez les individus issus de milieux socio-économiques défavorisés.

En moyenne, dans les 23 pays de l'OCDE à l'étude dans cet indicateur, 30 % des adultes fument au quotidien (voir le tableau A8.2). L'incidence du tabagisme quotidien est particulièrement élevée chez les individus qui ne sont pas diplômés du deuxième cycle de l'enseignement secondaire (37 %) et peu élevée chez les individus diplômés de l'enseignement tertiaire (21 %). Ce gradient d'éducation est particulièrement prononcé chez les hommes, où l'incidence du tabagisme quotidien varie de 20 points de pourcentage. Le gradient d'éducation ne représente que 13 points de pourcentage chez les femmes (voir le tableau A8.2).

Le gradient d'éducation est particulièrement prononcé dans certains pays d'Europe centrale, à savoir en Estonie, en Hongrie, en Pologne et en République tchèque, dans les pays à dominante anglophone, soit en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, ainsi qu'en Norvège. Dans tous ces pays, les adultes diplômés de l'enseignement tertiaire sont deux fois moins susceptibles de fumer que ceux qui ne sont pas diplômés du deuxième de l'enseignement secondaire (voir le tableau A8.2).

La relation entre le niveau de formation et le tabagisme quotidien est étrangère, dans l'ensemble, aux différences de générations et de sexe. Les estimations calculées sur la base d'une régression compte tenu de ces différences donnent à penser que la corrélation entre le niveau de formation et le tabagisme quotidien reste forte, même après contrôle de l'âge et du sexe (voir le tableau A8.4).

**Graphique A8.2. Incidence du tabagisme chez les adultes (en pourcentage), selon le niveau de formation (2011)**



**Remarques :** par fumeurs, on entend les individus qui fument ou consomment des produits du tabac sous une autre forme (voir l'annexe 3 pour plus de précisions sur les questions d'enquête).

Les données se rapportent à l'année 2011, sauf en Angleterre (2010), en Australie (2010), en Autriche (2006), en Belgique (2008), au Canada (2010), au Chili (2009-10), en Espagne (2009), en Estonie (2006), en France (2008), en Grèce (2009), en Hongrie (2009), en Irlande (2007), en Islande (2007), en Israël (2010), en Norvège (2008), aux Pays-Bas (2008), en Pologne (2009), en République slovaque (2009), en République tchèque (2008) et en Slovaquie (2007).

Les pays sont classés par ordre décroissant du pourcentage d'adultes ayant déclaré consommer régulièrement des produits du tabac parmi les diplômés du deuxième cycle de l'enseignement secondaire âgés de 25 à 64 ans.

**Source :** OCDE. Tableau A8.2. Voir les notes à l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse.htm](http://www.oecd.org/edu/rse.htm)).

**StatLink** <http://dx.doi.org/10.1787/888932867742>

### L'impact de l'éducation sur la santé

L'éducation peut avoir un impact direct sur l'état de santé et sur les comportements en matière de santé, car elle peut amener les individus à choisir des styles de vie plus sains et à éviter d'adopter des comportements préjudiciables à la santé. L'éducation peut aussi avoir un impact indirect sur la santé, dans la mesure où les individus plus instruits sont plus susceptibles de gagner davantage et d'avoir les moyens de s'offrir de meilleurs soins de santé et d'adopter des styles de vie plus sains. Les tableaux A8.3 et A8.4 présentent les estimations calculées sur la base d'une régression qui prend en compte l'effet des revenus pour montrer ces impacts indirects. Il en ressort que l'impact de l'éducation reste important même après contrôle de l'effet des revenus. Ce constat donne à penser que l'éducation peut influencer sur la santé grâce à l'amélioration des compétences et des habitudes, mais il n'est pas exclu que d'autres facteurs, par exemple la décision de poursuivre des études ou l'impact de certaines qualifications sur les choix de vie, interviennent.

### Définitions

Cette section décrit les variables en rapport avec le niveau de formation et la santé. Voir la description détaillée des variables (y compris les questions posées dans chaque enquête) à l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse.htm](http://www.oecd.org/edu/rse.htm)).

