



**Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires
en Sciences de la Santé et de l'Éducation
(IFRISSSE)**

Autorisation N°2015-001793/MESS/SG/DGESR/DIESPr
09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso
www.ifris-bf.org

Tel: (+226) 25 40 75 41

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

=====

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

FACTEURS DÉTERMINANT LE TABAGISME AU BURKINA FASO

Présenté par

Zéyé Abdramane MILLOGO

En vue de l'obtention du diplôme de Master 2 en Sciences infirmières :
Pédagogie et Management de la qualité et de la sécurité des soins

Directeur de mémoire

Dr Mohamed Ould Sidi Mohamed

MPH International Health

OCTOBRE 2017

TABLES DES MATIERES

IN MEMORIAM.....	III
DEDICACES	IV
REMERCIEMENTS	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
RESUME DU MEMOIRE	X
ABTRACT	XI
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE.....	4
1.1 Problématique	4
1.2 Conceptualisation de l'étude.....	9
CHAPITRE II:PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE	2
2.1 Données géographiques et organisation administrative.....	29
2.2 Données démographiques	29
2.3 Données économiques	29
2.4 Situation sanitaire.....	30
CHAPITRE III: METHODOLOGIE	32
3.1 Type d'étude	33
3.2 Source de données.....	33
3.3 Population d'étude	33
3.4 Méthodes d'échantillonnage	33
3.5 Variables utilisées dans l'étude.....	33
3.6 Evaluation de la qualité des données	35
3.7 Techniques et outils/instruments de collecte de données	36
3.8 Déroulement de la collecte de données.....	36
3.9 Traitement et méthodes d'analyse	36
3.10 Difficultés rencontrées	37
3.11 Considérations déontologiques/éthiques.....	37
CHAPITRE IV: PRESENTATION DES RESULTATS.....	33
4.1 Résultats de l'analyse descriptive (bi variée) du tabagisme chez les hommes et femmes	39
4.2 Résultats de l'analyse multi variée du tabagisme chez les hommes.....	39
4.3 Résultats de l'analyse multi variée du tabagisme chez les femmes.....	41
CHAPITRE V: DISCUSSION DES RESULTATS	39
5.1 Limite de l'étude	51
5.2 Discussion par point.....	51
5.3 Synthèse des résultats	59
5.4 Vérification des hypothèses	60
CHAPITRE VI: RECOMMANDATIONS.....	51
6.1 A la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) en charge de la lutte contre le tabac	63
6.2 Aux ONG/OSC/associations.....	63
6.3 Aux Partenaires Techniques et Financiers	63
CONCLUSION	63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	66
ANNEXES.....	i

IN MEMORIAM

Au terme de cette étude je dédie ce travail à :

▪ **Ma mère, Dokalo MILLOGO** ; prématurément arrachée à notre affection. Tu m'as appris à être patient et persévérant dans toutes les entreprises. Ce travail est pour honorer ta mémoire. Puisse ton âme reposer en paix maman !

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- **A mon père, MILLOGO Konon** : pour l'éducation, les nombreux conseils, le soutien inestimable et pour les incessantes bénédictions. Puisse Dieu, te permettre de rester encore longtemps à tes côtés.
- **A ma chère épouse MILLOGO/PALE Ohô Yasmine** : pour m'avoir soutenue à toutes les étapes de ma formation. Merci pour ton aide, ta patience, ton amour et ta présence quotidienne à mes côtés.
- **A mes enfants ; Aicha Sakhina, et Awonnadja Nouriah** : que cette œuvre vous console et susciter en vous l'amour du travail bien fait et l'excellence dans toutes vos entreprises futures. Je vous exhorte à faire mieux que moi.
- **A tous mes parents** : Pour votre amour et votre accompagnement plein d'attention et de respect tout au long de ces études exigeantes.

REMERCIEMENTS

Nos sincèrement remerciements vont :

- **A notre directeur de mémoire Dr Mohamed Ould Sidi Mohamed**, qui nous a fait l'honneur de diriger ce mémoire. Nous vous remercions pour l'aide précieuse que vous m'aviez apporté, pour votre disponibilité, patience, votre gentillesse et surtout pour la confiance que vous m'aviez accordé.
- **A Monsieur le Directeur de l'IFRIS et personnels** pour votre soutien
- **A tous les enseignants de l'IFRIS**, merci pour la qualité des enseignements que vous nous avez dispensés.
- **Aux étudiants de la promotion 2015-2017** pour la collaboration et l'esprit d'équipe. Nous souhaitons à tous et à toute une belle carrière.
- **Aux ami(es) et compagnons ainsi que tous ceux ou toutes celles** qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail. Merci sincèrement du fond du cœur !

LISTE DES TABLEAUX

TITRES	N° PAGES
Tableau I : présentation des appareils, systèmes et organes et des effets du tabac sur la santé...	12
Tableau II: Conséquences de l'exposition indirecte à la fumée chez le fumeur passif (6).....	13
Tableau III : Taux de non réponse des variables de l'étude chez les hommes	35
Tableau IV: Taux de non réponse des variables de l'étude chez les femmes	35
Tableau V: Prévalence de la consommation du tabac chez les hommes et chez les femmes au Burkina Faso	39
Tableau VI : consommation du tabac chez les hommes et chez les femmes selon le niveau d'instruction.....	39
Tableau VII : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon l'Age.	39
Tableau VIII :: consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon la Région de résidence.....	40
Tableau IX : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon le Milieu de résidence.....	41
Tableau X : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon l'Exposition aux Médias.....	41
Tableau XI : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon l'occupation.	42
Tableau XII : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon le niveau de vie du ménage	43
Tableau XIII : Odd Ratio des effets bruts et nets des variables indépendantes sur le tabagisme chez les hommes au Burkina.....	39
Tableau XIV : Odd Ratio des effets bruts et nets des variables indépendantes sur le tabagisme chez les femmes au Burkina.....	41

LISTE DES FIGURES

TITRES

N° PAGES

Figure 1:Schema du cadre conceptuel..... 27

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CCLAT	: Convention Cadre de l’OMS pour la Lutte Anti-Tabac
Co2	: Dioxyde de Carbone
EDSBF-MICS	: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso
EDS/BF-IV	: Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso IVème Edition
F CFA	: Franc de la Communauté Francophone d’Afrique
GYTS	: Global Youth Tobacco Survey
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
IDT :	: Industrie du tabac
LNSP	: Laboratoire Nation de Santé Publique
MTN	: Maladie Non Transmissible
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMS :	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l’Habitat
SIDA	: Syndrome de l’Immunodéficience Acquise
UA	: Union Africaine
UO2	: Université Ouagadougou n°2
VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humaine

LISTE DES ANNEXES

<u>TITRES</u>	<u>N°PAGES</u>
Annexe 1 : Répartition des variables indépendantes de l'étude selon leurs modalités	i
Annexe 2 : Synthèse des résultats de l'analyse descriptive du tabagisme	ii
Annexe 3 : Analyse multivariée hommes.....	iv
Annexe 4 :Analyse multivariée femmes.....	v
Annexe 5 : Tableaux illustrant la significativité de Khi-deux de l'Analyse bi variée.....	vi
Annexe 6 : Etat de législation de lutte contre le tabac au Burkina Faso	vii

RESUME DU MEMOIRE

L'importance de la lutte contre le tabagisme n'est plus à démontrer. En effet, selon le dernier ATLAS 2015, le tabac tue 4100 Burkinabès par an. Cette tendance peut être renversée de manière considérable si les politiques de lutte contre le tabagisme prennent en compte les déterminants du tabagisme. C'est cette préoccupation qui nous a motivé à entreprendre une étude transversale à visée descriptive et explicative sur les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina Faso.

La question de recherche était intitulée: « Quels sont les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina-Faso ?» En termes d'hypothèse générale, nous avons incriminé les facteurs sociodémographiques, environnementaux et socioéconomiques et nous avons formulé quatorze (14) hypothèses spécifiques qui correspondent aux réponses provisoires apportées aux problèmes soulevés.

L'étude a eu pour objectif général de mettre en évidence les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina-Faso dans le but de fournir aux pouvoirs publics des éléments qui leur permettront de rendre plus efficaces les politiques et programmes de lutte anti-tabac.

La méthodologie a consisté en l'appropriation et en l'exploitation de la base des données de l'EDS/BF-IV-2010. L'analyse des dites données a été faite dans le but d'expliquer le type de corrélation qui existe entre les variables à travers l'analyse bi variée et multi variée, utilisant le logiciel SPSS version 20.

Nous avons trouvé que le niveau d'instruction, l'âge, le milieu de résidence, l'occupation et le niveau de vie du ménage étaient des déterminants associés au tabagisme. Le milieu de résidence était particulièrement associé au tabagisme chez les femmes contrairement chez les hommes L'exposition aux médias n'était pas associée au tabagisme chez les deux sexes.

Au regard de ces résultats, des recommandations (confère chapitre recommandation) ont été formulées à l'intention des différents acteurs. Nous sommes pensons que la mise en œuvre de ces recommandations contribuera à l'amélioration de la lutte contre le tabagisme au Burkina Faso.

Mots clés

Tabagisme, hommes, femmes, influence, facteurs sociodémographiques, environnementaux et socioéconomiques, Burkina Faso.

ABSTRACT

The importance of tobacco control is clear. Indeed, according to the latest ATLAS 2015, tobacco kills 4100 Burkinabes per year. This trend can be reversed considerably if tobacco control policies take into account the real determinants of smoking. It is this concern that motivated us to undertake a cross-sectional study with descriptive and explanatory purpose on the factors determining smoking in Burkina Faso.

Our research question was entitled "What are the determinants of smoking in Burkina Faso?" In terms of the general hypothesis, we have implicated socio-demographic, environmental and socio-economic factors and formulated fourteen (14) specific hypotheses that correspond to the interim replies to the problems raised.

The general objective of our study was to highlight the factors that determine smoking in Burkina Faso, with the aim of providing governments with the tools they need to make tobacco control policies and programs more effective.

Our methodology consisted in the appropriation and exploitation of the data base of DHS / BF-IV-2010. We analyzed these data in order to explain the type of correlation that exists between our variables through the bi-varied and multi-varied analysis using SPSS software version 20.

We found that educational attainment, age, place of residence, occupation and household living standard were determinants associated with smoking. Residential environment was particularly associated with smoking among women unlike men. Exposure to the media was not associated with smoking in both sexes.

In the light of these results, recommendations were made for the various actors. We are confident that the implementation of these recommendations will contribute to the improvement of tobacco control in Burkina Faso.

Keywords

Tobacco use, men, women, influence, socio-demographic, environmental and socio-economic factors, Burkina Faso

INTRODUCTION

Dans le monde, le tabagisme demeure une menace. Il entraîne des souffrances, la maladie et la mort. Cette épidémie appauvrit les familles et affaiblit les économies nationales. Il constitue également un grave problème de santé publique mondial, en ce sens que c'est un produit toxique qui tue quasiment la moitié de ses consommateurs et un grand nombre de non-fumeurs exposés à la fumée. Son expansion semble exponentielle, et se renouvelle à chaque génération. La grande dépendance que crée le tabac auprès de ses consommateurs, rend son abandon difficile(1). C'est le seul produit légalement en vente qui entraîne la mort (ibid. 1). En effet, on sait parfaitement que 50% des fumeurs réguliers d'aujourd'hui finiront par mourir du tabagisme (ibid. 1). Parmi eux la moitié mourront en pleine productivité, perdant jusqu'à 20 à 25 ans années de leur vie(ibid. 1)

En Afrique, les années à venir, le nombre de cancers du poumon pourrait tripler et suivre la même courbe qu'en Europe (ibid. 1). Après le Maghreb, les gros industriels du tabac, pénètrent progressivement l'Afrique subsaharienne, un marché de 85 millions de consommateurs avec environ 40 millions des jeunes de moins de 20 ans (ibid. 1).

Le Burkina-Faso, pays à ressources limitées, est touché par l'épidémie du tabagisme tout comme les autres pays en développement. Les données épidémiologiques disponibles montrent que ce sont les couches jeunes de la population qui sont les plus affectées (2)

En réponse à cette pandémie, l'OMS a élaboré et mis en place la Convention cadre pour la lutte ant-tabac (CCLAT). Un traité comprenant une série de mesures législatives et réglementaires de contrôle du tabac pour lutter contre ce fléau. Elle inclut une surveillance de l'épidémie et de l'industrie de tabac, également une prise en charge des consommateurs. On note cependant que seul un pays sur quatre, surveille la consommation de tabac chez les jeunes et les adultes à travers des enquêtes menées tous les cinq ans (1). Les États africains, on doit le reconnaître, sont toujours signataires des conventions internationales (28 pays sur 40 ont ratifié la CCLAT en 2005) (ibid. 1). Mais l'Afrique détient un record de conditions irrésistibles : législation souvent permissive, gouvernants impuissants ou complices, une société civile moins organisée, une population moins informée et surtout une base pyramidale débordant de jeunesse(ibid. 1).

Malheureusement, sur le terrain, en matière de lutte contre le tabagisme, de nombreux états africains, s'en remettent aux organismes internationaux, et aux associations. Souvent ils se contentent, encore aujourd'hui, de quelques actions timides organisées au cours de la journée mondiale contre le tabac. Alors que seuls les états sont en mesure de renverser formellement les tendances des politiques de lutte antitabac.

Malgré une importante mobilisation financière, humaine, en temps et en séries de mesures en vue d'endiguer l'épidémie, le tabagisme est toujours présent dans nos vies et nos

viles. Sa consommation reste légale dans tous les pays du monde, excepté dans le Bhoutan (Asie du Sud).

Au Burkina Faso, pour préserver les générations présentes et futures contre les méfaits du tabagisme, le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires, a entrepris l'élaboration d'un plan stratégique de lutte antitabac couvrant la période 2009-2013 qui définit le cadre d'une action multisectorielle et pluridisciplinaire concertée. En dépit de sa mise opérationnelle de ce plan et d'autres actions le tabagisme demeure un problème de santé publique au Burkina.

Lutter donc contre le tabagisme est donc une priorité de santé publique mondiale. Pour y parvenir, la bonne connaissance des facteurs de risque individuels ou environnementaux s'avère indispensable. Cela permettrait de repenser les axes sur lesquels il faut agir et espérer obtenir de meilleurs résultats. C'est pourquoi nous avons entrepris cette étude afin d'identifier les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina Faso pour trois raisons essentielles :

Au plan social, c'est de contribuer à la réduction de la morbidité et à la mortalité du tabagisme. Sur le plan scientifique, c'est de rendre disponible des données scientifiques sur les facteurs déterminant du tabagisme chez les hommes et femmes sur tout le territoire national qui n'existent pas de nos jours tels que libellés dans la présente étude. Enfin sur le plan personnel, c'est d'appuyer les décideurs à travers les résultats de cette étude à renverser les tendances actuelles du tabagisme au Burkina. La question de recherche était intitulée: « Quels sont les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina-Faso ? L'étude a eu pour objectif général de mettre en évidence les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina-Faso dans le but de fournir aux pouvoirs publics des éléments qui leur permettront de rendre plus efficaces les politiques et programmes de lutte anti-tabac. La méthodologie a consisté en l'appropriation et en l'exploitation de la base des données de l'EDS/BF-IV-2010. L'analyse des dites données a été faite dans le but d'expliquer le type de corrélation qui existe entre les variables à travers l'analyse bi variée et multi variée, utilisant le logiciel SPSS version 20. Cette étude s'est articulée autour des points suivants.

1. Cadre Théorique
2. Présentation du milieu de l'étude
3. Méthodologie
4. Présentation des résultats
5. Discussion
6. Recommandations

Conclusion

CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE

Cette partie de l'étude abordera successivement la problématique du tabagisme dans le monde, en Afrique et au Burkina à l'effet de mieux cerner, ce qu'on sait actuellement du problème, ce qui n'est pas connu afin de mieux étudier cette la question de recherche à travers les éléments suivants : les hypothèses de recherche, les objectifs et la conceptualisation de l'étude via la Revue de la littérature et synthèse des écrits et réflexions sur le thème.

1.1 Problématique

1.1.1 Le tabagisme dans le monde

Selon les estimations de l'OMS, en 1998 il y avait 30,2% de consommateurs de tabac dans le monde dont 47,9% d'hommes et 12,4% de femmes (3). On note globalement une prédominance masculine du tabagisme, mais dans certains pays développés et même en développement les tendances sont en train de s'inverser surtout parmi la jeunesse (ibid. 1). Pour illustrer cette tendance du tabagisme dans un pays développé, il y a la France où la prévalence chez les adolescents a évolué de 18,8% en 1980 à 27,7% en 2012 (2). Pour ce qui est des pays en développement, il y a la Zambie et l'Afrique du Sud qui enregistraient respectivement en 2015 environ un quart et un cinquième des filles de 13 à 15 ans consommatrices de tabac dans les écoles secondaires (3).

Les résultats d'une étude intitulée « Maîtriser l'épidémie l'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme » et publiée par la Banque mondiale (4), estimaient qu'en 2000 il y avait environ 1,1 milliard de fumeurs dans le monde. En 2025, ce nombre dépassera probablement 1,6 milliard (4). Cette situation tendancielle entraînerait des conséquences en termes de morbidité et de mortalité sur la population mondiale. En effet selon le rapport 2011 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme(5).Le tabagisme reste la principale cause mondiale de décès évitables. Il tue près de 6 millions de personnes et entraîne des centaines de milliards de dollars de pertes économiques chaque année dans le monde(ibid. 5). La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen. Cet écart devrait encore s'élargir au cours des prochaines décennies (ibid. 5). Si les évolutions actuelles se maintiennent, d'ici 2030 le tabac tuera plus de 8 millions de personnes dans le monde chaque année dont 80 % de ces décès prématurés concernera des habitants de pays à revenu faible ou moyen (ibid. 5). Au cours du XXIe siècle, le tabagisme pourrait tuer un milliard de personnes ou plus si des mesures d'urgence ne sont pas prises e (ibid. 5).

1.1.2 Le tabagisme en Afrique

Selon l'Organisation des Nations Unies en 2010, repris par Reshma NAIK Et Toshio KANEDA, plus de 40 millions de personnes fumaient en Afrique .Ce nombre est susceptible de croître, car les compagnies de tabac élargissent leur commercialisation dans la région (3). Le tabagisme touche non seulement les jeunes, les adultes mais est aussi préoccupant chez les hommes

et chez les femmes. En effet selon un article de revue de 2003 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 18% des jeunes au niveau de la Région africaine consomment du tabac (7). Cette prévalence se répartissait en 2011 chez les adultes (hommes et femmes) en Afrique subsaharienne entre 5 % au Niger et 34% en Sierra Leone (8) . Dans pratiquement tous les pays, l'écart entre les pourcentages de consommation des hommes et des femmes est significatif avec une prévalence estimée des femmes inférieure à la moitié de celle des hommes. Les estimations de la prévalence du tabagisme en Afrique vont de 8 % à 48 % chez les hommes adultes et de 0,4 % à 20 % chez les femmes adultes. (8)

Un article de revue paru en 2013 sur la prévention de l'épidémie du tabagisme en Afrique, faisait remarquer que la consommation de tabac ayant diminué dans les pays à revenu élevé, l'industrie du tabac se tourne progressivement vers les pays à revenus moyens et faibles, particulièrement en Afrique, en Asie et en Europe de l'Est, pour attirer de nouveaux consommateurs (8). Le même article indiquait qu'en absence de politiques complètes de prévention et de lutte antitabac, la prévalence du tabagisme augmentera en Afrique de près de 39 % à l'horizon 2030, pour passer de 15,8 % en 2010 à 21,9 % la plus grande augmentation régionale prévue dans le monde (ibid. 8). Cette augmentation de prévalence, accompagnant une croissance économique prolongée et l'évolution de la dynamique des populations, pourrait conduire au doublement de la consommation de tabac en Afrique dans les 10 années à venir (ibid. 8). La morbidité et la mortalité causées par une telle augmentation de la consommation de tabac et du tabagisme passif pourraient avoir des effets dévastateurs sur la santé publique, les efforts de développement et la croissance économique dans les pays (ibid. 8). En effet, d'après l'Organisation des Nations Unies en 2010 cité par Reshma NAIK Et Toshio KANEDA le tabagisme est un facteur de risque pour quatre des 10 principales causes de décès en Afrique (3).

