



2015

**LA CONSOMMATION DU TABAC
EN AFRIQUE: RECHERCHE DES
FACTEURS EXPLICATIFS EN
COTE D'IVOIRE**



AIME DAGO

UEPA

30/12/2015

RESUME.....	II
INTRODUCTION.....	1
I) APERÇU GENERALE SUR LE TABAC	2
I.1) Historique	2
I.2) Les conséquences au plan sanitaire	3
I.3) Les conséquences économiques de la consommation du tabac.....	5
I.4) Les conséquences sur les OMD.....	6
I.5) Les quatre grandes étapes de la consommation du tabac (Encore une chance pour l'Afrique).....	7
I.6) La convention cadre de L'OMS	8
II) RECHERCHE DES FACTEURS EXPLICATIFS EN COTE D'IVOIRE	9
II 1. Facteurs explicatifs de la consommation du tabac	9
II.1.1 Cadre conceptuel de l'étude	9
II.1.2 Hypothèse de base	9
II.2) PRINCIPAUX RESULTATS	10
II.2.1 ANALYSE DESCRIPTIVE BIVARIEE	10
II.2.2 Profil des consommateurs de tabac	15
II.2.3) Analyse explicative	15
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	20
BIBLIOGRAPHIE	21

RESUME

La consommation du tabac est dangereuse. Les conséquences générales des produits du tabac sur la santé, en Afrique comme partout dans le monde, incluent les cancers du poumon, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies respiratoires et d'autres maladies liées au tabac. En Côte d'Ivoire, elle a également des conséquences néfastes.

Notre étude cherchait les facteurs explicatifs de sa consommation par les jeunes âgés de 15 à 24 ans afin d'apporter des solutions. Les résultats montrent qu'au niveau bivarié, la consommation du tabac est par exemple associée au milieu de résidence, la région de résidence, l'ethnie, la religion, le niveau de vie du ménage du jeune. Au niveau explicatif, le facteur le plus déterminant est l'âge. La principale limite de notre étude est le manque de données qualitatives et biographiques.

INTRODUCTION

Le tabac tue plus de gens que l'alcool, le SIDA, les accidents de la circulation, les drogues illégales, les meurtres et les suicides réunis et des milliers de personnes supplémentaires meurent de causes liées au tabac telles que l'exposition à la fumée de tabac environnementale (appelée tabagisme passif), la consommation de tabac sans fumée et les incendies causés par des cigarettes (AU, 2013). Il faut rappeler que la forme du tabac la plus utilisée est la cigarette.

A l'échelle mondiale, le tabac tue environ cinq millions de personnes chaque année et en tuera d'ici 2020 plus de huit millions annuellement (OMS, 2005). Ce chiffre est le même que les décès causés par l'explosion tous les jours d'une bombe atomique semblable à celle d'Hiroshima. Au niveau toujours des comparaisons, On estime que le tabac tue un fumeur sur deux, soit un taux de mortalité supérieur à celui de toute autre maladie. Selon l'OMS, le tabac est la principale cause de décès évitable dans le monde et selon ses tendances actuelles, le tabac tuera plus d'un milliard de personnes au cours du 21^{ème} siècle. L'OMS estime que 80% de ces décès surviendront dans les pays à faibles revenus, notamment sur le continent africain.

Selon EDS-CI 2011-2012, un homme sur quatre (25 %) fumaient des cigarettes et environ 1 % consommaient du tabac sous d'autres formes. On observe une variation de la consommation de tabac selon l'âge. En effet, la consommation de tabac est la plus faible parmi les adolescents (6 %), augmente progressivement jusqu'à atteindre 36 % parmi le groupe d'âge de 25-34 ans, puis diminue pour atteindre 23 % parmi le groupe d'âge de 45-49 ans. Enfin, la proportion des fumeurs de cigarettes parmi les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans révolus est de 13,6%.

Zié BALLO et collab. (2013), se basant sur le rapport de Tobacco Control Africa de 2007, affirment que le coût des maladies provoquées par le tabagisme serait de 27 milliards en Côte d'Ivoire, alors que la contribution de l'industrie du tabac à la valeur ajoutée s'élevait la même année à 20 milliards, soit une perte de 7 milliards pour le pays. Aussi, selon les estimations du PNLTA (2014), le tabagisme est à l'origine de 5000 décès par an en Côte d'Ivoire.

Devant l'ampleur des méfaits causés par l'usage du tabac, il devient nécessaire de trouver des solutions adéquates à ce problème. Il est même dit à ce sujet que : « *La bonne connaissance de ces facteurs de risque individuels ou d'environnement est absolument capitale. Elle permet des actions de prévention ciblées sur ces individus ou ces contextes de vulnérabilité, grâce à la mise en place d'un soutien psychosocial adapté et précoce* » (Jacques Béraud et collab., 2002).

Cependant, il semble important de signaler que les travaux sur la recherche de solutions en Côte d'Ivoire n'ont été que des enquêtes menées généralement dans la ville d'Abidjan. Ces travaux se sont limités uniquement à déterminer le niveau de la consommation du tabac dans cette population et ses variations selon certaines caractéristiques.

Ainsi, notre étude s'est fixé l'objectif d'examiner les facteurs qui expliquent cette consommation afin d'aider les ONG et le Gouvernement ivoirien en particulier le ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/SIDA, à la formulation et à la mise en œuvre des politiques efficaces de lutte contre le tabagisme chez les jeunes.

Les objectifs spécifiques de notre étude sont alors :

- ✚ De déterminer le niveau de consommation du tabac chez les jeunes et ses variations selon certaines caractéristiques.
- ✚ De déterminer le profil des consommateurs de tabac.
- ✚ D'identifier et hiérarchiser les facteurs susceptibles d'expliquer les variations observées.

D) APERCU GENERALE SUR LE TABAC

I.1) Historique

C'est en explorant l'Amérique que les Européens ont découvert que les Indiens fumaient des pipes de feuilles de tabac. En octobre 1492, les compagnons de Christophe Colomb ont débarqué pour la première fois à Cuba, ils ont vu avec étonnement les Indiens fumer avec les narines de curieux cylindres formés de feuilles enroulées, ils venaient de découvrir les premiers cigares, ancêtres de nos havanes. Bien entendu ces hardis navigateurs n'ont pas tardé à imiter les indigènes, ce qui leur a valu d'être emprisonnés pour sorcellerie dès leur retour en Espagne en pensant qu'ils ont pactisé avec le diable pour réussir à souffler de la fumée par le nez (Pelt J.-M, 1992).

La première cigarette est inventée vers 1843, mais son utilisation comme produit de consommation courant ne se fera qu'au cours du XXe siècle. La généralisation de sa consommation est aidée par le fait que des industriels du tabac organisent des distributions gratuites de cigarettes aux soldats pendant les deux Guerres Mondiales. La cigarette devient vraiment un produit courant après la 2e Guerre Mondiale, lorsqu'arrivaient sur le marché européen les cigarettes américaines avec filtre. Cela initiera la consommation planétaire de la cigarette.