Les variables en rapport avec le **niveau de formation** retenues dans chaque source de données ont été converties pour constituer trois catégories de niveau de formation (inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire, deuxième cycle de l'enseignement secondaire et enseignement tertiaire) sur la base de la classification CITE-1997. Niveaux de formation : les niveaux de formation inférieurs au deuxième cycle de l'enseignement secondaire correspondent aux niveaux CITE 0, 1, 2 et 3C (formations courtes) ; les niveaux de formation égaux au deuxième cycle de l'enseignement secondaire et à l'enseignement post-secondaire non tertiaire correspondent aux niveaux CITE 3C (formations longues), 3B, 3A et 4 ; et les niveaux de formation égaux à l'enseignement tertiaire correspondent aux niveaux CITE 5B, 5A et 6. Les niveaux de la CITE sont tous décrits dans le Guide du lecteur, au début du présent rapport.

Par **obésité et surpoids**, on entend un excès de poids entraînant des risques pour la santé à cause de l'excès de tissu adipeux dans l'organisme. L'indicateur le plus souvent utilisé est basé sur l'indice de masse corporelle (IMC), une valeur simple qui évalue le poids des individus en fonction de leur taille (soit le poids en kilogrammes, divisé par le carré de la taille en mètres). Selon la classification de l'Organisation mondiale de la Santé, les adultes dont l'IMC est compris entre 25 et 30 sont en surpoids, et ceux dont l'IMC est supérieur à 30 sont obèses. Cette classification ne convient pas nécessairement à tous les groupes ethniques. Dans de nombreux groupes ethniques, en effet, les risques sont équivalents à des IMC supérieurs ou inférieurs. Les seuils applicables aux adultes ne conviennent pas pour évaluer le surpoids et l'obésité chez les enfants (OCDE, 2011).

Le **tabagisme quotidien** est le fait de fumer ou de consommer au quotidien des produits du tabac sous une autre forme. La comparabilité internationale est limitée en raison du manque de normalisation de l'évaluation des habitudes tabagiques dans les enquêtes sur la santé dans les pays de l'OCDE. Dans certains pays nordiques, le nombre de consommateurs de *snus* (tabac sans fumée à faible teneur en nitrosamine) est considérable. Selon la littérature, la consommation de *snus* réduit les risques pour la santé de 90 % par comparaison avec la consommation de tabac sous forme de cigarette. En raison d'une substitutivité partielle (des individus abandonnent la cigarette pour se tourner vers le *snus*), l'effet global du *snus* sur la santé publique est positif (SCENIHR, 2008). En Norvège et en Suède, les consommateurs de *snus* qui ne fument pas ne sont pas inclus dans cet indicateur.

### Méthodologie

Il y a lieu d'interpréter avec prudence les indicateurs relatifs au tabagisme et à l'obésité en raison des différences de normes d'évaluation entre les pays (voir l'annexe 3 pour plus de précisions, [www.oecd.org/rse.htm](http://www.oecd.org/rse.htm)). Le principal intérêt de ces indicateurs réside dans les différences de comportements et d'état de santé entre les niveaux de formation *au sein même* des pays, et non *entre* les pays.

Les indicateurs présentés ici sont basés sur les travaux de recherche entrepris conjointement par le Réseau LSO (*Labour Market, Economic and Social Outcomes of Learning*) de l'INES et le Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (CERI) de l'OCDE. Le cadre conceptuel des indicateurs a été élaboré dans le cadre du projet « Les retombées sociales de l'éducation » du CERI (OCDE, 2007 et 2010), et leurs stratégies empiriques, par le Réseau LSO de l'INES. Pour des détails sur le calcul des indicateurs, voir l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse.htm](http://www.oecd.org/edu/rse.htm)).

La présente édition de *Regards sur l'éducation* propose de nouveaux indicateurs calculés essentiellement sur la base de microdonnées provenant de l'Enquête européenne sur la santé (Eurostat), une source de données uniformisées et relativement comparables entre les pays européens. Diverses autres enquêtes ont été utilisées pour calculer les indicateurs dans les pays non européens, à savoir : l'Enquête sur la santé en Angleterre (2010) ; l'Enquête sur la stratégie nationale de lutte contre les drogues (2010) de l'Institut australien de la santé et du bien-être (Australian Data Archive) ; l'Enquête sur la santé dans les collectivités au Canada (2010) ; l'Enquête nationale sur la santé (*Encuesta Nacional de Salud*, ENS) au Chili (2009-10) ; l'Enquête nationale sur la santé aux États-Unis (2011) ; l'Enquête sur les styles de vie et les attitudes à l'égard de la nutrition en Irlande (2007) ; l'Enquête sur la santé et le bien-être en Islande (2007) ; l'Enquête sociale nationale en Israël (2010) ; l'Enquête nationale sur la santé en Norvège (2008) ; l'Enquête sur la santé en Nouvelle-Zélande (2011-12) ; l'Enquête nationale sur la santé (dans le cadre de l'Enquête permanente sur les conditions de vie) aux Pays-Bas (2008) ; et les Enquêtes sur les conditions de vie de l'Office national de statistique en Suède (2011). Il y a lieu de souligner que les données de tous les pays proviennent des déclarations des personnes interrogées durant des enquêtes et que ces déclarations ne rendent donc pas nécessairement compte de la prévalence réelle de l'obésité et du tabagisme.

