
Type d'article: Recherche

Prévalence et facteurs associés au tabagisme chez les personnes âgées de 20 à 79 ans en Côte d'Ivoire

Ekissi Orsot TETCHI^{1,2,*}, Yao Eugène KONAN^{1,2}, Kouadio Daniel Ekra³, Mangou Christiane DJOMAN^{1,3}, Guillaume OKOUBO¹.

¹Département de santé publique et spécialités, Université Félix Houphouët Boigny, Abibjan-Côte d'Ivoire

²Institut National de Santé Publique (Côte d'Ivoire)

³Institut National d'Hygiène Publique (Côte d'Ivoire)

*Correspondance: Email : orsotetchi@yahoo.fr

Résumé

Les conduites addictives constituent un problème majeur de santé publique. Parmi les substances psychoactives, le tabac représente un des produits addictifs les plus consommés en Côte d'Ivoire. L'objectif de cette étude était de déterminer les prévalences et rechercher les facteurs associés au tabagisme actif et au tabagisme passif chez les personnes de 20 à 79 ans. Il s'agissait d'étude transversale à visée analytique à partir d'une analyse secondaire des données de l'enquête nationale sur la prévalence et les caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire réalisée du 25 Novembre au 22 Décembre 2017. Elle a concerné 3 198 sujets de 20 à 79 ans. Les facteurs associés au tabagisme actif et au tabagisme passif ont été recherchés par la régression logistique binaire. Les enquêtés en majorité de sexe féminin (56,66%) avaient un âge moyen de 45,53 ans. La prévalence du tabagisme actif était de 5,97% et celle du tabagisme passif de 19,67%. On notait un ratio d'un fumeur actif pour 3,3 fumeurs passifs. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs au tabagisme actif étaient le sexe masculin (OR =5,66 [3,78-8,47]), l'exercice d'une activité rémunérée (OR = 1,70 [1,20-2,41]) et la consommation d'alcool (OR = 3,01 [2,12-4,28]). Les facteurs prédictifs à l'exposition à la fumée secondaire du tabac étaient le fait de résider en milieu urbain (OR = 1,26 [1,05-1,53]), d'exercer une activité génératrice de revenu (OR = 1,89 [1,55-2,32]) et le fait de consommer l'alcool (OR = 1,49 [1,23-1,80]). La prévalence du tabagisme actif est peu élevée chez les sujets de 20 à 79 ans. Toutefois, compte tenu de la prévalence élevée de tabagisme passif, il importe d'éduquer la population.

Mots clés : Adulte, prévalence, tabagisme actif, tabagisme passif, facteurs associés, Côte d'Ivoire.

Abstract

Addictive conducts is a public health concern. Among psychoactive substances, tobacco is one of the most consumed psychoactive substances in Côte d'Ivoire. The aim of this study was to determine the prevalence and associated factors with active and passive smoking among those age 20 to 79 years in Côte d'Ivoire. This is a cross-sectional study with descriptive and analytical aims based on a secondary analysis of data from the national survey on the prevalence and characteristics of diabetes in Côte d'Ivoire conducted from November 25 to December 22, 2017. It involved 3,198 subjects aged 20 and 79 years. Factors associated with active smoking and passive smoking were sought by binary logistic regression. Most respondents were female (56.66%) with an average age of 45.53 years. The prevalence of active smoking and passive smoking were respectively 5.97% and 19.67%. The ratio of active smokers to passive smokers was 3.3. In multivariate analysis, the predictive factors were male gender (OR =5,66 [3,78-8,47]), persons in gainful activities (OR = 1,70 [1,20-2,41]) and alcohol

consumption ($OR = 3,01 [2,12-4,28]$). Factors predictive of exposure to second-hand tobacco smoke were urban residence ($OR = 1.26 [1.05-1.53]$), working in income-generating jobs ($OR = 1.48 [1.23-1.78]$), and alcohol use ($OR = 1.89 [1.55-2.32]$). The prevalence of active smoking is low in subjects aged 20-79 years. However, in view of the high prevalence of passive smoking, it is important to educate ivorian population to reduce this prevalence and thus to avoid smoking-related diseases.

Key words: Adult, prevalence, active smoking, associated factors, Côte d'Ivoire.

1. Introduction

Le tabagisme est l'intoxication aiguë ou chronique provoquée par le tabac (Delamare, 2018). Tandis que le tabagisme actif concerne les personnes qui fument, le tabagisme passif ou involontaire est relatif aux personnes exposées à la fumée de tabac ambiante, à savoir un mélange de fumée exhalée par un fumeur et de fumée dégagée par une cigarette (Hill, 2011). Si la réduction de la consommation de tabac présente un intérêt de santé publique évident pour prévenir les effets du tabagisme sur le fumeur actif, la protection contre le tabagisme passif n'en est pas moins importante (Evin, 2011). Problème majeur de santé publique, le tabagisme actif ou passif est un facteur étiologique de nombreuses maladies non transmissibles notamment de certains cancers, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires, des maladies digestives et des maladies génito-urinaires (WHO, 2018 ; Badri & al., 2017). Il est l'une des addictions les plus lourdes de conséquences en termes de morbidité, de mortalité et de coût (WHO, 2018). En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2019), chaque année, il est à l'origine de plus de 8 millions de décès, entraînant la mort d'environ un consommateur sur deux. Plus de 7 millions de ces décès sont dus à la consommation directe de produits du tabac, alors qu'environ 1,2 million résultent du tabagisme passif. La plupart des décès liés au tabac touchent les pays à revenu faible ou intermédiaire (WHO, 2019). Au cours de ce siècle, il sera responsable de 1 milliard de décès (Cabrera & Gostin, 2011). Parmi ces décès, 80 % surviendront dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En Afrique, sa prévalence passera de 16% à 22% entre 2010 et 2030 (AU, 2013 ; NASAC, 2014). En Côte d'Ivoire, il est reconnu comme un problème majeur de santé publique, comme le témoigne la création d'un Programme National de Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie et autres addictions. Ce programme a pour missions de réduire la morbidité et la mortalité liées au tabagisme, à l'alcoolisme, à la toxicomanie et toute autre addiction par des actions de types promotionnel, préventif, curatif et de recherche. Toutefois, les difficultés d'accès aux données nationales sur le tabagisme confirment le constat d'une absence de système de recueil de données réellement structuré à des fins épidémiologiques. Aussi en vue de contribuer à la mise en œuvre de politiques et stratégies appropriées de lutte, nous nous sommes posés les questions de recherche suivantes : Quelle est l'ampleur du tabagisme chez les personnes âgées de 20 à 79 ans en Côte d'Ivoire ? Quelles sont les caractéristiques individuelles des personnes âgées de 20 à 79 ans associées au

