

Document
N° 1

Étude originale

Tabagisme en milieu scolaire secondaire du Gabon Prévalence et facteurs psychosociaux associés

Netti Nzouzi
Danielle Piette

École de santé publique,
Université Libre de Bruxelles,
Belgique

Résumé

L'étude vise à mesurer la prévalence de la consommation de tabac et à identifier les facteurs psychosociaux ayant un effet sur ce comportement parmi les jeunes en milieu scolaire secondaire au Gabon. Il s'agit d'une étude descriptive transversale par questionnaire auto-administré auprès de 4 833 élèves de 14 à 22 ans. Les résultats montrent que 10,9 %, de ces jeunes, sont actuellement fumeurs, que le risque de tabagisme est à prédominance masculine, et augmente avec l'âge. Une mauvaise insertion scolaire et familiale s'avère associée à l'usage du tabac. On note un risque de tabagisme plus élevé chez les élèves qui ont recommencé au moins trois fois une classe, chez ceux qui s'absentent de l'école, qui sont issus de « familles moins nombreuses » et enfin, chez ceux qui rassemblent les caractéristiques socio-économiques « de niveau de vie élevé ». Les jeunes qui « sortent régulièrement » ont constitué le groupe le plus à risque de l'étude. La présente étude focalisée sur les facteurs psychosociaux, qui ont un lien avec le comportement de fumer, peut apporter une importante contribution pour la prévention du tabagisme des jeunes gabonais. Pour la première fois, il est possible d'identifier les groupes de jeunes les plus à risque de fumer et ainsi, de contribuer à l'élaboration des stratégies de lutte adaptées aux conditions culturelles et socio-économiques du pays.

Mots clés : conditions de vie, facteur de risque, Gabon, milieu scolaire, tabagisme

Abstract

Tobacco use in secondary schools in Gabon: Prevalence and associated psychosocial factors

This study aims to measure the prevalence of smoking and identify the psychosocial factors associated with it among students in secondary schools in Gabon. This cross-sectional descriptive study collected information by a self-administered questionnaire, completed by 4833 students aged 14 to 22 years. The results show that 10.9% of these young people are current smokers and that the risk of smoking is highest among males and increases with age. Poor school performance and poor family relationships were both associated with smoking. The risk of smoking was highest among students repeating a year at least 3 times, those with substantial school absenteeism, those from smaller families, and finally among those at a relatively well-to-do socioeconomic level. The youth who "go out regularly" were the group at the highest risk in the study. This study, which focuses on the psychosocial factors associated with smoking, may contribute to the prevention of smoking among young Gabonese. For the first time, it is possible to identify the groups at highest risk of smoking and thus to contribute to developing antismoking strategies appropriate to the cultural and socioeconomic conditions of the country.

Key words: lifestyle conditions, Gabon, risk factor, school background, smoking

Tirés à part : N. Nzouzi

Des recherches ont établi, depuis plus d'un demi-siècle, que le tabac constitue un risque majeur pour la santé. En Afrique, 2 millions de personnes en meurent par an [1]. Les données suggèrent que chaque année,

des millions des jeunes de moins de 18 ans commencent de fumer et que 80 à 90 % des adultes fumeurs ont commencé avant 18 ans [2].

Dans les pays occidentaux, les autorités politiques ont pris les mesures appro-

priées afin d'infléchir la tendance, particulièrement chez les jeunes [2]. Toutefois, la situation reste préoccupante.

Dans les pays en développement, l'insuffisance de réglementations restrictives attire les entreprises de tabac. Les jeunes succombent de plus en plus nombreux à l'attrait du tabac. En Afrique, par exemple au Niger, 22 % des élèves de 13 à 15 ans fument, un quart au Burkina Faso et près du tiers au Mali et en Mauritanie [1].

