

PREVALENCE ET CARACTERISTIQUES DU TABAGISME PARMIS LES ENFANTS DE MOINS DE DIX-HUIT ANS A KABINDA, RD. CONGO [Prevalence and characteristics of smoking among children under 18 years in Kabinda's Town, DR. Of the Congo]

KIMPITU KIFWAME Patrice¹, KABEMBA BUKASA Héman^{2*}, NDJIBU MWEPU Jacques²

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kabinda, RD. Congo ; ²Institut Supérieur des techniques Médicales de Lubao, RD. Congo

Résumé :

Introduction : La proportion de tabagisme des mineurs et l'âge de plus en plus précoce d'initiation au tabac est une réalité à la fois inquiétante et inacceptable. L'objectif de cette étude a été de déterminer la prévalence et les caractéristiques associées au tabagisme des mineurs âgés de huit à dix-sept ans.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude descriptive transversale sur une période de deux semaines, du 18 au 31 Mai 2014 à Kabinda, RD. Congo. Les individus ont été interrogés suivant les paramètres d'étude. Les données obtenues ont été analysées par le logiciel Epi-Info 7.1. **Résultats :** La prévalence du tabagisme des mineurs était de 20,2%. Le profil du fumeur était celui d'un individu âgé de 12 à 17 ans, avec un âge moyen de $14,3 \pm 1,5$ ans, de sexe masculin (37,8 % vs 0,8 %), analphabète ou de niveau d'étude secondaire, vivant dans un environnement incitatif avec une faible mobilisation antitabac face à une publicité croissante pro-tabac. L'âge de la première expérience de fumer se situait entre 10 et 17 ans avec un pic à 15 ans et une moyenne de $14,1 \pm 1$ an. L'âge de 13 à 17 ans $p < 0,0001$, le sexe masculin $p < 0,0001$ et le fait d'être analphabète ou du niveau d'études secondaires ($p 0,000$) ont été associés au risque de fumer le tabac. **Conclusion :** Il faut absolument lutter contre les facteurs et contexte favorisant la consommation du tabac chez les enfants pour éviter les conséquences néfastes associées au tabac.

Mots-clés : *Tabac, Tabagisme, Kabinda, Enfant, RDC*

Abstract:

Background: Smoking is a major public health issue, responsible of high morbidity and mortality. The proportion of tobacco use among teenagers and the early age of initiation to tobacco is a disturbing and unacceptable reality. This study aims to evaluate the prevalence and characteristics associated with smoking among minors aged eight to seventeen. **Methods:** We conducted a prospective and descriptive cross-sectional study over two weeks, from 18 to 31 May 2014 (Kabinda's town, DR. Congo). Individuals were interviewed according to the study parameters. The data obtained were analyzed by the software Epi Info 7.1. **Results:** The smoking prevalence of minors in this study was 20.2% (304 out of 1,506). The profile of the minor smoker was an individual aged 12 to 17 years, the mean age of 14.3 ± 1.5 years, male (37.8% vs. 0.8%), illiterate or Secondary school, living in an incentive environment with low tobacco mobilization and growing pro-tobacco advertising. The age of the first smoking experience was between 10 and 17 years with a peak at 15 years and a mean age of 14.1 ± 1 year. The age between 13 to 17 years ($p < 0.0001$), male sex ($p < 0.0001$), and being illiterate or in secondary school ($p 0.000$) were associated with the risk of smoking tobacco. **Conclusion:** It is necessary to take measures to force the pressure of the tobacco epidemic (factors and context for tobacco use in children to avoid the harmful consequences of tobacco).

Keywords: *Children, Smoking, Tobacco, Kabinda, DRC*

1. Introduction

Le tabac est une plante tropicale originaire d'Amérique du Sud dont il existe soixante-huit espèces, la plus connue étant la *Nicotiana tabacum* [1].

La *Nicotiana tabacum* peut être utilisée sous forme de cigarettes, cigares, en pipe ou à rouler ou non à fumer (chiqué ou mâché). La consommation de ces formes, par les voies non digestives, permet d'éviter la destruction de la nicotine par le foie après l'effet de premier passage par la veine porte [2]. Le tabac est une drogue licite et le tabagisme une forme de toxicomanie répandue dans le monde [3][4][5]. Il constitue un problème de santé publique [3][6]. Les effets néfastes du tabac sur la santé humaine sont connus depuis plusieurs années [7][8] après sa forte commercialisation suite au gain financier qu'il générerait.

L'impact de la consommation du tabac sur la santé du consommateur et de son environnement immédiat n'est pas négligeable. Le tabac reste le seul produit de consommation courante qui tue ses utilisateurs dans une proportion de un sur deux [9][10][11]. Il est aussi bien nocif pour le fumeur (tabagisme actif) que pour le non-fumeur (tabagisme passif) [1][12]. Le tabagisme est responsable d'une grande morbidité (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, dysfonctionnement érectile, polyglobulie, avortements, petit poids de naissance, cardiopathie, cancers, pneumopathies, discopathie vertébrale, troubles psychoaffectifs, etc.) [1][3][9] et mortalité [13][14]. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS 2016) [15], le tabac tue la moitié de ses consommateurs : environ 5 à 6 millions de décès dont - plus de 28% sont des enfants et plus de 80 % de décès surviennent dans les pays en voie de développement (PED) où on rencontre également un plus grand nombre de consommateurs du tabac [17]. Il a été établi selon les estimations que la tendance devrait progresser pour atteindre 10 millions de décès en 2030 [15][16][18].

Malgré ces différents méfaits et la présence d'une convention cadre mondiale antitabac de l'OMS [5][6], l'industrie du tabac reste l'une des plus puissantes au monde avec des degrés d'influences très larges [3][19][20]. Si dans les pays dits développés la prise de conscience par les décideurs politiques commence à porter ses fruits avec la diminution du nombre des consommateurs de tabac [3][21][22], il n'en est pas de même pour les pays en voie de développement (PED) qui subissent l'influence grandissante des multinationales tabaciques.