L'industrie du tabac a commencé à se développer au cours du XIXe siècle. Les premières compagnies à voir le jour sont Philip Morris et US Tobacco, renommée US Smokeless Tobacco en 2001. Puis, au XXe siècle, se sont développés British American Tobacco, RJ Reynolds Tobacco et Japan Tobacco International. Ces compagnies sont actuellement les plus importantes du marché mondial. L'entreprise Philip Morris représenterait à elle seule le PNB d'un état moyen jusque dans les années 50, l'industrie a vendu ses cigarettes sans être inquiété par les effets qu'entraîne sa consommation, alors qu'elle-même connaissait

les risques de cancer du poumon. Les premiers problèmes sont venus avec la publication d'études faisant la preuve du lien entre *la consommation de tabac et le cancer*.

I.2) Les conséquences au plan sanitaire

La forme du produit de tabac la plus courante, la cigarette, est fabriquée dans des usines de fabrications et vendues comme un produit fini. Elles se composent de tabac et de produits chimiques broyés. Elle s'allume à une extrémité et est fumée par l'autre, généralement à travers un filtre. Les kreteks sont un type de cigarette qui inclut des clous de girofle et d'autres herbes (Eriksen et collab., 2012).

Le docteur Hélène Allaguy-Salachy (tabacologue-Lariboisière) et le Professeur Philippe Beaufile (Cardiologue-Lariboisière) ont en 2007 énoncé que la fumée de la cigarette à elle contenait :

✚ 4000 substances identifiées dont 50 sont cancéreuses.

On trouve dans la cigarette essentiellement :

- ✚ Les dérivés nitrés hétérocycliques (pyridine)
- ✚ Les composés phénoliques, nitrosamines, aldéhydes, cétones
- ✚ Les éléments radioactifs
- ✚ Les irritants
- ✚ Les métaux et notamment le nickel, le cadmium
- ✚ Les radicaux libres (quinones, hydroquinones, composés peroxydes)
- ✚ Les principaux toxiques sont : CO₂, la nicotine et les goudrons
- ✚ Les substances toxiques: acétone, acide, Cyanhydrique, arsenic, pesticides, métaux lourds etc (Largue G et collab., 1998).

➤ **Pour l'individu qui consomme le tabac**

Les conséquences sanitaires du tabagisme sur l'individu sont énormes. En effet, le tabac touche de nombreux organes tels que les yeux, le cerveau et le psychisme, la poitrine et l'abdomen, l'appareil circulatoire, l'oreille, la fonction de reproduction chez la femme, les cheveux, les mains, le cœur, le système immunitaire, les reins et la vessie, le foie ; les poumons (Eriksen et collab., 2012). Le tableau suivant donne le récapitulatif de toutes ces maladies et les organes touchés.

Tableau I.1 : La présentation des organes et des effets sur la sante

ORGANE	EFFET SUR LA SANTÉ
Yeux	Cécité, Cataractes, Picotements, larmoiement et clignement, excessifs.
Cerveau et psychisme	Accident vasculaire cérébral, Addiction/retrait, Altération chimique du cerveau, Inquiétude à l'égard des effets du tabac sur la santé
Poitrine et abdomen	Augmentation potentielle du risque de cancer du sein, Cancer de l'œsophage, Cancer de l'estomac, du colon et du pancréas, Anévrisme de l'aorte abdominale, ulcère gastro-duodéal (estomac, duodénum et œsophage)
Bouche et gorge	Cancer des lèvres, de la bouche, de la gorge, du larynx et du pharynx, Maux de gorge, Troubles du goût, Halitose (mauvaise haleine)
Appareil circulatoire	Maladie de Buerger (atteinte inflammatoire des artères, des veines et des nerfs au niveau des membres inférieurs) Leucémie aiguë myéloïde
Dents	Maladie parodontale (gencive), gingivite, parodontite, Mobilité dentaire, perte de dents, Caries du cément, plaque, Décoloration et taches
Nez	Cancer des fosses nasales et des sinus de la face Troubles de l'odorat
Fonction de reproduction chez l'homme	Infertilité, anomalies morphologiques des spermatozoïdes, perte de motilité et diminution du nombre de spermatozoïdes Impuissance
Système immunitaire	Diminution de la résistance aux infections
cœur	Thrombose coronarienne (crise cardiaque), Lésion d'athérosclérose et occlusion d'une artère coronaire

Source : Eriksen et collab.(2012)

Le Docteur Hélène Allaguy-Salachy et Professeur Philippe Beaufile démontrent également qu'à court terme le tabac créera :

- ✚ La diminution des performances sportives.
- ✚ La baisse des résultats scolaires (pour les jeunes).
- ✚ Des troubles psychiatriques (association au cannabis)

➤ **pour le fumeur passif.**

Il faut d'abord rappeler que le fumeur passif est celui qui ne consomme pas le tabac mais qui aspire la fumée dégagée par le fumeur et cela généralement de façon involontaire. L'exposition indirecte à la fumée ou le tabagisme passif présente des risques importants pour la santé des non-fumeurs. Selon la commission de l'UA, en 2013, on estimait que

l'exposition à la fumée secondaire était responsable de 600 000 décès dont 53 000 en Afrique.

Tableau I.2 : Conséquence chez le fumeur passif

	PREUVE SUFFISANTES	PREUVES SUGGESTIVES
Adulte	Maladie coronarienne, Cancer des poumons	Accident vasculaire cérébral, Cancer des sinus de la face, Cancer du sein, Épaississement de la paroi de l'artère carotide, Broncho-pneumopathie chronique obstructive, Accouchement prématuré
ENFANT	Maladie de l'oreille moyenne, Symptômes respiratoires (toux, râle, essoufflement), Troubles des fonctions pulmonaires, Mort subite du nourrisson (MSN), Maladie des voies respiratoires inférieures (infections comprises), Faible poids à la naissance	Tumeurs cérébrales, Lymphome, Leucémie, Asthme

Source : Eriksen et collab.(2012)

I.3) Les conséquences économiques de la consommation du tabac

La consommation du tabac constitue un lourd fardeau pour les Etats à faibles revenus et à revenus intermédiaires. En effet, Les maladies liées au tabagisme entraînent un accroissent des coûts des soins et les Etats doivent utiliser leurs maigres ressources sanitaires pour traiter les maladies causées par le tabac.