Des nombreuses études ont établi des liens entre le tabagisme et le sexe, l'âge, la composition familiale, le niveau d'éducation des parents [3]. D'autres ont montré les liens qui existent entre les aspects socio-économiques tels qu'une mauvaise insertion scolaire, des malaises psychologiques et le comportement de fumeur de l'adolescent [4-8]. Les données disponibles, pour les pays africains, indiquent que les habitudes tabagiques sont encore

prédominance masculine [9]. Toutefois, peu d'études ont été réalisées dans le domaine du tabagisme. L'étude présentée ci-dessous vise à combler partiellement cette lacune au Gabon.

Le Gabon est un pays à revenu intermédiaire (PNB : 3 400 \$), dont l'économie repose principalement sur l'exploitation du pétrole [10, 11]. Sa population estimée à 1 014 976 habitants, compte 17,64 % des jeunes de 14 à 22 ans, dont environ 62,7 % sont scolarisés [10]. L'exode rural est un phénomène en extension (73,1 % de la population vit en milieu urbain). Les établissements scolaires secondaires sont concentrés dans les villes, à Libreville et dans les capitales de provinces.

Cadre de l'étude objectifs

Ce travail s'inscrit dans une approche globale de recherche sur les modes de vie des jeunes. Cette approche examine les comportements des jeunes liés à la santé, et s'étend sur les relations entre ces comportements de santé et l'environnement physique et social de l'individu [12-14]. L'étude vise à mesurer la prévalence de la consommation de tabac chez les jeunes de 14 à 22 ans dans les établissements scolaires secondaires du Gabon ; d'identifier chez ces jeunes les facteurs démographiques et psychosociaux ayant un lien avec le comportement de fumeur, les éventuelles caractéristiques familiales, socio-économiques et scolaires.

Matériel et méthode

Population

L'enquête « Santé des jeunes scolarisés-Gabon » (enquête SJS-Gabon) a été réalisée pour la première fois dans les établissements scolaires secondaires du Gabon au cours de l'année scolaire 2000-2001.

Les établissements d'enseignements secondaires au Gabon sont partagés entre l'enseignement public, catholique, protestant, d'alliance chrétienne et l'enseignement privé laïque. On y trouve des filières d'enseignement général, technique et professionnel qui dépendent du ministère de l'Éducation. Pour l'année scolaire 2000-2001, la population scolarisée au Gabon est estimée à environ 100 000 élèves [15, 16].

Échantillon attendu

Au total, 7 000 élèves ont été sollicités pour participer à l'enquête. La taille de l'échantillon a été calculée afin de permettre des analyses multivariées. La représentativité a été respectée en tenant compte de la proportion d'élèves dans chaque province, et ce, pour chaque réseau d'enseignement existant. C'est donc un échantillonnage stratifié avec allocation proportionnelle à la taille des strates [15-17]. L'unité de l'échantillon était la classe. Les classes ont été sélectionnées par tirage au sort lorsque les effectifs de l'école le permettaient. Seuls les élèves présents dans la classe, le jour de l'enquête, sont inclus dans l'étude [14]. Signalons que l'enquête n'a pas eu lieu dans deux des neuf provinces du Gabon [10].

Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire auto-administré de l'étude HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), en se référant à la méthodologie de cette étude internationale décrite ailleurs, en respectant la confidentialité et l'anonymat des participants [12, 18].

Une pré-enquête, réalisée auprès de 350 élèves des établissements scolaires secondaires de Libreville, a permis de corriger le questionnaire et d'en améliorer la compréhension. Les thèmes abordés concernent les aspects sociodémographiques, la santé, l'insertion scolaire, les modes de vie et comportements des

jeunes (tabac, alcool, drogues, sexualité). À l'exception de deux ou trois questions ouvertes, toutes les questions étaient à choix multiple.

Variables analysées

La variable dépendante « fumer actuellement » (oui ou non) a été reconstituée à partir de deux variables qui ont permis de récupérer tous les élèves fumeurs : « maintenant, fumes-tu ? » (au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, rarement, jamais), et « en général combien de cigarettes fumes-tu ? » (par semaine, par mois).