En Afrique subsaharienne, la prévalence du tabagisme variait en 2014 de 1,8% (Zambie) à 25,8% (Sierra Leone) avec une prédominance masculine, même si dans certains pays comme le Rwanda les femmes fumaient plus que les hommes [23][24][25].

Dans les PED, la lutte contre le tabagisme demeure généralement un slogan. La promotion agressive de la part des industries de tabac sous un climat laxiste des autorités politico-administratives et de santé incite les jeunes à fumer du tabac [3][26]. L'augmentation de la consommation du tabac parmi les adolescents et l'âge de plus en plus précoce d'initiation [3][25] inquiètent les organisations de lutte contre le tabagisme. En effet, le tabagisme de l'enfant est une réalité à la fois inquiétante et inacceptable puisque la prévention précoce, cohérente et adaptée est possible du fait de la connaissance dans la littérature des déterminants du tabagisme chez les jeunes enfants [5][12][27].

En République Démocratique du Congo (RDC), la prévalence générale du tabagisme dans la population reste méconnue et les études sur le tabagisme sont quasiment inexistantes, en dehors de celle qui a été réalisée à Lubumbashi et Kinshasa sous le financement extérieur comme dans plusieurs pays : études GYTS (Global Youth Tobacco Survey) [5][16][26]. L'enquête GYTS avait révélé que dans les deux plus grandes villes congolaises, Lubumbashi et Kinshasa, le tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire était une véritable épidémie qui touchait respectivement 22,3% et 24,4 % des jeunes [5].

L'intérêt de cette étude en Afrique en général et RDC en particulier est lié au fait qu'elle semble être la première à aborder la question de la consommation du tabac chez les individus de moins de dix-huit ans et en milieu non-scolaire [3][5][13]. Le fait d'inclure même les jeunes qui ne fréquentent pas l'école reste un avantage majeur pour évaluer la problématique du tabagisme du jeune enfant de moins de dix-huit ans (mineurs selon la législation congolaise) de façon globale.

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les caractéristiques associées au tabagisme chez les mineurs âgés de huit à dix-sept ans.

2. Population, Matériels et Méthodes

2.1. Cadre de l'étude :

Cette étude a été menée au Quartier Shidika (ville et territoire de Kabinda, province de Lomami, au centre de la RD. Congo). La ville de Kabinda, chef-lieu de la province de Lomami, est une entité administrative décentralisée, avec une population estimée à 295.163 habitants (en 2013) répartis dans seize quartiers dont celui de Shidika. Le quartier Shidika a été choisi pour sa particularité hétéroclite d'être à la fois l'un des quartiers au cœur des activités de la ville et hébergeant presque toutes les catégories de la population. Il est localisé au Nord-Ouest de la ville de Kabinda.

2.2. Type et population d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale menée sur une période de deux semaines du 18 au 31 Mai 2014. La population d'étude était celle des individus mineurs (moins de 18 ans selon la législation RD. Congolaise) âgés de 8 à 17 ans et habitant le quartier Shidika. Le choix de l'âge minimum de 8 ans tenait compte du fait qu'à cet âge l'enfant pouvait mieux s'exprimer. L'échantillon était aléatoire simple. En effet, l'absence d'information sur le nombre exact des individus âgés de 8 à 17 ans dans le quartier Shidika avait motivé ce choix de considérer l'échantillon qui pourrait se présenter à nous durant la période de notre enquête. Pour être éligible, les enfants et les parents (ou Tuteurs) devraient donner leurs accords après explications de la part des enquêteurs. Dans quelques rares foyers, en l'absence des parents ou tuteurs, les enquêteurs avaient obtenu l'autorisation des voisins (adultes) après consentement éclairé de l'enfant. Ces explications portaient sur le déroulement de l'interview et l'anonymat des résultats. Les enquêteurs étaient au nombre de cinq, n'habitant pas le quartier Shidika (pour éviter la peur éventuelle d'un adulte du quartier chez les enfants) et âgés de 25 à 35 ans. Ils avaient reçu une formation préalable pour le bon déroulement de cette étude. Les paramètres d'étude comprenaient l'âge, le sexe, le niveau d'études (instruction), la raison de fumer, l'âge de la première expérience de fumer et les éléments ou activités ayant motivés le choix de fumer le tabac.

2.3. Traitement et analyse statistique des données

Les données collectées chez les mineurs interrogés ont été saisies sur le logiciel Excel (Microsoft, USA, 2010) et exportés sur Epi-Info version 7.1 (Center for Disease Control, Atlanta, USA, 2011). Les calculs de la fréquence et moyenne ont été calculés. Les différences observées entre les variables étudiées étaient appréciées au moyen du p-value au seuil statistiquement significatif $\leq 0,05$.

2.4. Ethique

En l'absence d'une institution officielle de régulation et surveillance d'éthique de recherche en sciences médicales, l'accord des parents et des individus concernés par cette étude (mineurs) a été obtenu. L'anonymat et la confidentialité des données avaient été respectés.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques générales des enquêtés :

Le Tableau I rassemble les caractéristiques du mineur à risque de consommer le tabac en tenant compte de l'âge, du sexe et du niveau d'instruction. En effet, le profil du fumeur mineur à risque était essentiellement celui de l'individu âgé de plus de 12 ans, soit 13 à 17 ans, (n=302 ; 38,4%) avec une moyenne d'âge de $14,3 \pm 1,5$ ans, de sexe masculin (n=298 ; 37,8%), analphabète (n=91; 33,2%) ou de niveau d'études secondaires (n=177 ; 23,3%). La différence statistique observée parmi les mineurs fumeurs âgés de 13 à 17 ans et ceux de 8 à 12 ans 38,4% VS 0,3 était significative $p < 0,0001$. Le sexe masculin était significativement ($p < 0,0001$) associé au statut tabagique des mineurs fumeurs avec 37,8% VS 0,8 pour le sexe féminin.