tabagisme en Côte d'Ivoire ? Pour ce faire, à partir d'une analyse secondaire des données de l'enquête nationale sur la prévalence et les caractéristiques du diabète, nous avons mené la présente étude qui avait pour objectifs de déterminer les prévalences du tabagisme actif et du tabagisme passif chez les personnes âgées de 20 à 79 ans et de rechercher les différents facteurs associés. En effet, le tabagisme des adultes et des sujets âgés reste un sujet peu documenté et sans doute sous-estimé. Il est généralement associé aux jeunes générations notamment les adolescents, alors que ce phénomène ne connaît pas de limite d'âge (Fernandez L. & Finkelstein-Rossi J, 2010); d'où l'intérêt de la présente étude consacrée au tabagisme chez les sujets de 20 à 79 ans en Côte d'Ivoire.

2. Matériels et méthodes

2.1 Échantillon

Les données de cette étude proviennent de l'enquête PREVADIA-CI 2017 (République de Côte d'Ivoire PNLM /PMNT, 2017), une enquête transversale auprès personnes âgées de 20 à 79 ans visant à recueillir de l'information sur la prévalence nationale et les caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire. L'enquête primaire réalisée dans les ménages a été conduite du 25 novembre au 22 décembre 2017 et a couvert l'ensemble des districts qui comptaient les 20 régions sanitaires que comptait le pays en 2017. Les participants ont été sélectionnés selon un échantillonnage aléatoire stratifié à trois degrés. Au premier degré, des localités/quartiers ou grappe ont été choisies dans chaque district sanitaire selon un sondage aléatoire sans remise à probabilité proportionnelle à la taille. Au deuxième degré, 10 ménages ont été tirés de façon aléatoire systématique après un dénombrement exhaustif de tous les ménages dans chaque grappe précédemment sélectionnée. Au troisième degré, dans chaque ménage sélectionné, le choix du sujet à enquêter a été réalisé de façon aléatoire en utilisant la table de KISCH (OMS & King's College of London, 2014). Au total, l'échantillon de l'étude comportait 3198 répondants représentatifs de la population ivoirienne. Tous ces répondants ont été inclus dans la présente étude.

2.2 Collecte des données

Les données de l'étude primaire ont été collectées à l'aide d'un questionnaire d'entretien en face à face. Le questionnaire de recherche se composait de cinq sections à savoir les caractéristiques socio-démographiques, le mode de vie des enquêtés, les antécédents des enquêtés, les caractéristiques cliniques des enquêtés et les résultats des examens paracliniques réalisés. Elle comportait des variables mesurant les habitudes de consommation de tabac et l'exposition à la fumée secondaire chez les non consommateurs. À partir des questions relatives à l'expérience de consommation de tabac (« *Fumez-vous ? 1=oui ; 2=non 3=ne sais.* », « *Si Oui, Fumez-vous : 1 = tous les jours 2 = occasionnellement ?* », « *A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? Age (années)* ») nous avons établi une typologie des enquêtés en trois catégories (1 = « *fumeurs réguliers* » ; 2 = «

fumeurs occasionnels » ; 3 = « *non-fumeurs* ») et déterminé l'âge d'initiation à la consommation du tabac. Une autre question a permis d'explorer l'exposition à la fumée secondaire de façon régulière (« *Dans votre entourage immédiat, êtes-vous exposé à la fumée du tabac ? 1=oui 2=non.* »). Aussi, des données relatives aux caractéristiques sociodémographiques et au mode de vie ont-elles été recueillies.

3.3 Traitement et analyse des données

La variable dépendante était le statut tabagique avec trois modalités (1= tabagisme actif ou consommation de tabac ; 2= tabagisme passif ou non consommateur exposé à la fumée du tabac ; 3= non exposé à la fumée du tabac. Toutefois, le tabagisme actif et le tabagisme passif ont et étudiés séparément. Ces deux variables ont été codées selon les modalités suivantes (1=oui ; 2=non). Ces deux variables ont été codées selon les modalités suivantes (*1=oui 0= non*). Les variables indépendantes ont été sélectionnées sur la base des connaissances scientifiques relatives aux facteurs associés aux tabagisme. Il s'agissait de variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, milieu de vie, exercice d'activité génératrice de revenu, statut matrimonial, le groupe ethnique) et de variables comportementales (consommation d'alcool, pratique de sport et le niveau d'activité physique). Les analyses ont été réalisées avec Stata V15 et les données ont été pondérées pour assurer la représentativité de l'ensemble de la population du pays. L'analyse descriptive a constitué la première étape. Les pourcentages ont été calculés pour chaque variable retenue. L'analyse bivariée a consisté à mesurer l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes sélectionnées en réalisant une régression logistique simple. Une variable est retenue pour la construction du modèle lorsque son degré de signification p est inférieur à 0,2. Pour l'analyse multivariée, la régression logistique binaire. Le test de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour juger de la qualité d'ajustement des modèles finaux. Le pouvoir discriminant du modèle a été apprécié à l'aide de la valeur de la mesure de l'aire sous la courbe ROC (receiver operating characteristic). Les Odds ratio ajustés ont été estimés avec leur intervalle de confiance à 95%. Les associations sont considérées comme significatives lorsque p < 0,05.