Les élèves ont été répartis en trois groupes d'âge distincts (14-16 ans, 17-19 ans, 20-22 ans). La situation familiale complexe de l'Afrique a été définie par la « structure familiale » (vivre dans une famille monoparentale, avec ses deux parents, avec d'autres parents, seul) et le « nombre des personnes au foyer » (d'une à 5 personnes, de 6 à 8, et de 9 et plus).

Deux variables ont été retenues pour étudier les caractéristiques socio-économiques : « niveau de vie des parents » (élevé, moyen, et bas), et « occupation de la chambre » (seul, à deux, à trois et plus). Pour le « niveau de vie », il s'agit d'une représentation de bien-être subjective qui ne repose pas sur des scores, c'est une aisance matérielle perçue et non objective.

Trois variables d'insertion scolaire ont été retenues : le « type d'enseignement » (enseignement général, enseignement professionnel et technique), l'« absentéisme scolaire » (au moins une fois par semaine/par mois, rarement ou jamais). Le « retard scolaire » (zéro à une classe reprise, 2 classes reprises, 3 classes reprises ou plus).

Pour exprimer les aspects psychologiques, on a eu recours à la « sensation de solitude » (très souvent/souvent seul, assez souvent/parfois, rarement) et à la « confiance en soi » (toujours, souvent/parfois, rarement/jamais). Quant à la variable définissant les loisirs, elle a été dichotomisée en oui (je fais des sorties régulières au moins une fois par semaine ou par mois), et en non (je sors rarement ou jamais).

Analyse

Les réponses sur le tabac n'ont été analysées que chez les élèves des classes de troisième (15 ans en principe) et de terminale (18 ans en principe). Les analyses ont été effectuées à l'aide des logiciels

SPSS version 11.0 et Epi-Info version 6.0, pour la description de l'échantillon, l'analyse univariée et multivariée. Dans une perspective exploratoire, trois modèles de régression logistique, incluant chacun une des trois variables comportementales restant significatives après ajustement pour les variables socio-économiques, ont été établis pour rechercher les facteurs associés à la consommation de tabac (procédure Backward LR) [17]. Dans une optique explicative, la recherche de certaines interactions plausibles a été effectuée.

Résultats

Pour cette enquête, 32 établissements scolaires ont été retenus ; et parmi les 7 000 élèves pressentis, 6 883 ont participé à l'étude. Pour manque de données concernant les caractéristiques démographiques ou les questions relatives au tabagisme et par choix de tranche d'âge et de classe, 29,1 % des questionnaires n'ont pas été traités. Les différences entre les proportions d'élèves initialement attendues et celles observées dans l'échantillon (tableau 1) n'étaient pas significatives. Au total, 93 % d'élèves parmi les 4 833 ont répondu à la question sur la consommation de tabac.

La consommation de tabac chez les jeunes de 14 à 22 ans est de 10,9 %. L'âge moyen de la première cigarette, parmi les jeunes de 17 à 22 ans, se situe à 15 ans (DS : 3,0), et à 14 ans et demi, on pouvait constater que 30 % des élèves avaient déjà eu une première expérience de consommation de tabac.

Ainsi, dans le tableau 2, on peut observer, par rapport à leur catégorie de référence respective, que le tabagisme est plus fréquent chez les garçons, dans le groupe des plus âgés, parmi les jeunes issus des familles moins nombreuses, de même que chez les jeunes occupant seuls leur chambre et chez ceux vivant dans des familles à niveau de vie élevée.

Trois modèles (tableau 3) ont été construits avec chaque fois une variable spécifique « absentéisme scolaire », « sensation de solitude » et « sorties régulières » respectivement, qui après ajustement par les variables démographiques et socio-économiques restent des prédicteurs indépendants associés au tabagisme. Ni le sexe ni l'âge ne sont modificateurs d'effet pour ces différentes relations. On

Tableau 1. Description de l'échantillon.

Table 1. Description of the sample.