Dans cette étude, niveau d'instruction a été significativement associé ($p < 0,000$) au risque de fumer : le fait d'être enfant analphabète (33,2%), de fréquenter l'école secondaire (23,3%) et primaire (7,6%) prédispose à être fumeur.

3.2. Prévalence du tabagisme et facteurs associés

Parmi les 2.062 mineurs interrogés pendant la période de notre enquête, 1.506 (73,0%) âgés de 8 à 17 ans ont été retenus pour notre enquête.

La prévalence du tabagisme parmi ces jeunes de huit à dix-sept ans était de 20,2%, soit 304 sur 1506. La grande majorité des mineurs concernés était âgée de 13 à 17 ans (n=786 sur 1.506 ; 52,3%). L'âge moyen était de $11,3 \pm 0,1$ ans avec des extrêmes allant de 8 à 17 ans. Les garçons ont été les plus représentés avec respectivement 53,4% (n=789 sur 1.506) et 46,6% pour les filles (n=717 sur 1.506). Le sex-ratio était de 1,1 en faveur du sexe masculin. Dans cette étude, 80,1% (n=1206) des mineurs interrogés étaient scolarisés et la plupart de ces mineurs avait déjà été soit à l'école primaire (n=471 ; 31,3%) soit à l'école secondaire (n=761 ; 50,5%). La proportion des analphabètes parmi ces enfants était de 274 sur 1.506(18,2%). (Tableau I)

3.3. Caractéristiques du tabagisme parmi les mineurs enquêtés

3.3.1. Age de début du tabagisme

Selon le Tableau II, l'âge moyen de début du tabagisme se situait à $14,1 \pm 1$ ans avec des extrêmes allant de 10 à 17 ans. La majorité des mineurs avait débuté de fumer à l'âge de 15 ans (n=82 ; 27,0%) suivi de ceux à 13 ans (n=72 ; 13,8%) et 14 ans (n=64 ; 21,1%).

3.3.2. Raisons ayant motivé les mineurs à fumer

Au regard de la Figure 1, les principales raisons ayant poussé les mineurs à fumer ont été citées par ordre décroissant : la grippe et/ou toux (n=235 ; 77,3%), le plaisir de fumer (n=192 ; 63,2%), la volonté d'éveiller son esprit (n=159 ; 52,3%) et la lutte contre le froid (n=72 ; 23,7%).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

	Total n (%)	Fumeurs n (%)		p
		Non	Oui	
Age (ans)				
8 – 12	720 (100)	718 (99,7)	2 (0,3)	
13 – 17	786 (100)	484 (61,6)	302 (38,4)	0,0000
Total	1506 (100)	1202 (79,8)	304 (20,2)	
Moyenne	11,3 ± 0,1	11,1 ± 0,2	14,3 ± 1,5	
Extrêmes	8 – 17	8 – 17	10 – 17	
Sexe				
Masculin	789 (100)	491 (62,2)	298 (37,8)	
Féminin	717 (100)	711 (99,2)	6 (0,8)	0,0000
Niveau d'instruction*				
Analphabète	274 (100)	183 (66,8)	91 (33,2)	
Primaire	471 (100)	435 (92,4)	36 (7,6)	0,0000
Secondaire	761 (100)	638 (76,7)	177 (23,3)	

* 1.206 actuellement scolarisés, soit 80,1%

Tableau II : Age de la première expérience du tabagisme

Age (ans)*	n	%
10	1	0,3
11	1	0,3
12	42	13,8
13	72	23,7
14	64	21,1
15	82	27,0
16	24	7,9
17	18	5,9
Total	304	100

*Age moyen 14,1 ± 1 ans

Facteurs ayant influencé le tabagisme chez les mineurs

Au cours de notre étude (Tableau III), il a été constaté que fréquenter un groupe d'amis fumeurs (46,5 % VS 4,5 p < 0,0001), avoir des parents fumeurs (27,5 % VS 14,0 p < 0,0001), vendre des cigarettes (42,5 % VS 13,3 p < 0,0001), être envoyé pour acheter des cigarettes (60,5 % VS 12,2 p < 0,0001), vivre dans une même parcelle avec des adultes fumeurs (24,0 % VS 17,6 p 0,003) et allumer la cigarette pour un adulte (27,3 % VS 18,5 p 0,001) avaient significativement influencé les mineurs pour fumer le tabac.