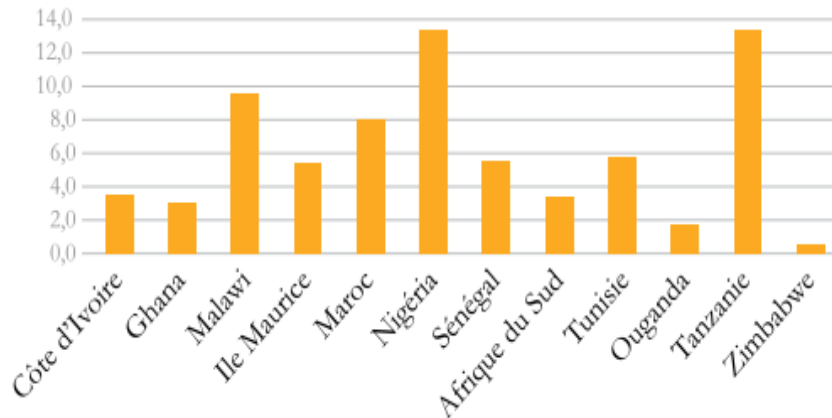
Au niveau des ménages et aux niveaux individuels, il a été démontré que beaucoup d'argents étaient investis dans le tabac au détriment d'autres éléments fondamentaux :

- En Égypte, les cigarettes et autres produits du tabac ont représenté plus de 10% des dépenses des ménages à revenu faible.
- En Ouganda, 50 % des hommes fument alors que 80 % de la population vit avec moins de \$1 par jour (ACTION ON SMOKING AND HEATH, 2008).
- Au Maroc en 1999, les ménages ont dépensé presque autant d'argent pour le tabac que pour l'éducation (DAOUDA E. A., 2010).

Il arrive souvent que les fumeurs privilégient les dépenses en tabac plutôt qu'en denrées alimentaires. Les dépenses liées au tabac peuvent ainsi devenir une source de malnutrition. Il a été souvent observé en outre que ces dépenses excèdent celles destinées aux autres besoins essentiels tels que la santé et l'éducation. Par exemple, l'OMS rapporte sur la base

d'une étude publiée par SOS Tabagisme que les écoliers au Niger consacrent 40 % de leur revenu à l'achat de cigarettes ; les travailleurs manuels quant à eux, dépensent 25% de leur revenu pour cette même consommation.

Graphique I.1 : Dépenses moyennes en cigarette par fumeur (% du PNB/habitant)



Source : OMS 2008

I.4) Les conséquences sur les OMD

Selon le rapport de la CTFK (Campaign for Tobacco Free Kids) de 2010, le tabac a des impacts négatifs sur plusieurs OMD, à savoir :

-L'OMD n°1 qui vise à réduire l'extrême pauvreté et la faim, est affecté par le fait que la mortalité due au tabac touche le plus souvent les principaux soutiens de la famille. Les dépenses consacrées au tabac dans les ménages peuvent dépasser les autres dépenses essentielles. Les frais en matière de soins de santé et de services sociaux liés aux MNT sont élevés. Les décès dus au tabagisme tendent à survenir à un âge moyen et productif.

-L'OMD n°2 qui vise à assurer à tous l'éducation primaire, est affecté par le fait que les familles démunies doivent trouver un emploi pour tous les membres du foyer, y compris les enfants. Le travail des enfants dans l'industrie du tabac les empêche d'aller à l'école. Les effets non mortels et mortels de la fumée secondaire nuisent au développement de l'enfant qui, à son tour, affecte le niveau d'éducation.

-L'OMD n° 3 promouvoir l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes, est affecté par le fait que les taux de tabagisme chez les femmes augmentent parallèlement aux maladies liées au tabac, notamment celles qui touchent principalement les femmes. Les dépenses de santé liées au tabagisme freinent l'investissement dans des programmes et des politiques visant à réduire l'inégalité homme-femme.

-L'OMD n°4 et 5, réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle, sont affectés à leur tour par le fait que le tabagisme pendant la grossesse met en danger la santé et la vie de la mère et de son enfant. La fumée secondaire a des conséquences néfastes sur la santé puisque

lorsque le mari fume, la femme si elle est proche aspire aussi cette fumée qui semble encore plus dangereuse puisqu'elle ressort avec du dioxyde de carbone(CO₂).

-L'OMD n° 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies est menacé par le fait que le tabagisme a un effet sur le système immunitaire ainsi que des effets synergiques possibles sur les infections respiratoires. Le tabagisme est associé à l'échec thérapeutique et à la rechute de la tuberculose.

-L'OMD n° 7 : assurer un environnement humain durable est mis en difficulté à travers le fait que la culture du tabac entraîne la déforestation. L'usage excessif de substances agrochimiques (engrais et pesticides) affecte d'autres cultures agricoles, rivières et bassins versants.

I.5) Les quatre grandes étapes de la consommation du tabac (Encore une chance pour l'Afrique)

En 1994, Lopez et ses collègues ont présenté un modèle en quatre stades, qui décrit le tabagisme et ses effets sur la base de plus de 100 ans d'observation dans les PHR. Les quatre stades sont décrits ci-dessous :

Stade I : Au début de l'épidémie, la prévalence du tabagisme chez les hommes est inférieure à 15 % et la prévalence chez les femmes encore moins importante (5 à 10 %). Les décès liés au tabac ne représentent pas une grande proportion de la mortalité d'un pays.

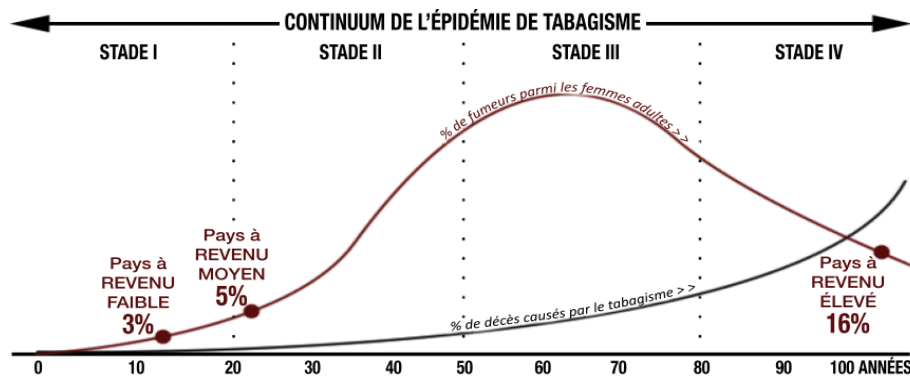
Stade II : La prévalence du tabagisme chez les hommes augmente rapidement pour atteindre un pic entre 50 et 80 % et elle est similaire dans toutes les strates socio-économiques. La prévalence chez les femmes est moindre mais continue à augmenter. La mortalité liée au tabagisme augmente chez les hommes (autour de 10 %) mais reste rare chez les femmes.