Les enquêtes ont été choisies en fonction des critères suivants :

**Limites d'âge** : les données utilisées se rapportent aux adultes âgés de 25 à 64 ans.

**Comparabilité des variables en rapport avec le niveau de formation** : le principe général a été d'utiliser, à propos de la répartition de la population par niveau de formation, les microdonnées qui ne s'écartent pas de plus de 10 points de pourcentage des données des années comparables publiées dans *Regards sur l'éducation*.

**Comparabilité des variables en rapport avec la santé** : les enquêtes ont été sélectionnées compte tenu de la comparabilité des variables relatives à l'obésité et au tabagisme quotidien.

**Représentativité** : l'un des critères importants était la sélection d'enquêtes couvrant un grand nombre de pays de l'OCDE. C'est sur la base de ce critère que se justifie la sélection de l'Enquête européenne sur la santé qui couvre la population adulte dans un grand nombre d'États membres de l'Union européenne ainsi que dans d'autres pays.

**Taille de l'échantillon** : les enquêtes retenues ici ont été administrées à un échantillon de 1 000 sujets au moins dans chaque pays pour obtenir des estimations fiables. La plupart de ces enquêtes sont administrées à des échantillons relativement importants.

Les différences incrémentales en points de pourcentage ont été calculées sur la base de modèles de régression dans chaque pays pour estimer la valeur théorique de chaque variable dichotomique (incidence élevée de l'obésité vs incidence peu élevée de l'obésité, par exemple) à partir du niveau de formation des individus, avant et après contrôle des variables relatives à l'âge, au sexe et aux revenus des ménages. Dans les analyses préliminaires, la méthode Probit et la méthode des moindres carrés ordinaires ont été utilisées. Les deux modèles ont abouti à des estimations très similaires des différences incrémentales. C'est la méthode des moindres carrés ordinaires qui a été retenue dans la dernière analyse générée pour estimer les différences incrémentales, car elle permet d'obtenir des coefficients plus faciles à interpréter (voir les tableaux A8.3 et A8.4)

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

## Références

Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux (SCENIHR) (2008), *Health Effects of Smokeless Tobacco Products*, Commission européenne, février.

Eurostat (2010), *Base de données statistiques*.  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>.

OCDE (2007), *Comprendre l'impact social de l'éducation*, Éditions OCDE.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264034204-fr>

OCDE (2010), *L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale*, La recherche et l'innovation dans l'enseignement, Éditions OCDE.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264086333-fr>

OCDE (2011), *Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.  
[http://dx.doi.org/10.1787//health\\_glance-2003-fr](http://dx.doi.org/10.1787//health_glance-2003-fr)

Organisation mondiale de la Santé (2008), *Comblent le fossé en une génération*, OMS, Genève.

## Tableaux de l'indicateur A8





<b>Tableau A8.1</b>	<b>Incidence de l'obésité chez les adultes (en pourcentage), selon le niveau de formation et le sexe (2011)</b> StatLink  <a href="http://dx.doi.org/10.1787/888932870269">http://dx.doi.org/10.1787/888932870269</a>
<b>Tableau A8.2</b>	<b>Incidence du tabagisme chez les adultes (en pourcentage), selon le niveau de formation et le sexe (2011)</b> StatLink  <a href="http://dx.doi.org/10.1787/888932870288">http://dx.doi.org/10.1787/888932870288</a>
<b>Tableau A8.3</b>	<b>Différences (en points de pourcentage) de « risque d'obésité » liées à l'élévation du niveau de formation (2011)</b> StatLink  <a href="http://dx.doi.org/10.1787/888932870307">http://dx.doi.org/10.1787/888932870307</a>
<b>Tableau A8.4</b>	<b>Différences (en points de pourcentage) de « risque de tabagisme » liées à l'élévation du niveau de formation (2011)</b> StatLink  <a href="http://dx.doi.org/10.1787/888932870326">http://dx.doi.org/10.1787/888932870326</a>



Tableau A8.1. **Incidence de l'obésité chez les adultes (en pourcentage), selon le niveau de formation et le sexe (2011)**