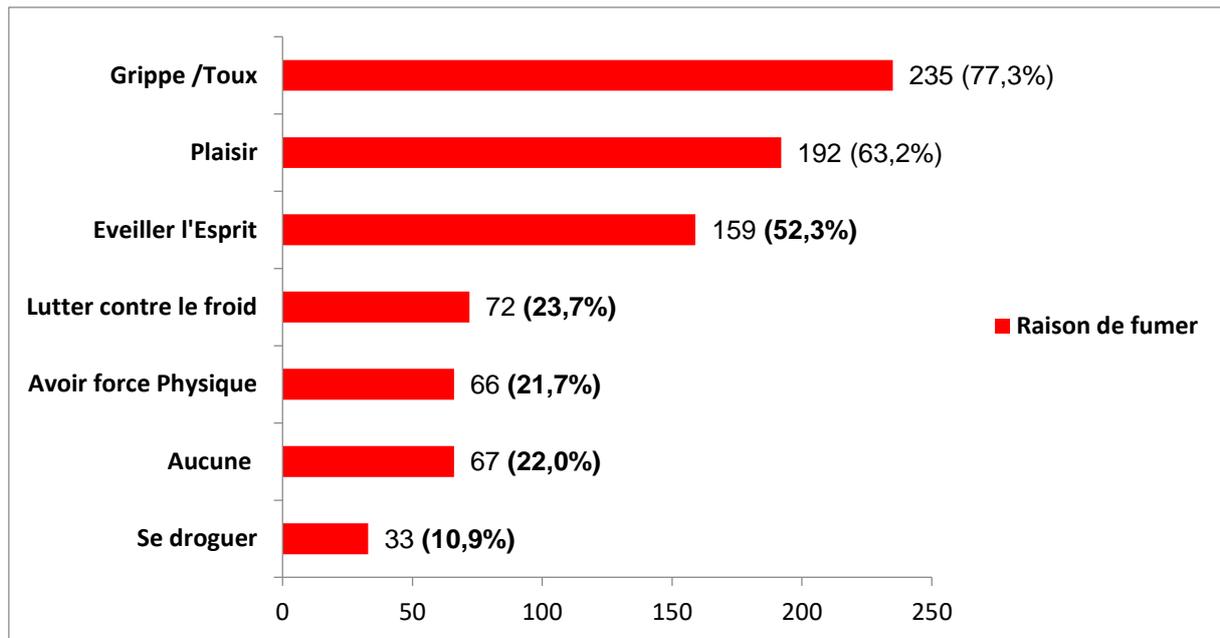


Figure 1 : Principales raison ayant motivé le tabagisme chez les enquêtés (n=304)

Tableau III : Facteurs ayant influencés les mineurs de fumer

Facteurs d'influence		Fumeurs			p
		Total n (%)	Non n (%)	Oui n (%)	
Parents fumeurs	Oui	691 (100)	501 (72,5)	190 (27,5)	0,000
	Non	815 (100)	701 (86,0)	114 (14,0)	
Avoir les groupes d'amis fumeurs	Oui	564 (100)	302 (53,5)	262 (46,5)	0,000
	Non	942 (100)	900 (95,5)	42 (4,5)	
Habitue d'être envoyé pour acheter la cigarette	Oui	248 (100)	98 (39,5)	150 (60,5)	0,000
	Non	1258 (100)	1104 (87,8)	154 (12,2)	
Habitue d'être envoyé pour allumer la cigarette	Oui	293 (100)	213 (72,7)	80 (27,3)	0,001
	Non	1213(100)	989 (81,5)	224 (18,5)	
Vendre la cigarette	Oui	355 (100)	204 (57,5)	151 (42,5)	0,000
	Non	1151 (100)	998 (86,7)	153 (13,3)	
Vivre avec les fumeurs dans la parcelle	Oui	617 (100)	469 (76,0)	148 (24,0)	0,003
	Non	889 (100)	733 (82,4)	156 (17,6)	

4. Discussion

L'usage du tabac dans le monde n'est pas récent. Il découle de la découverte du continent américain à la fin du XV^{ème} siècle par le navigateur Christoph Colomb [12][15]. Tout comme l'alcool, l'utilisation du tabac dans les différentes sociétés s'est frayé un chemin à travers toutes les classes socioéconomiques [12]. Dans la fumée du tabac on trouve plusieurs substances toxiques dont les effets se conjuguent [1] : Nicotine, Uréthane, Ammoniaque, Acide cyanhydrique, Toluène, Acétone,

Naphtylène, méthanol, Pyrène, Naphtalène, Cadmium, Monoxyde de carbone, Chlorure de vinyle, Arsenic, Polonium 210, DDT, etc.

La nocivité du tabac est connue depuis plusieurs années mais il semble que la volonté de lutter efficacement contre le tabagisme soit inférieure aux attentes. La majorité des décideurs politico-administratifs fait passer les intérêts économiques avant les intérêts sanitaires alors que les conséquences de la consommation du tabac peuvent par cycle over entrainer plus des ressources financières allouées à la santé. C'est-à-dire que les gains financiers générés suite aux taxes sur le tabac ne peuvent en rien couvrir les conséquences sanitaires qui découlent du tabagisme. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les caractéristiques associées au tabagisme des enfants de huit à dix-sept ans.

4.1. Fréquence du tabagisme et caractéristiques générales des enquêtés

Dans cette étude consacrée à la consommation du tabac par des mineurs âgés de 8 à 17 ans dans la ville de Kabinda en RDC, la prévalence du tabagisme était de 20,2%. Elle semble être très élevée pour constituer un grand problème de santé au regard des risques encourus par les jeune [5][6][15]. Mais les prévalences proches de la nôtre avaient été évoquées dans les différentes études GYTS en Afrique : Lubumbashi et Kinshasa en RDC avec respectivement 24,4% et 22,3% parmi les élèves [5] ; 22,9% en milieu scolaire de la République populaire du Congo [26]; et 22 à 23 % évoqués à Ouagadougou et Bobo Dioulasso au Burkina Faso [16].

Par contre, en milieu scolaire malien de Bamako chez des élèves âgés de 12 à 23 ans, 47,6% d'élèves avaient fumés au moins une fois de la cigarette et 14 % étaient des fumeurs réguliers dont 100 % des garçons [13].

Ces différents résultats des études africaines démontrent les risques encourus par les jeunes et la nécessité de renforcer les mesures anti-tabagiques en Afrique. Toutefois, il est important de noter qu'à la différence avec des études précitées [5][13][16][26], notre série d'étude présente certaines particularités : étude en milieu non scolaire et concerne uniquement des mineurs âgés de 8 à 17 ans. En effet, le fait de mener des telles études en milieu scolaire présenterait une faiblesse dans les conditions de faible fréquentation scolaire : ce que nous avons évité dans notre milieu où le taux n'alphabétisme reste assez élevé. Pour Bogui et al. [25] en milieu scolaire et étudiantin d'Abidjan (Côte d'Ivoire) de 8 à 22 ans, la prévalence du tabagisme était inférieure à 10 % et augmentait avec l'âge.