Variabiles	Pourcentage
<i>Sexe (n = 4 833)</i>	
Garçons	46,8
Filles	53,2
<i>Âge (n = 4 833)</i>	
14-16 ans	14,9
17-19 ans	42,2
20-22 ans	42,9
<i>Structure familiale (n = 4 809)</i>	
Monoparentale	36,3
Seul	3,8
Autres parents	26,1
Deux parents	33,8
<i>Nombre de personnes dans le ménage (n = 4 609)</i>	
1 à 5	25,7
6 à 8	33,2
9 et plus	41,1
<i>Niveau de vie des parents (n = 4 719)</i>	
Riche	15,2
Moyen	50,9
Pauvre	33,9
<i>Occupation de la chambre (n = 4 680)</i>	
Seul	36,7
À deux	35,0
À trois et plus	28,3
<i>Type d'enseignement (n = 4 818)</i>	
Professionnel et technique	8,7
Général	91,3
<i>Absentéisme scolaire (n = 4 742)</i>	
Oui	16,8
Non	83,2
<i>Retard scolaire (n = 4 501)</i>	
3 classes reprises et plus	34,9
2 classes reprises	34,0
0 à 1 classe reprise	31,1
<i>Se sentir seul (n = 4 498)</i>	
Très souvent	26,0
Quelquefois	62,2
Jamais	11,8
<i>Avoir confiance en soi (n = 4 565)</i>	
Non	3,6
Oui	96,4
<i>Sorties régulières (n = 4 005)</i>	
Oui	61,9
Non	38,1

Tableau 2. Proportion (%) et rapport de cote (RC) (IC 95 %) de consommation de tabac en fonction des variables démographiques, des variables de vie scolaire, des variables psychologiques, de loisirs et socio-économiques (analyse univariée).

Table 2. Proportion (%) and odds ratio (OR) (95% CI) of students smoking according to demographic, school, psychological, leisure and socioeconomic variables (univariate analysis).

Variables	Pourcentage de consommation de tabac	OR (IC 95%)	p-valeur
<i>Sexe</i>			
Garçons (n = 2 129)	14,7	2,10 (1,73-2,54)	< 0,001
Filles (n = 2 364)	7,6	1	
<i>Âge</i>			
20-22 (n = 1 917)	13,3	2,25 (1,61-3,14)	< 0,001
17-19 (n = 1 893)	10,2	1,66 (1,18-2,34)	
14-16 (n = 689)	6,4	1	
<i>Structure familiale</i>			
Monoparentale (n = 1 593)	12,4	1,33 (1,06-1,67)	0,069
Seul (n = 165)	13,3	1,45 (0,90-2,34)	
Autres parents (n = 1 155)	10,6	1,12 (0,87-1,45)	
Deux parents (n = 1 500)	9,6	1	
<i>Nombre de personnes dans le ménage</i>			
1-5 (n = 1 103)	12,1	1,35 (1,06-1,72)	0,046
6-8 (n = 1 425)	11,5	1,27 (0,99-1,64)	
9 et plus (n = 1 763)	9,2	1	
<i>Niveau de vie des parents</i>			
Riche (n = 675)	14,2	1,45 (1,12-1,87)	0,010
Moyen (n = 2 234)	10,3	1,00 (0,81-1,25)	
Pauvre (n = 1 488)	10,3	1	
<i>Occupation de la chambre</i>			
Seul (n = 1 597)	14,1	1,96 (1,52-2,52)	< 0,001
À deux (n = 1 536)	10,0	1,32 (1,01-1,73)	
À trois et plus (n = 1 230)	7,7	1	
<i>Type d'enseignement</i>			
Professionnel et technique (n = 386)	15,3	1,53 (1,14-2,06)	0,004
Général (n = 4 100)	10,5	1	
<i>Absentéisme scolaire</i>			
Oui (n = 730)	21,4	2,77 (2,55-3,43)	< 0,001
Non (n = 3 698)	8,9	1	
<i>Retard scolaire</i>			
plus de reprises et plus (n = 1 444)	12,9	1,51 (1,18-1,92)	0,004
classes reprises (n = 1 433)	10,7	1,22 (0,95-1,57)	
à 1 classe reprise (n = 1 320)	8,9	1	
<i>Se sentir seul</i>			
très souvent (n = 1 087)	12,5	1,58 (1,09-2,27)	0,042
quelquefois (n = 2 618)	10,8	1,33 (0,94-1,87)	
jamais (n = 493)	8,3	1	
<i>Manque de confiance en soi</i>			
très (n = 148)	14,9	1,46 (0,92-2,32)	0,108
peu (n = 4 116)	10,7	1	
<i>Loisirs réguliers</i>			
oui (n = 2 336)	15,7	3,72 (2,84-4,80)	< 0,001
non (n = 1 424)	4,8	1	