Pourcentage d'adultes âgés de 25 à 64 ans

	Année	Hommes			Femmes			Hommes + Femmes				
		Inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Tertiaire	Inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Tertiaire	Inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Tertiaire	Tous niveaux de formation confondus	
		(10)										
OCDE	Australie	2010	29.2	25.5	16.7	27.4	21.3	14.8	28.1	23.7	15.7	21.6
	Autriche	2006	13.8	13.4	12.3	23.5	10.8	7.4	20.2	12.2	10.1	13.1
	Belgique	2008	20.3	16.2	10.0	22.5	14.8	7.2	21.4	15.5	8.6	14.5
	Canada	2010	25.1	24.0	19.5	28.0	20.9	14.1	26.4	22.7	16.6	19.7
	Chili	2009-10	21.4	24.3	17.2	49.9	32.1	21.7	36.6	28.2	19.4	28.7
	Rép. tchèque	2008	21.4	22.3	10.8	26.9	16.5	14.3	25.0	19.5	12.4	19.0
	Danemark		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Angleterre	2010	33.6	32.4	24.8	36.1	29.5	20.5	34.9	30.9	22.8	28.3
	Estonie	2006	19.1	17.7	21.2	32.9	19.8	11.5	24.8	18.8	15.0	19.3
	Finlande		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	France	2008	16.0	11.9	6.8	20.0	13.0	5.9	18.2	12.4	6.3	12.2
	Allemagne		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Grèce	2009	20.3	21.2	14.2	23.8	15.0	9.1	22.2	18.0	11.9	17.7
	Hongrie	2009	23.7	23.0	16.2	30.3	18.0	13.7	27.7	20.7	14.7	20.5
	Islande	2007	20.5	20.9	19.0	25.0	24.0	17.0	22.9	22.2	17.9	20.9
	Irlande	2007	22.6	18.4	13.8	20.0	13.7	12.1	21.2	15.5	12.8	16.7
	Israël	2010	24.2	15.2	13.7	26.1	16.9	14.0	25.0	16.1	13.9	16.4
	Italie		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Japon		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Corée		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Luxembourg		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Mexique		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Pays-Bas	2008	14.6	10.0	7.1	17.1	11.6	7.6	15.9	10.8	7.4	11.6
	Nouvelle-Zélande	2011	36.1	32.9	24.4	39.2	33.5	22.7	37.7	33.1	23.5	30.0
	Norvège	2008	18.4	14.4	8.0	11.5	11.9	7.1	15.0	13.3	7.5	11.6
	Pologne	2009	19.3	19.9	15.4	29.8	16.4	6.8	25.1	18.1	10.2	17.2
	Portugal		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
	Rép. slovaque	2009	16.5	17.0	10.5	39.1	15.4	8.1	30.7	16.2	9.2	15.3
	Slovénie	2007	22.3	21.3	7.8	33.3	14.2	7.7	28.2	18.3	7.7	21.7
	Espagne	2009	22.0	14.1	13.8	19.4	9.3	5.7	20.8	11.7	9.7	15.3
	Suède	2011	17.0	12.8	10.9	15.0	13.5	8.5	16.2	13.2	9.7	12.1
	Suisse		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Turquie	2008	15.3	15.0	12.2	27.4	9.5	7.2	21.4	12.9	10.4	18.9	
États-Unis	2011	33.4	35.9	26.1	37.1	35.2	23.4	35.1	35.5	24.7	30.6	
Moyenne OCDE		21.9	20.0	14.7	27.6	18.2	12.0	25.0	19.1	13.2	18.9	
Moyenne UE21		20.2	18.1	13.0	26.0	15.4	9.7	23.5	16.8	11.2	17.0	
Autres G20	Argentine		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Brésil		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Chine		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Inde		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Indonésie		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Fédération de Russie		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Arabie saoudite		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Afrique du Sud		m	m	m	m	m	m	m	m	m	
	Moyenne G20		m	m	m	m	m	m	m	m	m	

Remarque : par obèses, on entend les individus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30 (voir l'annexe 3 pour plus de précisions sur les questions d'enquête).

