

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Prevalence, knowledge, and consumption habits of shisha use among youth aged 18 to 35 in Libreville, Gabon

Prévalence, connaissances et habitudes de la consommation de la chicha parmi les jeunes de 18 à 35 ans à Libreville, Gabon

Ulrich Davy KOMBILA^{1,3}, Linda Danielle IBINGA^{2,4}, Nicole BIVIGOU¹, Séphora TSOUKAKA¹, Jessica BOUANGA¹, Chelma Lucrèce Osth NGUIA NKILIKISSA^{1,3}, Jéconias Verlain MOUITY MAVOUNGOU¹, Dorcas-Henriette AVIRE-RENGOMBY¹, Jean Bernard BONIFIN¹

¹Service de Pneumologie, Institut des Maladies Infectieuses, PDG, Libreville (Gabon)

²Service de Médecine Interne, HIA d'Akanda, Akanda, Libreville (Gabon)

³Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé, Owendo (Libreville)

⁴Faculté de Médecine, Université des Sciences et techniques de la Santé, Libreville (Gabon)

ABSTRACT

Introduction: In Gabon, recent studies on shisha are scarce, despite its growing popularity among young people. The objective was to analyze the behavior of young people in Libreville regarding shisha consumption in order to develop effective strategies to combat this problem.

Methods: This was a prospective study in the form of an anonymous questionnaire administered via the KoBoCollect application, targeting young people aged 18 to 35 between September and October 2025.

Results: A total of 274 responses were analyzed, from 105 (38.3%) men (male-to-female ratio of 0.62), the majority of whom were students (72.4%), and aged between 20 and 30 (43.8%, $p=0.007$). One hundred and five (38.3%) had been smoking hookah for an average of 4 years (range: 1 to 13 years). These were primarily occasional users (47.9%), smoking between once a month and once a week, in the evening (98.1%) and on weekends (85.7%). The average session lasted 84 minutes (range: 30 minutes to 5 hours). Hookah was smoked in a hookah bar (90.5%), at home (27.6%), or at a friend's house (22.1%). Commonly associated addictive behaviors included alcohol (86.5%), cannabis (55.2%), and cigarettes (40.5%). Approximately 44.7% believed that hookah was toxic. Only 18.9% of users expressed a desire to quit smoking within four weeks.

Conclusion: Since shisha is often a gateway to smoking, its strong association with other addictive substances underscores the importance of strengthening prevention and awareness campaigns to better inform people about the health risks associated with this practice.

KEYWORDS: Shisha; Smoking; Habits; Knowledge; Libreville.

RÉSUMÉ

Introduction: Au Gabon, les études récentes sur la chicha sont peu nombreuses alors que la pratique de la chicha est en pleine expansion chez les jeunes. L'objectif était d'analyser le comportement des jeunes de Libreville, vis-à-vis de la consommation du narguilé dans le but d'élaborer des stratégies efficaces de lutte contre ce fléau.

Méthodes: Il s'est agi d'une étude prospective sous forme d'enquête par questionnaire anonyme administré via l'application KoBoCollect qui a porté sur les jeunes de 18 à 35 ans durant la période de septembre à octobre 2025.

Résultats: Au total, 274 réponses ont été analysées, provenant de 105 (38,3%) hommes avec un sex-ratio à 0,62, en majorité étudiants (72,4%), et âgé entre 20 et 30 ans (43,8%, $p=0,007$). Cent cinq (38,3%) consommaient le narguilé depuis en moyenne 4 ans (extrêmes : 1 et 13 ans). Il s'agissait surtout des consommateurs occasionnelles (47,9%) entre une fois par mois et une fois par semaine, le soir (98,1%) et le week-end (85,7%). La durée moyenne des séances était de 84 minutes (extrêmes : 30 minutes et 5 heures). La chicha est fumée dans un bar à chicha (90,5%), au domicile (27,6%) ou chez des amis (22,1%). Les conduites addictives souvent associées sont l'alcool (86,5%), le cannabis (55,2%), la cigarette (40,5%). Environ 44,7% pensaient que le narguilé était toxique. Seuls 18,9% des consommateurs, souhaiteraient arrêter de fumer, dans les 4 semaines.