Stade III : Les connaissances sur les effets du tabagisme sont de plus en plus répandues. La prévalence chez les hommes commence à reculer tandis que la prévalence chez les femmes atteint un pic inférieur et commence également à reculer, environ 10 ans plus tard. Les disparités entre les catégories socio-économiques apparaissent alors que le sevrage s'implante d'abord dans les catégories les plus aisées. La mortalité due au tabac augmente fortement chez les hommes, de 10 % à plus de 25-30 %. La mortalité chez les femmes reste faible mais augmente. Cependant, à la fin de cette étape, la mortalité chez les femmes peut atteindre 25 %.

Stade IV : La prévalence du tabagisme chez les hommes et chez les femmes est censée diminuer et la mortalité proportionnelle chez les hommes, après avoir atteint un pic, doit aussi reculer. Toutefois, la mortalité chez les femmes continue à augmenter avant d'atteindre un pic vers la fin de l'étape.

Les pays à revenus moyens, tels que la Chine et les pays d'Europe de l'Est, sont aux stades 2 et 3. Les pays d'Afrique du Nord sont aux stades 1 et 2. **Le reste du continent africain, principalement au stade 1.**

Graphique I.2 : Les 4 stades



Source : Lopez et collab.

I.6) La convention cadre de L'OMS

Les différentes mesures de la convention cadre sont les suivantes :

✚ Mesures visant à réduire la demande

- Empêcher l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique (Article 5,3)
- Mesures financières et fiscales (Article 6)
- Protection contre l'exposition à la fumée de tabac (Article 8)
- Réglementation des informations sur les produits du tabac (Article 9, 10)
- Conditionnement et étiquetage (y compris l'utilisation d'étiquettes de mise en garde sous forme d'illustration graphique) (Article 11)
- Éducation, communication, formation et sensibilisation du public (Article 12)
- Interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage du tabac (Article 13)
- Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique (Article 14)

✚ Mesures visant à réduire l'offre

- Élimination du commerce illicite des produits du tabac (Article 19)
- Restriction des ventes aux mineurs et par les mineurs (Article 15)
- Promotion des activités de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs (Article 17)

II) RECHERCHE DES FACTEURS EXPLICATIFS EN COTE D'IVOIRE

II 1. Facteurs explicatifs de la consommation du tabac

Nous proposons de résumer ces facteurs explicatifs en deux dimensions à savoir : la dimension contextuelle et la dimension individuelle. Dans la dimension contextuelle et selon la revue de littérature on distingue les facteurs familiaux (familial et extrafamilial), les facteurs liés au contexte de résidence et au contexte institutionnel. Enfin, par dimension individuelle on distinguera les facteurs individuels et psychosociaux du jeune.

II.1.1 Cadre conceptuel de l'étude

Nous décidons d'adopter une approche globale c'est-à-dire que nous nous appuyons sur tous les facteurs susceptibles d'influencer la consommation du tabac chez les jeunes.

II.1.2 Hypothèse de base

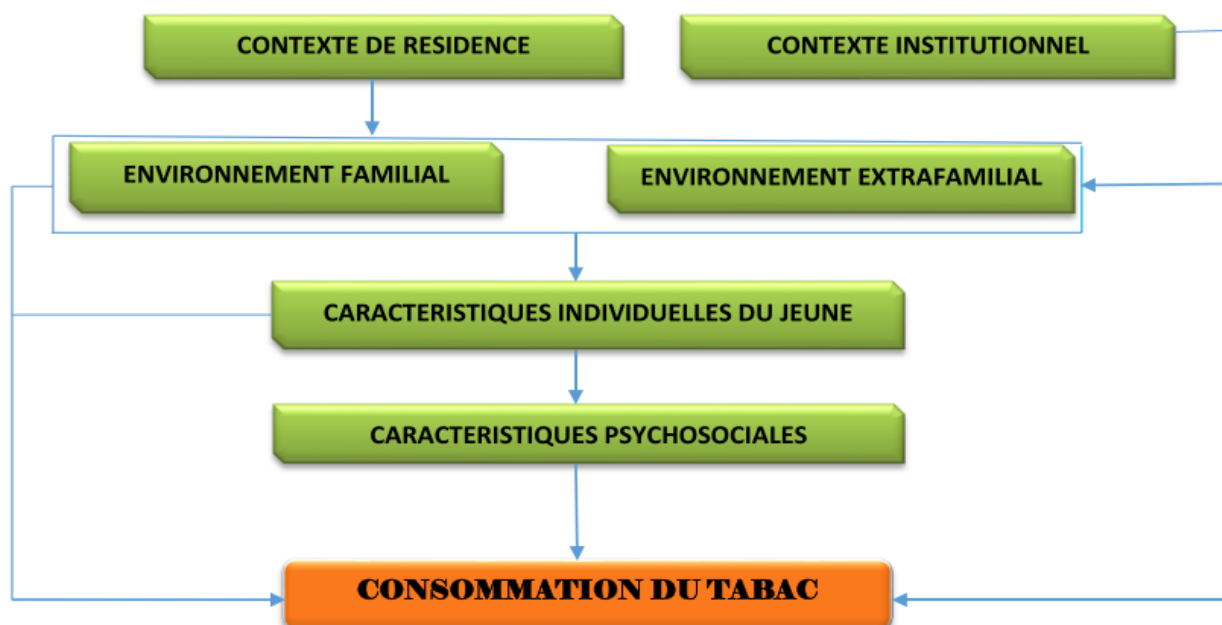
L'hypothèse générale qui sous-tend cette étude est la suivante :

Le contexte de résidence influence l'environnement familial et extrafamilial, qui eux influencent les caractéristiques individuelles. Par la suite les caractéristiques individuelles agissent par les caractéristiques psychosociales du jeune.

Le contexte institutionnel influence l'environnement familial, extrafamilial et les caractéristiques psychosociales du jeune.

L'environnement familial et extrafamilial, les caractéristiques du jeune et psychosociales influencent directement à la consommation du tabac.