2.4 Considérations éthiques

La base de données a été obtenue après requête auprès de la Direction de Coordination du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques / Prévention des Maladies Non Transmissibles.

3. Résultats

Nos enquêtés en majorité de sexe féminin (56,66%) avaient un âge moyen de 45,53 ans. Ils résidaient principalement en milieu urbain (55,38%) et avaient un faible niveau d'étude (70,39% avec 47,81% de non scolarisés). La majorité vivait en couple (72,3%) et plus de la moitié était sans activité génératrice de revenu (50,66%). Les groupes ethniques dominants étaient les Akan (30,74%) et les Krou (23,30%). Un niveau limite d'activité physique a été retrouvé chez 46,03% des enquêtés. Le tableau I est un résumé des résultats de l'analyse univariée.

Tableau I: caractéristiques sociodémographiques et comportementales de la population d'étude

Variables		Effectif	Pourcentage
Variables sociodemographiques			
Sexe	Homme	1386	43,34
	femme	1812	56,66
Groupe d'âges en années	20-29	543	16,98
	30-39	730	22,83
	40-49	621	19,42
	50-59	620	19,39
	60-69	461	14,42
	70-79	223	6,97
Milieu de vie	urbain	1771	55,38
	rural	1427	44,62
Niveau d'instruction	non scolarisé	1529	47,81
	primaire	722	22,58
	secondaire	710	22,20
	supérieur	237	7,41
Groupes ethniques	Akan	983	30,74
	Krou	745	23,30
	Mandé du Nord	601	18,79
	Mandé du Sud	239	7,47
	Gour	299	9,35
	Non nationaux	331	10,35
Situation matrimoniale	Marié/union libre	2312	72,30
	Jamais marié	624	19,51
	divorcé/veuf (ve)	262	8,19
Activité génératrice de revenu	Oui	1578	49,34
	Non	1620	50,66
Groupe ethnique	Akan	983	30,74
	Krou	745	23,30
	Mandé du Nord	601	18,79
	Mandé du Sud	239	7,47
	Gour	299	9,35
	Non nationaux	331	10,35
Variables comportementales			
Niveau d'activité physique	Elevé	491	15,35
	Modéré	1235	38,62
	Limite	1472	46,03
Pratique de sport	Oui	372	11,63
	Non	2826	88,37
Consommation d'alcool	Oui	1258	39,34
	Non	1940	60,66

Dans cette étude, la prévalence du tabagisme actif chez les personnes âgées de 20 à 79 ans était de 5,97% et le tabagisme passif représentait 19,67% des enquêtés. Par conséquent, 74,36% des enquêtés n'étaient ni des fumeurs actifs, ni des fumeurs passifs (Figure 1).

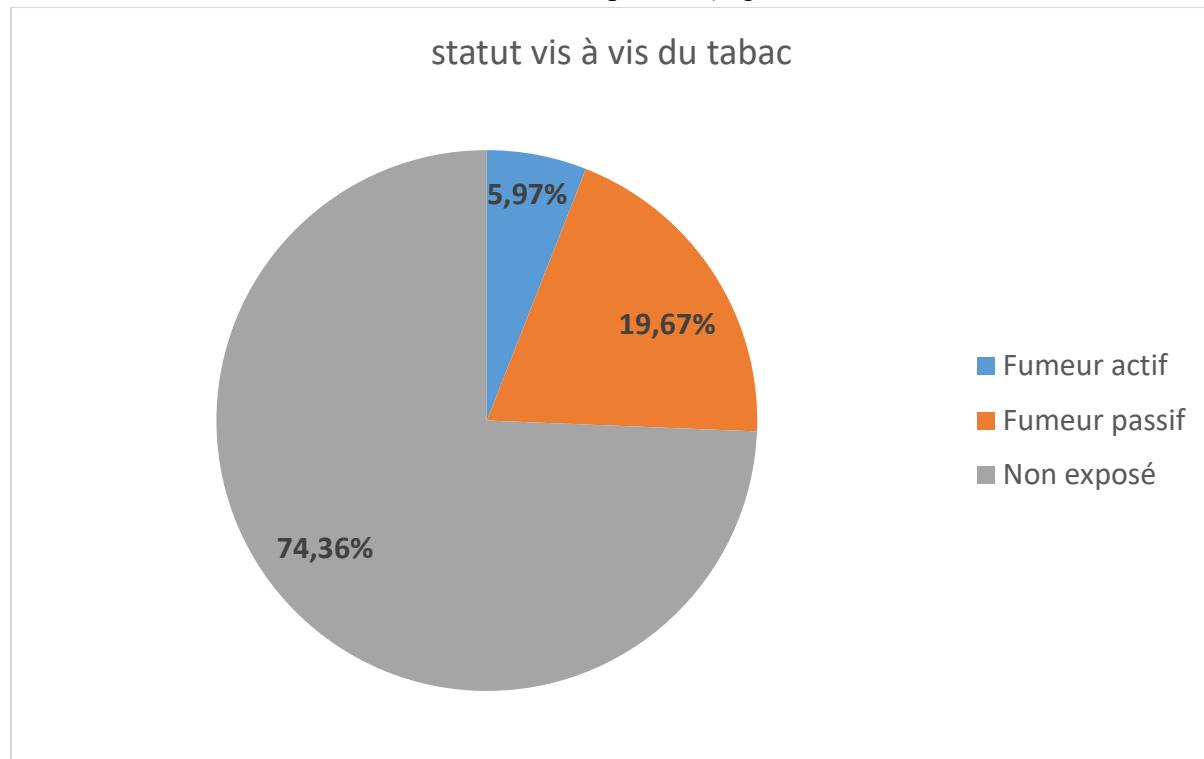


Figure 1 : Répartition de la population d'étude selon le statut vis-à-vis du tabac