Sources : Enquête européenne sur la santé (EHIS) pour l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Grèce, la Hongrie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque, la Slovénie et la Turquie ; Enquête sur la santé pour l'Angleterre ; Enquête sur la stratégie nationale de lutte contre les drogues pour l'Australie ; Enquête sur la santé dans les collectivités pour le Canada ; Enquête nationale sur la santé pour le Chili ; Enquête sur la santé et le bien-être pour l'Islande ; Enquête sur les styles de vie et les attitudes à l'égard de la nutrition en Irlande ; Enquête sociale nationale pour Israël ; Enquête nationale sur la santé pour les Pays-Bas ; Enquête nationale sur la santé pour la Norvège ; Enquête sur la santé pour la Nouvelle-Zélande ; Enquêtes sur les conditions de vie de l'Office national de statistique pour la Suède ; Enquête nationale sur la santé pour les États-Unis. Voir les notes à l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse.htm](http://www.oecd.org/edu/rse.htm)).

Les symboles représentant les données manquantes figurent dans le Guide du lecteur.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932870269>

Tableau A8.2. **Incidence du tabagisme chez les adultes (en pourcentage), selon le niveau de formation et le sexe (2011)**

Pourcentage d'adultes âgés de 25 à 64 ans

	Année	Hommes			Femmes			Hommes + Femmes			
		Inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Tertiaire	Inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Tertiaire	Inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Tertiaire	Tous niveaux de formation confondus
<b>OCDE</b>											
Australie	2010	31.9	26.9	13.8	27.9	21.0	11.4	29.5	24.5	12.6	21.0
Autriche	2006	39.9	34.3	20.6	26.6	24.7	16.1	31.1	29.7	18.6	27.0
Belgique	2008	41.7	39.3	18.5	32.2	27.1	18.2	36.8	33.2	18.4	28.6
Canada	2010	48.5	33.1	19.0	32.2	27.1	14.6	41.0	30.4	16.5	23.8
Chili	2009-10	36.7	47.9	56.8	30.1	41.6	47.4	33.2	44.8	52.1	43.0
Rép. tchèque	2008	61.8	43.1	32.1	39.3	32.5	16.5	47.5	37.9	24.8	36.9
Danemark		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Angleterre	2010	37.2	27.1	18.3	31.2	21.9	10.7	34.0	24.2	14.7	22.1
Estonie	2006	58.3	48.2	30.8	29.9	22.1	11.4	46.2	34.1	18.3	34.1
Finlande		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
France	2008	32.5	35.2	31.0	29.2	28.1	24.4	30.7	31.7	27.2	30.1
Allemagne		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Grèce	2009	58.3	56.7	40.7	34.9	44.0	37.9	45.9	50.2	39.5	45.8
Hongrie	2009	59.0	41.0	22.7	43.3	33.9	18.5	49.5	37.8	20.2	35.7
Islande	2007	37.5	22.9	18.2	35.5	26.3	17.5	36.4	24.3	17.8	25.5
Irlande	2007	36.2	34.3	24.4	39.5	27.3	21.9	38.1	30.3	22.9	30.5
Israël	2010	42.9	41.2	27.2	18.7	28.5	15.4	32.3	34.9	20.8	27.3
Italie		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Japon		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Corée		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Luxembourg		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Mexique		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Pays-Bas	2008	44.0	35.7	24.7	36.6	28.5	17.8	40.1	32.2	21.5	31.8
Nouvelle-Zélande	2011	37.2	24.1	12.8	36.2	21.8	10.9	36.6	23.1	11.7	21.2
Norvège	2008	49.7	35.7	23.8	47.1	30.1	19.7	48.4	33.2	21.6	32.3
Pologne	2009	56.5	45.0	26.1	32.5	31.7	21.0	43.3	38.2	23.0	35.5
Portugal		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Rép. slovaque	2009	56.2	44.1	26.8	26.2	25.2	17.8	37.3	34.9	22.1	32.2
Slovénie	2007	37.8	34.0	18.2	24.8	29.5	28.0	30.8	32.0	23.9	30.5
Espagne	2009	46.7	41.9	27.1	28.9	34.3	27.0	38.0	38.2	27.0	34.8
Suède	2011	22.0	18.3	6.8	25.2	19.7	7.6	23.3	19.0	7.2	14.7
Suisse		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Turquie		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
États-Unis	2011	36.5	32.3	12.7	27.8	25.6	11.3	32.4	29.0	11.9	21.7
Moyenne OCDE		43.9	36.6	24.0	32.0	28.4	19.3	37.5	32.5	21.5	29.8
Moyenne UE21		45.9	38.5	24.6	32.0	28.7	19.7	38.2	33.6	21.9	31.4
<b>Autres G20</b>											
Argentine		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Brésil		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Chine		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Inde		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Indonésie		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Fédération de Russie		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Arabie saoudite		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Afrique du Sud		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Moyenne G20		m	m	m	m	m	m	m	m	m	m

Remarque : par fumeurs, on entend les individus qui fument ou consomment des produits du tabac sous une autre forme (voir l'annexe 3 pour plus de précisions sur les questions d'enquête).