Tableau 3. Trois modèles de régression logistique du comportement « consommer du tabac » : vie scolaire (modèle 1), variables psychologiques (modèle 2), de loisirs (modèle 3), (RC et IC 95 %) ajustés par les variables démographiques et socio-économiques.

Table 3. Three logistic regression models of tobacco use: school life variables (model 1), psychological variables (model 2), and leisure variables (model 3), (OR; CI 95%) adjusted for demographic and socioeconomic variables.

Variables	Modèle (1) de régression logistique n = 4 046		Modèle (2) de régression logistique n = 3 832		Modèle (3) de régression logistique n = 3 422	
	OR (IC 95 %)	p-valeur	OR (IC 95 %)	p-valeur	OR (IC 95 %)	p-valeur
<i>Sexe</i>		0,001		0,001		< 0,001
Masculin	2,04 (1,65-2,51)		2,32 (1,63-2,63)		2,00 (1,60-2,50)	
Féminin	1		1		1	
<i>Âge</i>		0,001		0,001		0,001
20-22	2,23 (1,55-3,20)		2,34 (1,24-2,84)		2,17 (1,46-3,21)	
17-19	1,67 (1,16-2,39)		1,70 (1,06-2,41)		1,77 (1,20-2,62)	
14-16	1		1		1	
<i>Structure familiale</i>		0,016		0,004		0,076
Monoparentale	1,44 (1,13-1,85)		1,51 (1,11-1,93)		1,41 (1,09-1,83)	
Autres parents	1,37 (0,82-2,28)		1,32 (0,76-2,29)		1,30 (0,76-2,24)	
Seul	1,07 (0,81-1,41)		1,04 (0,81-1,52)		1,17 (0,87-1,83)	
Deux parents	1		1		1	
<i>Nombre de personnes au foyer</i>		0,011		0,007		0,011
1 à 5	1,43 (1,11-1,85)		1,46 (1,17-2,07)		1,49 (1,13-1,96)	
6 à 8	1,43 (1,10-1,87)		1,47 (1,11-2,01)		1,44 (1,08-1,91)	
9 et plus	1		1		1	
<i>Niveau de vie des parents</i>		0,001		0,001		0,043
Élevé	1,98 (1,46-2,67)		2,04 (1,17-2,30)		1,46 (1,06-2,02)	
Moyen	1,27 (1,00-1,60)		1,19 (0,86-1,44)		1,04 (0,81-1,33)	
Bas	1		1		1	
<i>Absentéisme scolaire</i>		0,001		-		-
Oui	2,35 (1,87-2,95)		-		-	
Non	1		-		-	
<i>Se sentir seul</i>		-		0,011		-
Toujours	-		1,79 (1,18-2,77)		-	
Parfois	-		1,44 (0,98-2,16)		-	
Rarement	-		1		-	
<i>Sorties régulières</i>		-		-		0,001
Oui	-		-		3,22 (2,43-4,27)	
Non	-		-		1	

observe après ajustement que les résultats des analyses multivariées confirment ceux de l'analyse univariée pour l'âge, le sexe, le niveau de vie, le nombre des personnes dans le ménage ; mais on note, ici, un risque de tabagisme chez les jeunes appartenant à une famille monoparentale par rapport à ceux des familles « classiques » à deux parents.