De même, les caractéristiques des enquêtés dans cette étude diffèrent de toutes les études que nous avons rencontrées sur le tabagisme. En effet, notre étude semble être la première qui, spécifiquement, cible les mineurs âgés de 8 à 17 ans. La grande majorité des enfants était âgée de 13 à 17 ans (52,3%) avec une moyenne de $11,3 \pm 0,1$ ans. Les garçons étaient les plus rencontrés par rapport aux filles (53,4% vs 46,6%). La plupart des mineurs étudiés était scolarisés (80,1%) et dans 18,2% des cas les mineurs étaient analphabètes. Il est nécessaire de multiplier les études sur le tabagisme en milieu congolais pour avoir une prévalence nationale. Nous pensons que la prévalence des fumeurs parmi les enfants est en relation étroite avec celle de l'adulte et du niveau de modernité.

4.2. Caractéristiques du tabagisme parmi les mineurs enquêtés

4.2.1. Profil sociodémographique : Age, sexe, niveau d'instruction et tabagisme :

Dans cette étude, l'âge de 13 à 17 ans (p 0,000), le sexe masculin (p 0,000) et le fait d'être analphabète ou de niveau d'études secondaires (p 0,000) ont été associés au risque de fumer le tabac parmi les mineurs. La comparaison de nos résultats avec certaines études [5][13][26] pose problème en ce point du fait des abords méthodologiques différents. Toutefois, nombreux travaux scientifiques reconnaissent le risque encouru par le garçon par rapport aux filles [5][23][28][29], même s'il existe un phénomène de féminisation du tabagisme [24][30][31].

Dans notre milieu, l'exposition plus importante des garçons peut s'expliquer par le degré important de liberté dont ils jouissent comparativement aux filles. Ces dernières sont souvent à côté de leurs mères pour les assister dans les travaux ménagers [18]. L'analphabétisme constitue un frein à certaines informations qu'on obtiendrait aisément à l'école. Dans cette étude, les mineurs analphabètes ont été les plus grands fumeurs par rapport à ceux qui fréquentaient l'école [32]. Il est donc nécessaire de renforcer l'accès de tous les jeunes aux études. Koueta et al. [18] à Ouagadougou avait évoqué en outre les conditions économiques aisées comme facteur favorisant le tabagisme. Cet aspect n'avait pas été abordé dans notre étude.

Age de début du tabagisme :

L'influence des industries du tabac parmi les jeunes est de plus en plus grande et l'âge de première expérience de consommation du tabac est devenu de plus en plus précoce [3][5][18]. Dans cette étude chez les mineurs de 8 à 17 ans, l'âge de début de consommation du tabac se situait à $14,1 \pm 1$ ans avec des extrêmes de 10 à 17 ans. La majorité des mineurs avaient commencé à fumer à 15 ans (27%) puis viennent ceux de 13 ans, 14 ans, 12 ans, 16 ans et 17 ans (Tableau II). Cette étude révèle qu'il a été rare de fumer avant 12 ans et que la tranche de 12 à 16 ans reste plus exposée au grand risque de consommation de tabac. La moyenne d'âge d'initiation à la consommation du tabac dans cette d'étude est proche des résultats rencontrés en Afrique [18][20][25] et en France [30][31]. Dans les études GYTS au Burkina Faso [16] et en RDC [5], l'âge de la première expérience de consommation de tabac a été inférieur au notre et se situait autour de sept ans. Ces différents résultats témoignent de la nécessité d'instaurer précocement les mesures préventives adéquates contre le tabagisme, en faveur des enfants.

Raisons évoquées pour justifier la consommation du tabac parmi les mineurs :

Les principales raisons qui poussent les mineurs à fumer ont été appréciées par plusieurs auteurs et semblent être les mêmes avec des petites variations compte tenu de la méthodologie d'étude employée [3][13][21][25]. Par ordre décroissant, les jeunes de Kabinda évoquaient la grippe et/ou toux, le plaisir de fumer, la volonté d'éveiller son esprit, la lutte contre le froid, la possibilité d'avoir la force physique et la volonté délibérée de se droguer sans aucune raison. Comme on pourrait le constater, ces résultats témoignent de l'absence d'informations de qualité sur le tabac et ses risques parmi les enfants. Les efforts devaient être fournis dans l'encadrement de la jeunesse pour mettre à sa disposition des informations fiables et de qualité pouvant l'aider à surmonter toute tentative de vouloir fumer suite notamment aux fausses raisons ou informations.

4.2.2. Facteurs ayant influencé le tabagisme chez les mineurs :

Les expériences de la vie quotidienne et les besoins personnels façonnent les intentions et les actions de toute personne [12]. Il en est de même pour les jeunes. Dans cette étude, les mineurs avaient évoqué plusieurs facteurs qui les auraient influencés à consommer du tabac. Il s'agissait par ordre décroissant de la fréquentation des groupes d'amis fumeurs, le fait d'avoir des parents fumeurs, l'habitude de vendre le tabac, l'habitude d'envoyer les jeunes acheter de la cigarette, le fait de vivre avec des voisins fumeurs et l'habitude d'envoyer les jeunes allumer la cigarette. Ces différents arguments avaient été également évoqués par plusieurs auteurs dans la littérature [3][33][34]. Il s'avère donc que l'environnement incitatif est à la base de la consommation de tabac chez les mineurs. On dit souvent que " les enfants aiment souvent copier ce que font les adultes".