On notait un ratio d'un fumeur actif pour 3,3 fumeurs passifs. Les fumeurs actifs avaient un âge moyen de 41,91 ans. Ceux qui avaient une consommation quotidienne régulière représentaient 86,67%. L'âge moyen d'initiation au tabac était de 19,98 ans avec des extrêmes de 10 ans et 39 ans et les deux tiers (66,67%) avaient un âge compris entre 10 ans et 20 ans. Chez les fumeurs actifs, le sex-ratio (H/F) était de 4,6 en faveur des hommes (82,20% contre 12,80% de femmes). Par contre, chez les non consommateurs de tabac, le sex-ratio (H/F) de 0,69 était en faveur des femmes (59,13% contre 40,87% des hommes).

Le tableau II présente les résultats de l'analyse bivariée et multivariée à la recherche de facteurs associés au tabagisme actif.

Tableau II : facteurs associés au tabagisme actif chez les personnes âgées de 20 à 79 ans en Côte d'Ivoire, 2017

Variables étudiées	Effectif	Prévalence (%)	Analyse bivariée		Analyse multivariée	
			IC à 95%	P	OR ajusté	IC à 95%
Sexe						
Homme	1386	11,33	[9,76-13,11]	0,000	5,66	[3,78-8,47]
Femme	1812	1,88	[1,34-2,62]		1	
Tranche d'âges en années						
20-29	543	5,52	[3,89-7,80]	0,001	1	
30-39	730	8,36	[6,55-10,60]		1,58	[0,97-2,57]
40-49	621	7,41	[5,59-9,75]		1,36	[0,81-2,30]
50-59	620	5,16	[3,67-7,21]		0,83	[0,48-1,46]
60-69	461	3,25	[1,97-5,33]		0,49	[0,25-0,97]
70-79	223	3,14	[1,50-6,45]		0,63	[0,25-1,54]
Milieu de vie						
Urbain	1771	5,08	[4,15-6,21]	0,018	1,12	[0,81-1,56]
Rural	1427	7,08	[5,86-8,53]		1	
Niveau d'instruction						
Non scolarisé	1529	4,25	[3,35-5,39]	0,000	1	
Primaire	722	7,06	[5,41-9,18]		0,92	[0,61-1,38]
Secondaire	710	9,01	[7,12-11,36]		0,99	[0,67-1,49]
Supérieur	237	4,64	[2,58-8,20]		0,33	[0,16-0,67]
Situation matrimoniale						
Marié/union libre	2312	5,67	[4,79-6,69]	0,000	0,66	[0,45-0,96]
Jamais marié	624	8,81	[6,83-11,31]		1	
Divorcé/veuf (ve)	262	1,91	[0,79-4,51]		0,62	[0,23-1,65]
Activités rémunérées						
Oui	1620	8,56	[7,27-10,04]	0,000	1,70	[1,20-2,41]
Non	1578	3,46	[2,67-4,47]		1	
Groupe ethnique						
Akan	983	5,39	[4,14-6,99]		0,87	[0,40-1,88]
Krou	745	8,18	[6,42-10,38]		1,39	[0,65-2,98]
Mandé du Nord	601	4,32	[2,96-6,28]	0,027	1,66	[0,72-3,82]
Mandé du Sud	239	3,76	[1,96-7,08]		1	
Gour	299	6,68	[4,35-10,14]		1,43	[0,60-3,39]
Non nationaux	331	6,64	[4,41-9,89]		1,93	[0,82-4,54]
Consommation d'alcool						
Oui	1258	10,81	[9,21-12,65]	0,000	3,01	[2,12-4,28]
Non	1940	2,84	[2,18-3,68]		1	
Pratique de sport						
Oui	372	10,48	[7,74-14,03]	0,000	1	
Non	2826	5,37	[4,60-6,27]		1,10	[0,18-0,40]
Niveau d'activité physique						
Intense	616	5,8	[4,24-7,99]		1	
Modéré	1363	8,2	[6,93-9,87]	0,000	1,39	[0,92-2,11]
Limite	1219	3,4	[2,55-4,63]		0,97	[0,59- 1,59]

En analyse bivariée, toutes les variables étudiées étaient candidates pour le modèle ($p < 0,2$). En analyse multivariée, seul le milieu de vie ($p = 0,477$) n'a pas été significatif dans le modèle final. La

probabilité de tabagisme actif était plus élevée chez les sujets de sexe masculin ($OR = 5,93 [3,98-8,83]$), exerçant une activité rémunérée ($OR = 1,70 [1,20-2,41]$) et consommant l'alcool ($OR = 3,01 [2,12-4,28]$). Cependant, le risque est faible en présence de sujets appartenant à la tranche d'âge 60-69 ans ($OR = 0,49 [0,25-0,97]$) par rapport aux 20-29 ans, de niveau d'étude supérieur ($OR = 0,33 [0,16-0,67]$) par rapport aux non scolarisés et vivant en couple ($OR = 0,66 [0,45-0,96]$) contrairement à ceux appartenant au groupe « Jamais mariés ».