Graphique I.3 : Schéma conceptuel



Définition des concepts

- ✚ **Contexte de résidence** : Le contexte de résidence traduit l'ensemble des conditions extérieures dans lesquelles vit le jeune homme : milieu de résidence (milieu rural ou urbain) et la région de résidence.
- ✚ **Contexte institutionnel** : Il désigne l'ensemble des mesures prises dans le cadre de la lutte contre le tabagisme surtout l'application de la CCLAT de l'OMS. Ces mesures visent principalement à protéger les fumeurs passifs et à prévenir le tabagisme.
- ✚ **Environnement familial** : Il s'agit de l'environnement au sein de la famille et de la composition du ménage à savoir la taille du ménage, le niveau de vie du ménage (économique), la religion des parents, le statut dans le ménage, l'ethnie des parents, la consommation du tabac par les parents (père, mère, frères et sœur..) du jeune et l'exposition à la télévision dans le ménage.
- ✚ **Environnement extrafamilial** : Ces valeurs sont extérieures aux valeurs et normes de la famille. Nous considérons comme facteurs extérieurs essentiel dans la consommation du tabac, la fréquentation des pairs.
- ✚ **Caractéristique individuelle du jeune** : C'est l'ensemble des caractéristiques propres à l'individu. Dans ce travail, nous considérons comme caractéristique individuel l'âge, le niveau d'instruction de l'individu.
- ✚ **Caractéristique psychosociale** : C'est aussi un ensemble de caractéristiques propres au jeune susceptible d'influencer son comportement. Il s'agit dans le cas du tabac de La prise de risque, de l'estime de soi, des connaissances des dangers liés au tabac.
- ✚ **Consommation du tabac** : Il s'agit de fumer la cigarette

II.2) PRINCIPAUX RESULTATS

La population cible de cette étude est l'ensemble des individus de sexe masculin âgés de 15 à 24 ans révolus estimé à 1811. Deux méthodes d'analyse seront utilisées dans cette étude:

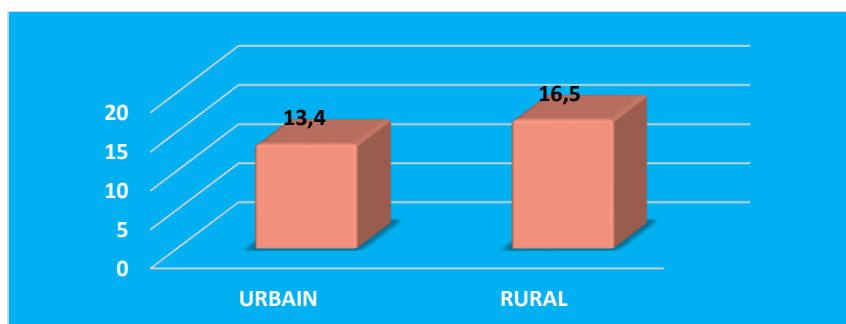
- l'analyse descriptive : elle consiste à examiner l'existence éventuelle d'une relation entre la variable dépendante et chacune des variables. Le seuil de probabilité critique retenu dans le cadre de cette étude sera 10% du fait de la rareté des études sur le tabac.
- l'analyse explicative. Cette analyse consiste à mesurer les effets nets des variables explicatives sur la variable dépendante. .

II.2.1 ANALYSE DESCRIPTIVE BIVARIEE

- ✚ Analyse de la consommation du tabac selon le milieu de résidence

La proportion des consommateurs de tabac parmi les jeunes vivant en milieu urbain est de 13,4% et de 16,5% en milieu rural. On pourrait (avec le risque de se tromper) en négligeant les autres facteurs conclure que les personnes résidant en milieu rural ont plus de risque d'être exposés à la consommation du tabac : ce qui sera vérifié plus tard avec l'analyse explicative.

Graphique II.2.1 : Répartition de la consommation du tabac selon le milieu de Résidence

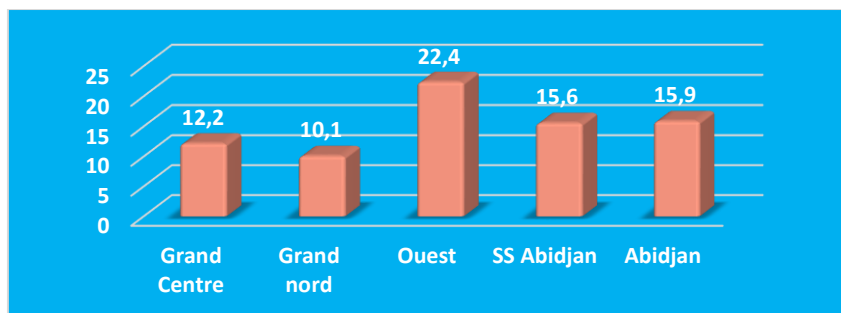


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

✚ Analyse de la consommation du tabac selon la région de résidence

La proportion de la consommation du tabac par les jeunes est plus élevée dans la région de l'Ouest (22,4%) suivit de la ville d'Abidjan (15,9%) et la région du Sud sans Abidjan(15,6).

Graphique II.2.2: Répartition de la consommation de tabac selon la région

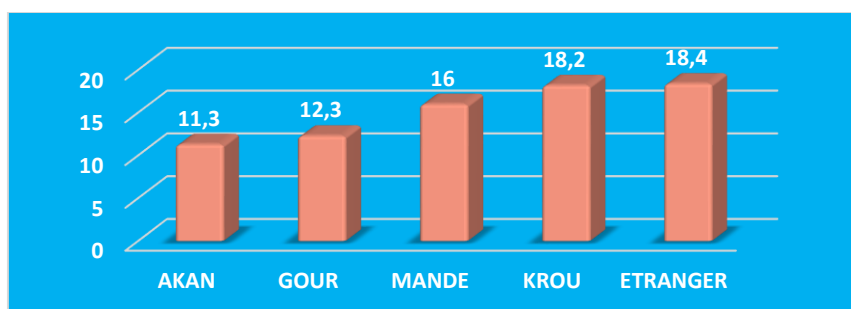


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

✚ Analyse entre la consommation du tabac selon l'ethnie

Les proportions des jeunes qui consomment le tabac dans les groupes Krou, Mandé et Gour sont respectivement 18,2%, 16% et 11,3%. Ce sont les jeunes d'origine étrangère qui ont la proportion des jeunes qui consomment le tabac la plus élevée soit 18,6%.

Graphique II.2.3: Répartition de la consommation du tabac selon l'ethnie

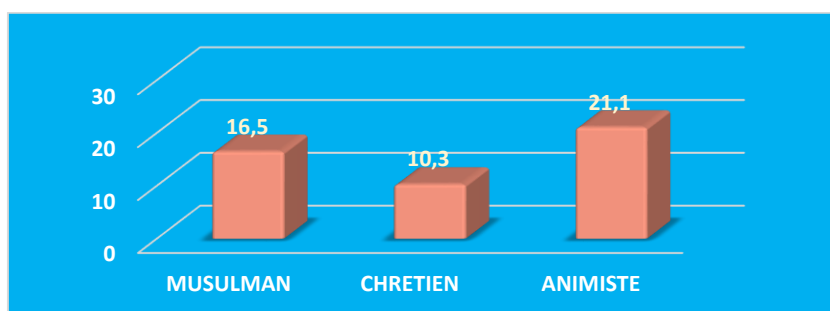


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

✚ Analyse de la consommation du tabac selon la religion

Les proportions des jeunes qui consomment le tabac de religion musulmane, chrétiennes et animistes sont respectivement les suivantes 16,5% ; 10,3% et 21,1%.