1.1.3 Le tabagisme au Burkina

1.1.3.1 Situation du tabagisme au Burkina Faso

Les résultats de l'étude de OUEDRAOGO, A et Col., en 2000 sur la situation du tabagisme au Burkina Faso auprès des jeunes de la ville de Ouagadougou indiquaient que 36,7 % des jeunes enquêtés de la ville de Ouagadougou consommaient du tabac au moment de l'enquête (9). La même source révélait que le taux de consommation parmi les jeunes du secteur informel était plus élevé (40,2 %) par rapport au taux des jeunes scolaires (33,3 %) (ibid. 10) . Des taux de consommation moins élevés avaient été rapportés antérieurement lors d'études effectuées au Burkina : 18,7 % dans l'étude de Somé, 12,6 % dans celle de Soura, 6,9 % dans celle de OUEDRAOGO et al. et 4,2 %

dans celle de Ouédraogo (ibid. 10). Mais ces résultats concernaient des populations cibles exclusivement du milieu scolaire et qui étaient plus jeunes (ibid. 10).

Une autre enquête plus récente de l’OMS/GYTS (11) , réalisée en 2009 dans les écoles de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso révèle que 16,8 % des élèves de Ouagadougou âgés de 13 à 15 ans consommaient un produit de tabac au moment de l’enquête (Garçons = 22.6%, Filles 11.5 %) contre un taux de 20% pour ceux de Bobo (Garçons= 21,9 %, filles =17,6%) (11). Il convient aussi de souligner que 12.6 % des enquêtés de Ouagadougou consommaient d’autres produits du tabac au moment de l’enquête (Garçons = 7.1%, Filles 3.3%). A Bobo ils étaient 17,7% ceux qui consommaient d’autres produits du tabac (garçons=18,5% et filles=16,5%) (ibid. 11).

Une autre étude chez les enseignants du secondaire de la ville de Ouagadougou en 2004 au Burkina Faso (12) estimait la prévalence de la consommation de tabac à 27,3 %. Elle était plus faible que celle retrouvée par plusieurs auteurs qui rapportaient des chiffres variant de 32,6 % à plus de 51 % (ibid. 13) [5, 8, 13]. La proportion des femmes parmi ces fumeurs était de 1,2 % (ibid. 12). La consommation de tabac sous forme de cigarette par les femmes n’est pas fréquente dans la population Burkinabé. Ce résultat est retrouvé dans les différentes études effectuées notamment en milieu scolaire. Le jugement porté sur les femmes qui fument le tabac sous forme de cigarette au Burkina Faso est le plus souvent péjoratif. Il est, en revanche, courant d’observer les femmes consommer du tabac sous la forme de poudre à chiquer, notamment en milieu rural (ibid. 12).

Selon le rapport d’enquête STEPS 2013 (14) ,la prévalence du tabagisme au Burkina Faso chez les 25 à 64 ans était de 19,8% [17,7-21,8] chez les hommes et de 29,2% dans la tranche d’âge de [26,4-32,0]. Le rapport souligne également que cette prévalence était plus élevée chez les sujets jeunes (25 à 34 ans) de sexe masculin.

Koueta et Al. dans son étude sur les principaux facteurs favorisant le tabagisme chez les élèves au Burkina (15) avaient trouvé que les conditions économiques, les difficultés d’études ,l’environnement des fumeurs et les medias avaient une influence sur le tabagisme. En effet selon Koueta et Al., 64 % de ceux qui s’adonnaient au tabagisme étaient issus d’un milieu économiquement favorable avec 100 % de l’argent de poche quotidien et 74,8 % avait 1 moyen de déplacement. Il avait également trouvé que 57,2 % des élèves fumeurs avaient redoublé au moins une classe dont la moitié avait une moyenne de classe inférieure à 10/20 et que 72 % des fumeurs vivaient éloignés de leurs parents géniteurs. Pour Koueta et Al., 46 % des élèves avaient fumé par imitation de l’entourage dont 67,9 % avaient l’école comme lieux de prédilection pour la consommation de la cigarette et que 80,8 % ont été entraînés dans le tabagisme par l’influence de la publicité (16).

D'autres facteurs non moins importants ont été rapportés par les résultats de l'enquête STEPS 2013 (17). Selon les résultats de ces enquêtes la prévalence de la consommation du tabac fumé variait de 16,5% dans la région du Centre Nord à 3,7% dans la région du Centre Est et que quatre régions (Centre-Nord, Centre-Ouest, Sahel, Hauts-Bassins) avaient des prévalences supérieures à la moyenne nationale qui est de 11,2% (ibid. 17).

Dans les conclusions de ces enquêtes, la prévalence de l'exposition passive à la fumée de tabac à domicile était de 36,3% [33,5-39,2] chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans. Elle était plus élevée chez les hommes (47,1% [43,4-50,8]) que chez les femmes (27,2% [24,2-30,2]). - Au lieu de travail, elle était de 22,6% [19,5-25,6] chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans. Elle était plus élevée chez les hommes (31,5% [26,9-36,2]) que chez les femmes (14,9% [12,5-17,4])(ibid. 17). Observons que la quasi-totalité de ces études non seulement ne prennent pas en compte tout le territoire national mais ne concernent qu'une tranche d'âge de la population burkinabè.

Face à l'épidémie du tabagisme, le Burkina Faso a mené un certain nombre d'actions afin de préserver les générations présentes et futures des méfaits du tabagisme. De ces actions on peut retenir l'adoption, de textes législatifs et réglementaires, la participation à de rencontres internationales, la signature de Convention et sa ratification de la CCLAT le 31 juillet 2006, l'adoption et diffusion du Plan stratégique national de lutte contre le tabac, la célébration régulière de la Journée mondiale sans tabac, l'inauguration de l'unité de sevrage tabagique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) le 24 février 2017 le tout premier centre de sevrage tabagique d'Afrique de l'Ouest, l'organisation de campagnes d'information, d'éducation à travers l'Association Afrique Contre le Tabac (ACONTA) et le regroupement des associations en Union des associations de lutte contre le tabac (UACT) etc. Ces différentes mesures et actions, menées conjointement entre le Ministère de la santé et les ONG/Associations, ont permis de sensibiliser les différents acteurs sur le phénomène du tabagisme dans notre pays et de renforcer le partenariat en matière de lutte anti-tabac. En dépit de cette croisade contre le tabagisme, sa problématique demeure actuelle. Si ces acquis ne sont pas consolidés nous continuerons d'assister impuissamment aux conséquences désastreuses du tabac notamment chez les jeunes qui constituent le fer de lance de notre pays. D'où l'intérêt de notre étude sur l'état des lieux sur le territoire national et sur une tranche d'âge plus importante tout en explorant des facteurs ci-dessus mentionnés et bien d'autres à travers la base des données de l'Enquête Démographique de Santé (EDS 2010). L'identification de ces déterminants permettra de proposer des stratégies de lutte plus actuelles dans le but de contribuer à la réduction du tabagisme au Burkina.

1.1.3.2 Morbidité et mortalité du tabagisme au Burkina Faso

Dans une étude menée au Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO dans laquelle l'endoscopie bronchique a été utilisée, OUEDRAOGO et Koueta et Al., rapportent sept cas de cancers bronchiques chez des hommes fumant en moyenne 25 paquets-années de cigarettes pour une période d'exposition de 15 ans environ (ibid. 18). Dans la même étude, les auteurs attribuent trois cas de cancers bronchiques chez des femmes exposées à un tabagisme passif. Toujours dans le même hôpital, OUEDRAOGO V., dans une thèse portant sur 32 cas de cancers broncho-pulmonaires confirmés par fibroscopie, note le tabac comme facteur principal chez 21 patients (65,62%), exclusivement de sexe masculin, consommant en moyenne 26 paquets-années de tabac (ibid. 18).

Selon le dernier ATLAS 2015 le tabac tue 4100 burkinabés par an .A l'image de la plupart des pays en Afrique,

1.1.3.3 Action de lutte contre le tabagisme au Burkina Faso

Ces actions se résument essentiellement par :

- La Ratification des traités internationaux :
 - o La convention cadre de l'OMS pour la Lutte Anti –Tabac (CCLAT) en 2006
 - o Le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac
- La domestication de la CCLAT
 - o Adoption de la loi N°040'2010 portant Lutte Anti –Tabac (LAT) ;
 - o Adoption de 3 décrets d'application portant en 2011
 - o Adoption d'un Arrêté conjoint portant mise en application du décret portant conditionnement et étiquetage
- Plan stratégique National de L.A.T. 20009-2018 puis celui de 2016-2020 ;
- Mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les lieux publics ;
- Augmentation des taxes sur le tabac ;
- Test effectué par LNSP ;
- Procès contre l'IDT ;
- Mise en œuvre des stratégies de communication d'information et de sensibilisation du public ;
- Campagnes ciblées sur le secteur scolaire, des hôtels, bars, restaurants etc.
- Célébration de la journée mondiale sans tabac ;
- Mise en place d'un centre de sevrage tabagique ;

1.1.4 Question de recherche

Quels sont les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina-Faso ?

1.1.5 Hypothèses de recherche

Pour conduire cette étude, nous avons, à partir des variables retenues, formulé les hypothèses ci-après :

- ✓ Les facteurs sociodémographiques déterminent le tabagisme au Burkina-Faso ;
- ✓ les environnementaux favorisent la survenue le tabagisme au Burkina-Faso
- ✓ Les facteurs socioéconomiques influencent le tabagisme au Burkina-Faso

1.1.6 But de la recherche

- ⌘ Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité du tabagisme au Burkina–Faso.

1.1.7 Objectifs de la recherche

1.1.7.1 Objectif général

⌘ Étudier les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina-Faso afin de fournir aux pouvoirs publics des éléments qui leur permettront de rendre plus efficaces les politiques et programmes de lutte contre le tabagisme.

1.1.7.2 Objectifs spécifiques

⌘ Identifier les facteurs sociodémographiques, environnementaux, socioéconomiques déterminant le tabagisme au Burkina ;

⌘ Proposer des stratégies adaptées au contexte du Burkina Faso pour aider à prendre en charge les facteurs influençant le tabagisme.

1.2 Conceptualisation de l'étude

1.2.1 Revue de la littérature

Pour mener à bien notre réflexion sur ce thème, nous avons jugé nécessaire d'entreprendre une revue de la littérature. Cette étape décisive de notre étude s'articulera autour des points suivants :

- ⌘ la définition des différents concepts de l'étude ;
- ⌘ L'aperçu général sur le tabagisme
- ⌘ la synthèse des écrits et réflexions sur le thème.

1.2.1.1 Définition des concepts de l'étude

⌘ **Tabagisme** : c'est l'usage régulier du tabac et des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir du tabac comme matière première et destinés à être fumés, sucés, chiqués, prisés, mâchés ou consommés de quelque manière que ce soit (19) . Selon la législation en vigueur au Burkina le tabagisme c'est l'usage régulier du tabac et des produits du tabac entraînant une

intoxication et une dépendance. Dans la présente étude, sont concernés par le tabagisme tous ceux qui s'adonnent à la consommation du tabac de quelque manière que ce soit.

☞ **Tabac** : C'est une plante herbacée de la famille des solanacées dont les feuilles sont travaillées et présentées sous diverses formes pour la consommation. On distingue du tabac à priser, à chiquer, à fumer, et du tabac à mâcher (ibid. 19).

1.2.1.2 Aperçu général sur le tabagisme

Il prendra en compte tous les aspects en rapport avec le tabagisme. Afin de mieux cerner le domaine nous nous intéresserons particulièrement à l'historique du tabac, ses différents modes de consommation, ses conséquences socio-économiques et sanitaires ainsi que la convention Cadre de L'OMS.

A. Les différents modes de consommation du tabac

Le tabac est principalement consommé sous deux modes: le tabac « fumé », et le tabac dit « non fumé ».

☞ **Le tabac « fumé »**

On peut distinguer les rouleaux de tabac à fumer comportant (1) :

Les cigarettes : Produite industriellement, elle contient du tabac pur (entre 45 et 55% en moyenne), et des additifs dont bon nombre sont toxiques, voire cancérigènes. Il faut ajouter qu'il existe à côté des formes industrielles, les cigarettes roulées à la main (ibid. 1);

Les cigares : ce sont des rouleaux de tabac enveloppés dans une feuille de tabac, produits industriellement ou à la main (ibid. 1).

Les cigarillos : ce sont de petits cigares, correspondant à deux cigarettes (ibid. 1) ;

Les pipes : ils se présentent sous la forme d'un tuyau terminé par un petit fourneau, elles utilisent différents produits de tabac (tabac à couper, en rouleau...) qui sont incinérés à l'intérieur du dit fourneau (ibid. 1).

Les pipes à eau : Connues sous différentes appellations depuis des siècles selon l'endroit du monde où l'on se trouve (chicha, water pipe, narguilé ou hooka), ce sont des sortes de grandes pipes utilisant de l'eau et permettant de fumer du tabac. Ce mode de consommation donne un faux sentiment de pouvoir fumer en toute sécurité (ibid. 1).

La cigarette électronique ou «e-cigarettes» :C'est un dispositif permettant de vaporiser du liquide aromatisé, additionné ou non de nicotine. La vapeur ainsi produite est inhalée par l'utilisateur.

☞ **Le tabac « non fumé »**

Dans ce mode de consommation, le tabac qui n'est pas brûlé est chiqué, prisé, sucé, etc. On parle ici de « produits du tabac non-combustibles oraux ». Nous pouvons y distinguer (1):

Le tabac à chiquer : ici, les feuilles de tabac sont finement broyées et destinées à être mâchées par le consommateur.

Le tabac à priser (ou snuff) : réduites carrément en une fine poudre, les feuilles de tabac sont humidifiées pour être consommées. Le consommateur applique cette poudre entre sa gencive et sa joue, ou l'aspire par les fosses nasales(ibid. 1).

Le snus : variété de tabac consommée de façon populaire en Suède, il correspond aussi à du tabac humidifié destiné à un usage oral(ibid. 1)

Le gutka (encore appelé ourdou, gutka...): Il fait partie des multiples produits du tabac « sans fumée » utilisés en Inde et en Asie du Sud Est. C'est une préparation faite d'un mélange de noix de bétel écrasée, de tabac, et d'arômes doux et savoureux (ibid. 1).

Autres : Ils regroupent les pâtes de tabac à lécher, les décoctions pour lavement ou ingestion orale dans un but médicinal ou mystique. Les types de tabac « à fumer » couramment rencontrés au Burkina Faso sont les cigarettes, les pipes et les cigares (ibid. 1)

B. Les conséquences au plan sanitaire

Le docteur Hélène Allaguy-Salachy (tabacologue-) 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 (6) :

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).

a. Pour l'individu qui consomme le tabac

Les conséquences sanitaires du tabagisme sur l'individu sont énormes. En effet, le tabac touche de nombreux appareils, systèmes et organes tels que les yeux, le cerveau, la poitrine, l'abdomen, l'appareil circulatoire, l'oreille, l'appareil reproducteur chez la femme, les cheveux, les mains, le cœur, le système immunitaire, les reins, la vessie, le foie ; les poumons (Eriksen et collab. 2012) (6). Le tableau suivant donne le récapitulatif de toutes ces maladies et les organes touchés (Ibid. 6).

Tableau I : présentation des appareils, systèmes et organes et des effets du tabac sur la santé

APPAREILS, SYSTEMES ET ORGANES	EFFET SUR LA SANTÉ
Yeux	Cécité, Cataractes, Picotements, larmoiement et clignement, excessifs.
Cerveau	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 gastroduodéal (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 ciment, plaque, Décoloration et taches
Nez	Cancer des fosses nasales et des sinus de la face Troubles de l'odorat
Appareil reproducteur	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 le 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) et des troubles psychiatriques (association au cannabis) (6).

b. 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 (Ibid. 6).

Tableau II: Conséquences de l'exposition indirecte à la fumée chez le fumeur passif (6).

	PREUVES 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	Tumeurs cérébrales, Lymphome, Leucémie, Asthme

Source : Eriksen et collab. (2012)

C. 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 accroissement des coûts des soins et les Etats doivent utiliser leurs maigres ressources sanitaires pour traiter les maladies causées par le tabac (Ibid. 6).

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

- En Égypte, les cigarettes et autres produits du tabac représentaient plus de 10% des dépenses des ménages à revenu faible (Ibid. 6).

- En Ouganda, 50 % des hommes fumaient alors que 80 % de la population vit avec moins d'un dollar (\$) par jour (ACTION ON SMOKING AND HEATH, 2008) (Ibid. 6)..
- Au Maroc en 1999, les ménages ont dépensé presque autant d'argent pour le tabac que pour l'éducation (DAOUDA E. A., 2010) (Ibid. 6).
- Au Burkina Faso selon une étude conjointement effectuée par l'UO2-CDRES-ACONTA, les ménages où il y a des fumeurs, dépensent plus de 50% de leurs revenus pour acheter le tabac. Par ailleurs la même étude indique que le Burkina dépense 55 milliards pour acheter et vendre le tabac alors que la balance est déficitaire.

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 (6).

D. La Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac (CCLAT)

C'est un accord général soigneusement équilibré. Il est essentiel de bien comprendre les dispositions qui obligent les Parties à mettre en œuvre des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres, pour répondre à la nécessité de réduire la prévalence du tabagisme et de l'exposition à la fumée de tabac. Elle a été promulguée par le Décret N°2006163/PRES promulguant la loi n° 007-2006/AN du 28 mars 2006 portant autorisation de ratification de la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte anti-tabac adoptée le 21 mai 2003 à Genève. Dans l'équation de la lutte antitabac, du côté de la demande, la convention appelle les pays à adopter, à mettre à jour et à appliquer des mesures législatives, exécutives et administratives suivantes :

E. Mesures visant à réduire la demande

- Mettre en œuvre, actualiser et examiner périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac (Article 5.1) ;
- Mettre en place ou renforcer, et doter de moyens financiers, un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac ;
- Adopter et appliquer des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces et coopère, le cas échéant, avec d'autres Parties afin d'élaborer des politiques appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac ;

- Empêcher l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé (Article 5, 3)
- Mettre en place des mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac (Article 6) ;
- Protéger contre l'exposition à la fumée de tabac (Article 8) ;
- Réglementer les informations sur les produits du tabac (Article 9, 10) ;
- Conditionner et étiqueter (y compris l'utilisation d'étiquettes de mise en garde sous forme d'illustration graphique) (Article 11) ;
- Éduquer, communiquer, former et sensibiliser le public (Article 12) ;
- Interdire globalement de la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage du tabac (Article 13) ;
- Prendre des mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique (Article 14).

F. 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)

G. Défis majeurs de lutte anti-tabac

- interférences des sociétés de tabac visant à contrecarrer les efforts de lutte antitabac;
- insuffisance de ressources pour mener les actions de lutte anti-tabac

1.2.1.3 Synthèse des écrits et réflexions sur le thème

La littérature en matière de la consommation du tabac est assez fournie. Mais notre étude s'inscrit dans le cadre global des études réalisées sur les facteurs déterminant le tabagisme dans le monde comme au Burkina. Dans le cadre de ce travail, nous essayerons, à travers ce chapitre de présenter les différents écrits et réflexions ayant trait aux variables explicatifs que nous avons identifiés comme étant des probables déterminants du tabagisme au Burkina.