Discussion

Dans l'analyse de ces données, la consommation occasionnelle a été prise en considération, parce qu'elle constitue un risque de devenir régulière et d'instaurer l'habitude [18]. Pour certains auteurs toute cigarette consommée pendant

l'adolescence est un facteur de risque pour l'usage de la cigarette à l'âge adulte [19, 20]. L'absence des données comparables au niveau du Gabon et l'insuffisance des données au niveau de l'Afrique justifiaient une telle approche.

Parmi les jeunes qui ont participé à l'enquête, 10,9 % fument actuellement.

Cette proportion, reste en deçà de ceux des pays développés [21-23].

S'agissant du sexe, la différence de risque, en faveur des filles trouvée dans cette étude, a été retrouvée dans une enquête des élèves des écoles secondaires au Zimbabwe [9], contrairement aux résultats observés dans la plupart des pays développés [18]. On retrouve, cependant, dans la littérature, comme dans cette étude, une augmentation du tabagisme liée à l'âge [6].

Les jeunes issus des familles monoparentales ont un risque ajusté plus élevé par rapport à ceux des familles classiques (tableau 3); on retrouve la même association dans une étude réalisée en Grande-Bretagne [3]. L'influence du type de famille est peut-être à rechercher.

Le tabagisme atteint un risque élevé parmi les jeunes qui sont dans des ménages où il y a moins de personnes, comme parmi ceux vivant dans des familles de niveau de vie aisé et ceux occupant seuls leur chambre. La différence de risque, entre les jeunes issus des familles ayant ces caractéristiques de niveau de vie élevée et les autres, permet de supposer que l'accessibilité financière influe négativement sur le tabagisme de ces jeunes. Selon la théorie des distinctions de classe sociale dans le domaine de la santé, le niveau de vie de la famille peut jouer un rôle important de générateur de différences entre classes sociales en matière de santé [24-26]. Cependant, une étude réalisée en Grande-Bretagne souligne plutôt l'importance des influences culturelles comme déterminants de santé plus significatifs à cet âge que les aspects matériels [4]. S'agissant du statut socio-économique des parents, les conclusions sont donc nettement claires [3].

L'histoire de l'évolution du tabac laisse présager cependant que la situation rencontrée actuellement dans cette étude pourrait évoluer, comme ce fut le cas dans les pays occidentaux, où la consommation de tabac, à ses débuts, se répandit d'abord dans les classes privilégiées [27]. Par ailleurs, même si les jeunes sont plus sensibles au prix de tabac, la vente de la cigarette à l'unité en usage dans les pays américains, élément qui facilite l'accès, peut accélérer cette évolution de tendance [9].

Les études menées en Belgique (1973 et 1978) ont fait apparaître que le comportement à l'égard de la cigarette varie sensiblement en fonction de type d'enseignement [7]. Ces observations ont été confirmées par Piette *et al.*, 20 ans après

[6], et les résultats de l'enquête SJS-Gabon montrent une différence semblable.

De façon générale, une trajectoire scolaire perturbée serait associée à des usages de substances psycho-actives, en particulier du tabac; c'est ce que l'on observe chez les absentéistes et chez ceux qui ont du retard scolaire. L'échec et l'absentéisme scolaire peuvent être interprétés comme signe d'une remise en cause de l'instance de socialisation qu'est l'école, qui se traduit aussi par une quête d'expériences nouvelles [5].

Le tabac, recherché par beaucoup de fumeurs pour son rôle à la fois stimulant et calmant, est davantage consommé pour cette même raison par ceux qui ont des problèmes psychologiques. Les données montrent des liens entre la consommation de tabac et ceux qui se sentent souvent seuls, mais la relation avec ceux qui ont déclaré qu'ils manquent de confiance en eux est non significative (RC : 1,46). Alors que des résultats d'une enquête ont montré que le score de santé mentale calculé sur les 15-19 ans interrogés est plus faible pour les consommateurs réguliers de tabac [5]. D'autres données ont montré des associations non significatives entre la sensation de solitude, les variables qui expriment la confiance en soi (la haute estime de soi et un haut niveau d'optimisme) et la consommation de tabac [25]. Ainsi, l'association des facteurs psychologiques à l'usage des produits psychoactifs est une relation souvent observée, mais amovible et délicate à interpréter. Ces deux phénomènes peuvent d'ailleurs s'entretenir mutuellement, et les signes de malaise restent des facteurs de risque pour repérer les individus vulnérables [5].