A ces facteurs décrits dans cette étude, Anderson [12] ajoute la connaissance d'au moins une marque de cigarette et la conviction positive face au tabac. Sangho et al. [13] au Mali avait évoqué également le fait d'avoir un enseignant fumeur.

Comme nous pouvons le constater dans notre milieu, aucun mineur n'avait évoqué le rôle des médias, comme souligné dans certaines études [3][18][35]. En effet, la place des médias audiovisuels dans la mobilisation des masses et en particulier des jeunes enfants reste incontournable. Mais dans notre milieu, ce pouvoir est amoindri par l'émission discontinue des chaînes de radiodiffusion et le faible intérêt accordé à ces chaînes locales par les jeunes. La télévision dépend quasiment des chaînes qui émettent sur satellite, ce que plusieurs familles ne peuvent pas se permettre. Il reste par ailleurs la part non négligeable des films vidéo (où des personnes fument) dans les salles de cinémas projetés à la sauvette sans aucune réglementation. Dans notre étude, cette source n'avait pas été prioritairement évoquée par les mineurs concernés.

Au regard des résultats de cette étude, il s'avère important de lutter contre les facteurs modifiables évoqués par les mineurs. L'élaboration et la mise en œuvre de programmes préventifs nécessite la prise en considération des différentes influences qui incitent les jeunes à fumer [3][5][33][36]. L'absence d'une législation ferme et spécifique aux jeunes et le non-respect des textes légaux en rapport avec la production, la distribution, la commercialisation et la consommation des cigarettes et d'autres produits de tabac en RDC jouerait un rôle de premier plan dans la prévalence élevée des jeunes fumeurs, comme le souligne les différentes études [3][5][26].

Les autorités politico-administratives et sanitaires devraient de façon visible faire de la lutte contre le tabac une priorité nationale en renforçant et en faisant respecter les législations nationales (*tel que l'arrêté Ministériel n° 008/CAB. /MIN. INFO. PRES. & COM. NAT. /2007 du 09 Juillet 2007 fixant les critères d'appréciation de la publicité sur le tabac et les boissons alcoolisées, notamment le point 7-C3 de l'article 7 sur la dégustation interdite aux moins de 18 ans*) [37] et la convention cadre antitabac de l'OMS [6] que la RDC avait ratifiée le 25 Octobre 2005 [5]. Comme on peut le constater, la RDC souffre souvent de problèmes liés aux applications des textes légaux : dans tout le pays en général et la ville de Kabinda en particulier, on peut acheter les produits du tabac n'importe où, n'importe quand et chez n'importe qui.

En RDC, la mobilisation contre le tabac reste faible. Les études sur le tabagisme sont très rares et souvent tributaires des financements externes alors qu'il existe tout un programme national (PNLCT) qui devrait être conséquemment soutenu, en premier lieu par les fonds de la République. La lutte contre le tabagisme dans la population générale et les jeunes en particulier nécessite plusieurs études en rapport avec la production exacte et la vente d'une part et d'autre part les enquêtes dans la population.

Les mesures suivantes diminuent sensiblement l'influence des industries de tabac et du tabagisme : les hausses régulières des prix du tabac, les campagnes de masses (carnavals) et audiovisuelles (chaines de télévision et de radio) en défaveur de la consommation des produits du tabac, les conférences sur les méfaits du tabac, l'interdiction de fumer en public, le renforcement de la législation antitabac et l'appui du personnel de santé dans le sevrage tabagique [18][21][22][38][39].

A Kabinda, le prix d'un paquet de cigarette varie selon les marques de 0,4 à 0,5 dollars américains (USD) et la vente s'effectue même en détails par tiges de cigarette (1 cigarette à moins de 0,08 USD). Ce prix bas est favorable à l'achat par des mineurs.

La formation du personnel de santé en matière de sevrage tabagique est donc nécessaire du faite que plusieurs fumeurs souhaitent souvent d'arrêter de fumer mais n'y arrivent pas [27][40] par méconnaissance des techniques de sevrage efficaces. La formation des médecins généralistes dans l'accompagnement efficace des fumeurs pendant le sevrage avait donné de bons résultats en France [38]. Le recours aux cigarettes électroniques (E-cigarettes) ne peut pas être une alternative puisque même dans les pays où son usage est autorisé (Europe, Amérique, etc.) il existe un danger pour les jeunes [41].

Dans le contexte de cette étude, une équipe de pédopsychiatre, psychologue, pédiatre et sociologue semble être nécessaire pour la prise en charge des problèmes liés au tabagisme de l'enfant. Mais malheureusement, il est rare de voir ces initiatives dans nos pays africains.

Limites de cette étude :

L'absence de financement et les âges choisis pour cette étude n'avaient pas permis d'avoir certaines informations recherchées. Ainsi donc, les informations telles que la connaissance des lois sur le tabac, le nombre des cigarettes consommées par jour, le jugement de la nocivité du tabac, la publicité sur le tabac, etc. n'ont pas été abordés dans cette étude. De même, il aurait été préférable d'étendre ce travail à la ville entière de Kabinda et corrélérer la prévalence des fumeurs au nombre des paquets ou cartons de cigarettes vendus par les représentations des sociétés tabaciques. Nous laissons ces champs d'investigations aux études ultérieures. Néanmoins, les informations fournies par cette étude restent très pertinentes pour toute personne qui s'intéresse à la tabacologie et la santé des adolescents.

Nous osons croire qu'elles permettront : d'orienter le programme de lutte anti-toxicomanique et les études ultérieures sur le tabagisme dans notre milieu ; et sensibiliser la communauté mondiale sur le danger du tabac dans un futur proche et la nécessité d'entreprendre les études approfondies sur le tabagisme de l'enfant par la communauté scientifique.