A. Les facteurs sociodémographiques

⌘ Le sexe

On note globalement une prédominance masculine du tabagisme, mais dans certains pays développés et même en développement les tendances sont en train de s'inverser surtout parmi la jeunesse (ibid. 1). Pour illustrer cette tendance du tabagisme féminin, nous avons pour le compte

des pays développés la France où la prévalence chez les adolescents a évolué de 18,8% de 1980 à 27,7% en 2012 (2). Pour ce qui est des pays en développement nous avons la Zambie et l'Afrique du Sud qui ont notifié respectivement en 2015 environ un quart et un cinquième des filles de 13 à 15 ans consommatrices de tabac dans les écoles secondaires (3). Dans le cadre de notre étude nous allons procéder à l'analyse de l'influence du sexe sur le tabagisme au Burkina.

☞ L'âge

Dans ses résultats sur la consommation du tabac en Afrique : recherche des facteurs explicatifs en Côte d'Ivoire publié en 2015, A.DAGO fait observer que l'âge est un facteur influençant réellement la consommation du tabac avec un très fort pouvoir explicatif (54,89%). (20). Cela a été remarqué par une publication de l'OMS sur le tabagisme, dans laquelle il apparaît que 18% des jeunes au niveau de la Région africaine consommaient du tabac (21) et que 27.9% des élèves de 13-15ans en consommait au Burkina (Idid. 21).

Une autre étude conduite en 2002 par R. FAKHFAKH et Col., sur le tabagisme en Tunisie indiquait que chez les femmes, la proportion de fumeuses était maximale chez les 35–54 ans. En revanche, la proportion de consommateurs exclusifs de tabac traditionnel augmentait avec l'âge dans les deux sexes, passant de 2,4 % chez les hommes de 25–34 ans à 20,4 % chez les plus de 55 ans, et de 0,1 % à 14,3 % chez les femmes pour ces mêmes classes d'âge (22).

Toujours au sujet de l'influence de l'âge sur le tabagisme, un rapport d'enquête STEPS 2013 (14), faisait observer une prévalence du tabagisme chez les hommes au Burkina Faso pour les tranches d'âge de 25 à 64 ans à 19,8% [17,7-21,8] et de 29,2% dans la tranche d'âge de [26,4-32,0]. Le rapport souligne que cette prévalence était plus élevée chez les sujets jeunes (25 à 34 ans) de sexe masculin.

D'après le rapport d'une étude sur la prévention d'une épidémie de tabagisme en Afrique (23), l'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge. Ainsi, seuls les jeunes hommes (20-25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5 points, tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Le même rapport (ibid. 23) indique qu'une étude similaire de Peltzer en 2011 révèle que 15,5 % des écoliers avaient fumé une cigarette avant l'âge de 14 ans dans sept pays africains. Le rapport fait remarquer également que les estimations de la prévalence du tabagisme en Afrique vont de 8 % à 48 % chez les hommes adultes et de 0,4 % à 20 % chez les femmes adultes (ibid. 23).

Dans son étude sur les facteurs favorisant le comportement tabagique en milieu scolaire Benzarti fait remarquer que certains facteurs paraissent augmenter le risque de tabagisme dans la population, à savoir, le sexe masculin, l'âge, la disponibilité d'argent de poche, les difficultés scolaires et le tabagisme de l'entourage surtout celui des amis et de la fratrie.(24).

En France une étude sur le tabagisme chez des lycéens adolescents indiquait que 36,7% des jeunes de 12 à 25 ans fumaient. La même étude avait trouvé que la prévalence tabagique passe de 8,5% pour les 12-14 ans à 40,9% pour les 15-19 ans et atteignait un maximum de 47,5% chez les 20-25 ans. L'âge moyen de la première cigarette est de 13 ans et demi pour les filles et de 13 ans pour les garçons (25).

Cette variété d'écrits et de réflexions témoignent clairement l'influence de l'âge sur le tabagisme. Dans la présente étude nous avons procédé à un regroupement des tranches d'âge en moins de 18 ans et plus de 18ans afin de pouvoir apprécier le tabagisme chez les mineurs (-18ans) et chez les majeurs (+18ans).

⌘ Le niveau d'instruction

Une étude réalisée en 1997 sur la prévalence du tabagisme chez les hommes de Chennai (Inde) a montré que le taux le plus élevé de fumeurs (64 %) se trouvait chez les analphabètes. Cette prévalence décroissait en fonction du nombre d'années de scolarisation, jusqu'à atteindre un cinquième (21 %) chez les personnes qui ont suivi plus de 12 années d'études (Gajalakshmi, 2000) (26).

Une autre réflexion sur les connaissances, attitudes et perceptions des franciliens à l'égard du tabac chez les hommes les plus jeunes, a révélé que la consommation de tabac était en effet d'autant plus faible que les personnes sont diplômées. (24). A 18- 24 ans, 19 % des hommes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat sont des fumeurs quotidiens contre 67 % de ceux qui ne sont pas ou peu diplômés ($p < 0.0001$). Cette évidence scientifique a été corroborée par A.DAGO qui a trouvé que la consommation du tabac était 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 consommaient le tabac étaient respectivement de 17,6%; 18,8%; 11% et 13,4%. (20).

Ces analyses ont été renforcés par les résultats de l'enquête STEPS Togo qui faisaient observer que la consommation du tabac diminuait significativement avec le niveau d'instruction ($p < 10^{-8}$) (27).

De ce qui précède, nous constatons que le niveau d'instruction pourrait être un facteur déterminant dans le tabagisme au Burkina. Dans la présente étude nous analyserons le lien afin d'en déduire une association éventuelle.

B. Les facteurs environnementaux

⌘ l'exposition aux médias

Dans son étude portant sur les facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso), KOUETA et al avait trouvé que 80,8 % des enquêtés avaient été entraînés dans le tabagisme par l'influence de la publicité. (16). Cette influence des médias sur le tabagisme a été soutenue par A.DAGO dans son étude sur la consommation du tabac en Afrique: recherche des facteurs explicatifs en Côte d'Ivoire, où il était parvenu à la conclusion que la consommation du tabac par les jeunes était significativement associée à l'exposition à la télé (20). Au Burkina nous ferons l'état des lieux sur la base des données EDS/BF-IV (2010).

✎ **Le milieu de résidence ou la région de résidence**

Les résultats de l'enquête STEPS 2013 au Burkina Faso, avaient indiqué que le tabac était fumé dans toutes les régions du Burkina Faso (14). Le rapport de cette enquête précisait que la prévalence de la consommation du tabac fumé variait de 16,5% dans la région du Centre Nord à 3,7% dans la région du Centre Est (Ibid. 14). Quatre régions (Centre-Nord, Centre-Ouest, Sahel, Hauts-Bassins) avaient des prévalences supérieures à la moyenne nationale qui est de 11,2% (Ibid. 14). Les mêmes résultats soutenaient que près de 36,3% des Burkinabès étaient exposés à la fumée du tabac à domicile et 22,6% l'étaient sur leur lieu de travail (Ibid. 14).

A.DAGO avait obtenu des résultats similaires. Ce dernier avait révélé dans son étude que la proportion de la consommation du tabac par les jeunes était plus élevée dans la région de l'Ouest (22,4%) suivie de la ville d'Abidjan (15,9%) et la région du Sud sans Abidjan (15,6%) (20).

D'autres enquêtes ont également mis en évidence le lien entre le tabagisme et le milieu ou la région de résidence. C'est le cas de l'enquête STEPS Togo qui avait indiqué que la prévalence de la consommation du tabac était significativement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain ($p < 10^{-8}$) (27). En effet selon la dite enquête les prévalences les plus élevées avaient été observées dans les régions Plateaux (10,7 %), et Savanes (10,5 %) pour la consommation de tabac fumé ou sans fumée. La plus forte prévalence de la consommation de tabac fumé avait été notée dans les savanes avec une prévalence de 9,4 % (Ibid. 27). La présente étude évaluera le lien au Burkina via les données EDS/BF-IV (2010)

C. Les facteurs socioéconomiques

✎ **Le niveau de vie du ménage**

D'après un extrait d'aide-mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale de 2011, sur le tabac et précarité, l'environnement familial des populations moins favorisées était bien moins favorable que celui des classes sociales élevées (Nguyen LH et al.) (28). En effet, selon cette source il y a souvent un haut niveau de tabagisme dans les familles de classe sociale moins élevée (Rouquet R-M. Hard) (ibid. 28). Dans ces milieux, fumer semble être la norme (Rouquet R-

M. Hard) et véhicule même une valeur positive (Lund KE, Lund M.) (ibid. 28). Or, l'influence du milieu est énorme dans les populations plus précarisées (Lund KE, Lund M.) (ibid. 28). Il y a dans ces milieux, un surinvestissement du groupe où se dissout le sujet : «on», «nous», plutôt que «je» (Bernstein B. Langage) (ibid. 28). A travers ces détails nous avons retenu qu'il existait une norme sociale bien définie dans les milieux défavorisés et que fumer semblait être une valeur positive avec une forte influence du milieu.

Dans le même registre d'analyse un rapport d'une enquête réalisée au Mali sur le tabac et la pauvreté en 2010 (29), avait relevé que la consommation de tabac était nettement plus élevée chez les pauvres. En effet, d'après ce rapport les plus gros consommateurs de tabac étaient les pauvres et les très pauvres. Sur les 4,7% des fumeurs qui dépensaient plus de 300 000 FCFA par an, 3,6% étaient recensés parmi les plus pauvres contre 1,1% des non pauvres. Sur les 38 995 des personnes ayant dépensé en consommation, 63 % étaient pauvres. En d'autres termes, deux fumeurs sur trois sont pauvres (29).

Une autre étude effectuée au Royaume-Uni en 1998, faisait observer que la proportion de fumeurs dans le groupe socio-économique le plus élevé était à peine de 10% pour les femmes et 12% pour les hommes alors qu'elle était de 35% chez les femmes et 40% chez les hommes du groupe socio-économique le plus bas (United Kingdom Département of Health. Smoking Kills) (30). Cette parution avait été également soutenue par cet autre écrit de Cécile Vuillermoz qui avait indiqué que les personnes ayant de faibles revenus, fumaient plus que les populations plus aisées. Elle avait mentionné que durant la dernière décennie, le tabagisme avait même augmenté chez les plus pauvres alors qu'il avait diminué chez les plus riches (31).

✂ L'occupation

Dans un article de revue de Cécile Vuillermoz paru dans Soepidemio en 2016, le tabagisme était plus fréquent chez les ouvriers et les chômeurs que chez les cadres. La même source indiquait qu'entre 2000 et 2008, il avait nettement diminué parmi les cadres, peu parmi les ouvriers, et pas du tout parmi les chômeurs (32).

Une publication similaire de Salque Jean-Louis avait trouvé que 30 % des salariés qui étaient exposés à un environnement de travail pénible fumaient (33). Pour ce dernier les contraintes physiques et la peur de perdre son emploi étaient des facteurs aggravants du tabagisme (ibid. 33). Et Dares, d'ajouter dans son analyse que l'environnement de travail incitait parfois les salariés à allumer plus facilement une cigarette (ibid. 33). En effet un salarié exposé aux risques psychosociaux ou à des conditions de travail difficiles sera plus enclin à fumer (ibid. 33). Les travaux, menés par la Dares au sein du ministère du Travail entre 2006 et 2010, avaient en effet soulevé la corrélation entre l'activité des salariés et leur consommation de tabac (ibid. 33). En

2006, 27 % des hommes et 21 % des femmes en emploi fumaient quotidiennement (ibid. 33). Sur les quatre années suivantes, la tendance était à l'augmentation, en particulier quand s'aggravaient les contraintes physiques et l'insécurité dans l'emploi (ibid. 33) . Ainsi du fait de leur condition de travail précaires (Port de charges lourdes, exposition au bruit, au froid, à la chaleur, à l'humidité, à la saleté, à la peur etc.) on notait plus de fumeurs chez les ouvriers (ibid. 33). 30 % des salariés exposés à un environnement de travail pénible fumaient, contre 24 % chez les autres salariés (ibid. 33). D'ailleurs, le tabagisme était plus fort chez les hommes ouvriers ou employés (un tiers d'entre eux sont fumeurs), car cette catégorie professionnelle étant davantage soumise au stress d'après l'analyse de la Dares (ibid. 33). En revanche, les hommes qui travaillaient avec ou à proximité de produits nocifs ou toxiques diminuent leur consommation de tabac. « Se sentant davantage exposés à ces produits, les hommes, consciemment ou inconsciemment, compensent en réduisant leur exposition au tabac », estime la Dares (ibid. 33). Chez les femmes, un travail plus exigeant physiquement était aussi associé à une consommation plus importante de tabac : elles étaient alors 15 % à fumer davantage, contre 11% en moyenne pour l'ensemble des femmes (ibid. 33). Autres facteurs aggravants du tabagisme chez les femmes : la crainte de perdre son emploi et la reconnaissance de leur travail (ibid. 33). Un paradoxe auquel ne peut répondre la Dares. « Une baisse de l'exposition à certains risques psychosociaux est liée à une plus grande consommation de tabac (ibid. 33). Ainsi, plus leur travail est reconnu à sa juste valeur, plus les femmes consomment le tabac (ibid. 33). De même, elles réduisent significativement leur consommation lorsqu'elles doivent davantage faire des choses qu'elles désapprouvent, sans qu'une interprétation simple de ces résultats puisse être avancée », ajoute l'étude (ibid. 33).

1.2.2 Cadre de référence de l'étude

Au Burkina Faso le tabagisme est influencé par un certain nombre de facteurs. Notre modèle conceptuel a été construit sur la base des informations obtenues à travers la revue de la littérature. Ce cadre conceptuel présente la consommation du tabac (qui est notre variable dépendante), comme étant la résultante de trois (03) variables indépendantes qui sont : les facteurs sociodémographiques, les facteurs environnementaux et les facteurs socioéconomiques.

1.2.2.1 Opérationnalisation des variables

⌘ Les facteurs sociodémographiques

⇒ **Définition** : Selon le dictionnaire Universel Francophone, ce sont des éléments individuels qui jouent un rôle dans le déclenchement ou l'évolution d'un phénomène. Ces facteurs influencent le comportement des individus. Ils sont un déterminant qui dicte d'une manière ou d'une autre le comportement des individus. Dans la présente étude, les variables retenues pour apprécier la

consommation du tabac sont : l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

⇒ **L'âge** : il est pour certaines raisons (immaturité, expérience) un déterminant du recours à la consommation du tabac. Les modalités retenues pour mesurer cette variable concernera les tranches d'âges inférieures à 18 ans (les mineurs) et celles supérieures à 18 ans (adultes).

⇒ **Le niveau d'instruction** : Selon le dictionnaire-analogique, c'est le degré de l'ensemble des enseignements auquel un individu est parvenu à l'école. Il est un facteur de motivation pour la consommation ou non du tabac en ce sens qu'un individu instruit a plus de chance d'accéder à plusieurs sources d'information donc à mieux discerner les conséquences du tabac sur la santé. De ce fait, il pourrait éviter voir limiter la consommation de tabac. En revanche celui qui n'est pas instruit peut être limité quant à l'accès de certaines sources d'information donc pourrait être plus enclin à consommer le tabac du fait de sa méconnaissance des conséquences du tabagisme. Pour la présente étude nous nous intéresserons aux modalités suivantes : Aucun niveau, niveau primaire et le niveau secondaire ou plus.

✂ **Les facteurs environnementaux**

Pour le dictionnaire analogique, un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. Il s'agira d'apprécier ici tout ce qui favorise ou entrave la consommation de tabac chez des burkinabés lorsqu'ils entrent en interaction avec les facteurs personnels et extrinsèques. Les variables retenues pour la présente étude sont : la région de résidence, le milieu de résidence et l'exposition aux médias.

⇒ **Le milieu de résidence** : C'est le lieu fixe où l'on demeure habituellement. Il s'agira de mesurer la consommation du tabac dans les milieux de résidence suivant les modalités indiquées : le milieu urbain et le milieu rural.

⇒ **La région de résidence** : Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions administratives et territoriales, elles-mêmes divisées administrativement en 45 provinces et en département, ou territorialement en communes urbaines ou rurales. Il sera question d'analyser chez les Burkinabès la consommation du tabac dans les régions où ils résident : ce sont les régions : du Centre ,de la Boucle du Mouhoun, des Cascades, du Centre-Est, du Centre-Nord , du Centre-Ouest, du Centre-Sud , de l'Est ,des Hauts Bassins, du Nord ,du Plateau Central ,du Sahel et du Sud-Ouest. Nous partons du postulat selon lequel un individu aura d'autant plus tendance à fumer qu'il sera entouré de fumeurs. Lorsque le père, la mère ou le frère sont des fumeurs, l'enfant qui les côtoie et les observe, aura naturellement plus tendance à les imiter, à s'assimiler à eux, de sorte que si nous avons assez de consommateurs de tabac dans une région donnée, par mimétisme cela pourrait entraîner une frange importante de la population au tabagisme. A contrario lorsque nous avons

moins de fumeurs dans une région il y aura également l'effet contraire vis-à-vis de cette pratique. A ce principe pourraient s'ajouter d'autres éléments catalyseurs tels que la culture, l'ethnie, la religion etc. Les modalités de cette variable seront les 13 régions ci-dessus énumérées.

⇒ **l'exposition aux médias** : Il faut comprendre par ce concept l'ensemble des enquêtés qui écoutent la radio ou regardent la télévision ou lisent les journaux. La consommation du tabac sera analysée chez ces derniers qui, au cours des mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou lu dans un journal ou une revue, un message sur la consommation du tabac soit en bien ou en mal. Dans la présente étude les modalités retenues sont : exposé aux media et non exposé aux medias.

⌘ **Les facteurs socio-économiques**

Il s'agit de l'ensemble des conditions sociales et économiques (biens matériels et immatériels, revenu du ménage, occupation, niveau d'instruction, etc.) des populations et qui pourraient expliquer le tabagisme chez des burkinabés. Les variables retenues pour apprécier l'influence de ces facteurs sur le tabagisme sont : le niveau de vie du ménage et l'occupation.