Conclusion: La chicha étant le mode d'entrée dans le tabagisme sa forte association avec d'autres substances addictives souligne l'importance de renforcer les actions de prévention et de sensibilisation afin de mieux informer sur les risques sanitaires liés à cette pratique.

MOTS CLÉS: Chicha; Tabagisme; Habitudes; Connaissances; Libreville.

Corresponding author: Docteur Ulrich Davy KOMBILA, Service de Pneumologie, Institut des Maladies Infectieuses, PDG, Libreville. Email: ulrichdavyk@gmail.com

INTRODUCTION

La cigarette est devenue un produit réputé dangereux pour la santé, polluant et de plus en plus dévalorisé auprès des jeunes, et pour contrer cette dévalorisation du tabac, les compagnies essayent de faire la promotion des modes alternatifs de consommation. Parmi les nouveaux modes de consommation, la chicha ou shisha encore appelée narguilé, narghilé, waterpipe ou hookah, a refait surface dans le contexte de l'épidémie mondiale de tabagisme [1, 2]. Dans de nombreux pays de la Méditerranée orientale, où l'usage de la chicha est traditionnel, elle a dépassé la cigarette comme mode de consommation de tabac le plus courant, gagnant en popularité chez les adultes jeunes, notamment en zones urbaines où se sont développés « des bars à chicha » [1, 3]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la popularité du narguilé, notamment chez les jeunes adultes. Premièrement, l'introduction de tabacs aromatisés, ou contenant des additifs naturels. Deuxièmement, les convictions religieuses, le tabagisme parental et un faible niveau scolaire sont associés au narguilé chez les jeunes adultes. Troisièmement, la généralisation d'Internet et des réseaux sociaux semble rendre le narguilé de plus en plus tendance et populaire chez les jeunes adultes, le faisant percevoir à tort comme une activité sociale moins nocive que la cigarette traditionnelle. Enfin, l'absence de politiques et de réglementations spécifiques du narguilé favorise la commercialisation de ces produits auprès des jeunes et des jeunes adultes [4]. L'usage la chicha représente donc un enjeu de santé publique, exposant ses fidèles consommateurs réguliers à des maladies parmi lesquels la tuberculose, et l'hépatite virale C par son utilisation partagée et répétée sans hygiène adéquate [5], à la bronchopneumopathie chronique obstructive, aux maladies cardiovasculaires, à l'apparition des cancers de la gorge, du poumon et de la vessie [6, 7]. Fumer la pipe à eau gagne en popularité dans les proportions inquiétantes au sein de la population jeunes en Afrique et dans le monde entier malgré ses effets néfastes sur la santé cardiaque, respiratoire et le risque accru de cancer qui y est associé [4, 8 - 10]. A l'instar des autres pays africains, au Gabon, on assiste à l'ouverture des bars à chicha, le plus souvent en transformant des salons de thé ou des restaurants. Il est donc nécessaire d'identifier les fumeurs de chicha, de les informer et de les encourager à arrêter de fumer. D'où l'intérêt de la conduite de cette étude qui permettra de mieux comprendre l'ampleur du phénomène et pourra servir de base pour la mise en route des moyens de lutte contre ce fléau qui peut être la porte d'entrée vers le tabagisme chronique ou d'autres substances addictives.

MÉTHODE

Cadre et lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans la ville du grand

Libreville. Il s'agit de la capitale administrative et politique du Gabon. Sa population est estimée à 703940 habitants selon le dernier recensement et sa superficie 189 km². Il s'agit de la ville la plus peuplée du pays [11]. Elle est subdivisée en communes (Libreville, Owendo et Akanda). La commune de Libreville comporte six arrondissements et cent dix-sept quartiers. C'est le centre culturel, économique et administratif du pays qui abrite une population multiculturelle diversifiée. Le nombre exact des bars à chicha n'est pas connu, mais dans les boîtes de nuit, les snack bars, les bars lounges et autres coins feutrés de la capitale gabonaise, la tendance est à la chicha.

Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive avec collecte de données prospectives portant sur la consommation de la chicha ou narguilé, chez les jeunes de 18 à 35 ans, sur une période de trois mois du 1^{er} septembre au 30 novembre 2025.

Population d'étude

La population d'étude était constituée des jeunes âgés de 18 à 35 ans qui fréquentaient les bars, les restaurants de la commune de Libreville et qui y résidaient au moment de l'étude depuis au moins un an. Le choix de cette tranche d'âge a été orienté du fait qu'il s'agisse des adolescents et les conduites addictives sont fréquentes à cet âge car le cerveau en développement est particulièrement vulnérable. Cette période charnière mêle la recherche de nouvelles expériences à des transformations neurologiques. De plus, le besoin d'intégration sociale pousse souvent les jeunes vers des comportements à risque pour s'affirmer ou gérer leurs émotions.

Critères d'inclusion et non inclusion

Nous avons inclus tous les jeunes âgés de 18 à 35 ans sans distinction de nationalité, qui fréquentaient les bars échantillonnés et qui ont donné volontairement leur consentement éclairé et accepté de se soumettre au questionnaire après avoir reçu l'information sur les objectifs de l'étude. N'ont pas été inclus les jeunes jugés trop ivres pour participer ou ceux qui étaient incapables de communiquer ou les jeunes dans les espaces (bars, restaurants) inaccessibles.

Taille de l'échantillon

Nous avons déterminé la taille de l'échantillon à l'aide de la formule de Daniel SCHWARTZ (1960). A la lumière des connaissances actuelles, aucune étude n'a été réalisée sur la chicha au Gabon. Par contre une étude réalisée dans la commune IV du district de Bamako sur une population jeune avait évalué la prévalence des consommateurs de la chicha dans cette population [8]. En prenant comme hypothèses cette prévalence qui est de 19,23 %, une précision de 5%, ce qui correspond à un écart réduit à 1,96 pour un niveau de confiance de 95%, la taille minimale de l'échantillon 263 en considérant les refus.

Echantillonnage

Le sondage était empirique par la méthode des

itinéraires. Nous avons sélectionné la commune d'Akanda et deux arrondissements parmi les plus denses de la capitale. Il s'agit du premier et du quatrième arrondissement. Le premier arrondissement est un secteur résidentiel et administratif important où réside une population majoritairement jeune et urbaine. Cette arrondissement concentre les bars, les restaurant et les boites de nuits de la capitale. La population qui réside est de 119498 habitants d'après le dernier Recensement général de la population et de l'habitat [11]. Cependant, l'importance des restaurants, asiatiques, européens et africains, des bars et des boites de nuits fait qu'elle reçoit quotidiennement du monde de différentes couches socioprofessionnelles. Le 4^e arrondissement borde de littoral comme le premier arrondissement et possède une forte densité urbaine. Il reçoit donc quotidiennement une population hétérogène en provenance des autres communes. La population résidente au 4^e arrondissement est de 39732 habitants [11]. Les répondants éligibles c'est-à-dire les jeunes de 18 à 30 ans ont été sélectionnés de manière systématique.

Recueil des données

Les informations ont été recueillies à partir d'un questionnaire administré, anonyme, individuel, électronique sur KoBoCollect, comportant aussi bien les questions ouvertes que fermées. Il a été élaboré selon les données de la littérature. Le questionnaire a été administré par trois enquêteurs préalablement formés à la méthodologie. Au préalable le motif de l'enquête a été présenté et le caractère anonyme des réponses a été spécifié. Les questions ont été proposées dans un ordre ciodémographiques (âge, sexe, occupation, niveau établi et précis. Outre les données so d'étude, lieu de résidence), le questionnaire comprenait

des items relatifs aux facteurs liés à la motivation de fumer la chicha (pourquoi fumez-vous ? le type d'arômes, pourquoi ce choix ? combien vous dépensez ? où vous vous procurez la chicha ?), les items relatifs aux modes de consommations (habitudes de consommation, fréquence de consommation, période dans la journée de consommation, le moment de la semaine, l'usage des embouts), les items liés à la connaissance des méfaits de la chicha (toxicité de la chicha, la chicha est-elle dangereuse ?, la chicha peut-elle être responsable de maladie ?), enfin les items en rapport avec les morbidités et les addictions associées.