Graphique II.2.4: Répartition de la consommation du tabac selon la religion

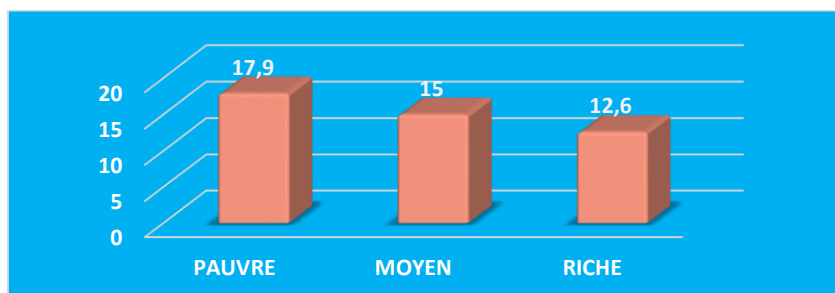


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012.

✚ Analyse entre la consommation du tabac et le niveau de vie du ménage

Selon le niveau de vie du ménage, la consommation du tabac par les jeunes est plus importante dans les ménages pauvres, suivis des ménages moyens et des ménages riches : soient respectivement une proportion de 17,9% et 15% contre 12,60%.

Graphique II.2.5: Répartition de la consommation du tabac selon le niveau de vie du ménage

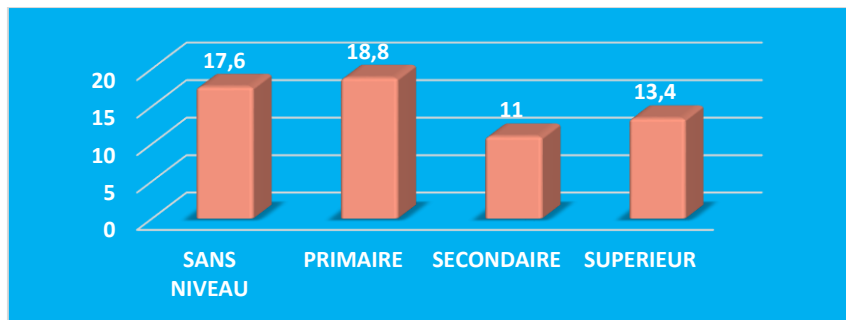


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

✚ Analyse de la consommation du tabac selon le niveau d'instruction de l'individu

La consommation du tabac est significativement associée au niveau d'instruction de l'individu au seuil de 1%. En effet, les proportions parmi les jeunes sans niveau d'instruction, de niveau primaire, secondaire et supérieur qui consomment le tabac sont respectivement de 17,6%; 18,8%; 11% et 13,4%.

Graphique II.2.6: Répartition de la consommation du tabac selon le niveau d'instruction

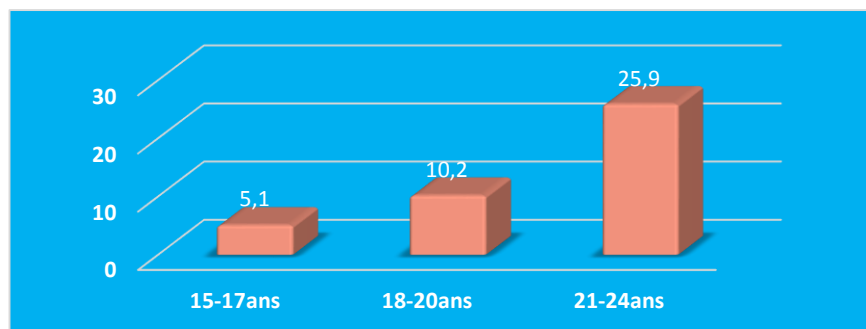


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012.

✚ Analyse de la consommation du tabac selon l'âge de l'individu

Selon le groupe d'âge, la proportion des consommateurs du tabac est plus importante au fur et à mesure que l'âge augmente.

Graphique II.2.7: Répartition de la consommation du tabac selon l'âge de l'individu

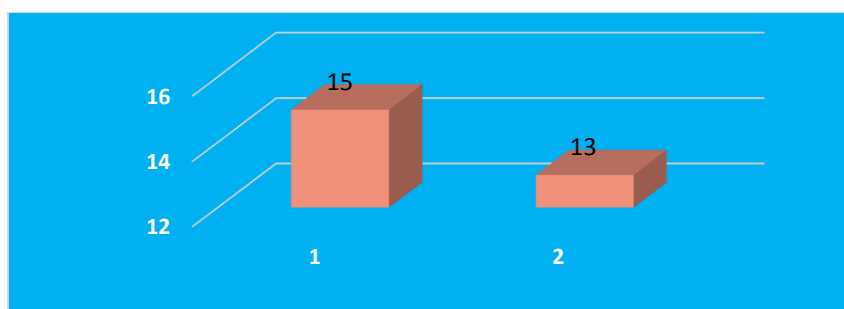


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

✚ Analyse de la consommation du tabac selon l'exposition à la télévision

La consommation du tabac par les jeunes est significativement associée à l'exposition à la télé : la proportion de jeune qui consomment la cigarette est plus élevée chez ceux qui suivent moins la télé

Graphique II.2.8: Répartition de la consommation du tabac selon l'exposition à La télé

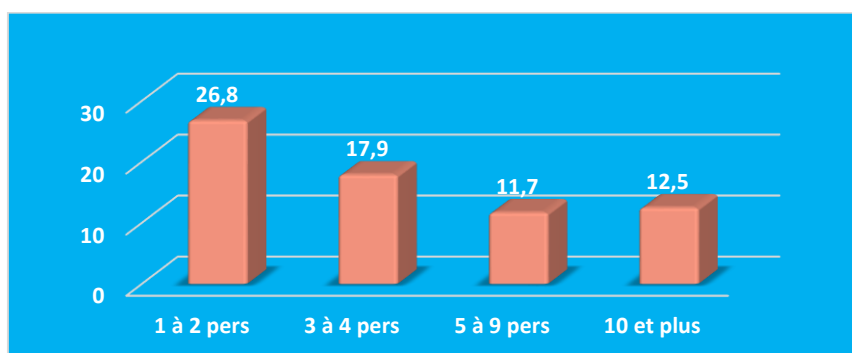


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

✚ Analyse de la consommation du tabac selon la taille du ménage

La taille du ménage est significativement associée à la consommation du tabac et cela au seuil de 1%.