⇒ **Le niveau de vie du ménage** : c'est le degré de possession d'un certain nombre de biens par le ménage. Cette variable serait plus pertinente si elle était mesurée par le revenu du ménage. Mais l'information sur le revenu étant une question délicate, la possession d'un certain nombre de biens par le ménage a été utilisé pour la mesurer. Ainsi, les ménages ont été décomposés en trois modalités suivantes : « pauvre », « moyen » et « riche »

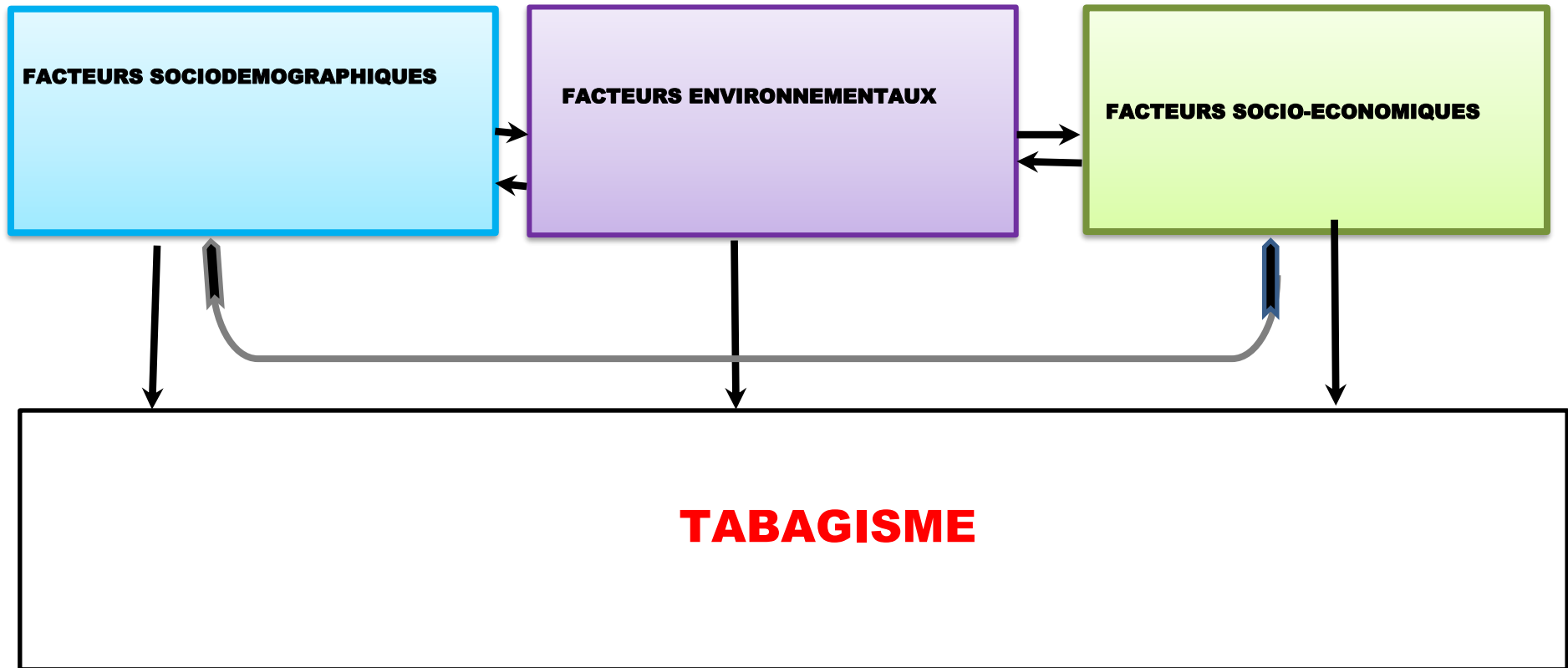
⇒ **L'occupation**: c'est l'activité qu'occupe chaque enquêté en terme d'emploi. Nous avons retenu trois modalités pour mesurer l'influence de l'occupation sur le tabagisme. Ce sont : sans occupation, agriculteurs, autres occupations.

1.2.2.2 Relation entre les variables

Des facteurs ci-dessus décrits, nous pouvons retenir que la consommation du tabac au Burkina Faso dépend de l'interaction de trois (03) variables indépendantes. En effet, pour une baisse du tabagisme au Burkina il faut un environnement sociodémographique favorable à travers un niveau d'instruction élevé. Mais cet environnement sociodémographique favorable à lui seul, ne suffit pas. Il faut aussi un environnement qui réunit de bonnes conditions défavorables au tabagisme à travers la région de résidence, le milieu de résidence et une exposition aux medias antitabac. S'il est vrai que ces deux variables soient une condition indispensable pour une baisse du tabagisme au Burkina, il n'en demeure pas moins qu'une bonne situation socio-économique via le niveau de vie du ménage associé à une occupation saine demeure des conditions indispensables, à la réduction de

la prévalence du tabagisme au Burkina. Par ailleurs il existe une influence réciproque entre les variables indépendantes illustrés à travers le schéma du modèle théorique de recherche ci-dessous :

Figure 1: Schema du cadre conceptuel



CHAPITRE II:PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

2.1 Données géographiques et organisation administrative

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, s'étend sur une superficie de 270 764 km² (34). Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire (Ibid. 34). Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ 7 mois (d'octobre à avril) (Ibid. 34). Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, de sécheresse mais aussi à l'harmattan ainsi qu'à une chaleur parfois très importante (Ibid. 34). Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages (Ibid. 34). La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village (Ibid. 34). Cette proximité avec les six régions frontalières peuvent influencer le tabagisme au Burkina en ce sens qu'ils peuvent souvent servir de bases arrière pour le trafic des produits de tabac.

2.2 Données démographiques

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,8 habitants au km² avec un taux de croissance de 3,1% par an (Ibid. 34). Les femmes représentaient 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale. Selon les projections du RGPH, la population sera de 21 510 180 habitants en 2020 (Ibid. 34). La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage. Elle est inégalement répartie avec la plus forte densité au Centre (615 habitants au km²) et la plus faible à l'Est (26 habitants au km²). En 2015, la population du Burkina Faso est estimée à 18 965 885 habitants² avec un taux d'accroissement de 3,1% par an (Projection DGISS à partir du RGPH 2006, Burkina Faso) (Ibid. 34). Le taux brut de natalité est de 46 pour mille. La population est essentiellement jeune. La tranche de 0 à 15 ans est de 46,4%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays (Ibid. 34). Cette démographique galopante est un terreau fertile pour les industries du tabac.

2.3 Données économiques

Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2013 à 1440 \$ US par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés (Ibid. 34). Selon le rapport du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD, 2014) sur le développement humain, le pays occupe le 181ème rang sur 187 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,345 en 2013 (Ibid. 34). Les ambitions de croissance de l'économie burkinabè au cours de ces cinq dernières années ont été fortement contrariées par les sévères crises énergétique, alimentaire et financière.

L'économie du pays reste par ailleurs, marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix des produits alimentaires) (Ibid. 34).

Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009(34). Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national (Ibid. 34). Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les différentes régions du pays (17,3% au Centre qui est la moins pauvre et 68,1% au Nord, 62,2% à l'Est et 56% dans la Boucle du Mouhoun qui sont les plus pauvres) (Ibid. 34). Cette situation de pauvreté est caractérisée par un accès difficile aux services sociaux de base, par le chômage, l'analphabétisme, des conditions d'habitat précaire, un statut de la femme peu avantageux et un niveau élevé de malnutrition.

Pour faciliter l'atteinte des ODD, le financement des secteurs sociaux a été priorisé. Ainsi, la part de l'ensemble des secteurs sociaux s'est établie à 38,66% en moyenne annuelle sur la période 2006-2010 avec un pic de 44,64% pour 2010(Ibid. 34). Les équilibres extérieurs sont restés fragiles en raison de l'instabilité de l'économie. Toutefois, du fait des efforts déployés pour la promotion des exportations, le déficit commercial est passé de 11,9% du PIB en 2000 à 5,8% en 2009(Ibid. 34). Selon les projections de croissance attendues de la mise en œuvre de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD), le taux de croissance du PIB passera de 8,5% en 2011 à 10,8% en 2015(Ibid. 34).

2.4 Situation sanitaire

2.4.1 Etat de santé de la population

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés. Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰ en 2006 (Ibid. 34).

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH d'une part, et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles d'autre part (Ibid. 34). Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, le VIH, le Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées (Ibid. 34). En outre, le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole,) (Ibid. 34). Des efforts importants de prévention par la vaccination sont faits.

La transition des maladies épidémiologiques non transmissibles vers les maladies non transmissibles (MNT) est en constante augmentation. Elles regroupent entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète,

la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route(Ibid. 34). Dans le domaine de la santé des groupes spécifiques, de nombreux programmes sont mis en œuvre au profit de la femme, de l'enfant, des adolescents et des jeunes ainsi que des personnes âgées. La santé des groupes vulnérables est influencée par les maladies transmissibles et non transmissibles et reste caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées. La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. Le RGPH 2006 indique un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰, un taux de mortalité infantile de 91,7 pour mille naissances et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour mille naissances vivantes(34). Le ratio de mortalité maternelle est de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes (Il était de 484 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS 1998) (Ibid. 34). La mortalité intra hospitalière des mères est passée de 257 pour 100 000 parturientes en 2004, 212 pour 100 000 parturientes en 2007, à 120 pour 100 000 en 2011(Annuaire statistique Ministère de la santé 2011.) (Ibid. 34).

L'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960 à 57 ans en 2008, soit une augmentation de 20,3 ans et un taux de croissance de 55,7% (Ibid. 34).En dépit des résultats obtenus, de nombreux défis restent à relever, notamment au niveau du renforcement des capacités des programmes de lutte contre ces maladies et de l'amélioration des prestations de soins en faveur de ces groupes spécifiques.

CHAPITRE III: METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude

Notre étude est une étude transversale à visée descriptive et analytique. La méthodologie a consisté en l'appropriation et en l'exploitation de la base des données de l'EDS/BF-IV -2010. Nous avons analysé les dites données dans le but d'expliquer le type de relation qui existe entre nos variables.

3.2 Source de données

L'EDS/BF-IV-2010 est l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Burkina Faso en 2010 (EDS/BF-IV-2010). Il s'agissait de la 4^{ème} enquête nationale au Burkina Faso tenue en 2010. Notre étude exploite la base des données de l'EDS/BF-IV-2010.

3.3 Population d'étude

La population ciblée par notre étude est constituée des hommes et des femmes issues de la population générale de l'EDS/BF-IV-2010.

3.4 Méthodes d'échantillonnage

3.4.1 Echantillon

La taille totale de notre échantillon est de 24307 individus dont 7307 hommes et 17087 femmes issues de deux bases distinctes.

3.4.2 Echantillonnage

L'EDS/BF-IV-2010 a concerné la population qui réside dans les ménages ordinaires dans tout le pays. Un échantillon national d'environ 15000 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 13 domaines d'étude (constitués des 13 régions administratives) pour lesquels on dispose d'une estimation pour tous les indicateurs clés. C'est donc un échantillon aléatoire stratifié à deux degrés(35).

3.5 Variables utilisées dans l'étude

Les variables choisies pour cette étude sont en fonction des hypothèses avancées et du cadre conceptuel élaboré. Ainsi nous aurons la variable dépendante et les variables indépendantes.

3.5.1 Variable dépendante

Dans notre étude la variable dépendante est le tabagisme chez les hommes et chez les femmes dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Elle prend la valeur 1 si l'homme ou la femme consomme au moins le tabac de quelque manière que ce soit (tabac à priser, à chiquer, à fumer, à mâcher etc.) durant les deux dernières semaines précédant l'enquête et 0 si l'homme ou la femme ne consomme aucun produit de tabac au cours de la période de référence.

3.5.2 Variables indépendantes ou explicatives

Les variables explicatives sont constituées de facteurs sociodémographiques, environnementaux et socio-économiques.

⌘ Variables sociodémographiques

⇒ **Age** L'âge de l'individu est important dans la détermination des facteurs explicatifs de la consommation du tabac. Ainsi, l'âge des individus a été regroupé de la manière suivante, en âge révolu : moins de 18 ans et plus de 18ans.

⇒ **Niveau d'instruction** Cette variable a été recodée en trois modalités qui sont « sans niveau », « niveau primaire » et « niveau secondaire ou plus »

⌘ Variables environnementaux

Les variables retenues pour la présente étude sont : la région de résidence, le milieu de résidence et l'exposition aux medias

⇒ **La région de résidence** : Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions administratives et territoriales. Il sera question d'analyser chez les burkinabés la consommation du tabac dans les régions où ils résident : ce sont les régions : du Centre ,de la Boucle du Mouhoun, des Cascades, du Centre-Est, du Centre-Nord , du Centre-Ouest, du Centre-Sud , de l'Est ,des Hauts Bassins, du Nord ,du Plateau Central ,du Sahel et du Sud-Ouest...Les modalités de cette variable seront les 13 régions ci-dessus énumérées. .

⇒ **Le milieu de résidence** : C'est le lieu fixe où l'on demeure habituellement. Il s'agira de mesurer la consommation du tabac dans les milieux de résidence suivant les modalités indiquées : le milieu urbain et le milieu rural.

⇒ **l'exposition aux médias** : Il faut comprendre par ce concept l'ensemble des enquêtés qui écoutent la radio ou regardent la télévision ou lisent les journaux. La consommation du tabac sera analysée chez ces derniers qui, au cours des mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou lu dans un journal ou une revue, un message sur la consommation du tabac soit en bien ou en mal. Dans la présente étude les modalités retenues sont : exposé aux media et non exposé aux medias.

⌘ Variables socio-économiques

⇒ **Occupation** : cette variable a été mesurée par l'activité qu'occupe chaque individu. Elle comprend trois modalités qui sont : « sans occupation, agriculteurs, autre occupation ».

⇒ **Niveau de vie du ménage** : cette variable serait plus pertinente si elle était mesurée par le revenu du ménage. Mais l'information sur le revenu étant une question délicate, la possession d'un certain nombre de biens par le ménage a été utilisé pour la mesurer. Ainsi, les ménages ont été décomposés en niveau de vie : « pauvre », « moyen » et « riche »

3.6 Evaluation de la qualité des données

La qualité des données a été évaluée en calculant le taux de non réponse des variables de notre étude. Les variables ont été considérées comme collectées de manière satisfaisante lorsque le taux de non réponse est inférieur à 10%. Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau III : Taux de non réponse des variables de l'étude chez les hommes

Variab les	Réponses valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponse (en %)
Consommation de tabac	7307	00	00
Variab les sociodémographiques			
Age	7307	00	00
Sexe	7307	00	00
Niveau d'instruction	7307	01	0,0
Variab les facteurs environnementaux			
Milieu de résidence	7307	00	00
Région de résidence	7307	00	00
Exposition aux médias	7307	00	00
Variab les socioéconomiques			
Niveau de vie du ménage	7307	00	00
Situation professionnelle	7307	00	0,0

Source : EDS/BF-IV-2010

Ces résultats montrent que les données en présence sont de bonne qualité car les taux de non réponse sont tous inférieurs à 10%.

Tableau IV: Taux de non réponse des variables de l'étude chez les femmes

Variab les	Réponses valides	Valeurs manquante	Taux de non réponse (en %)
Consommation de tabac	17087	00	00
Variab les sociodémographiques			
Age	17087	00	00
Sexe	17087	00	00
Niveau d'instruction	17087	00	00
Variab les facteurs environnementaux			
Milieu de résidence	17087	00	00
Région de résidence	17087	00	00
Exposition aux médias	17087	00	00
Variab les socioéconomiques			
Niveau de vie du ménage	17087	00	00
Occupation	17087	00	00

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Ces résultats montrent que les données en présence sont relativement de bonne qualité car les taux de non réponse sont tous inférieurs à 10%.

3.7 Techniques et outils/instruments de collecte de données

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDS/BF-IV-2010: le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme(35).

Questionnaire Ménage : Il a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés(Ibid. 35).

Questionnaire Femme : Ce questionnaire a été utilisé pour collecter des informations sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans) (Ibid. 35).

Questionnaire Homme : Il s'agit également d'un questionnaire individuel structuré autour des caractéristiques sociodémographiques économiques et culturelles. Pendant l'enquête, des questions clés ont été posées aux hommes et aux femmes, concernant leur consommation du tabac au cours des deux dernières semaines précédentes de l'enquête. D'autres renseignements collectés permettaient de recueillir des informations sur des variables sociodémographiques environnementaux et socio-économiques de toutes les personnes vivantes dans les ménages retenus (Ibid. 35).

3.8 Déroulement de la collecte de données

L'EDS/BF-IV-2010 s'est déroulée en trois étapes principales : le dénombrement des ménages des zones échantillonnées (d'août à octobre 2009), le pré-test (janvier 2010) et l'enquête principale (mai 2010 à janvier 2011). Pour chacune de ces étapes, une formation a été dispensée aux enquêteurs(35).

3.9 Traitement et méthodes d'analyse

Nous avons utilisé deux types d'analyse dans cette étude : l'analyse bi variée et l'analyse multi variée. Ces analyses ont été faites avec le logiciel SPSS version 20. Nous avons analysé les données de l'EDS/BF-IV-2010 dans le but d'expliquer le type de relation qui existe entre les variables indépendantes (VI) constituées des facteurs sociodémographiques, environnementaux et socio-économiques, et la variable dépendante (VD) qu'est le tabagisme. Pour y parvenir nous avons effectué une étude transversale à visée descriptive. Cela nous a permis de mesurer cette relation de manière statistique et de garantir la validité de la mesure.

3.9.1 L'analyse bi variée

Dans cette analyse descriptive, il s'agissait d'apprécier les associations entre les variables indépendantes et la variable dépendante (consommation du tabac) utilisant le Khi-deux (χ^2). Le test de χ^2 permet d'accepter ou de rejeter l'hypothèse H0 « il n'y a pas de relation entre les deux variables dans la population dont est issu l'échantillon ».

3.9.2 L'analyse multi variée

Pour cette analyse, nous avons utilisé la régression logistique binaire compte tenu de la nature de nos variables. En effet, notre variable dépendante est une variable dichotomique et qualitative ainsi que la plupart des variables explicatives. C'est cette analyse qui nous a permis de mettre en évidence les facteurs prédictifs du tabagisme chez les hommes et chez les femmes au Burkina Faso.

3.10 Difficultés rencontrées

Elles se résument à la qualité de la connexion, à l'inaccessibilité à certains documents et articles de références.

3.11 Considérations déontologiques/éthiques

Elles ont été prises en compte par les autorités de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) du Burkina Faso avant l'enquête.

CHAPITRE IV: PRESENTATION DES RESULTATS

4.1 Résultats de l'analyse descriptive (bi variée) du tabagisme chez les hommes et femmes

Un seuil de significativité de 0,05 a été retenu pour confirmer ou infirmer nos hypothèses pour l'ensemble des analyses statistiques bi variées.

- Si $P < 0,05$, nous allons rejeter l'hypothèse nulle (H_0) et conclure qu'il existe une différence significative entre les variables étudiées et le tabagisme.
- Si $P > 0,05$, nous allons accepter l'hypothèse nulle (H_0) et conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les variables étudiées et le tabagisme.
- Au cours de nos analyses nous allons préciser le seuil significatif à travers les symboles suivants : (Seuil de signification : **=5% ; ***=1% ; Ns= significatif).

4.1.1 Prévalence de la consommation du tabac

Le tableau ci-après indique la prévalence de la consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes au Burkina Faso.

Tableau V: Prévalence de la consommation du tabac chez les hommes et chez les femmes au Burkina Faso

consomme tabac	consommation du tabac		Femmes	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
	5572	76	16414	96
	1735	24	673	04
	7307	100	17087	100

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Les données indiquent que la prévalence du tabagisme au Burkina en 2010 était de 24% [23,1-25] chez les hommes contre 4% [3,7-4,2] chez les femmes.

4.1.2 Tabagisme et facteurs sociodémographiques

4.1.2.1 Tabagisme chez les hommes et femmes selon le niveau d'instruction

Le tableau ci-dessous indique que la prévalence du tabagisme chez les hommes sans niveau d'instruction est de 26% [24,7-27,3]. Elle est de 23,3% [21,1-25,5] Chez les hommes de niveau primaire et enfin de 16,7% [14,7-18,7] chez les hommes dont le niveau d'instruction est secondaire ou plus.

Chez les femmes, cette prévalence se répartit comme suit : les femmes sans niveau d'instruction = 5,2% [4,8-5,6]. Les femmes de niveau primaire = 0,6% [0,3-0,9] puis celles ayant le niveau secondaire ou plus = 0,1% [0,1-0,2].

Tableau VI : consommation du tabac chez les hommes et chez les femmes selon le niveau d'instruction.

Variables	Modalités	Hommes						Femmes						
		<i>consomme tabac</i>						<i>consomme tabac</i>						Total
		OUI			NON			OUI			NON			
		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectif	%			%	IC à 95 %				
Niveau d'instruction	Sans instruction	1173	26,0	[24,7-27,3]	3333	74,0	4506	654	5,2	[4,8-5,6]	11979	4,8	12633	
	Primaire	333	23,3	[21,1-25,5]	1095	76,7	1428	15	0,6	[0,3-0,9]	2314	9,4	2329	
	Secondaire plus	229	16,7	[14,7-18,7]	1143	83,3	1372	03	0,1	[0,1-0,2]	2113	99,9	2116	

Hommes : Khi-deux de Pearson = 50,859^a ; ddl=2 ; P=0,000<0,05 ; **Femmes** : Khi-deux de Pearson=198,819^a ; ddl=2 ; P=0,000<0,05 ;

4.1.2.2 Tabagisme chez les hommes et femmes selon l'âge

Selon le tableau VII ,la prévalence du tabagisme chez les hommes de 18ans et plus est de 27,4% [26,3-28,5] contre 5,1 [4,8-5,3] chez les moins de 18ans. Chez les femmes âgées de 18ans et plus, cette prévalence est de 04,6% [4,3-5,0] contre 0,2% [0,1-0,3]) chez les moins de 18ans. Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique bi variée du tabagisme chez les hommes et femmes selon l'âge indique que P=0,000<0,05.