Sources : Enquête européenne sur la santé (EHIS) pour l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Grèce, la Hongrie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovénie ; Enquête sur la santé pour l'Angleterre ; Enquête sur la stratégie nationale de lutte contre les drogues pour l'Australie ; Enquête sur la santé dans les collectivités pour le Canada ; Enquête nationale sur la santé pour le Chili ; Enquête sur la santé et le bien-être pour l'Islande ; Enquête sur les styles de vie et les attitudes à l'égard de la nutrition en Irlande ; Enquête sociale nationale pour Israël ; Enquête nationale sur la santé pour les Pays-Bas ; Enquête nationale sur la santé pour la Norvège ; Enquête sur la santé pour la Nouvelle-Zélande ; Enquêtes sur les conditions de vie de l'Office national de statistique pour la Suède ; Enquête nationale sur la santé pour les États-Unis. Voir les notes à l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse.htm](http://www.oecd.org/edu/rse.htm)).

Les symboles représentant les données manquantes figurent dans le Guide du lecteur.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932870288>



Tableau A8.3. Différences (en points de pourcentage) de « risque d'obésité » liées à l'élévation du niveau de formation (2011)


Pourcentage d'adultes âgés de 25 à 64 ans, selon le niveau de formation

	Année	Pourcentage d'adultes obèses parmi les diplômés du 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Différence de résultat entre un niveau de formation inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire et un niveau de formation de 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire			Différence de résultat entre un niveau de formation de 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire et un niveau de formation tertiaire			
			Pas de contrôle	Contrôle de l'âge et du sexe	Contrôle de l'âge, du sexe et du revenu	Pas de contrôle	Contrôle de l'âge et du sexe	Contrôle de l'âge, du sexe et du revenu	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
OCDE	Australie	2010	23.7	-4.4	-3.1	-2.9	-8.0	-7.5	-7.4
	Autriche	2006	12.2	-8.0	-6.6	-6.4	-2.1	-2.2	-1.6
	Belgique	2008	15.5	-5.9	-4.0	-3.9	-6.9	-6.7	-6.5
	Canada	2010	22.7	-3.7	-3.4	-3.3	-6.1	-5.3	-5.4
	Chili	2009-10	28.2	8.5	5.0	5.5	-8.7	-7.1	-6.5
	Rép. tchèque	2008	19.5	-5.5	-3.5	-2.3	-7.1	-5.4	-4.4
	Danemark		m	m	m	m	m	m	m
	Angleterre	2010	30.9	-4.0	-2.1	-1.1	-8.1	-7.7	-6.3
	Estonie	2006	18.8	-6.0	-5.1	-5.6	-3.8	-1.8	-1.7
	Finlande		m	m	m	m	m	m	m
	France	2008	12.4	-5.8	-4.7	-4.7	-6.1	-5.6	-5.6
	Allemagne		m	m	m	m	m	m	m
	Grèce	2009	18.0	-4.2	0.0	-0.1	-6.1	-6.9	-6.9
	Hongrie	2009	20.7	-7.0	-5.7	-6.0	-6.0	-4.2	-3.2
	Islande	2007	22.2	-0.7	-0.2	-0.1	-4.3	-4.2	-2.9
	Irlande	2007	15.5	-5.7	-4.6	-4.4	-2.8	-2.2	-2.2
	Israël	2010	16.1	-9.0	-5.9	-6.0	-2.2	-4.0	-3.9
	Italie		m	m	m	m	m	m	m
	Japon		m	m	m	m	m	m	m
	Corée		m	m	m	m	m	m	m
	Luxembourg		m	m	m	m	m	m	m
	Mexique		m	m	m	m	m	m	m
	Pays-Bas	2008	10.8	m	m	m	m	m	m
	Nouvelle-Zélande	2011	33.1	m	m	m	m	m	m
	Norvège	2008	13.3	-1.7	-1.7	-1.2	-5.8	-5.6	-5.2
	Pologne	2009	18.1	-7.0	-3.7	-4.1	-7.9	-4.8	-5.3
	Portugal		m	m	m	m	m	m	m
	Rép. slovaque	2009	16.2	-14.5	-10.1	-9.7	-7.0	-5.1	-5.1
Slovénie	2007	18.3	-9.9	-7.1	-6.2	-10.6	-9.2	-6.9	
Espagne	2009	11.7	-9.0	-7.7	-7.0	-2.0	-1.5	-0.4	
Suède	2011	13.2	m	m	m	m	m	m	
Suisse		m	m	m	m	m	m	m	
Turquie	2008	12.9	-8.5	-4.1	-4.8	-2.4	-2.9	-3.6	
États-Unis	2011	35.5	0.4	0.4	2.2	-10.8	-10.7	-8.3	
Moyenne OCDE		19.1	-5.3	-3.7	-3.4	-5.9	-5.3	-4.7	
Moyenne UE21		16.8	-7.1	-5.0	-4.7	-5.9	-4.9	-4.3	
Autres G20	Argentine		m	m	m	m	m	m	
	Brésil		m	m	m	m	m	m	
	Chine		m	m	m	m	m	m	
	Inde		m	m	m	m	m	m	
	Indonésie		m	m	m	m	m	m	
	Fédération de Russie		m	m	m	m	m	m	
	Arabie saoudite		m	m	m	m	m	m	
	Afrique du Sud		m	m	m	m	m	m	
	Moyenne G20		m	m	m	m	m	m	