Conclusion

La consommation du tabac figure parmi les causes évitables de morbidité et mortalité dans le monde. A Kabinda, la consommation du tabac parmi les mineurs (20,2%) est une véritable épidémie entretenue par l'environnement incitatif, l'absence d'une manifeste et ferme volonté politico-administrative de décourager la constante évolution de la consommation du tabac par le respect des textes règlementaires existants, la faiblesse de la législation spécifique antitabac et le non encadrement efficace de la jeunesse.

L'âge de 13 à 17 ans, le sexe masculin et le fait d'être analphabète ou du niveau d'études secondaires ont été associés au risque de fumer le tabac.

Pour lutter efficacement contre la progression du dynamisme de la consommation du tabac constaté dans cette étude et dans le monde, nous recommandons les mesures suivantes en lien avec nos conditions socio-culturelles : renforcer l'instruction des mineurs, créer une commission de lutte contre le tabagisme dans le milieu des jeunes, enrichir et faire respecter la législation antitabac, renforcer les campagnes de sensibilisation du public aux effets nocifs du tabagisme actif et passif, financer le programme national de lutte contre les toxicomanies et les substances toxiques pour le rendre plus visible (PNLCT), interdire de fumer en public, former le personnel de santé dans les techniques de sevrage tabagique, financer les études sur le tabagisme, inclure et enseigner les effets nocifs du tabac dès la première année d'études primaires, créer les groupes de jeunes pour la réflexion, le soutien psychoaffectif et la lutte antitabac, augmenter les taxes sur le tabac.

Il sied toutefois de noter que ces mesures ne peuvent pas être exécutées sans la volonté politique. Celle-ci peut s'appuyer sur les méfaits du tabac reconnu par la communauté scientifique et les industries de tabac eux-mêmes.

Conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec cette étude. Les contributions financières personnelles des auteurs, de la conception jusqu'à la publication, avaient aidé à réaliser ce travail.

Références

1. **Ndibe F.** Evaluation du niveau de connaissance sur les dangers liés au tabagisme chez les jeunes (cas des jeunes fumeurs de 17 à 30 ans de la commune de Tshopo en RDC). Mémoire de Licence en santé publique, Université de Kisangani. 2012; 42 p. [in www.memoireonline.com/12/12/6554, consulté le 22 /05/2017]
2. **Benowitz NL, Jacob P-III, Savanapridi C.** Determinants of nicotine intake while chewing nicotine polyacrilex gum. Clin Pharmacol Ther. 1987; 41(4): 467- 473
3. **Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Ouoba DE, Sawadogo JP.** Situation actuelle du tabagisme au Burkina Faso: données globales sur l'offre et enquête CAPC auprès des jeunes de la ville de Ouagadougou. Cahiers d'études et de recherches francophones /Santé. 2000 ; 10 (3) : 177-181
4. **Flaudias V, Picot MC, Lopez-Castroman J, Llorca P-M, Schmitt A, Perriot J, et al.** Executive Functions in Tobacco Dependence: Importance of Inhibitory Capacities. PLoS ONE. 2016; 11 (3): e0150940
5. **Programme national de lutte contre les toxicomanies et les substances toxiques (PNLCT) / RDC.** Le tabagisme en milieu scolaire en République Démocratique du Congo : Rapport de l'enquête globale GYTS sur le tabagisme chez les jeunes. 2008 : 1-9 In [www.who.int/fctc/reporting/Annex2/GYTS_report_2008.pdf et www.doctplayer.fr/52383019-Le-tabagisme-en-milieu-scolaire-en-republique-democratique-du-congo-html consulté 21 Avril 2017]
6. **Organisation Mondiale de la santé.** Convention - Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. OMS LC/NLM-HD 9130.6. 2005, 37 p.

7. **Guilbert P, Gautier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin J-L, Leon C, et al.** Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005. BEH. 2005 21-22 : 97-98
8. **Hill C.** Epidémiologie du tabagisme. Rev Prat. 2012; 62 (3): 325-329
9. **Dautzenberg B, Dureuil B, Trosini-Desert V, Jacques Masquelet A.** Le défi de la prise en charge du tabagisme péri-opératoire. BEH. 2006 ; 21-22 : 142-145
10. **Xu Y, Xu S, Wu Q, Guo Y.** Tobacco Knowledge among Adults in Zhejiang Province, China. PLoS ONE. 2013; 8 (3): e59172
11. **Elmasry S, Asfour S, De RiveroVaccari JP, TravascioF.** Effects of Tobacco Smoking on the Degeneration of the Intervertebral Disc: A Finite Element Study. PLoS ONE. 2015; 10 (8): e0136137
12. **Anderson K.** Les jeunes, l'alcool, la drogue et le tabac. Publications OMS-Europe, LCHV 5135. 1997 ; 66 : 22 p.
13. **Sangho H, Keita Sidibe A, Kodio A, TayebMint M, Keita Dembele H, Cissé Oumar M, et al.** Tabagisme en milieu scolaire dans une commune de Bamako au Mali. Mali Med 2004 ; 29 (1): 36-39
14. **Gaete J, Ortuzan C, Zitko P, Montgomery A, Araya R.** Influence of school-related factors on smoking among Chilean adolescents: A cross-sectional multilevel study. BMC Pediatrics. 2016 ; 16 (1): 79 <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0612-z>
15. **OMS.** Tabagisme. Aide-mémoire. 2016 ; n° 339, in [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339. Consulté 14/02/2017]
16. **Association Burkinabe de santé publique (ABSP).** Enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso au Burkina Faso : Rapport global sur l'enquête GYTS 2001. 2003 ; 24 p In [www.who.int/tobacco/surveillance/Burkina%20Faso%20Report%20final%20GYTS%202003.pdf consulté le 02 Juin 2017]
17. **Ezzati M, Lopez AD.** Estimates of global mortality attributable to smoking. Lancet 2003; 362 (9387): 847-852
18. **Koueta F, Dao L, Ye D, Koura M, Sawadogo A.** Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). Rev Mal Respir. 2009 ; 26 (3): 291-297
19. **Wang F, Zheng P, Yang D, Freeman B, Fu H, ChapmanS.** Chinese Tobacco Industry Promotional Activity on the MicroblogWeibo. PLoS ONE 2014; 9 (6): e99336
20. **Savell E, Gilmore AB, FooksG.** How Does the Tobacco Industry Attempt to Influence Marketing Regulations? A Systematic Review. PLoS ONE. 2014; 9 (2): e87389
21. **Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME.** Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. Tob Control. 2011; 20 (3): 235-238
22. **Beck F, Legleye S, SpilkaS.** Baisse du tabagisme parmi les adolescents : principaux résultats de l'enquête Escapad, France 2003. BEH. 2005 ; 21-22 : 99-102
23. **Brathwaite R, Addo J, Smeeth L, Lock K.** A Systematic Review of Tobacco Smoking Prevalence and Description of Tobacco Control Strategies in Sub-Saharan African Countries: 2007 to 2014. PLoS ONE. 2015; 10 (7): e0132401
24. **Hill C, Laplanche A.** Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003. BEH. 2005; 21-22 : 94-97
25. **Bogui P, Yesso M, Tuo N, Ouattara S, Da HC, Kouame N.** Tabagisme des élèves et étudiants âgés de 8 à 22 ans à Abidjan en 2002. Rev Mal Respir. 2004 ; 21 (14): 693-703