Graphique II.2.9 : Répartition de la consommation du tabac selon la taille du ménage

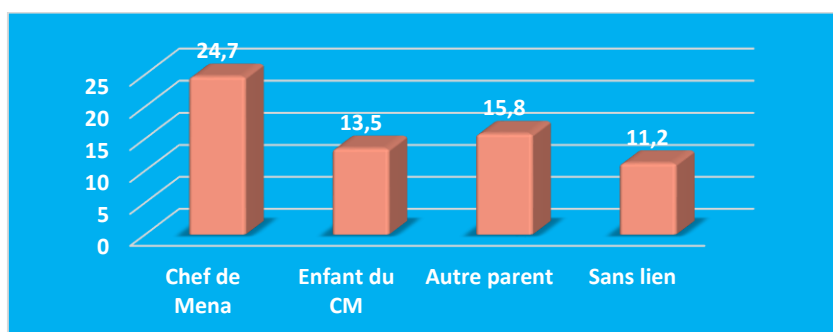


Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

✚ Analyse de la consommation du tabac selon le statut dans le ménage

Les jeunes qui sont des chefs de ménage ont la plus grande proportion de consommateurs de tabac, soit 26,8%.

Graphique II.2.10: Répartition de la consommation du tabac selon le lien de parenté avec le chef de ménage



Source : traitement de données de l'EDS-MICS 2011-2012

II.2.2 Profil des consommateurs de tabac

✚ La présentation du groupe de jeunes qui consomment moins le tabac

Ce groupe est constitué pour la plupart des jeunes âgés de 15 à 20 ans. Ils sont également pour la plupart de la région d'Abidjan et du grand centre et vivent en milieu urbain. Ils sont aussi de religion chrétienne, d'ethnie Krou et Akan, de niveau de vie riche. Ces jeunes sont exposés à la télé, de niveau d'instruction secondaire et supérieure, habitent les ménages de tailles, 3 à 4 et 5 à 9 et 10 et plus. Enfin, ils sont sans lien avec le chef de ménage ou sont des parents du chef de ménage.

✚ La présentation du groupe de jeunes qui consomment le plus le tabac

Ce groupe est constitué pour la plupart des jeunes de nationalité étrangère, d'ethnie Gour et Mandé. Ils sont de religion animiste et musulmane, de niveau de vie pauvre et moyen, sans niveau d'instruction et de niveau d'instruction primaire, pas exposés à la télé. Ils habitent également la région du sud (sans Abidjan), la région de l'Ouest, le grand Nord et ils vivent en milieu rural. Ils sont pour la plupart chef de ménage et sont dans les ménages de taille de 1 à 2 personnes. Enfin, ils sont âgés de 21 à 24 ans.

II.2.3) Analyse explicative

Pour construire les modèles, nous avons utilisé la méthode pas à pas dans le but d'évaluer la contribution de chaque facteur à l'explication du phénomène et de dégager une structure hiérarchique des facteurs explicatifs. Cette procédure permet d'apprécier les interactions entre les différentes variables en jeu. Les résultats sont dans le **tableau I.3**. Dans ce tableau il est mis en exergue les effets bruts de chaque variable explicative avant qu'il ne soit procédé à l'introduction successive des différentes variables. Les effets nets de ces variables sont présentés dans les modèles M1 à M10.

Tableau I.3 : Risques relatifs de la consommation du tabac par les jeunes

	Effet brut	Effets nets									
		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
REGION											
GR CENTRE	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
GR NORD	0,87ns	0,87ns	0,83ns	0,77ns	0,75ns	0,78ns	0,80ns	0,8ns	0,81ns	0,84ns	0,81ns
OUEST	2***	2***	1,9***	1,58**	1,65**	1,70**	1,76**	1,76**	1,76**	1,44ns	1,44ns
SUD S ABI	1,41*	1,41*	1,36ns	1,33ns	1,39ns	1,28ns	1,21ns	1,21ns	1,22ns	1,33ns	1,33ns
ABIDJAN	1,49*	1,49*	1,81***	1,74**	1,83**	1,95***	2,03***	2,05***	2,07***	1,78**	1,75**
MILIEU RESI											
RURAL	REF		REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
URBAIN	1,28*		1,45**	1,49**	1,40**	1,39**	1,40**	1,37ns	1,37ns	1,07ns	0,98ns
ETHNIE											
AKAN	REF			REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
GOUR	0,99ns			1,24ns	1,12ns	1,08ns	1,07ns	1,07ns	1,07ns	1,08ns	1,09ns
MANDE	1,57**			1,82***	1,64**	1,61**	1,62**	1,62**	1,61**	1,67**	1,66**
KROU	1,97***			1,72**	1,61*	1,61*	1,64*	1,65*	1,68*	1,73*	1,76*
ETRANGER	1,93***			1,80***	1,66**	1,54*	1,50*	1,50*	1,49*	1,51*	1,41ns
RELIGION											
MUSULMAN	REF				REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
CHRETIEN	0,62***				0,65**	0,65**	0,66**	0,65**	0,66**	0,60**	0,66*

ANIMISTE	1,21ns				1,30ns	1,35ns	1,40ns	1,39ns	1,39ns	1,33ns	1,34ns
STATUT MENAGE											
CHEF DE MN ENFANT	1,92***					2,09***	1,11ns	1,1ns	1,1ns	0,67ns	0,66ns
	REF					REF	REF	REF	REF	REF	REF
AUTRE PAR SANS LIEN	1,20ns					1,27ns	1,11ns	1,17ns	1,1ns	1,03ns	1,03ns
	0,85ns					0,95ns	0,86ns	0,86ns	0,87ns	0,75ns	0,76ns
TAILLE MEN											
1 à 2person	2,38***						2,38***	2,37***	2,38***	2,10***	2,01**
3 à 4personn	1,50**						1,55**	1,55**	1,55**	1,36ns	1,34ns
5 à 9personn	REF						REF	REF	REF	REF	REF
10 et plus	0,92ns						0,94ns	0,95ns	0,95ns	0,92ns	0,90ns
NIVEAU DE VIE											
PAUVRE	1,43**							1,04ns	1,02ns	1,28ns	1,15ns
MOYEN	1,17ns							1,05ns	1,04ns	1,15ns	1,07ns
RICHE	REF							REF	REF	REF	REF
TELE											
non	REF								REF	REF	REF
oui	0,82ns								0,90ns	0,75ns	0,85ns
Age											
15-17ans	0,13***									0,13***	0,12***
18-19ans	0,37***									0,39***	0,38***
20-24ans	REF									REF	REF
INSTRUCTION											
SANS NIVEAU	1,99***										1,49*
PRIMAIRE	1,82***										1,64**

SECONDAIRE	REF											REF
SUPERIEUR	1,43ns											0,68ns
Valeur du chi2		16,67	22,48	35,63	48,07	62,91	75,31	75,34	75,97	173,11	181,24	
R-deux		0,0116	0,0156	0,0247	0,0339	0,0444	0,531	0,0532	0,0536	0,1221	0,1279	
probabilité		0,0022	0,0004	1E-05	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001

Source: traitement de l'EDS-MICS (2011-2012) / Signification : *=10 % ; **=5 % ; ***=1 % M0=Modèle brut, M1 à M10: modèle pas à pas

Nous identifierons les facteurs explicatifs à partir du tableau ci-dessous. C'est le modèle M10 qui nous permettra d'atteindre cet objectif. Dans ce modèle les facteurs explicatifs seront les variables significatives au seuil de 10% (la présence au moins du signe « * » sur au moins une modalité de la variable). Ainsi les facteurs explicatifs de la consommation du tabac par les jeunes en Côte d'Ivoire sont :

- ✚ La région
- ✚ L'ethnie
- ✚ La religion
- ✚ La taille du ménage
- ✚ Le niveau d'instruction du jeune
- ✚ L'âge du jeune.