Remarque : par obèses, on entend les individus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30 (voir l'annexe 3 pour plus de précisions sur les questions d'enquête). À l'exception de la première colonne, les calculs se fondent sur la méthode des moindres carrés ordinaires pour la population adulte âgée de 25 à 64 ans. Les données dans les cellules grisées sont statistiquement significatives et différentes de zéro à un niveau de confiance de 95 %. Les modèles non linéaires (méthodes Probit) produisent des résultats similaires.

Sources : Enquête européenne sur la santé (EHIS) pour l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Grèce, la Hongrie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque, la Slovénie et la Turquie ; Enquête sur la santé pour l'Angleterre ; Enquête sur la stratégie nationale de lutte contre les drogues pour l'Australie ; Enquête sur la santé dans les collectivités pour le Canada ; Enquête nationale sur la santé pour le Chili ; Enquête sur la santé et le bien-être pour l'Islande ; Enquête sur les styles de vie et les attitudes à l'égard de la nutrition en Irlande ; Enquête sociale nationale pour Israël ; Enquête nationale sur la santé pour les Pays-Bas ; Enquête nationale sur la santé pour la Norvège ; Enquête sur la santé pour la Nouvelle-Zélande ; Enquêtes sur les conditions de vie de l'Office national de statistique pour la Suède ; Enquête nationale sur la santé pour les États-Unis. Voir les notes à l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse.htm](http://www.oecd.org/edu/rse.htm)).

Les symboles représentant les données manquantes figurent dans le Guide du lecteur.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932870307>

**Tableau A8.4. Différences (en points de pourcentage) de « risque de tabagisme » liées à l'élévation du niveau de formation (2011)**