Quant au tabagisme passif (Tableau III), les variables candidates pour le modèle final étaient l'âge, le milieu de vie, le niveau d'instruction, l'activité rémunérée et la consommation d'alcool ($p < 0,2$).

Tableau III : facteurs associés au tabagisme passif chez les personnes âgées de 20 à 79 ans en Côte d'Ivoire, 2017

Variables étudiées	Analyse bivariée			Analyse multivariée			
	Effectif	Prévalence(%)	IC à 95%	p	OR ajusté	IC à 95%	P
Sexe							
Homme	1386	20,49	[18,45-22,70]	0,306	1,02	0,84-1,24	0,804
Femme	1812	19,04	[17,30-20,91]		1		
Tranche d'âges en années							
20-29	543	23,94	[20,53-27,72]	0,005	1		
30-39	730	21,78	[18,93-24,93]		0,84	[0,64-1,10]	0,209
40-49	621	19,81	[16,85-23,13]		0,756	[0,56-1,01]	0,058
50-59	620	16,29	[13,59-19,41]		0,62	[0,45-0,84]	0,002
60-69	461	17,79	[14,56-21,56]		0,69	[0,50-0,96]	0,030
70-79	223	15,25	[11,09-20,60]		0,62	[0,40-0,97]	0,037
Milieu de vie							
Urbain	1771	21,23	[19,39-23,20]	0,013	1,26	[1,05-1,53]	0,014
Rural	1427	17,73	[15,83-19,80]		1		
Niveau d'instruction							
Non scolarisé	1529	18,25	[16,39-20,26]	0,038	1		
Primaire	722	21,05	[18,23-24,18]		0,99	[0,78-1,25]	0,938
Secondaire	710	19,30	[16,55-22,37]		0,83	[0,65-1,07]	0,157
Supérieur	237	25,74	[20,56-31,70]		1,07	[0,76-1,51]	0,687
Situation matrimoniale							
Marié/union libre	2312	19,25	[17,69-20,91]	0,309	0,95	[0,76-1,20]	0,708

Jamais marié	624	21,79	[18,73-25,21]	1			
Divorcé/veuf (ve)	262	18,32	[14,08-23,49]	1,08	[0,73-1,62]	0,675	
Activités rémunérées							
Oui	1620	23,19	[21,18-25,34]	0,000	1,48	[1,23-1,78]	0,000
Non	1578	16,23	[14,52-18,11]	1			
Groupe ethnique							
Akan	983	23,8	[21,24-26,57]	0,71	[0,50-1,01]	0,063	
Krou	745	21,34	[18,54-24,43]	0,63	[0,44-0,92]	0,017	
Mandé du Nord	601	22,12	[18,98-25,62]	0,170	0,89	[0,61-1,29]	0,553
Mandé du Sud	239	23,84	[18,85-29,67]	1			
Gour	299	19,06	[14,99-23,92]	0,63	[0,41-0,98]	0,041	
Non nationaux	331	27,19	[22,66-32,24]	1,078	[0,71-1,62]	0,717	
Consommation d'alcool							
Oui	1258	23,45	[21,19-25,87]	0,000	1,89	[1,55-2,32]	0,000
Non	1940	17,22	[15,60-18,96]	1			
Pratique de sport							
Oui	372	32,52	[27,94-37,46]	1			
Non	2826	21,54	[20,07-23,10]	0,000	0,79	[0,60-1,04]	0,099
Niveau d'activité physique							
Intense	616	24,83	[21,58-28,40]	1			
Modéré	1363	25,31	[23,07-27,69]	0,000	0,95	[0,76-1,20]	0,713
Limite	1219	19,03	[16,92-21,33]	0,89	[0,69-1,14]	0,371	

En analyse multivariée (Tableau III), excepté la variable « niveau d'instruction », les facteurs associés au tabagisme passif étaient l'âge, le milieu de vie, l'activité rémunérée et la consommation d'alcool ($P<0,05$). Il ressort du tableau II que les facteurs explicatifs du tabagisme passif étaient le fait de résider en milieu urbain ($OR = 1,26 [1,05-1,53]$), d'exercer une activité génératrice de revenu ($OR = 1,48 [1,23-1,78]$) et de consommer l'alcool ($OR = 1.89 [1.55-2.32]$), l'âge compris entre 50-59 ans ($OR = 0,62 [0,45-0,84]$), 60-69 ans ($OR = 0,69 [0,50-0,96]$) et 70-79 ans ($OR = 0,62 [0,40-0,97]$) par rapport au groupe d'âge 20-29 ans.

4. Discussion

Cette étude basée sur l'analyse secondaire des données de l'enquête nationale sur la prévalence et les caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire avait pour objectif d'analyser les facteurs associés au tabagisme chez les sujets âgés de 20 à 79 ans. Sur le plan sociodémographique, il est ressorti que les enquêtés sont en majorité des adultes jeunes (âge moyen : 45,53 ans) de sexe féminin (56,66%), résidant en milieu urbain (55,38%) et de faible niveau d'étude (47,81% non scolarisés). En Côte d'Ivoire, l'Enquête Nationale sur l'Emploi et le secteur Informel de l'année 2016 (ENSESI, 2016) a révélé que la population en âge de travailler est relativement jeune (63%), réside majoritairement en milieu urbain (52,8%) avec une légère prédominance masculine et une proportion importante d'analphabètes (47,1%). Au niveau du mode de vie, la consommation d'alcool retrouvée chez 39,34% dans le cadre de la présente étude devrait constituer une préoccupation dans les politiques nationales de santé publique. En effet, son usage nocif entraîne une charge élevée de morbidité et de mortalité ainsi qu'un fardeau économique et social important (Zedini & al., 2017).