Tableau VII : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon l'Age.

Variables	Modalités	Hommes						Femmes						
		<i>consomme tabac</i>						<i>consomme tabac</i>						Total
		OUI			NON			OUI			NON			
		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectif	%			%	IC à 95 %				
	inf.18ans	61	5,1	[4,8-5,3]	1131	94,9	192	6	0,2	[0,1-0,3]	2684			
	sup.18 ans	1674	27,4	[26,3-28,5]	4441	72,6	5115	667	4,6	[4,3-5,0]	13730			

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Hommes : Khi-deux de Pearson =272,940^a ; ddl = 1 ; P=0,000<0,05 ; **Femmes** : Khi-deux de Pearson=116,496^a ; ddl=1 ; P=0,000<0,05 ;

4.1.3 Tabagisme et facteurs environnementaux

4.1.3.1 Tabagisme chez les hommes et femmes selon la région de résidence

La prévalence du tabagisme chez les hommes est de 34,5% [30,4-38,5] dans la région du sahel, 32,6% [28,8-36,3] dans la region de l'Est et de 30,1% [24,9-35,2] dans la region du Sud-Ouest. Dans les régions du Centre et des Hauts bassins (importantes en termes de population) la prévalence du tabagisme est respectivement de 22,7% [20,3-25] et 21,6% [18,7-24,4]

Chez les femmes cette prévalence est de 13,8% [12,1-15,6] dans la région de l'Est, 08,2% [6,1-10,2] dans la region du Sud-Ouest et de 06,8% [5,4-8,2] dans la region du. Centre Nord. Dans les régions du Centre et des Hauts bassins la prévalence du tabagisme est respectivement de 1,4% [0,9-1,8] et 1,5 % [0,5-2,4].

Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique bi variée du tabagisme chez les hommes et femmes selon la région de résidence indique que $P=0,000 < 0,05$.

Tableau VIII :: consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon la Région de résidence.

Variables	Modalités	Hommes						Femmes						Total
		consomme tabac						nme tabac						
		OUI			NON			OUI			NON			
		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectif	%			IC à 95 %					
on de résidence	Boucle de M.	159	18,0	[17,9-18,1]	723	82,0	882	46	2,6	[1,8-3,3]	1720	97,4	1766	
	Cascades	48	16,7	[12,5-21,4]	239	83,3	287	10	1,5	[0,5-2,4]	640	98,5	650	
	Centre	275	22,7	[20,3-25]	936	77,3	211	36	1,4	[0,9-1,8]	2520	98,6	2556	
	Centre-Est	101	22,1	[18,2-25,9]	356	77,9	457	21	1,7	[0,9-2,4]	1230	98,3	1251	
	Centre-Nord	117	25,5	[21,4-29,5]	341	74,5	458	81	6,8	[5,4-8,2]	1115	93,2	1196	
	Centre-Ouest	131	25,0	[21,2-28,7]	393	75,0	524	73	5,5	[4,3-6,7]	1261	94,5	1334	
	Centre-Sud	81	23,0	[18,5-27,4]	271	77,0	352	52	6,6	[4,9-8,3]	736	93,4	788	
	Est	201	32,6	[28,8-36,3]	416	67,4	617	203	13,8	[12-15,6]	1267	86,2	1470	
	Hauts Basins	184	21,6	[18,7-24,4]	669	78,4	853	30	1,5	[0,5-2,4]	2006	98,5	2036	
	Nord	92	20,5	[16,6-24,3]	357	79,5	449	15	1,2	[0,5-1,8]	1190	98,5	1205	
	Plateau Central	57	16,8	[12,7-20,8]	282	83,2	339	48	5,9	[5,1-6,7]	764	94,1	812	
	Sahel	193	34,5	[30,4-38,5]	367	65,5	560	0	0,0	[0,0-0,0]	1295	100,	1295	
Sud-Ouest	96	30,1	[24,9-35,2]	223	69,9	319	60	8,2	[6,1-10,2]	671	91,8	731		

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Hommes : Khi-deux de Pearson =109,598^a; ddl =12 ; P=0,000<0,05 ; / **Femmes :** Khi-deux de Pearson =656,028^a ; ddl =12 ; P=0,000<0,05,

4.1.3.2 Tabagisme chez les hommes et femmes selon le milieu de résidence

La prévalence du tabagisme chez les hommes selon le tableau IX est de 24,2% [23,7-24,8]) en milieu rural et de 22,7% [20,9-24,5]) en milieu urbain. Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique bi variée du tabagisme chez les hommes selon le milieu de résidence indique que P=0,188 >0,05.

La prévalence du tabagisme chez les femmes est de 05,1% [4,7-5,55] en milieu rural et de 0,9 % [0,6-1,2] en milieu urbain. Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique bi variée du tabagisme chez les femmes selon milieu de résidence indique que P=0,000<0,05.

Tableau IX : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon le Milieu de résidence.

Variables	Modalités	Hommes						Femmes						
		<i>consomme tabac</i>						<i>consomme tabac</i>						Total
		OUI			NON			OUI			NON			
		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectif	%			%	IC à 95 %				
Milieu résidence	Urbain	480	22,7	[20,9-24,5]	1633	77,3	2113	43	0,9	[0,6-1,2]	4581	99,1	4624	
	Rural	1255	24,2	[23,7-24,7]	3939	75,8	5194	630	5,1	[4,7-5,5]	11833	94,9	12463	

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Hommes : Khi-deux de Pearson =1,734^a; ddl = 1 ; P=0,188 >0,05 ; / **Femmes :** Khi-deux de Pearson=151,681^a ; ddl= 1 ; P=0,000<0,05 ;

4.1.3.3 Tabagisme chez les hommes et femmes selon l'exposition aux médias des hommes et femmes

Le tableau X fait observer que la prévalence du tabagisme chez les hommes non exposés aux medias est de 24,5% [23,4-25,6] et de 19,4% [17,0-21,8] chez les hommes exposés aux medias .

Chez les femmes elle varie de 04,8% [4,2-5,4] chez celles exposées aux medias à 03,6% [3,2-3,9] chez les femmes non exposées. Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique bi variée du tabagisme chez les hommes et femmes selon l'exposition aux medias indique que P=0,000<0,05.

Tableau X : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon l'Exposition aux Médias.

Variables	Modalités	Hommes					Femmes						
		consomme tabac					Total	consomme tabac					Total
		OUI			NON			OUI			NON		
		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectif	%		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectifs	%	
Exposition aux Médias	exposé	202	19,4	[17,0-21,8]	839	80,6	1041	240	4,8	[4,2-5,4]	4719	95,2	4959
	Non exposé	1533	24,5	[23,4-25,6]	4733	75,5	6266	432	3,6	[3,2-3,9]	11696	96,4	12128

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Hommes : Khi-deux de Pearson = 12,628^a ; ddl = 2 ; P=0,000<0,05 ; **Femmes :** Khi-deux de Pearson=15,208^a ; ddl=1 ; P=0,000<0,05 ;

4.1.4 Tabagisme et facteurs socioéconomiques

4.1.4.1 Tabagisme chez les hommes et femmes selon l'occupation

Le tableau XI ci-dessous indique que la prévalence du tabagisme chez les hommes ayant autre occupation est de 25,5% [25,1-26,8]. Elle est de 23,8% [22,7-25,2] chez les agriculteurs et de 10,3% [6,7-13,2] chez les hommes sans occupation.

Chez les femmes cette prévalence est de 5,9 % [5,3-6,4] chez les agricultrices, 03% [2,5-3,4] chez les femmes ayant autre occupation, et de 1,3 [0,9-1,6] chez les femmes sans occupation. Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique bi variée du tabagisme chez les hommes et femmes selon l'occupation indique que P=0,000<0,05.

Tableau XI : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon l'occupation.

Variables	Modalités	Hommes					Femmes						
		consomme tabac					Total	consomme tabac					Total
		OUI			NON			OUI			NON		
		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectif	%		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectifs	%	
occupation	Sans occupation	34	10,3	[6,7-13,2]	297	89,7	331	46	1,3	[0,9-1,6]	3511	98,7	3557
	Agriculteurs	1084	23,8	[22,7-25,2]	3470	76,2	4554	456	5,9	[5,3-6,4]	7297	94,1	7753
	Autre occupation	617	25,5	[25,1-26,8]	1805	74,5	2422	171	3,0	[2,5-3,4]	5606	97,0	5777

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Hommes : Khi-deux de Pearson =37,195^a ; ddl = 3 ; P=0,000<0,05 ; **Femmes** : Khi-deux de Pearson=157,772^a ; ddl= 3; P=0,000<0,05 ;

4.1.4.2 Tabagisme chez les hommes et femmes selon le niveau de vie du ménage

Les hommes issus du niveau de vie du ménage pauvre ont une prévalence de tabagisme de 27,6 % [26,2-29,7]). Ceux ayant un niveau de vie du ménage riche et moyen ont respectivement 21,8% [20,5-23,4] et 21,0% [18,7-23,2].

La prévalence du tabagisme chez les femmes issues du niveau de vie du ménage pauvre est de 06,8% [6,1-7,4]. Celles du niveau de vie du ménage moyen et riche ont respectivement une prévalence de 04% [3,3-4,6]) et 1,6 % [1,5-1,7].

Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique bi variée du tabagisme chez les hommes et femmes selon le niveau de vie du ménage indique que P=0,000<0,05.

Tableau XII : consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon le niveau de vie du ménage

Variables	Localités	Hommes						Femmes					
		consomme tabac					Total	nme tabac					Total
		OUI			NON			OUI			NON		
		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectif	%		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectifs	%	
Niveau de du ménage	Pauvre	733	27,6	[26,2-29,7]	1923	72,4	2656	423	6,8	[6,1-7,4]	5762	93,2	6185
	Moyen	281	21,0	[18,7-23,2]	1060	79,0	1341	130	4,0	[3,3-4,6]	3121	96,0	3251
	Riche	720	21,8	[20,5-23,4]	2589	78,2	3309	120	1,6	[1,5-1,7]	7531	98,4	7651

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Hommes : Khi-deux de Pearson =34,762^a ; ddl = 3 ; P=0,000<0,05 ; **Femmes** : Khi-deux de Pearson=251,162^a ; ddl= 3; P=0,000<0,05 ;

4.1.5 Vérification des hypothèses selon les résultats de l'analyse bi variée

Les résultats de l'analyse bi variée montrent que les variations du tabagisme au Burkina sont fonction des variables explicatives retenues dans notre étude. On en retient que la prévalence du tabagisme au Burkina chez les hommes est de 24% contre 4% chez les femmes.

Son évolution chez les hommes en fonction des facteurs sociodémographiques, environnementaux et socioéconomiques accuse une significativité statistique pour le niveau d'instruction, l'âge, la région de résidence, l'exposition aux médias, l'occupation et le niveau de vie du ménage au seuil de 1% (Test du Khi-deux: $P=0,000 < 0,05$). Par contre le milieu de résidence, n'est pas associé au tabagisme chez les hommes au Burkina (Test du Khi-deux : $P=0,188 > 0,05$).

Contrairement chez les hommes, toutes nos variables explicatives accusent une significativité statistique chez les femmes.

4.2 Résultats de l'analyse multi variée du tabagisme chez les hommes

A la suite de l'analyse bi variée ayant permis de mettre en évidence l'association entre les variables explicatives prises isolément et notre variable dépendante, nous avons procédé par la suite à une analyse multi variée. Celle-ci nous a permis de faire ressortir l'association de chaque variable explicative avec la variable dépendante en présence de l'ensemble des variables retenues dans l'étude et de faire ressortir les facteurs explicatifs du tabagisme chez les hommes et chez les femmes au Burkina. Les résultats du modèle final (M3) feront l'objet de notre analyse.

Tableau XIII : Odd Ratio des effets bruts et nets des variables indépendantes sur le tabagisme chez les hommes au Burkina

Variables/Modalités	M1	M2	M3
	Or Ajusté	Or Ajusté	Or Ajusté
R2 ajusté	0,102		
Facteurs sociodémographiques			
Niveau d'instruction			
Sans instruction	Réf.		
Primaire	0,971	1,021	1,008
Secondaire ou plus	0,660***	0,661***	0,666***
Age			
Inf.18ans			
Sup.18 ans	6,718***	6,732***	6,607***
Facteurs environnementaux			
Région de résidence			
Boucle du Mouhoun	Réf.		
Cascades		0,891	0,897
Centre		1,389**	1,342**
Centre-Est		1,346**	1,346**
Centre-Nord		1,534**	1,495**
Centre-Ouest		1,660***	1,601***
Centre-Sud		1,407**	1,368**
Est		2,293***	2,136***
Hauts Basins		1,231	1,236
Nord		1,232	1,174
Plateau Central		0,968	0,958
Sahel		2,392**	2,074***
Sud-Ouest		2,090**	1,895***
Milieu de résidence			
Urbain		Réf.	
Rural		0,913	0,951
Exposition aux médias			
Non exposé		Réf.	
Exposé		1,143	1,148
Facteurs socioéconomiques			
Occupation			

Sans occupation			
Agriculteurs			1,274
Autre occupation			1,695***
Niveau de vie du ménage			
pauvre	Réf.		
Moyen			0,770***
Riche			0,773***
Sig khi2 du modèle	0.000	0.000	0.000
Réf= modalité de référence. Ns= non significatif. Seuil de signification : *=10% ; **=5% ; ***=1%			

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Nous identifierons les facteurs explicatifs à partir du tableau XIII, C'est le modèle M3 qui nous permettra d'atteindre cet objectif. Dans ce modèle les facteurs explicatifs retenus seront les variables significatives au seuil de 5% (la présence au moins du signe «**» sur au moins une modalité de la variable). Ainsi les facteurs explicatifs du tabagisme chez les hommes au Burkina sont : le niveau d'instruction, l'âge, la région de résidence, l'occupation et le niveau de vie du ménage.

Les variables qui n'expliquent pas le tabagisme chez les hommes sont : le milieu de résidence et l'exposition aux médias.

4.2.1 Les facteurs sociodémographiques

L'examen du tableau XIII fait observer que les variables âge et le niveau d'instruction ont une relation statistiquement significative avec la consommation de tabac chez les hommes. En effet, les hommes de plus de 18ans sont 6 fois plus exposés au tabagisme que ceux âgés de moins de 18 ans. Les hommes de niveau secondaire ou plus sont 33 % moins exposés au tabagisme que ceux sans instruction. De ce fait on peut déduire que les facteurs sociodémographiques sont un facteur déterminant du tabagisme chez les hommes au Burkina.

4.2.2 Les facteurs environnementaux

L'analyse des résultats du tableau XIII indique que la région de résidence est significativement associée au tabagisme chez les hommes au Burkina. L'analyse de cette association précise les détails suivants :

Les hommes résidants dans les régions de l'Est et du Sahel sont 2 fois plus exposés au tabagisme que ceux résidant dans la région de la boucle du Mouhoun. Les hommes résidants dans les régions de centre-Ouest et du Sud-Ouest sont respectivement 60 et 90% plus exposés au tabagisme que ceux qui résident dans la région de la boucle du Mouhoun. Enfin les hommes résidants dans les régions du Centre-Nord ,du Centre-Sud ,du Centre-Est , et du Centre, sont respectivement 50 , 37, 35 et 34% plus exposés au tabagisme que ceux qui résident dans la région de la boucle du Mouhoun. Par contre il n'y pas de lien significatif entre le milieu de résidence

($P=0,604 > 0,05$) et le tabagisme d'une part et l'exposition aux médias ($P=0,127 > 0,05$) et le tabagisme d'autre part chez les hommes. Nous pouvons conclure que les facteurs environnementaux en occurrence la région de résidence est un déterminant du tabagisme chez les hommes.

4.2.3 Les facteurs socioéconomiques

Les résultats du tableau XIII indiquent que les facteurs socioéconomiques dans le modèle de régression précisément les variables occupation et le niveau de vie du ménage sont significatifs. Les hommes ayant autres occupations sont 69 % plus exposés au tabagisme que les hommes sans occupation. Quant aux enquêtés de niveau de ménage moyen et riche, ils sont 23 % moins exposés au tabagisme que les hommes de ménage pauvres. Par contre il n'existe pas de lien significatif entre le tabagisme et le fait d'être agriculteurs au Burkina ($P=0,254 > 0,05$). De ce qui précède nous pouvons conclure que les facteurs socioéconomiques (l'occupation, niveau de vie de ménage) expliquent la consommation de tabac chez les hommes au Burkina.

4.3 Résultats de l'analyse multi variée du tabagisme chez les femmes

Cette analyse a été faite conformément à l'analyse multi variée du tabagisme chez les hommes. Ainsi nous avons opté également pour un modèle pas à pas qui nous a fait observer la progression de l'association des variables. Les résultats du modèle final (M3) ont été retenus pour notre analyse.

Tableau XIV : Odd Ratio des effets bruts et nets des variables indépendantes sur le tabagisme chez les femmes au Burkina

Variables/Modalités	M1	M2	M3
	Or Ajusté	Or Ajusté	Or Ajusté
R2 ajusté	0,204		
Facteurs sociodémographiques			
Niveau d'instruction			
Sans instruction	Réf.		
Primaire	0,142***	0,208	0,228***
Secondaire ou plus	0,036***	0,068	0,081***
Age			
Inf. 18ans	Réf.		
Sup. 18 ans	16,381***	16,678***	16,519***
Sexe			
Masculin			
Facteurs environnementaux			
Région de résidence			
Boucle du Mouhoun	Réf.		
Cascades		,673	,684
Centre		1,961***	2,282***
Centre-Est		0,657	0,679
Centre-Nord		2,664***	2,346***
Centre-Ouest		2,402***	2,116***

Centre-Sud		2,935***	2,676***
Est		5,742***	4,604***
Hauts Basins		0,821	0,773
Nord		0,487**	0,457
Plateau Central		2,474***	2,285***
Sahel		0,000	0,000
Sud-Ouest		3,461***	2,838***

	M1	M2	M3
Facteurs environnementaux (suite et fin)			
Milieu de résidence			
Urbain		Réf.	
Rural		2,536	1,701***
Exposition aux médias			
Non exposé		Réf.	
Exposé		0,863	0,908
Facteurs socioéconomiques			
Occupation			
Sans occupation	Réf.		
Agriculteurs			1,583***
Autre occupation			1,288
Niveau de vie du ménage			
pauvre	Réf.		
Moyen			0,646***
Riche			0,471***
Sig khi2 du modèle	0.000	0.000	0.000
Réf= modalité de référence. Ns= non significatif. Seuil de signification : *=10% ; **=5% ; ***=1%			

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Conformément à l'analyse du tabagisme chez les hommes à travers les données du tableau XIII nous avons identifiés les facteurs explicatifs à partir du tableau XIV .C'est le modèle M3 qui nous a permis d'atteindre cet objectif. Dans ce modèle les facteurs explicatifs retenus seront les variables significatives au seuil de 5% (la présence au moins deux signes «**» sur au moins une modalité de la variable). A partir du seuil de significativité retenu (0,05) on peut déduire à partir du tableau ci-dessus que les facteurs explicatifs du tabagisme chez les femmes au Burkina sont : le niveau d'instruction, l'âge, la région de résidence, le milieu de résidence, l'occupation et le niveau de vie du ménage ($P=0,000 < 0,05$).