Pourcentage d'adultes âgés de 25 à 64 ans, selon le niveau de formation

	Année	Pourcentage d'adultes qui fument parmi les diplômés du 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire	Différence de résultat entre un niveau de formation inférieur au 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire et un niveau de formation de 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire			Différence de résultat entre un niveau de formation de 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire et un niveau de formation tertiaire			
			Pas de contrôle	Contrôle de l'âge et du sexe	Contrôle de l'âge, du sexe et du revenu	Pas de contrôle	Contrôle de l'âge et du sexe	Contrôle de l'âge, du sexe et du revenu	
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
OCDE	Australie	2010	24.5	-5.0	-7.6	-6.0	-11.9	-11.7	-10.2
	Autriche	2006	29.7	-1.4	-4.5	-3.6	-11.1	-11.4	-10.3
	Belgique	2008	33.2	-3.6	-6.0	-4.7	-14.8	-14.9	-12.0
	Canada	2010	30.4	-11.6	-12.4	-9.8	-13.6	-13.4	-11.4
	Chili	2009-10	44.8	11.6	7.3	7.7	7.4	5.0	3.6
	Rép. tchèque	2008	37.9	-9.5	-13.0	-11.4	-13.1	-14.3	-11.6
	Danemark		m	m	m	m	m	m	m
	Angleterre	2010	24.2	-9.8	-12.5	-8.7	-9.5	-10.6	-7.3
	Estonie	2006	34.1	-12.1	-11.1	-9.9	-15.8	-13.7	-12.8
	Finlande		m	m	m	m	m	m	m
	France	2008	31.7	1.0	-2.4	-2.4	-4.5	-6.0	-6.0
	Allemagne		m	m	m	m	m	m	m
	Grèce	2009	50.2	4.2	0.7	-0.5	-10.7	-11.3	-11.4
	Hongrie	2009	37.8	-11.8	-13.9	-11.5	-17.5	-17.1	-13.5
	Islande	2007	24.3	-12.1	-12.9	-11.7	-6.5	-7.6	-6.1
	Irlande	2007	30.3	-8.1	-11.4	-8.6	-7.0	-8.4	-6.9
	Israël	2010	34.9	2.6	2.6	3.7	-14.1	-13.2	-11.8
	Italie		m	m	m	m	m	m	m
	Japon		m	m	m	m	m	m	m
	Corée		m	m	m	m	m	m	m
	Luxembourg		m	m	m	m	m	m	m
	Mexique		m	m	m	m	m	m	m
	Pays-Bas	2008	32.2	m	m	m	m	m	m
	Nouvelle-Zélande	2011	23.1	m	m	m	m	m	m
	Norvège	2008	33.2	-15.2	-15.3	-12.6	-11.6	-11.9	-10.3
	Pologne	2009	38.2	-5.1	-7.2	-5.6	-15.1	-13.9	-12.5
	Portugal		m	m	m	m	m	m	m
Rép. slovaque	2009	34.9	-2.43	-6.79	-5.44	-12.8	-12.8	-12.0	
Slovénie	2007	32.0	-1.2	-1.9	-9.1	-8.1	-0.1	-7.5	
Espagne	2009	38.2	0.2	-2.6	-1.8	-11.1	-11.5	-10.7	
Suède	2011	19.0	m	m	m	m	m	m	
Suisse		m	m	m	m	m	m	m	
Turquie		m	m	m	m	m	m	m	
États-Unis	2011	29.0	-3.4	-3.3	-0.3	-17.1	-17.1	-13.2	
Moyenne OCDE		32.5	-4.6	-6.7	-5.6	-10.9	-10.8	-9.7	
Moyenne UE21		33.6	-4.6	-7.1	-6.4	-11.6	-11.2	-10.4	
Autres G20	Argentine		m	m	m	m	m	m	
	Brésil		m	m	m	m	m	m	
	Chine		m	m	m	m	m	m	
	Inde		m	m	m	m	m	m	
	Indonésie		m	m	m	m	m	m	
	Fédération de Russie		m	m	m	m	m	m	
	Arabie saoudite		m	m	m	m	m	m	
	Afrique du Sud		m	m	m	m	m	m	
	Moyenne G20		m	m	m	m	m	m	

**Remarque :** par fumeurs, on entend les individus qui fument ou consomment des produits du tabac sous une autre forme (voir l'annexe 3 pour plus de précisions sur les questions d'enquête). À l'exception de la première colonne, les calculs se fondent sur la méthode des moindres carrés ordinaires pour la population adulte âgée de 25 à 64 ans. Les données dans les cellules grisées sont statistiquement significatives et différentes de zéro à un niveau de confiance de 95 %. Les modèles non linéaires (méthodes Probit) produisent des résultats similaires.

**Sources :** Enquête européenne sur la santé (EHIS) pour l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Grèce, la Hongrie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovénie ; Enquête sur la santé pour l'Angleterre ; Enquête sur la stratégie nationale de lutte contre les drogues pour l'Australie ; Enquête sur la santé dans les collectivités pour le Canada ; Enquête nationale sur la santé pour le Chili ; Enquête sur la santé et le bien-être pour l'Islande ; Enquête sur les styles de vie et les attitudes à l'égard de la nutrition en Irlande ; Enquête sociale nationale pour Israël ; Enquête nationale sur la santé pour les Pays-Bas ; Enquête nationale sur la santé pour la Norvège ; Enquête sur la santé pour la Nouvelle-Zélande ; Enquêtes sur les conditions de vie de l'Office national de statistique pour la Suède ; Enquête nationale sur la santé pour les États-Unis. Voir les notes à l'annexe 3 ([www.oecd.org/edu/rse/htm](http://www.oecd.org/edu/rse/htm)).

Les symboles représentant les données manquantes figurent dans le Guide du lecteur.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932870326>



Extrait de :  
**Education at a Glance 2013**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
<https://doi.org/10.1787/eag-2013-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2013), « Indicateur A8 Quelles sont les retombées sociales de l'éducation ? », dans *Education at a Glance 2013 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/eag-2013-12-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](mailto: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](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).