Les jeunes qui font des sorties régulières, constituent le groupe le plus à risque de l'étude. Outre l'occasion de braver les interdits, le temps passé en dehors de la maison est un élément qui favorise l'affiliation pour les groupes d'amis [26]. En matière de comportement de santé, si l'influence des parents est grande au début de l'adolescence, la pression des pairs (fumeurs) est plus grande plus tard [28-30]. À travers ces sorties régulières, la distribution d'échantillons gratuits de cigarettes et le parrainage par l'industrie du tabac des manifestations sportives et culturelles (concerts), observés dans les pays en développement, constituent des éléments qui peuvent expliquer ce risque élevé.

Au cours de cette enquête, des informations n'ont pas été recueillies dans deux provinces comprenant des effectifs

scolaires assez réduits (6,1 %). Toutefois, rien ne porte à croire qu'il peut avoir de différence dans les comportements entre ces provinces et le reste du pays. Il est donc possible, pour les faits de planification, d'étendre les conclusions de l'étude à ces deux provinces.

La disponibilité des données sur le plan international a poussé à établir des comparaisons, afin de souligner, parfois, l'ampleur d'un problème. Ces comparaisons se sont heurtées à des différences d'échantillonnage, de population cible, de périodes d'enquêtes et d'analyses statistiques. Ces exemples ne sont donc cités qu'à titre indicatif.

Conclusion

La présente étude visait à contribuer à une meilleure définition de groupe à risque de tabagisme. À l'instar des nombreux pays en développement, où la présence et les pressions des grandes firmes font grimper le taux de tabagisme parmi les élèves [1], le tabagisme, dans les années à venir au Gabon, risque d'augmenter chez les jeunes et particulièrement chez les filles. À moins que le Gabon ne mette en place une politique restrictive.

Les résultats de cette étude pourront contribuer à l'élaboration des stratégies adaptées aux conditions culturelles et socio-économiques du pays. Plus précisément, ils pourront inciter la mise en place, par les politiques du pays, des stratégies combatives pour contrecarrer les pressions agressives de l'industrie de tabac, en se référant à la charte anti-tabac de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) signée par des nombreux pays en 2003, y compris par le Gabon. L'étude pourra aussi permettre de générer des hypothèses pour des recherches plus approfondies ■

Remerciements

Cette enquête a été financée par le ministère de l'Éducation du Gabon, avec le soutien du ministère de la Santé. Nous remercions également, Laurence Kohn ainsi que les autres collaborateurs scientifiques de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, particulièrement les statisticiens Michelle Dramaix et Patrick De Smet.