Selon Mizrahi (2003), les informations issues des enquêtes ne sont pas toujours convergentes ni même cohérentes en ce qui concerne notamment la définition des variables et des champs d'étude, les modalités de recrutement et la qualité des enquêtes et les aléas entre les échantillons. C'est ainsi que dans cette étude conduite auprès des personnes âgées de 20 ans et 79 ans, la prévalence du tabagisme actif était de 5,97%. Cette prévalence est pour le moins alarmante compte tenu de la nature addictive des produits constitutifs du tabac. Toutefois, il importe de souligner qu'en Côte d'Ivoire, les estimations pour l'année 2011 faites par l'OMS indiquaient que la prévalence du tabagisme est passée à 12% (WHO, 2014) alors qu'en 2005, elle était de 9,5% (République de Côte d'Ivoire, enquête STEPS, 2005). Le tabagisme actif chez les adultes ne doit pas occulter l'importance du tabagisme chez les enfants en Côte d'Ivoire. Dans cette étude, nous avons noté que l'initiation au tabac s'est faite essentiellement dans l'adolescence. Elle a débuté précocement (66,67% entre 10 ans et 20 ans). A Abidjan, dans une étude menée auprès des adolescents par Kouassi BA et al (2015), la prévalence du tabagisme actif était de 21,07% de façon générale. Elle était plus fréquente chez les enfants des rues (81,9% contre 18,1% chez les élèves). Dans une étude réalisée au Sénégal (Ndiaye & al., 2010), le facteur initiateur du tabagisme le plus important était le plaisir, suivi de l'influence de l'entourage, de l'effet de mode, du stress et de la publicité. Dans le cadre de la présente étude, le tabagisme passif occupait une place prépondérante (19,67%). On notait un ratio d'un fumeur actif pour 3,3 fumeurs passifs. Par conséquent, tout comme le tabagisme actif, il constitue une menace réelle pour la santé publique. Des études épidémiologiques citées par Pasquereau & al. (2016), ont montré qu'il comporte des risques pour la santé. Il augmente notamment de 27% le risque de cardiopathie ischémique et d'environ 25% le risque de cancer du poumon pour les non-fumeurs. Chez les enfants exposés à la fumée du tabac, les risques d'infections respiratoires et d'asthme augmentent respectivement de 55% et 32%, et le risque de mort subite du nourrisson est multiplié par 2,1 (Pasquereau & al., 2016). Oberg & al, (2011), ont révélé que 600 000 personnes dans le monde meurent chaque année des suites du tabagisme passif. Devant les méfaits de l'usage du tabac, il devient nécessaire de trouver des solutions adéquates dans l'intérêt de la santé publique. Aussi, une bonne connaissance des facteurs associés est-elle capitale pour des actions de prévention. Concernant le tabagisme actif, nous avons noté que la population consommatrice de tabac se recrutait beaucoup plus chez les hommes ($OR=5,66$ [3,78-8,47]), les personnes ayant une activité génératrice de revenu ($OR=1,70$ [1,20-2,41]) et parmi les

consommateurs d'alcool ($OR=3,01 [2,12-4,28]$). Par contre, elle se recrute moins chez les sujets ayant un niveau d'étude supérieur ($OR=0,33 [0,16-0,67]$) ; les sujets vivant en couple ($OR=0,66 [0,45-0,97]$). Au niveau du sexe, la prédominance masculine également observée dans d'autres études africaines, pourrait s'expliquer par des raisons socio-culturelles. En effet, en Afrique, il y a une stigmatisation du sexe féminin vis-à-vis de certaines mœurs comme la consommation de substances psychoactives dont le tabac (Ndiaye & al., 2010 ; Pefura-Yone & al., 2016). Quant au niveau d'instruction, nos résultats rejoignent ceux déjà rapportés en Côte d'Ivoire. En effet, selon le rapport de l'enquête Study Carried Out on the Basis of the National Survey on Employment and the Informal Sector, les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur consommaient moins du tabac avec une prévalence de 3,7% contrairement aux personnes de faible niveau d'instruction (niveau primaire : 9,9%, aucun niveau d'instruction : 8,7%) (OIC & al., 2016). Par contre, Ndiaye & al. (2010) ont noté que le tabagisme est corrélé au niveau d'instruction et qu'il est plus élevé chez les enquêtés instruits. Concernant le lien retrouvé avec la consommation d'alcool, il est reconnu que l'usage d'alcool s'accompagne d'autres conduites à risque pour la santé tel que le comportement tabagique (Kairouz & Nadeau, 2007). Enfin, la fréquence élevée de fumeurs actifs parmi les sujets ayant une activité rémunérée pourrait s'expliquer par le fait que selon Keynes JM « la plupart du temps les hommes tendent à accroître leur consommation à mesure que le revenu croît » (Keynes, 1936, chap 8 p96). L'objectif de notre étude était également de fournir des informations concernant les facteurs associés au tabagisme passif chez nos enquêtés d'autant plus que les études précédentes dont (OIC & al., 2016) se sont concentrées particulièrement sur le tabagisme actif. Pourtant, ce n'est qu'en identifiant les principaux facteurs de risque non seulement du tabagisme actif mais également du tabagisme passif que la Côte d'Ivoire pourra mettre en place des politiques efficaces de lutte pour protéger les populations contre les effets néfastes du tabac. Pour ce qui est du tabagisme passif, cette étude a permis de retrouver les facteurs de risque suivants : l'exercice d'une activité rémunérée, la consommation d'alcool et la résidence en milieu urbain. Le fait d'exercer une activité rémunérée et le fait de consommer l'alcool sont des facteurs prédictifs communs aux deux formes de tabagisme. Face à l'importance du tabagisme passif en milieu urbain, la Côte d'Ivoire doit prendre des initiatives novatrices visant la promotion des espaces publics non-fumeurs. Par rapport au groupe d'âge 20-29 ans, ceux de 50-59 ans, 60-69 ans et 70-79 ans semblent être des facteurs protecteurs du tabagisme passif. Ce constat souligne la nécessité d'inscrire la prévention de l'exposition passive à la fumée du tabac dans un cadre plus large de prévention du tabagisme surtout chez les sujets jeunes du fait des risques qu'ils encourrent ou font encourir aux autres (y compris les personnes âgées). De nombreuses études ont également montré que le tabagisme passif est associé à des facteurs socio-démographiques (Li & al., 2015 ; Lappas & al., 2015 ; Bozkurt & al., 2006 ; Lam & al., 2009 ; Lee & al., 2011). En Turquie, dans une étude menée dans la région de l'Anatolie du Sud-Est, le sexe, l'âge, le type de résidence et le niveau d'éducation ont été déterminés comme variables affectant le tabagisme passif (Bozkurt & al., 2006). Ils avaient noté que le risque était 6,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Il était 3,8 fois plus élevé dans le groupe des 35-39 ans que dans celui des 15-19 ans. Ce risque augmentait également avec le niveau d'éducation et était plus élevé dans les zones urbaines.