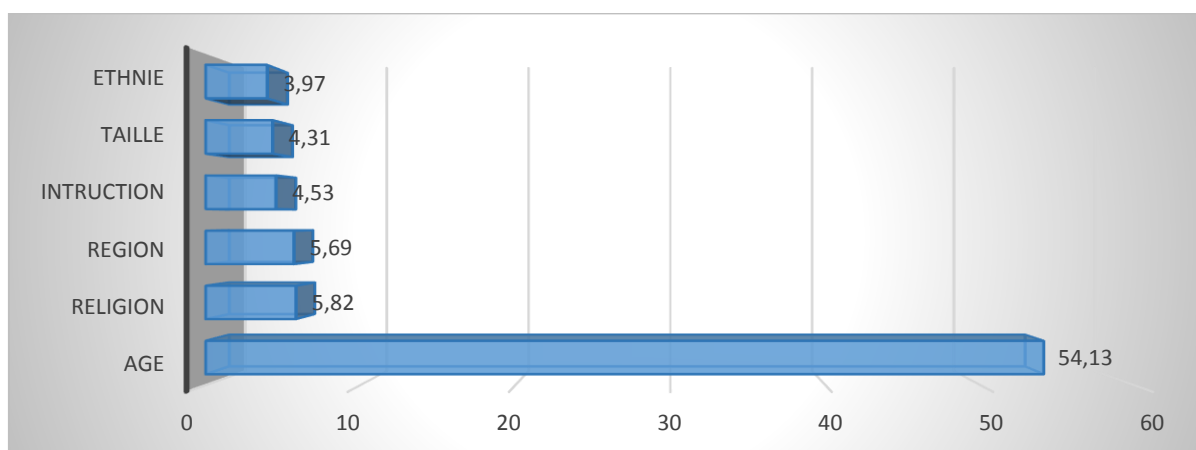
Les variables qui n'expliquent pas la consommation du tabac par les jeunes sont :

- ✚ Le milieu de résidence
- ✚ Le niveau de vie du ménage
- ✚ Le lien avec le chef de ménage
- ✚ L'exposition à la télé

❖ Hiérarchisation des facteurs

L'âge est le facteur qui influence réellement à la consommation du tabac avec un très fort pouvoir explicatif (54,89%).

Graphique II.2.11 : Représentation de la hiérarchisation des facteurs explicatifs



Source : traitement des données de l'EDS-MICS 2011-2012

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Parmi les facteurs explicatifs, le facteur qui contribue le plus à l'explication de la consommation du tabac est, l'âge du jeune. C'est sur l'âge qu'il faut agir pour protéger les jeunes (évidemment les adultes puisque c'est généralement à l'âge jeune que commence la consommation du tabac) à travers les actions suivantes :

- Mettre en place des moyens de sensibilisation, d'éducation, et d'information plus approfondis sur toute l'étendue du territoire concernant les effets nocifs de la cigarette et du tabac en général.

-Veiller à l'application de la loi sur l'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs. Ce qui permettra de réduire la prévalence chez les jeunes.

- Imposer que les produits du tabac ne soient plus apparents sur les points de vente, mais mis hors de la vue des consommateurs (comme pour les médicaments de prescription en pharmacie et comme pour les cigarettes en Ecosse).

-Veiller à la hausse du prix de la cigarette afin de décourager les plus jeunes comme cela se fait en France.

-Renforcer les mesures d'éducation sur les méfaits du tabac au cours des leçons d'instruction civique et morale dans les écoles.

Comme toute œuvre humaine, ce travail comporte des limites, à savoir :

- ✚ Les informations recueillies au moment de l'enquête peuvent ne pas être relative aux circonstances de la consommation du tabac au moment de l'enquête.
- ✚ du fait que notre approche soit quantitative, elle ne nous permet pas de capter les perceptions, les aptitudes des individus vis-à-vis du tabac.

Toutefois, ces limites n'entravent pas entièrement la pertinence scientifique de ce travail. Ces résultats peuvent servir de base à la mise en place d'une politique de sensibilisation et de lutte contre le tabagisme pour les ONG et pour l'Etat de Côte d'Ivoire. Les résultats nous ont permis de faire les recommandations suivantes :

BIBLIOGRAPHIE

Action on Smoking and Health (2008), *BAT's footprint in Africa*, Londres.

AD Lopez, Collishaw N and Piha T. (1994), « A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries ». *Tobacco Control* 3:242–247.

AU (2013), *L'incidence du tabagisme sur la santé et le développement socio-économique en Afrique: état des lieux*, Ethiopie.

CTFK (2010), The Millennium Development Goals and Tobacco Control. Se référer : http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/MDGs_en.pdf.

Daouda Elhadj ADAM (2008), *tabac et pauvreté en Afrique*, 3^{ème} conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac Niamey, du 25 au 28 septembre 2010.

EDS-MICS (2011-2012), *rapport de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples*, Côte d'Ivoire.

Jacques Béraud, Daniel Marcelli, Jean-Luc Venisse, Michel Reynaud(2002), *Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*, La Documentation française, 2002.

Hélène allaguy-Salachy et Philippe Beaufile(2007), *Tabagisme juvénile : comment le prévenir* ; Paris.

Largue G, Bramelec A, lebargue F. (1998), « La toxicologie du tabagisme », *Revue du praticien* (Paris) 1998, vol: 23, N° 10.

M Eriksen, Mackay J and Ross H. (2012), « The Tobacco Atlas. 4th edition. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY » *World Lung Foundation*. Ce referer au site www.TobaccoAtlas.org.

OMS, (2005), *WHO Framework Convention on Tobacco Control*, Genève.

OMS, (2008), *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, Genève.

Pelt J.-M(1992), *les plantes à fumer : le tabac. Le tabagisme au quotidien.*

PNLTA (2014), *Programme National de Lutte contre le Tabagisme et l'Alcoolisme, Cote d'Ivoire.*

Zie BALLO, Doueu Koto Mathias, Alphonse KAHOU BI, Konan Antoine KOUASSI (septembre 2013), *projet régional de recherche-action sur la taxation du tabac en Afrique de l'Ouest, etat des lieux, rapport de la Côte d'Ivoire.*