Références

1. En marche le journal de la mutualité chrétienne: L'Afrique, cendrier de l'occident. www.enmarche.be/Sante/Sante_publique/Afrique_cendrier_Occident.htm 2002.
2. Alexander C, Piazza M, Valente T, Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *J Adolesc Health* 2001 ; 29 : 22-30.
3. Glendinning A, Shucksmith J, Hendry L. Family life and smoking in adolescence. *Social Science & medicine* 1997 ; 44 : 93-101.
4. Sweeting H, West P. Family life and health in adolescence: a role for culture in health inequalities debate? *Social Science & medicine* 1995 ; 40 : 163-75.
5. Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. *Regards sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCA-PAD 2000*. Saint-Denis La plaine (France): Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2000.
6. Piette D, Parent F, De Smet P, et al. *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994*. Bruxelles: ULB-Promes, École de santé publique, université libre de Bruxelles, communauté française de Belgique, 2003. www.ulb.ac/esp/promes/.
7. Joossens L. *Documentation tabac*. Bruxelles: Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC), 1983.
8. Sutherland I, Shepherd JP. The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use in a stratified sample of English adolescents. *Addiction* 2000 ; 96 : 637-40.
9. Eide AH, Acuda SW. Drug use among secondary school students in Zimbabwe. *Addiction* 1995 ; 90 : 1517-27.
10. Direction générale de la statistique et des études économiques (DGSEE) Gabon. *Principaux résultats, recensement général de la population et de l'habitat du 1^{er} au 31 juillet 1993*. Libreville (Gabon): DGSEE Gabon, 1993.
11. Direction générale de la statistique et des études économiques (DGSEE) Gabon; ORC Macro. *Enquête démographique et de santé Gabon 2000*. Calverton (Maryland): DGSEE; FNUAP; ORC Macro, 2001.
12. Piette D, Maes L, Smith C. The WHO-collaborative study: health behaviour in school children in Belgium. Methodology and dissemination of data. *Arch Public Health* 1993 ; 51 : 387-405.
13. Santé Canada. *Le développement sain des enfants et des jeunes, le rôle des déterminants de la santé*. Ottawa: Santé Canada, 1999.
14. Nzouzi N. *La santé des jeunes en milieu scolaire: les tendances 2000-2001. Comportements, modes de vie et problèmes de santé des jeunes au Gabon*. Bruxelles: ministère de l'Éducation, ministère de la Santé, Union européenne, ULB-Promes, 2004.
15. Service de statistiques et de l'emploi. *Annuaire statistique de l'enseignement du Gabon, année scolaire 1995-1996*. Libreville (Gabon): Service de statistiques et de l'emploi, ministère de l'Éducation nationale du Gabon.
16. Service de statistiques, ministère de l'éducation nationale du Gabon. *Rapport annuel sur les effectifs des établissements scolaires secondaires, année scolaire 2000-2001*. Libreville (Gabon): Service de statistiques et de l'emploi, ministère de l'Éducation nationale du Gabon.
17. Howell DC. *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris: De Boeck Université, 1998.
18. Word B, Aarq LE, Smith C, et al. *HBSC, a WHO cross-national survey "Research protocol for the 1993-94 study"*. Bergen (Norvège); Genève: University of Bergen, Research center for health promotion, department of psychosocial science with the National Norwegian Health Association; WHO, 1988.
19. Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk. Behavior of adolescents in the North of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000 ; 27 : 351-60.
20. Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA. Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction* 1999 ; 94 : 913-21.
21. Sutherland I, Willner P. Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents. *Addiction* 1998 ; 93 : 1199-208.
22. Curry C, Roberts C, Morgan A, et al. *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. WHO policy series: Health Policy for Children and adolescents, n° 4. Copenhagen: World Health Organisation, Regional office for Europe, 2004.
23. Holowaty P, Feldman L, Shortt L. Cigarette smoking in multicultural, urban high school students. *J Adolesc Health* 2000 ; 27 : 281-8.
24. Currie CE, Elton RA, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO health behaviour in School-aged children survey. *Health Educ Res* 1997 ; 12 : 385-97.
25. Grunbaum JA, Tortolero S, Gingiss P. Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. *Addictive Behavior* 2000 ; 25 : 145-51.
26. Aaro LE, Wold B, Rimpela M, et al. Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. A presentation of philosophy, methods and selected results of first survey. *Health promotion* 1986 ; 1 : 17-33.
27. Herminaire JC. *Le tabac en question*. Dossier Presse Actuarquarto 69. 1989.
28. Bauman KE, Carver K, Gleiter K. Trends in parent and friend influence during adolescence: the case of adolescent cigarette smoking. *Addict Behav* 2001 ; 26 : 349-61.
29. Kohn L, Kittel F, Piette D. Peer, family integration and other determinants of cannabis use among teenagers. *Int J Adolesc Med Health* 2004 ; 16 : 359-70.
30. Beal A, Ausiello CJ, Perrin JM. Social influences on health-risk. Behaviors among minority middle school students. *J Adolesc Health* 2001 ; 28 : 474-80.