L'exposition aux médias n'explique pas le tabagisme chez les femmes au Burkina ($P=0,271 > 0,05$).

4.3.1 Les facteurs sociodémographiques

De ces facteurs, on constate que les variables âge et le niveau d'instruction ont une relation statistiquement significative avec la consommation de tabac chez les femmes au Burkina. Cela est justifiée par le fait que :

Les femmes du niveau primaire, et du niveau secondaire ou plus sont respectivement 77, et 91% moins exposées au tabagisme que les femmes sans instruction.

Les femmes de plus de 18ans sont 17 fois plus exposées au tabagisme que celles âgées de moins de 18 ans. De ce qui précède on peut déduire que les facteurs sociodémographiques constituent un facteur déterminant dans la consommation de tabac chez les femmes au Burkina.

4.3.2 Les facteurs environnementaux

A travers les résultats du tableau XIV le milieu de résidence et la région de résidence sont associés significativement à la consommation de tabac chez les femmes au Burkina contrairement chez les hommes où seule la région de résidence avait un lien significatif. En effet les femmes des régions de l'Est, du Sud-Ouest, du Centre-Sud, du Centre, du Centre Nord et du Centre Ouest sont respectivement 4,3 et 2 fois plus exposées au tabagisme que celles qui résident dans la région de la boucle du Mouhoun.

Pour ce qui est du milieu de résidence on remarque que les femmes résidentes en milieu rural sont 70% plus exposées au tabagisme que celles qui résident en milieu urbain.

De ce qui précède nous pouvons déduire que les facteurs environnementaux sont des déterminants dans la consommation de tabac chez les femmes au Burkina.

4.3.3 Les facteurs socioéconomiques

Selon les observations du tableau XIV on peut affirmer que les facteurs socioéconomiques sont statistiquement significatifs à la consommation de tabac chez les femmes. Contrairement chez les hommes, il existe un lien statistiquement significatif entre la consommation de tabac chez les femmes et le fait d'être agricultrices au Burkina. Les agricultrices burkinabés sont 58 % plus exposées au tabagisme que les femmes sans occupation.

Dans le même temps, les femmes dont le niveau de ménage est moyen et riche sont respectivement 65 et 47% moins exposées au tabagisme que les femmes de ménage pauvre . De ce qui précède nous pouvons dire que les facteurs socioéconomiques (l'occupation, le niveau de vie du ménage) sont un déterminant du tabagisme féminin au Burkina.

En rappel pour confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons prévu recourir à l'analyse multivariée. C'est cette analyse qui nous permis de mettre en évidence les facteurs prédictifs du tabagisme chez les hommes et chez les femmes au Burkina.

CHAPITRE V: DISCUSSION DES RESULTATS

5.1 Limite de l'étude

L'ancienneté de la base (EDSBF-MICS IV-2010) constitue la principale limite de notre étude. En effet ces données semblent être révolues au regard de l'évolution des caractéristiques sociodémographiques, environnementales et socio-économiques du Burkina.

5.2 Discussion par point

5.2.1 Discussion par point de la consommation de tabac chez les hommes

5.2.1.1 Les facteurs sociodémographiques

⊗ **Le niveau d'instruction** : la prévalence du tabagisme chez des hommes sans niveau d'instruction, de niveau primaire puis du niveau secondaire ou plus est respectivement de 26%, 23,3% et 16,7%. Pour ce qui est de l'analyse multivariée nous avons trouvé que les hommes de niveau secondaire ou plus étaient 33 % moins exposés au tabagisme que ceux sans instruction. De ce qui précède, on peut affirmer que le niveau d'instruction chez les hommes au Burkina est significativement associé au tabagisme. Ces résultats sont comparables aux conclusions des travaux de A.DAGO qui avait trouvé que la consommation de tabac était significativement associée au niveau d'instruction de l'individu. En effet, poursuit cette étude, les proportions parmi les jeunes sans niveau d'instruction, de niveau primaire, secondaire et supérieur qui consommaient le tabac étaient respectivement de 17,6%; 18,8%; 11% et 13,4%. (20). Ces analyses sont renforcées par les résultats de l'enquête STEPS Togo qui faisaient observer que la consommation de tabac diminuait significativement avec le niveau d'instruction ($p < 10^{-8}$) (27). Nous pensons que dans notre contexte ces résultats attestent la réalité en ce sens que ceux qui sont instruits ont accès à un certain nombre d'informations sur les conséquences du tabagisme et sont plus prédisposés à ne pas consommer le tabac ou à arrêter de le consommer. Ce qui n'est pas évident chez les hommes sans instruction méconnaissant les conséquences à long terme du tabac sur la santé. Vu dans ce sens nous pouvons aboutir à de telles conclusions.

⊗ **L'âge** : La prévalence du tabac chez les plus de 18 ans était de 27,4% contre 5,1%. En analyse multivariée, au seuil de 1% ($P=0,000 < 0,05$), les hommes de plus de 18 ans sont 6 fois exposés au tabagisme que ceux âgés qui sont âgés de moins de 18 ans. De ce fait on peut conclure que l'âge des hommes au Burkina est significativement associé au tabagisme. Ces résultats sont similaires aux résultats d'enquête STEPS 2013 du Burkina Faso (14) qui avait trouvé que la prévalence du tabagisme chez les hommes au Burkina Faso pour les tranches d'âge de 25 à 64 ans était de 29,2% [26,4-32,0]. Une explication pourrait venir du fait que les individus de cette tranche d'âge sont majeurs donc assez autonomes pour se procurer du tabac et fumer régulièrement. Les jeunes de moins de 18 ans contrairement aux adultes sont non seulement protégés par la loi (confère articles

n°23-24-34 de la Loi N° 040 - 2010 /AN du 25 Novembre 2011, portant lutte contre le tabac au Burkina Faso. / voir annexe n°5) mais aussi disposent moins de ressources financières pour se procurer le tabac et sont soumis au contrôle parental. Cet argument précédent peut être corroboré par une légère régression de la prévalence du tabagisme chez les jeunes de moins de 18 ans par les résultats de l'enquête GYTS 2009, réalisée dans les écoles de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso qui indiquaient que 16,8 % des élèves de Ouagadougou âgés de 13 à 15 ans consommaient un produit de tabac au moment de l'enquête contre 20% pour ceux de Bobo (36). En plus de l'interdiction des parents de l'accès du tabac aux moins de 18 ans, la législation burkinabè interdit la vente de produits du tabac aux mineurs, restreint l'accès des mineurs au tabac et interdit de fumer dans les écoles et les autres lieux fréquentés par les jeunes. Si ces mesures drastiques (qui doivent être évaluées) ont le potentiel de limiter l'accès de cette tranche d'âge au tabagisme, ce qui n'est pas le cas chez les plus de 18ans ou l'on a observé une prévalence assez nette (27,4%) pouvant expliquer ce lien.

5.2.1.2 Les facteurs environnementaux

La région de résidence : la prévalence du tabagisme chez les hommes est de 34,5% dans la région du sahel, 32,6% dans la region de l'Est et de 30 dans la region du Sud-Ouest.

Dans les régions du Centre et des Hauts bassins (importantes en termes de population) la prévalence du tabagisme est respectivement de 22,7% et 21,6%.

Selon l'analyse multivariée, les hommes résidants dans les régions de l'Est et du Sahel sont 2 fois exposés au tabagisme que ceux résidant dans la région de la boucle du Mouhoun. Les hommes résidants dans les régions de centre-Ouest et du Sud-Ouest sont respectivement 60 et 90% plus exposés au tabagisme que ceux qui résident dans la région de la boucle du Mouhoun. Enfin les hommes résidants dans les régions du Centre-Nord, du Centre-Sud, du Centre-Est, et du Centre, sont respectivement 50, 37, 35 et 34% plus exposés au tabagisme que ceux qui résident dans la région de la boucle du Mouhoun. De ce qui précède on peut dire que la région de résidence chez les hommes au Burkina est significativement associée au tabagisme au seuil de 1% ($P=0,000<0,05$).

Tout comme notre étude, celle de A.DAGO avait trouvé que la région de résidence était un facteur explicatif du tabagisme (20). Cette étude avait également relevé cette variation différentielle en indiquant que la proportion de la consommation du tabac par les jeunes était 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%) (20). Pour nous, cette variation dans la consommation au niveau régional pourrait s'expliquer par la différence en termes de contextes socioculturels, environnementaux, sociodémographiques et socioéconomiques. Par exemple , selon le rapport EDS 2010 les proportions d'hommes sans instruction les plus élevées au Burkina (35) étaient observées dans les

régions du Sahel (86 %) et du Centre-Nord (79 %). Or nos résultats indiquent également que les hommes de niveau secondaire ou plus sont 33 % moins exposés au tabagisme au même seuil de 1% de consommer le tabac que ceux sans instruction. De ce fait on pourrait par exemple expliquer la prévalence élevée de la consommation de tabac dans les régions du Sahel (34,5%) et du Centre Nord (23%) par le fait qu'on y dénombre plus d'hommes sans instruction étant entendu que le niveau d'instruction a une influence statistiquement significative sur la consommation de tabac. D'autres raisons et non les moindres pourraient justifier cette fluctuation. On peut citer entre autres la religion, l'ethnie, la proximité avec d'autres régions frontalières, la proximité entre régions (sahel et l'Est), la prolifération de sites d'orpaillages etc. A ce propos A. DAGO dans son étude sur la consommation du tabac en Afrique, avait trouvé que l'ethnie, la religion, étaient des facteurs qui influencent réellement la consommation du tabac en Côte d'Ivoire avec un pouvoir explicatif respectivement de 03,97% et de 05,82%. Mieux, la religion était le 2^{ème} facteur explicatif de la consommation du tabac par les jeunes en Côte d'Ivoire après l'âge suivi de la région le niveau d'instruction, la taille du ménage et de l'ethnie (6). Au regard des arguments développés, nous adhérons à la conclusion de nos travaux.

⌘ **Le milieu de résidence** : la prévalence du tabagisme était plus élevée chez les hommes vivant en milieu rural (24,2%) que ceux vivant en milieu urbain (22,7%). Le Test du Khi-deux à l'analyse statistique multivariée du tabagisme chez les hommes selon le milieu de résidence indique que $P=0,604 > 0,05$. En conclusion le milieu de résidence des hommes au Burkina n'est pas significativement associé au tabagisme ($P=0,604 > 0,05$). Ces résultats tranchent avec ceux révélés par l'enquête STEPS Togo qui avaient indiqué que la prévalence de la consommation du tabac était significativement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain ($p < 10^{-8}$) (27). Ces dissemblances urbaines /rurales pourraient s'expliquer par le fait que ces milieux ne consomment pas exactement les mêmes types de produits du tabac. Le tabac à chiquer est beaucoup plus prisé en milieu rural contrairement au tabac à fumer qui est plus envié en milieu urbain. A cela s'ajoute une probable disparité en termes d'application de mesures réglementaires visant à réduire la consommation du Tabac dans les deux milieux de résidence car la plupart des résidents méconnaissent la loi antitabac du fait que bon nombre d'entre eux ne sont pas instruits. Il y a également le fait que le milieu rural ne soit pas bien couvert par les forces de sécurité. Cependant nous admettons que pour notre étude ces résultats pourraient être liés à notre cadre d'étude et que les résultats pourraient être différents dans d'autres contextes

⌘ **L'exposition aux médias** : la prévalence du tabagisme était plus élevée chez les hommes non exposés aux médias (24,5% [23,4-25,6]) ($P=0,000 < 0,05$) que ceux qui sont exposés (19,4% [17,0-21,8]) ($P=0,000 < 0,05$). De cette analyse, l'exposition aux médias des hommes est significativement

associée au tabagisme. En se rapportant aux résultats de l'analyse multivariée, le Test du Khi-deux à l'analyse statistique multivariée indique que $P=0,127>0,05$. On peut donc déduire que l'exposition aux médias des hommes au Burkina n'est pas significativement au tabagisme associé ($P=0,127>0,05$). Ces résultats sont différents des résultats de KOUETA et Al dans son étude de 2009 portant sur les facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso) qui avait trouvé que 80,8 % des enquêtés avaient été entraînés dans le tabagisme par l'influence de la publicité. (16). Cette influence de la publicité sur le tabagisme avait été soutenue également par A.DAGO dans son étude sur la consommation du tabac en Afrique: où il était parvenu à la conclusion que la consommation du tabac par les jeunes était significativement associée à l'exposition à la télé (20). Pour nous cette différence pourrait s'expliquer par les différentes mesures visant à réduire la demande à travers la réglementation des informations sur les produits du tabac (Article 9, 10 de la Loi N° 040-2010/AN du 25 novembre 2010) et l'interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage du tabac (Article 13). Cela pourrait également s'expliquer par l'ajout de certaines variables dans l'étude (niveau de vie et l'occupation par exemple). Autre argument qui pourrait militer en faveur de cette différence, c'est le fait que notre concept « Exposés aux Médias » qui signifie qu'au cours des mois ayant précédé l'enquête tous ceux qui ont soit entendu à la radio, vus à la télévision ou lu dans un journal ou une revue, un message sur le tabagisme soit en bien ou en mal. Ce qui peut être différent du concept de « Publicité » en termes de contenu. Nous pensons que ces différents développements pourraient justifier les résultats de notre étude.

5.2.1.3 Les facteurs socioéconomiques

⊗ **L'occupation :** selon les résultats bi variés, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les hommes ayant autre occupation (25,5%; $P=0,000<0,05$) suivi des agriculteurs (23,8% ; $P=0,000<0,05$). Les résultats de l'analyse multivariée indiquent que les hommes ayant autres occupations sont 69 % exposés au tabagisme que les hommes sans occupation. Au regard des détails ci-dessus mentionnés, on peut affirmer que l'occupation des hommes au Burkina est significativement associée au tabagisme ($P=0,000<0,05$). Ces résultats sont comparables à une publication de Salque Jean-Louis (33) qui avait trouvé qu'en France 30 % des salariés exposés à un environnement de travail pénible fumaient. Pour ce dernier les contraintes physiques et la peur de perdre son emploi sont des facteurs aggravants le tabagisme. Cela a été également soutenu par les travaux menés par la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques) au sein du ministère du Travail Français entre 2006 et 2010 où il a également souligné la corrélation entre l'activité des salariés et leur consommation de tabac. Au vu des résultats obtenus nous sommes d'avis avec eux pour dire que les burkinabés qui sont concernés par d'autres

occupations (fonctionnaires, travailleurs du privé, du secteur informel etc.) sont aussi confrontés à un environnement de travail similaire et sont plus enclin à consommer le tabac. Cet état de fait est corroboré par le contenu des différentes plateformes revendicatives syndicales qui revendiquent pour la plupart des cas l'amélioration des conditions de travail.

Par contre l'occupation d'agriculteur avec une prévalence de consommation de tabac de 23,8% [22,7-25,2] ($P=0,254>0,05$) n'a pas d'incidence à l'analyse multivariée sur le tabagisme au Burkina. Nous pensons que cela peut s'expliquer par la stabilité de leur emploi d'une part et le faible revenu d'autre part dont la plupart sont susceptibles d'être victime. Oui du fait de la stabilité de leur occupation ils sont moins stressés par rapports à certains qui sont dans une psychose du fait qu'ils peuvent perdre leur emploi à tout moment. Si l'on considère que la peur de perdre son emploi est l'un des facteurs aggravants du tabagisme selon Salque Jean-Louis (33) à laquelle nos agriculteurs sont moins soustraites, l'on peut déduire qu'il n'y ait pas d'incidence entre l'occupation d'agriculteur et la consommation de tabac chez les hommes au Burkina.

⌘ **le niveau de vie du ménage :** les résultats de l'analyse bi variée indiquent que les hommes issus du niveau de vie du ménage pauvre, ont la plus grande prévalence du tabagisme soit 27,6 % [26,2-29,7] ; $P=0,000<0,05$). Les résultats de l'analyse multivariée indiquent que les hommes dont le niveau de ménage est moyen et riche sont 23 % moins exposés au tabagisme que les hommes de ménage pauvres au seuil de 1% ($P=0,000<0,05$). De ce fait on peut conclure le niveau de vie du ménage des hommes est significativement associé au tabagisme au seuil de 1% ($P=0,000<0,05$). Ces résultats sont analogues à ceux de l'extrait d'aide-mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale de 2011, sur le tabac et précarité qui avait trouvé que l'environnement familial des populations moins favorisées est bien moins favorable que celui des classes sociales élevées (Nguyen LH et al.) (28). Pour cette étude, il y a souvent un haut niveau de tabagisme dans les familles de classe sociale moins élevée (Rouquet R-M. Hard) (ibid. 28). Dans ces milieux, fumer semble être la norme (Rouquet R-M. Hard) et véhicule même une valeur positive (Lund KE, Lund M.) (ibid. 28). Or, l'influence du milieu est énorme dans les populations plus précarisées (Lund KE, Lund M.) (ibid. 28). Il y a dans ces milieux, un surinvestissement du groupe où se dissout le sujet : «on», «nous», plutôt que «je» (Bernstein B. Langage) (ibid. 28). Au regard des arguments développés, nous adhérons à cette conclusion pour dire que les mêmes raisons peuvent justifier le lien entre le niveau de vie du ménage et le tabagisme chez les hommes au Burkina.

5.2.2 Discussion par point de la consommation de tabac chez les femmes

5.2.2.1 Les facteurs sociodémographiques

⌘ **le niveau d'instruction:** la prévalence du tabagisme chez les femmes est plus élevée chez les femmes sans niveau d'instruction (5,2% $P=0,000<0,05$) que celles de niveau primaire (0,6%),

secondaire ou plus (0,1% $P=0,000<0,05$). Selon les données de l'analyse multivariée, les femmes du niveau primaire, secondaire ou plus sont respectivement 77, et 91% moins exposées au tabagisme que les femmes sans instruction au seuil de 1% ($P=0,000<0,05$). A la suite de ce développement on peut déduire que le niveau d'instruction des femmes au Burkina est significativement associé au tabagisme ($P=0,000<0,05$). Ce résultat est comparable à celui des hommes à la différence qu'il est en plus significatif avec le niveau primaire. Ces résultats sont comparables aux conclusions des travaux de A.DAGO(20) et aux résultats de l'enquête STEPS Togo (27) (confère discussion niveau d'instruction des hommes). Tout comme chez les hommes, les femmes sans instructions pourraient méconnaître les risques qu'elles encourent en s'adonnant au tabagisme étant entendu que la plupart des conséquences du tabagisme se trouvent dans les canaux habituels d'informations (littérature, radio, télé etc.). Cette considération les expose plus au tabagisme ce qui pourrait expliquer ce lien statistiquement significatif sous réserve d'autres considérations. Nous adhérons à cette conclusion d'autant plus que les capacités de compréhension augmentent au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente et par conséquent on est plus réceptif aux messages anti-tabac.