Au regard des résultats de cette étude, la prévention du tabagisme actif doit être prioritaire vu la forte prévalence du tabagisme passif parmi nos enquêtés, la morbidité et la mortalité qui y sont liées et son potentiel introductif vers la consommation d'autres substances psychoactives licites (alcool) ou non (cannabis) selon la théorie de l'escalade (Zedini & al., 2017). Toutefois, en Côte d'Ivoire, les actions

de prévention sont généralement ponctuelles à l'occasion de la célébration le 31 mai de chaque année de la journée mondiale sans tabac. Chez les fumeurs actifs, une aide au sevrage s'avère indispensable par l'adoption de stratégies thérapeutiques appropriées associant aux médicaments, une prise en charge cognitivo-comportementale. Par ailleurs, il est nécessaire de développer, sur la base d'études complémentaires, des démarches permettant d'améliorer l'efficacité des actions de prévention, notamment le sevrage tabagique, dans ces populations (Has, 2006).

La principale limite de notre étude est liée à son caractère secondaire avec son corollaire de données pertinentes manquantes du fait de l'impossibilité de contrôler l'élaboration du questionnaire et le processus de collecte des données qui datent de 2017. En effet, les données de l'étude primaire ont été recueillies dans un but différent de celui de cette analyse secondaire portant sur le tabagisme. Par ailleurs, selon Mizrahi (2003), comme pour toutes les données de consommation de substances psychoactives recueillies auprès des populations, celles relatives au tabac sont sous estimées ; compte tenu de l'image négative de l'usage de ces produits. Toutefois, malgré ces limites, elle a l'avantage à partir des données de l'enquête nationale sur le diabète de disposer de données nationales relatives au tabagisme chez les personnes âgées de 20 à 79 ans. Ces informations recueillies peuvent contribuer à l'adoption de stratégies et à la mise en œuvre d'actions de lutte contre du tabagisme en Côte d'Ivoire.

Conclusion

Cette étude s'inscrit dans la perspective de la lutte contre la consommation du tabac en Côte d'Ivoire. Il en ressort que le tabagisme (actif et/ou passif) est une réalité chez les personnes âgées de 20 ans et 79 ans. Elle ouvre la voie à d'autres travaux afin de mieux cerner l'ampleur et les déterminants de ce fléau au sein de la population ivoirienne. Les résultats incitent au renforcement des mesures préventives et pourraient servir de base de réflexion sur la politique de lutte anti-tabac à mener en Côte d'Ivoire.

Remerciements : Les auteurs expriment leur sincère remerciement à la Direction de Coordination du Programme national de lutte contre les maladies métaboliques /Prévention des Maladies non transmissibles, qui a permis de participer à l'étude PREVADIA-2017 et a autorisé l'exploitation des données.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts.

Références bibliographiques

Badri F., Sajiai H., Amro L. (2017). Prévalence du tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHU Mohamed VI à Marrakech. Pan African Medical Journal. 26:45, 7p.
doi:10.11604/pamj, 26.45.10872

Bozkurt AI, Şahinöz S, Özçırpıcı B, Özgür S, Şahinöz T, Acemoğlu H, Saka G, Ceylan A, Palancı Y, İlçin E, Akkafa F. (2006). Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. BMC Public Health, 6:15
doi:10.1186/1471-2458-6-15.