26. **Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille/Congo.** Rapport de l'enquête globale sur le tabagisme chez les jeunes de 13 à 15 ans en milieu scolaire, République du Congo. 2007 ; 57 p.
In [www.who.int/fctc/reporting/congo_report.pdf et www.doctplayer.fr/39150845-Rapport-de-lenquete-globale-sur-le-tabagisme-chez-les-jeunes-de-13-a-15-ans-en-milieu-scolaire.html consulté 21 Avril 2017]
27. **Mckay AJ, Patel RKK, Majeed A.** Strategies for Tobacco Control in India: A Systematic Review. PLoS ONE. 2015; 10 (4): e0122610
28. **Rakotomizao J, Rakotoarimanana S, Andriamihajas S, Andrianarisoa A.** Place du tabagisme de l'entourage dans le tabagisme scolaire. Rev Mal Respir. 2004; 21 (1): 85-88
29. **Kouassi BA, Horo K, Nigue L, Kassi O, Ahui BJM, Koffi N, et al.** Tabagisme en milieu scolaire dans la commune de Coccody à Abidjan. Rev Pneumol clin. 2007 ; 63 (1): 35-39
30. **Martinet Y.** Le défi du tabagisme des adolescentes. Rev Mal Respir 2002 ; 19 (3): 285-287
31. **Saadjian M, Gouitaa M, Lanteaume A, Ramadour M, Vervolet D, Charpin D.** Facteurs associés au tabagisme en classe de sixième. Rev Mal Respir. 2002 ; 19 (4): 431- 434
32. **Gaete J, Araya R.** Individual and contextual factors associated with tobacco, alcohol, and cannabis use among Chilean adolescents: A multilevel study. J. Adolesc 2017; 56: 166-178 In [<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.02.011>]
33. **Strong DR, Messer K, Hartman SJ, Nodora J, Vera L, White MM.** Pre-adolescent receptivity to tobacco marketing and its relationship to acquiring friends who smoke and cigarette smoking initiation. Ann Behav Med. 2017; 51 (5): 730-740
34. **Sondo B, Testa J, Soura Y.** Tabagisme des élèves des établissements secondaires du Burkina Faso. Rev Mal Respir. 1996 ; 13: 493-497
35. **Achia TNO.** Tobacco Use and Mass Media Utilization in Sub-Saharan Africa. PLoS ONE. 2015; 10 (2): e0117219
36. **Diallo S, Tchuindem S, M'baye O, Sissoko B, Kayantao D, Dao S.** Le tabagisme chez les Lycéens dans le district de Bamako (Mali). Mali Med. 2004 ; 19 (3-4): 32-34
37. **RDC/Arrêté Ministériel n° 008/CAB. /MIN. INFO. PRES. & COM. NAT. /2007** du 09 Juillet 2007 fixant les critères d'appréciation de la publicité sur le tabac et les boissons alcoolisées In [www.leganet.cd/legislation/Droit%20economique/reglementationsproduits/AM.O consulté le 21 Mai 2017]
38. **Stoebner-Delbarre A, Letourmy F, Sancho-Garnier H.** Rôles et actions efficaces des médecins généralistes dans le sevrage tabagique. BEH. 2005 ; 21-22: 103-105
39. **R.M. John, H.Y. Sung, W . Max.** Economic Cost of Tobacco Use in India, 2004. Tob Control. 2009; 18 (2): 138–143
40. **Sargent JD, Mott LA, Stevens M.** Predictors of smoking cessation in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998; 152 (4): 388-393
41. **B. Dautzenberg, P. Birkui, M. Noël, J. Dorsett, M. Osman, M.D. Dautzenberg.** E-Cigarette: A New Tobacco Product for Schoolchildren in Paris. Open Journal of Respiratory Diseases. 2013; 3: 21-24 <http://dx.doi.org/10.4236/ojrd.2013.31004>

Pour citer cet article : KIMPITU KP, KABEMBA BH. NDJIBU MWPU J. *Prévalence et caractéristiques du tabagisme parmi les enfants de moins de dix-huit ans à Kabinda, RD. Congo. Tanganyika Journal of Science* 2021, 1 (2) : 12 - 24