⊗ **L'âge :** La plus grande prévalence du tabagisme des femmes s'observe chez les 18ans et plus (04,6% $P=0,000<0,05$) contre 0,2% $P=0,000<0,05$) chez les moins de 18ans. En se référant aux résultats de l'analyse multivariée, les femmes de plus de 18ans sont 17 fois exposées au tabagisme que celles âgées de moins de 18 ans ($P=0,000<0,05$). On en déduit que l'âge des femmes au Burkina est significativement associé au tabagisme au seuil de 1% ($P=0,000<0,05$). Ce résultat avait été remarqué par une étude conduite en 2002 par R. FAKHFAKH et Col., sur le tabagisme en Tunisie qui indiquait que chez les femmes, la proportion de fumeuses était maximale chez les 35–54 ans. En revanche, la proportion de consommateurs exclusifs de tabac traditionnel augmentait avec l'âge dans les deux sexes, passant de 2,4 % chez les hommes de 25–34 ans à 20,4 % chez les plus de 55 ans, et de 0,1 % à 14,3 % chez les femmes pour ces mêmes classes d'âge (22). Ce résultat pourrait avoir les mêmes explications suivantes : Il est, courant d'observer les femmes consommer du tabac sous la forme de poudre à chiquer, notamment en milieu rural (37) .or ce type d'usage est le plus souvent constaté chez les vieilles femmes donc âgées de plus de 18 ans. On sait également qu'elles constituent en grande partie la cible consommatrice de tabac au Burkina étant entendu que le jugement porté sur les femmes qui fument le tabac sous forme de cigarette au Burkina Faso est le plus souvent péjoratif (ibid. 37). Une explication pourrait venir du fait que les individus de cette tranche d'âge sont majeurs donc assez autonomes pour se procurer du tabac et fumer régulièrement. Les jeunes de moins de 18 ans contrairement aux adultes sont non seulement protégés par la loi (confère articles n°23-24-34 de la Loi N° 040 - 2010 /AN du 25 Novembre 2011, portant lutte

contre le tabac au Burkina Faso. / voir annexe n°5) mais aussi disposent moins de ressources financières pour se procurer le tabac et sont soumis au contrôle parental la suite de cette analyse détaillée nous sommes d'avis avec nos résultats pour conclure que l'âge de la femme burkinabè a un lien statistiquement significatif avec la consommation de tabac.

5.2.2.2 Les facteurs environnementaux

⌘ **La région de résidence** : la prévalence du tabagisme chez les femmes au Burkina est plus élevée dans la région de l'Est (13,8%; $P=0,000<0,05$) suivit de la région du Sud-Ouest (08,2%; $P=0,000<0,05$) et du Centre Nord (06,8%; $P=0,000<0,05$). L'analyse multivariée de nos résultats indique que les femmes des régions de l'Est, du Sud-Ouest, du Centre-Sud, du Centre, Centre Nord et du Centre Ouest sont respectivement 4,3, et 2 fois plus exposées ($P=0,000<0,05$), que celles qui résident dans la région de la boucle du Mouhoun. Par conséquent on peut dire que la région de résidence chez les femmes au Burkina est significativement associée au tabagisme ($P=0,000<0,05$). Ce résultat similaire à celui des hommes et comparables aux résultats de A.DAGO qui avait indiqué que la région de résidence était un facteur explicatif du tabagisme (20). Toute chose étant égale par ailleurs nous estimons que les mêmes raisons chez les hommes pourraient expliquer l'influence de la région sur le tabagisme chez les femmes comme précédemment annoncées. Ces déterminants peuvent être la culture, l'ethnie, la religion, le niveau de vie du ménage, le niveau d'éducation, l'exposition aux médias, le degré d'application des textes de lutte antitabac, l'environnement géographique etc. Voici autant de motifs auxquels nous adhérons pour justifier la thèse selon laquelle la consommation du tabac chez la femme burkinabè est significativement associée à la région de résidence au tabagisme.

⌘ **Le milieu de résidence** : la prévalence du tabagisme chez les femmes est plus élevée en milieu rural (05,1% ; $P=0,000<0,05$) qu'en milieu urbain (0,9 % $P=0,000<0,05$). L'analyse multivariée de nos résultats indique ($P=0,000<0,05$) les femmes résidentes en milieu rural étaient 70% plus exposées au tabagisme que celles qui résident en milieu urbain. De ce qui précède on peut conclure que le milieu de résidence chez les femmes au Burkina est significativement associé au tabagisme ($P=0,000<0,05$). Ce bilan est proche des résultats de l'enquête STEPS Togo qui avait indiqué que la prévalence de la consommation du tabac était significativement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain ($p < 10^{-8}$) (27). Ce résultat pourrait se justifier par deux raisons principales : la première explication, c'est le fait que la consommation du tabac a chiqué est plus répandue en milieu rural. La seconde raison et non la moindre, c'est que la quasi-totalité des consommatrices du tabac (5,1% contre 0,9% en milieu urbain) se trouve également en milieu rural. Ces deux arguments sont susceptibles de justifier la corrélation entre le milieu de résidence et le

tabagisme chez les femmes au Burkina. Bien entendu d'autres raisons notamment socioculturelles, économiques, sociodémographiques peuvent être des déterminants majeurs de cette association.

5.2.2.3 Les facteurs socioéconomiques

L'occupation : La prévalence du tabagisme des consommatrices est plus élevée chez les agricultrices (5,9 % $P=0,000<0,05$) suivi des femmes ayant autre occupation (03%, $P=0,000<0,05$). Selon les résultats de l'analyse multivariée, les agricultrices sont 58 % plus exposées au tabagisme que les femmes sans occupation ($P=0,000<0,05$). Par conséquent on peut conclure que l'occupation des femmes au Burkina est significativement associée au tabagisme ($P=0,000<0,05$). Ce lien avait été retrouvé dans les résultats de la DARES qui avait révélé qu'un travail plus exigeant physiquement chez les femmes était associé à une consommation plus importante de tabac en France. Ses conclusions indiquaient qu'elles étaient 15 % à fumer davantage dans ces conditions contre 11% en moyenne pour l'ensemble des femmes.(33). Nous sommes d'avis avec ces détails pour dire que l'occupation d'agricultrice exige beaucoup plus d'efforts physique et par conséquent pourrait expliquer ce lien avec le tabagisme. Par ailleurs. Il est courant d'observer les femmes consommer du tabac sous la forme de poudre à chiquer, notamment en milieu rural (37). Quand on sait que la majeure partie de cette population féminine est agricultrice, on peut donc admettre ce résultat.

⌘ **Le niveau de vie du ménage :** les femmes issues du niveau de vie du ménage pauvre ont la plus grande prévalence de tabagisme, soit 06,8% ($P=0,000<0,05$), suivi des femmes du niveau de vie du ménage moyen 04% ($P=0,000<0,05$). L'analyse multivariée indique que les femmes du niveau de vie du ménage moyen et riche sont respectivement 65 et 47% moins exposées au tabagisme que les femmes de ménage pauvres ($P=0,000<0,05$). Donc le niveau de vie du ménage des femmes au Burkina est significativement associé au tabagisme ($P=0,000<0,05$). Ce résultat est similaire aux résultats d'une étude menée au Royaume-Uni en 1998 et faisait observer que la proportion de fumeurs dans le groupe socio-économique le plus élevé était à peine de 10% pour les femmes et 12% pour les hommes alors qu'elle était de 35% chez les femmes et 40% chez les hommes du groupe socio-économique le plus bas (United Kingdom Département of Health. Smoking Kills) (30). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des consommatrices de tabac au Burkina se trouve en milieu rural (5,1% contre 0,9% en milieu urbain). La plupart de cette cible vit dans des ménages défavorisés y compris celles du milieu urbain. Autres détails seraient le fait que l'environnement familial de ces femmes pourrait y contribuer. En effet, comme l'a indiqué Rouquet R-M. Hard, dans ces milieux, fumer semble être la norme et véhicule même une valeur positive (Lund KE, Lund M.) (ibid. 28). Or, l'influence du milieu est énorme dans les populations plus précarisées (Lund KE, Lund M.) (ibid. 28). Il y a dans ces milieux, un

surinvestissement du groupe où se dissout le sujet : «on», «nous», plutôt que «je» (Bernstein B. Langage) (ibid. 28). En plus de ces considérations, il y a le fait que la disponibilité du tabac peut être un élément catalyseur dans le tabagisme étant entendu que le tabac chiqué prisé dans ce milieu y est également produit. Au regard de ces arguments nous nous accordons avec ces auteurs pour affirmer que le niveau de vie du ménage a un lien statistiquement significatif dans la consommation du tabac chez la femme au Burkina.

5.3 Synthèse des résultats

Les résultats de notre étude sur les facteurs déterminant le tabagisme au Burkina Faso ont permis certes de mettre en évidence des forces, mais aussi insuffisances selon la synthèse suivante :

5.3.1 Points forts

5.3.1.1 Tabagisme chez les Hommes

- Les mineurs (moins de 18ans) consomment moins le tabac que les adultes (plus de 18 ans) ;
- les hommes plus instruits sont moins exposés au tabagisme ;
- il n'y pas de lien significatif entre la consommation de tabac et le milieu de résidence ;
- l'occupation d'agriculteur n'a pas d'incidence sur la consommation de tabac;
- Il n'y a pas de liens entre l'occupation d'agriculteur et la consommation de tabac au Burkina.

5.3.1.2 Tabagisme chez les femmes

- Plus le niveau de vie du ménage de la femme est élevé moins la femme consomme le tabac ;
- La prévalence du tabagisme féminin est quasi nulle dans la region du Sahel.

5.3.2 Point à améliorer

5.3.2.1 Tabagisme chez les Hommes

- les hommes moins instruits sont plus exposés au tabagisme ;
- la prévalence du tabagisme demeure élevée dans les régions du Sahel (34,5%) de l'Est (32,6%) du Sud-Ouest (30,1%), du Centre-Nord (25,5%) et du Centre-Ouest (25%);
- les hommes ayant autres occupations sont plus exposés au tabagisme ;
- les hommes de ménage pauvres sont plus exposés au tabagisme ;

5.3.2.2 Tabagisme chez les Femmes

- Les femmes sans instruites sont plus exposés au tabagisme ;
- Les agricultrices sont plus exposés au tabagisme ;
- Les femmes de ménage pauvres sont plus exposés au tabagisme ;

- la prévalence du tabagisme demeure élevée dans les régions de l'Est (13,8 %), du Sud-Ouest (08,2%); du Centre-Nord (06,8%), du Centre-Sud (06,6%), du Plateau Central (05,9%) et du Centre-Ouest (05,5%) ;
- Les femmes résidentes en milieu rural sont plus exposées au tabagisme que celles qui résident en milieu urbain.

5.4 Vérification des hypothèses

5.4.1 Vérification des hypothèses selon les résultats de l'analyse multivariée (résultats définitifs)

En introduisant les variables indépendantes pas à pas dans l'équation de régression logistique, cette analyse nous a permis d'avoir les effets nets et par ricochet les déterminants du tabagisme chez les hommes et chez les femmes au Burkina. Le modèle final (modèle M3) quant à lui, a servi à identifier les déterminants du tabagisme chez les hommes et femmes au Burkina. Les résultats y afférents montrent que les trois hypothèses retenues pour conduire cette étude, à partir des variables retenues sont confirmés par conséquent l'on peut affirmer que :

- ✓ Les facteurs sociodémographiques déterminent le tabagisme au Burkina-Faso ;
- ✓ les environnementaux favorisent la survenue le tabagisme au Burkina-Faso
- ✓ Les facteurs socioéconomiques influencent le tabagisme au Burkina-Faso

CHAPITRE VI: RECOMMANDATIONS

Dans la perspective de contribuer à l'amélioration de la lutte contre le tabagisme au Burkina Faso nous formulons les recommandations suivantes

6.1 A la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) en charge de la lutte contre le tabac

- Elaborer une stratégie de communication adaptée aux résultats de cette étude;
- Prioriser la région à forte prévalence du tabagisme pour l'installation et la mise en œuvre des actions du Comité Multi sectoriel de lutte contre le tabac ;
- Renforcer la lutte anti-tabac chez les hommes dans les cinq premières régions à prévalence élevée du tabac y compris les régions du Centre et des Hauts Bassins (Sahel = 34,5%, Est=32,6%, Sud-Ouest = 30,1%, Centre-Nord=25,5% et Centre-Ouest=25% °) ;
- Renforcer la lutte anti-tabac chez les femmes dans les six premières régions à prévalence élevée du tabac y compris les régions du Centre et des Hauts Bassins (Est=13,8%, Sud-Ouest=08,2%, Centre-Nord=06,8%, Centre-sud 06,6%, Plateau central = 05,9% et Centre-Ouest=5,5% °) ;
- Veiller à l'application stricte des réglementations sur l'interdiction de fumer dans les lieux publiques, sur l'apposition des messages sanitaires graphiques sur les paquets de cigarettes et sur l'interdiction absolue de toute publicité du tabac, promotion et parrainage ;
- Accélérer la mise en œuvre des recommandations de l'article 11 de la Convention-cadre de lutte contre le tabac de l'OMS relatif à l'apposition des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes

6.2 Aux ONG/OSC/associations

- S'approprier les résultats de cette étude pour renforcer leur action de lutte anti-tabac ;
- Orienter les actions de lutte anti-tabac dans les régions à forte prévalence.

6.3 Aux Partenaires Techniques et Financiers

- Appuyer financièrement et techniquement le gouvernement et la société civile à mettre en œuvre leur programme de lutte anti-tabac au Burkina.

CONCLUSION

Le Burkina Faso connaît en ce moment une prévalence de tabagisme assez préoccupante. Pourtant les actions contrastent avec ce problème de santé publique. S'il est vrai que la recherche seule ne peut mettre fin au tabagisme, il est de nos jours reconnu qu'une maîtrise des facteurs déterminant pourrait contribuer à sa réduction.

Il apparaît donc que l'un des défis qui se pose de nos jours aux acteurs de lutte anti-tabac demeure ce savoir. C'est pourquoi nous avons voulu à travers cette étude transversale à visée descriptive et explicative, comprendre les facteurs déterminants.

Au terme de cette étude nous sommes parvenus à la conclusion que les facteurs sociodémographiques, environnementaux et socioéconomiques étaient des déterminants du tabagisme au Burkina à travers le niveau d'instruction, l'âge, le milieu de résidence, l'occupation, le niveau de vie du ménage et le milieu de résidence.

Au regard de ces évidences scientifiques, nous avons formulé des recommandations aux différents acteurs de lutte anti-tabac. Loin d'avoir la prétention de trouver tous les facteurs déterminants le tabagisme au Burkina à travers cette étude, nous pensons néanmoins, qu'une prise en compte de nos recommandations/suggestions par les différents acteurs, permettrait de réduire la prévalence du tabagisme au Burkina.

Conscients des limites de notre étude (base ancienne : EDS 2010) et du fait de n'avoir pas abordé tous les aspects de la question, la réflexion doit se poursuivre sur les aspects liés à la culture, à la religion, et à l'ethnie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Santé. Plan Stratégique de lutte contre le tabagisme au Gabon 2016-2020. 2016
2. Ministère de la Santé-Burkina Faso. plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013. 2009
3. Ministère de la Santé. Document de référence pour la formation sur la lutte antitabac au Burkina Faso. 2011.
4. Daniel Thomas. La Lettre du Psychiatre • Vol. XIII - n° 1-2 - janvier-février-mars-avril 2017. 2017.
5. NAIK R, TOSHIKO KANEDA. Maladies non transmissibles en Afrique. 2015 Disponible sur: http://www.prb.org/pdf15/ncds-africa-policybrief_fr.pdf
6. Banque Mondiale. Maîtriser l'épidémie l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Washington, D.C: Banque mondiale; 2000.
7. OMS. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2011: mise en garde au sujet des dangers du tabac: résumé d'orientation. 2011 [cité 21 juin 2017]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70682/1/WHO_NMH_TFI_11.3_fre.pdf
8. A.DAGO: La consommation du tabac en Afrique Recherche des facteurs explicatifs en Côte d'Ivoire.pdf. 2015.
9. Organisation mondiale de la Santé : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé [Internet]. 2003 [cité 28 juin 2017]; Disponible sur: http://158.232.12.119/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf
10. EFFICACE, U. A. P. U. A., & FAVEUR, E. PRÉVENTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE TABAGISME EN AFRIQUE. 2013;52.
11. Ouédraogo A, Ouédraogo 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. 2000 :177-81.
12. [cité 21 juin 2017]; Disponible sur:http://www.jle.com/fr/revues/san/sommaire.phtml?cle_parution=465
13. OMS/GYTS. Rapport Enquête GYTS 2009 Burkina.
14. Ouédraogo TL, Ouédraogo V, Kéré M, Ouédraogo A, Traoré D, Traoré A, et al. Le tabagisme chez les enseignants du secondaire de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. Santé Publique. 2004;16(3):427.
15. Ministère de la Santé. BurkinaFaso_2013_STEPS_Report.pdf. 2014.
16. Koueta F, Dao L, Yé D, Koura M, Sawadogo A. Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). Rev Mal Respir. 1 mars 2009;26(3):291-7.
17. Ministère de la Santé. RAPPORT ENQUETE STEPS BURKINA FASO 2013. Burkina Faso.

18. Ministère de la Santé-Burkina Faso. Plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013..
19. OMS. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. World Health Organization; 2009. Disponible sur: <https://books.google.com>
20. Fakhfakh R, Mohamed H, Maalej M, Achour N, Nacef T. Tabagisme en Tunisie: comportements et connaissances. 2002;Disponible sur: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/060to066.pdf>
21. NASAC. PRÉVENTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE TABAGISME EN AFRIQUE. 2013 Disponible sur: <http://www.nationalacademies.org> .pdf
22. Benzarti W, Jeffal G, Aissa S, Mjendel I, Gargouri I, Ben Salem H, et al. Facteurs favorisant le comportement tabagique en milieu scolaire. 20e Congrès CPLF. janv 2016;33, Supplement:A271.
23. Fernandez L, Bonnet A, Teyssier MF, Apter MJ, Pedinielli J-L, Sztulman H. Tabagisme et états métamotivationnels chez des adolescents lycéens. Psychotropes. 2004;10(2):19.
24. International Union for Health Promotion and Education. La crise croissante du tabagisme en Afrique francophone. 2005.
25. Ministère de la Santé Togo A k. et all. Rapport final de l'enquête STEPS Togo 2010 [Internet]. TOGO: Ministère de la Santé; 2010 p. 188. Disponible sur: <https://www.yahoo.com>
26. Aide-mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale. Tabac et précarité. 2011.
27. Association de Lutte contre le Tabac, l'Alcool et les Stupefiants au Mali. Le tabac et la pauvreté au Mali. 2010.
28. OMS : Journée Mondiale sans Tabac. Tabac et Pauvreté : un Cercle vicieux. 2004.
29. Cecilevuillermoz. Prévention et promotion de la santé – SoEpidemio. 2016]; Disponible sur: <https://soepidemio.com/category/articles/prevention-et-promotion-de-la-sante/>
30. Lutte anti-tabac : quand la prévention creuse les inégalités sociales de santé – SoEpidemio [Internet]. Disponible sur: <https://soepidemio.com/2016/05/10>
31. Salque Jean-Louis D.R. Quand le travail influence la consommation de tabac - Je Protège Mon Entreprise [Internet]. 2016 Disponible sur: <https://www.travail-prevention-sante.fr/article/quand-le-travail-influence-la-consommation-de-tabac,11094>
32. Burkina-Faso : Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020_version_finale_adoptee_aout_2011_cm_final.pdf. 2011.
33. Burkina FASO : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples. 2012; Disponiblesur:http://www.burkinadoc.milecole.orgStatistiques/Stat_burkinabf_eds_2010.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition des variables indépendantes de l'étude selon leurs modalités

Variables/Modalités	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Facteurs socio démographiques				
Niveau d'instruction				
Sans instruction	4506	61,67	12633	74,0
Primaire	1428	19,54	2329	13,6
Secondaire ou plus	1372	18,79	2116	12,4
Age				
Inf.18ans	1192	16,31	2690	15,7
Sup.18 ans	6115	83,69	14397	84,3
Sexe				
Masculin	7307	100		
Féminin			17087	100
Facteurs environnementaux				
Région de résidence				
Boucle du Mouhoun	882	12,1	1766	10,3
Cascades	287	3,9	650	3,8
Centre	1211	16,6	2556	15,0
Centre-Est	457	6,2	1251	7,3
Centre-Nord	458	6,3	1195	7,0
Centre-Ouest	524	7,1	1334	7,8
Centre-Sud	352	4,9	788	4,6
Est	617	8,5	1469	8,6
Hauts Basins	853	11,7	2036	11,9
Nord	449	6	1205	7,0
Plateau Central	339	4,7	811	4,7
Sahel	560	7,7	1295	7,6
Sud-Ouest	319	4,3	730	4,3
Milieu de résidence				
Urbain	2113	28,1	4624	27,1
Rural	5194	71,9	12463	72,9
Exposition aux médias				
Non exposé	1041	19,1	4959	29,0
Exposé	6266	23,9	12128	71,0
Facteurs socioéconomiques				
Occupation				
Sans occupation	331	04,6	3557	20,8
Agriculteurs	4554	62,4	7753	45,4
Autre occupation	2422	33,0	5777	33,8
Niveau de vie du ménage				
Pauvre	2656	36,4	6185	36,2
Moyen	1341	18,4	3252	19,0
Riche	3309	45,2	7650	44,8

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

Ce tableau indique que chaque modalité a un effectif pouvant apprécier la consommation de tabac au regard des variables retenues. Il montre également que l'effectif des enquêtés est variable en fonction des modalités.