- Cabrera OA and Gostin L. (2011). Human rights and the Framework Convention on Tobacco Control: mutually reinforcing systems. *International Journal of Law in Context*, 7(3):285–303
- Delamarre J (2018). Petit dictionnaire des termes de médecine. 7e édition, Edition Maloine, p 355.
- Evin E (2011). Éditorial. In Numéro thématique – Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011. Institut de Veille Sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), p 229.
- Fernandez L., Finkelstein-Rossi J (2010). Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés : genèse, contexte, développement et prise en charge. *Psychologie française* 55 :309–323
- Haute Autorité de Santé (2006). Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique - Efficacité, efficience et prise en charge financière. HAS, 6p.
- Hill C (2011). Les effets sur la santé du tabagisme passif. In Numéro thématique – Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011. Institut de Veille Sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), p 233-235.
- Kairouz S, Nadeau, L. (2007). Tabac et alcool : Le tout est-il plus grand que la somme de ses parties? *Drogues, santé et société*, 6(1), 179–210
- Keynes JM. (1936). La propension à consommer. In Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie - Traduit de l'Anglais par Jean de Largentaye [en ligne] ; 67-78. [consulté le 15 décembre 2021]. Disponible sur <http://gesd.free.fr/keynes36f.pdf>
- Kouassi BA, Koffi MO, Horo K, Ahui Brou JM, Godé C, Kouadio KE et al. (2015). Tabagisme chez l'adolescent à Abidjan : enfants des rues vs élèves. *Revue des maladies respiratoires*; 32 (S): p. 139
- Lam TS, Tse LA, Yu IT, Griffiths S. (2009). Prevalence of smoking and environmental tobacco smoke exposure, and attitudes and beliefs towards tobacco control among Hong Kong medical students. *Public Health*, 123, 42–46.
- Lappas AS, Tzortzi AS, Konstantinidi EM, Dimou NL, Behrakis P. (2015). Factors Associated with Exposure to Passive Smoking among 12-18 year-old Students in Athens and Thessaloniki, Greece. *Tob. Prev. Cessation*; 1:7p.
- Lee B-E, Ha E-H. (2011). Exposure to environmental tobacco smoke among South Korean adults: A cross-sectional study of the 2005 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Environ. Health*, 10, doi:10.1186/1476-069X-10-29.
- Li Z, Yao Y, Yu Y, Shi J, Liu Y, Tao Y, Kou C, Zhang H, Han W, Yin Y, Jiang L and Li .B. (2015). Prevalence and Associated Factors of Passive Smoking among Women in Jilin Province, China: A Cross-Sectional Study *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12, 13970-13980; doi:10.3390/ijerph121113970.
- Mizrahi, A. (2003). Consommation d'alcool et de tabac. *Gérontologie et société*; 26(105) : 21-43

NASAC. (2014). Prévention d'une épidémie de tabagisme en Afrique : Un appel pour une action efficace visant à appuyer le développement sanitaire, social et économique. Rapport de la Commission sur les effets néfastes du tabac sur la santé, l'économie et le développement de l'Afrique. Nairobi (Kenya). [en ligne], 52p, [consulté le 22 octobre 2021]. Disponible sur : <https://atca-africa.org/images/pdf-fr/6-Africa-Tobacco-Control.pdf>

Ndiaye M Soumah M-M, Sow M-L. (2010) Tabagisme en milieu de travail audiovisuel : l'exemple de la Radiodiffusion Télévision Sénégalaise (RTS), CAMIP ; 2, 15p

Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. (2011) Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet, 377, 139-146, DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8

Organisation mondiale de la Santé, King's College London. (2014) Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (Échelle HESPER) : Manuel et Échelle. OMS [en ligne], p 80-83, [consulté le 15 décembre 2021]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131832/9789242548235_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, ISBN 978 92 4 254823 5.

Organisation of Islamic Cooperation (OIC), Statistical, Economic and Social Research and Training Centre for Islamic Countries (SESRIC), National Institute of Statistics (INS). (2016) Tobacco smoking prevalence in Côte d'Ivoire. Study Carried Out on the Basis of the National Survey on Employment and the Informal Sector (ENSESI). 19p.

Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Richard J-B, Arwidson P, Beck F, Nguyen-Thanh V. (2016) Le tabagisme au domicile en France en 2014 et son évolution depuis 2005. BEH ; 30-31: 522-528

Pefura-Yone EW, Balkissou AD, Theubo-Kamgang BJ, Afane-Ze E, Kuaban C. (2016) Prévalence et Facteurs Associés au Tabagisme à Yaoundé, Cameroun. Health Sci. Dis; 17 (3) : 48-52

Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et de Prévention des Maladies Non Transmissibles (PNLMM /PMNT). (2016) Prévalence et caractéristiques du diabète en Côte d'Ivoire – PREVADIA-CI 2017. PNLMM /PMNT; 55p.

République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2005) Rapport Enquête STEPS, 165p.

République de Côte d'Ivoire, Direction Générale de l'Emploi, Agence Emploi Jeunes, Institut National de la Statistique. (2016) Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel (ENSESI 2016) : rapport descriptif sur la situation de l'emploi Tome 1. ENSESI [en ligne], 78p, [consulté le 22 novembre 2021]. Disponible sur https://www.agenceemplojeunes.ci/site/themes/themeforest/assets/files/RAPPORT_FINAL_ENSESI_2016.pdf

République du Tchad. Institut National de la Statistique des Économiques et Démographiques (INSEED), Centre de Recherches Statistiques, Économiques et Sociales et de Formation pour les Pays Islamiques ("SESRIC"). (2019). Rapport sur la Prévalence du tabagisme chez les adultes au Tchad. ECOSIT4; 29p

Union Africaine. L'incidence du tabagisme sur la santé et le développement socio-économique en Afrique : état des lieux. 27p

World Health Organization (2014). Côte d'Ivoire In Noncommunicable Diseases Country profiles 2011. Geneva WHO [en ligne]; P 55, [consulté le 17 octobre 2021]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (2018). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition ISBN 978-92-4-000003-2. Geneva : WHO; 121p

World Health Organization (2019). WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use., 109p.

Zedini C, Ben Cheikh A, Mallouli M, Limam M, Sahli J, El Ghardallou M, Mtiraoui A, Ajmi T (2017). Prévalence et facteurs associés au tabagisme parmi les étudiants de la ville de Sousse (Tunisie). La Revue de Santé de la Méditerranée orientale; 22 (1) : 40-47

© 2022 TETCHI, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.