Annexe 2 : Synthèse de la présentation des résultats de l'analyse descriptive (bi variée) du tabagisme chez les hommes et femmes

Tableau de la consommation de tabac chez les hommes et chez les femmes selon les facteurs socioéconomiques.

Variables	Modalités	Hommes						Femmes						Total
		consomme tabac						ne consomme pas de tabac						
		OUI		NON		OUI		NON		NON				
Effectifs	%	Effectif	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%			
Occupation	Occupation	34	0,3	[6,7-13,2]	297	9,7	331	46	1,3	[0,9-1,6]	3511	8,7		
	Libres	1084	23,8	[22,7-25,2]	3470	6,2	4554	456	5,9	[5,3-6,4]	7297	4,1		
	Occupation	617	15,5	[25,1-26,8]	1805	4,5	2422	171	3,0	[2,5-3,4]	5606	7,0		
Significativité		***						***						
Type de ménage		733	27,6	[26,2-29,7]	1923	2,4	2656			[6,1-7,4]				
		281	1,0	[18,7-23,2]	1060	9,0	1341			[3,3-4,6]				
		720	21,8	[20,5-23,4]	2589	8,2	3309			[1,5-1,7]				
Significativité		***						***						

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

NS = non significatif. Seuil de signification : *=10% ; **=5% ; ***=1%

Tableau du Tabagisme selon facteurs environnementaux chez les hommes et femmes

Variables	Modalités	Hommes						Total	Femmes						Total
		consomme tabac							ne consomme pas de tabac						
		OUI		NON		OUI			NON		NON				
Effectifs	%	Effectif	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%				
Région de résidence	Boucle de M.	159	18,0	[17,9-18,1]	723	82,0	882	2,6	[1,8-3,3]	1720	97,4	1766			
	Cascades	48	16,7	[12,5-21,4]	239	83,3	287	1,5	[0,5-2,4]	640	98,5	650			
	Centre	275	22,7	[20,3-25]	936	77,3	1211	1,4	[0,9-1,8]	2520	98,6	2556			
	Centre-Est	101	22,1	[18,2-25,9]	356	77,9	457	1,7	[0,9-2,4]	1230	98,3	1251			
	Centre-Nord	117	25,5	[21,4-29,5]	341	74,5	458	6,8	[5,4-8,2]	1115	93,2	1196			
	Centre-Ouest	131	25,0	[21,2-28,7]	393	75,0	524	5,5	[4,3-6,7]	1261	94,5	1334			
	Centre-Sud	81	23,0	[18,5-27,4]	271	77,0	352	6,6	[4,9-8,3]	736	93,4	788			
	Est	201	32,6	[28,8-36,3]	416	67,4	617	13,8	[12-15,6]	1267	86,2	1470			
	Hauts Basins	184	21,6	[18,7-24,4]	669	8,4	853	1,5	[0,5-2,4]	2006	98,5	2036			
	Nord	92	20,5	[16,6-24,3]	357	79,5	449	1,2	[0,5-1,8]	1190	98,5	1205			
	Plateau Central	57	16,8	[12,7-20,8]	282	83,2	339	5,9	[5,1-6,7]	764	94,1	812			
	Sahel	193	34,5	[30,4-38,5]	367	65,5	560	0,0	[0,0-0,0]	1295	100,	1295			
Sud-Ouest	96	30,1	[24,9-35,2]	223	69,9	319	8,2	[6,1-10,2]	671	91,8	731				
Significativité		***						***							
Milieu de résidence	Urbain	480	22,7	[20,9-24,5]	1633	77,3	2113	43	0,9	[0,6-1,2]	4581	99,1	4624		
	Rural	1255	24,2	[23,7-24,7]	3939	75,8	5194	630	5,1	[4,7-5,5]	11833	94,9	12463		
Significativité		NS						***							
Exposition aux Médias	exposé	202	19,4	[17,0-21,8]	839	80,	1041	240	4,8	[4,2-5,4]	4719	95,2	4959		
	Non exposé	1533	24,5	[23,4-25,6]	4733	75,	6266	432	3,6	[3,2-3,9]	11696	96,4	12128		
Significativité		***						***							

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010)

NS = non significatif. Seuil de signification : *=10% ; **=5% ; ***=1%

Tableau de la consommation du tabac chez les hommes et chez les femmes selon les facteurs sociodémographiques.

Variables	Modalités	Hommes						Femmes						Total
		consomme tabac						ne consomme pas de tabac						
		OUI			NON			OUI			NON			
		Effectifs	%		Effectif	%		Effectifs	%	IC à 95 %	Effectifs	%		
niveau d'instruction	aucun	1173	6,0	[24,7-27,3]	3333	74,0	4506	654	5,2	[4,8-5,6]	11979	94,8	12633	
	primaire et plus	333	3,3	[21,1-25,5]	1095	76,7	1428	15	0,6	[0,3-0,9]	2314	99,4	2329	
	secondaire et plus	229	6,7	[14,7-18,7]	1143	83,3	1372	103	0,1	[0,1-0,2]	2113	99,9	2116	
Significativité			***							***				
âge	Inf.18ans	61	5,1	[4,8-5,3]	1131	4,9	192	6	0,2	[0,1-0,3]	269	9,8	2690	
	Sup.18 ans	1674	7,4	[26,3-28,5]	4441	2,6	115	667	4,6	[4,3-5,0]	1375	5,4	14397	
Sexe				***							***			
Nationalité	Hommes	1735	24	[22,7-25,2]	5572	6,3	307				6414	6,1	7087	
	Femmes													
Nationalité														

Source: traitement de données de l'EDS/BF-IV (2010) Seuil de signification : *=10% ; **=5% ; ***=1%

Annexe 3: analyse multivariée hommes

MODELE 1
Variables dans l'équation

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
cage(1)	1,905	,135	197,841	1	,000	6,718	5,152	8,760
educ			26,338	2	,000			
educ(1)	-,029	,073	,158	1	,691	,971	,842	1,121
educ(2)	-,416	,082	25,918	1	,000	,660	,562	,774
Constante	-2,811	,135	431,769	1	,000	,060		

s) entrées à l'étape 1 : cage, educ.

MODELE 2
Variables dans l'équation

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
cage(1)	1,907	,137	193,364	1	,000	6,732	5,146	8,808
educ			22,299	2	,000			
educ(1)	,021	,078	,073	1	,787	1,021	,876	1,190
educ(2)	-,413	,095	19,036	1	,000	,661	,549	,796
region			104,177	12	,000			
region(1)	-,115	,184	,392	1	,531	,891	,621	1,279
region(2)	,329	,130	6,379	1	,012	1,389	1,076	1,793
region(3)	,297	,146	4,116	1	,042	1,346	1,010	1,792
region(4)	,428	,141	9,152	1	,002	1,534	1,163	2,023
region(5)	,507	,137	13,720	1	,000	1,660	1,269	2,170
region(6)	,341	,157	4,733	1	,030	1,407	1,034	1,914
region(7)	,830	,126	43,614	1	,000	2,293	1,793	2,934
region(8)	,208	,126	2,742	1	,098	1,231	,963	1,575
region(9)	,208	,149	1,941	1	,164	1,232	,919	1,651
region(10)	-,032	,173	,035	1	,852	,968	,690	1,359
region(11)	,872	,128	46,304	1	,000	2,392	1,861	3,075
region(12)	,737	,155	22,748	1	,000	2,090	1,544	2,829
milieu(1)	-,091	,086	1,116	1	,291	,913	,771	1,081
expo_media(1)	,134	,090	2,236	1	,135	1,143	,959	1,363
Constante	-3,248	,195	278,175	1	,000	,039		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : cage, educ, region, milieu, expo_media.

MODELE 3
Variables dans l'équation

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
cage(1)	1,888	,138	188,128	1	,000	6,607	5,044	8,653
educ			18,999	2	,000			
educ(1)	,008	,079	,010	1	,921	1,008	,863	1,177
educ(2)	-,406	,100	16,419	1	,000	,666	,547	,811
region			73,348	12	,000			
region(1)	-,109	,185	,347	1	,556	,897	,624	1,289
region(2)	,294	,133	4,893	1	,027	1,342	1,034	1,742
region(3)	,297	,147	4,110	1	,043	1,346	1,010	1,795
region(4)	,402	,142	8,058	1	,005	1,495	1,133	1,974
region(5)	,471	,137	11,790	1	,001	1,601	1,224	2,095
region(6)	,314	,158	3,961	1	,047	1,368	1,005	1,863
region(7)	,759	,127	35,677	1	,000	2,136	1,665	2,739
region(8)	,212	,127	2,796	1	,095	1,236	,964	1,583
region(9)	,160	,151	1,132	1	,287	1,174	,874	1,576
region(10)	-,043	,173	,061	1	,805	,958	,682	1,346
region(11)	,730	,133	30,305	1	,000	2,074	1,600	2,689
region(12)	,639	,156	16,697	1	,000	1,895	1,395	2,575
milieu(1)	-,051	,098	,269	1	,604	,951	,785	1,152
expo_media(1)	,138	,090	2,332	1	,127	1,148	,962	1,370
occup_hom			17,963	2	,000			
occup_hom(1)	,242	,212	1,304	1	,254	1,274	,841	1,930
occup_hom(2)	,528	,198	7,079	1	,008	1,695	1,149	2,500
nie1			13,233	2	,001			
nie1(1)	-,262	,085	9,451	1	,002	,770	,652	,910
nie1(2)	-,257	,086	8,850	1	,003	,773	,653	,916
Constante	-3,396	,281	146,404	1	,000	,034		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : cage, educ, region, milieu, expo_media, occup_hom, nie1.

Annexe 4:analyse multivariée femmes

MODELE 1

Variables dans l'équation

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%		
							Inférieur	Supérieur	
Etape 1a	cake(1)	2,796	,416	45,224	1	,000	16,381	7,252	37,006
	educ			92,216	2	,000			
	educ(1)	-1,951	,260	56,387	1	,000	,142	,085	,236
	educ(2)	-3,333	,549	36,877	1	,000	,036	,012	,105
	Constante	-5,583	,414	181,777	1	,000	,004		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : cage, educ.

MODELE 2

Variables dans l'équation

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%		
							Inférieur	Supérieur	
Etape 1a	cake(1)	2,814	,417	45,589	1	,000	16,678	7,368	37,748
	educ			56,426	2	,000			
	educ(1)	-1,572	,264	35,325	1	,000	,208	,124	,349
	educ(2)	-2,692	,558	23,280	1	,000	,068	,023	,202
	region			285,803	12	,000			
	region(1)	-,396	,360	1,208	1	,272	,673	,332	1,363
	region(2)	,673	,252	7,132	1	,008	1,961	1,196	3,214
	region(3)	-,420	,269	2,440	1	,118	,657	,388	1,113
	region(4)	,980	,191	26,342	1	,000	2,664	1,833	3,874
	region(5)	,876	,194	20,432	1	,000	2,402	1,643	3,512
	region(6)	1,077	,209	26,477	1	,000	2,935	1,948	4,424
	region(7)	1,748	,169	106,600	1	,000	5,742	4,121	8,001
	region(8)	-,198	,239	,682	1	,409	,821	,514	1,312
	region(9)	-,720	,303	5,667	1	,017	,487	,269	,880
	region(10)	,906	,214	17,926	1	,000	2,474	1,627	3,763
	region(11)	-17,591	1086,815	,000	1	,987	,000	,000	.
	region(12)	1,242	,204	37,029	1	,000	3,461	2,320	5,162
	milieu(1)	,930	,191	23,617	1	,000	2,536	1,742	3,690
	expo_media(1)	-,148	,087	2,911	1	,088	,863	,728	1,022
	Constante	-6,956	,481	208,758	1	,000	,001		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : cage, educ, region, milieu, expo_media.

MODELE 3

Variables dans l'équation

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%		
							Inférieur	Supérieur	
Etape 1a	cake(1)	2,805	,417	45,236	1	,000	16,519	7,295	37,404
	educ			48,972	2	,000			
	educ(1)	-1,481	,265	31,131	1	,000	,228	,135	,383
	educ(2)	-2,510	,561	20,049	1	,000	,081	,027	,244
	region			220,658	12	,000			
	region(1)	-,380	,362	1,100	1	,294	,684	,336	1,391
	region(2)	,825	,254	10,515	1	,001	2,282	1,386	3,758
	region(3)	-,387	,270	2,056	1	,152	,679	,401	1,152
	region(4)	,853	,194	19,401	1	,000	2,346	1,605	3,428
	region(5)	,750	,196	14,701	1	,000	2,116	1,443	3,105
	region(6)	,984	,211	21,741	1	,000	2,676	1,769	4,047
	region(7)								
	region(8)	-,258	,241	1,143	1	,285	,773	,482	1,239
	region(9)	-,783	,304	6,626	1	,010	,457	,252	,830
	region(10)	,826	,217	14,562	1	,000	2,285	1,495	3,492
	region(11)	-17,670	1082,175	,000	1	,987	,000	,000	.
	region(12)	1,043	,209	24,884	1	,000	2,838	1,884	4,276
	milieu(1)	,531	,203	6,823	1	,009	1,701	1,142	2,533
	po_media(1)	-,096	,087	1,214	1	,271	,908	,765	1,078
	occup_fem			9,705	2	,008			
ccup_fem(1)	,459	,166	7,608	1	,006	1,583	1,142	2,193	
ccup_fem(2)	,253	,176	2,068	1	,150	1,288	,912	1,819	
nivie1			43,669	2	,000				
nivie1(1)	-,437	,107	16,515	1	,000	,646	,524	,798	
nivie1(2)	-,753	,123	37,252	1	,000	,471	,370	,600	
Constante	-6,597	,505	170,461	1	,000	,001			

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : cage, educ, region, milieu, expo_media, occup_fem, nivie1.

Annexe 5 : Tableaux illustrant la significativité de Khi-deux au niveau de l'Analyse bivariée du tabagisme chez les hommes et femmes

FEMMES : BIVARIEE SIGNIFICACITE TESTS DU

KHI-DEUX

Tests du Khi-deux

Tabagisme et Niveau d'instruction			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
de Pearson	198,8		
de vraisemblance	292,2		
linéaire par linéaire	179,9		
observations valides	17		

Tests du Khi-deux			
Tabagisme et Age			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
de Pearson	116,1		
pour la continuité ^b	115,1		
de vraisemblance	186,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire	116,1		
observations valides	17		

Tests du Khi-deux

region * cons_tabac			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
de Pearson	656,1		
de vraisemblance	588,1		
linéaire par linéaire	20,1		
observations valides	17		

Tests du Khi-deux

Tests du Khi-deux			
residence * cons_tabac			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
de Pearson	151,1		
pour la continuité ^b	150,1		
de vraisemblance	196,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire	151,1		
observations valides	17		

Tests du Khi-deux

occupation * cons_tabac			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
de Pearson	157,1		
de vraisemblance	171,1		
linéaire par linéaire	4,1		
observations valides	17		

Tests du Khi-deux

Tests du Khi-deux			
expo_media * cons_tabac			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
de Pearson	15,1		
pour la continuité ^b	14,1		
de vraisemblance	14,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire	15,1		
observations valides	17		

Tests du Khi-deux

Niveau de vie * cons_tabac			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
de Pearson	251,1		
de vraisemblance	259,1		
linéaire par linéaire	250,1		
observations valides	17		

HOMMES : BIVARIEE SIGNIFICACITE TESTS DU KHI-DEUX

Tests du Khi-deux			
Tabagisme et region de residence			
	Valeur	ddl	on asymptotique (bilatérale)
de Pearson	109,1		
pour la continuité ^b	106,6		
vraisemblance	31,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire			
bservations valides			

Tests du Khi-deux			
Tabagisme et Occupation			
	Valeur	ddl	on asymptotique (bilatérale)
de Pearson	37,14		
pour la continuité ^b	43,6		
vraisemblance	19,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire			
bservations valides	73		

Tests du Khi-deux			
Tabagisme et Expos aux medias			
	Valeur	ddl	on asymptotique (bilatérale)
de Pearson	12,1		
pour la continuité ^b	12,1		
vraisemblance	13,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire	12,1		
bservations valides			

Tests du Khi-deux			
Tabagisme et Niveau de vie			
	Valeur	ddl	on asymptotique (bilatérale)
de Pearson	34,1		
pour la continuité ^b	34,1		
vraisemblance	26,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire			
bservations valides			

Tests du Khi-deux			
Tabagisme et milieu de residence			
	Valeur	ddl	on asymptotique (bilatérale)
de Pearson	1,1		
pour la continuité ^b	1,1		
vraisemblance	1,1		

Tests du Khi-deux			
Tabagisme et Age			
	Valeur	ddl	on asymptotique (bilatérale)
de Pearson	272,1		
pour la continuité ^b	271,1		
vraisemblance	350,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire	272,1		
bservations valides			

Tests du Khi-deux			
Niveau d'instruction			
	Valeur	ddl	on asymptotique (bilatérale)
de Pearson	50,1		
pour la continuité ^b	53,1		
vraisemblance	48,1		
de Fisher			
linéaire par linéaire			
bservations valides			

Annexe 6: Etat de législation de lutte contre le tabac au Burkina Faso

Le pays a adopté le 25 novembre 2010 la Loi ° 040 -2010 /AN portant lutte contre le tabac. A ce jour, les textes d'application de la Loi Disponibles sont les suivants :

- **Textes nationaux** (20, 22,36–38)
- **DECRET N°2011-1052/PRES/PM/MS/MEF** portant interdiction de fumer dans les lieux publics clos et les transports en commun
- **DECRET N°2011-1050/PRES/PM/MS/MEF** portant création, attributions, composition et fonctionnement et du Comité national de lutte contre le tabac au Burkina Faso.
- **DECRET N°2011-1051/PRES/PM/MS/MEF** portant conditionnement et étiquetage des produits du tabac au Burkina Faso.
- **ARRETE conjoint N°2015-366/MS/MICA** portant fixation des modalités d'application du Décret N°2011–1051 /PRES/PM/MS/MEF du 30 décembre 2011, portant conditionnement et étiquetage des produits du tabac au Burkina Faso

La promulgation, de la Loi N° 040 - 2010 /AN portant lutte contre le tabac du 25

Décret n°2010-823/PRES promulguant la loi n°040-2010/AN du 25 novembre 2010 portant lutte contre le tabac au Burkina.

Article 34 :

Est puni d'un emprisonnement de un mois à six mois et d'une amende de cinquante mille (50 000) francs CFA à deux cent cinquante mille (250 000) francs CFA ou de

l'une de ces deux peines seulement, quiconque vend ou fait vendre en toute connaissance de cause, du tabac ou des produits du tabac à une personne de moins de 18 ans.

La juridiction saisie prononce, en outre, la confiscation et la destruction des produits vendus ou à vendre.