Déroulement pratique de l'enquête

En pratique l'enquête s'est déroulée de la façon suivante : tous les jours ouvrables à partir de midi, l'enquêteur N° 1 se mettait sur le littoral en direction du 4^e arrondissement. Le premier bar, bar à chicha, restaurant et la boite de nuit (en fonction de l'heure) qui se retrouvait sur son chemin, l'enquêteur accédait à l'intérieur, s'entretenait avec le responsable pour requérir son approbation avant de se diriger vers les clients. Tous les jeunes se trouvant sur lieu ont été proposé à participer à l'étude. En cas de refus l'enquêteur se dirigeait vers un autre site en utilisant la même

méthode. L'enquêteur N° 2, quant à lui, débutait son enquête à partir du littoral en direction du premier arrondissement. Le recrutement se déroulait selon les mêmes modalités qu'au 4^e arrondissement et se terminait au quartier nzeng ayong. L'enquêteur N°3, quant à lui débutait son enquête dans la commune d'Akanda selon les mêmes modalités que les enquêteurs 1 et 2 (figure 1).

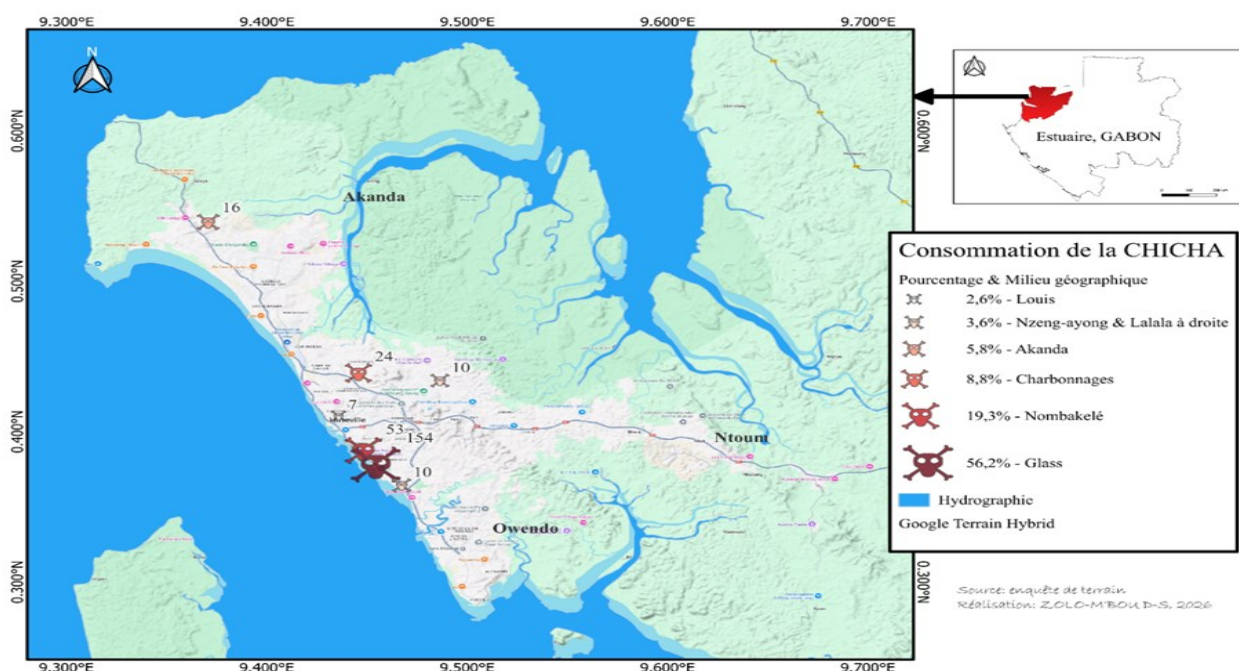


FIGURE 1 : Répartition de la fréquence des répondants en fonction du lieu des bars à chicha (arrondissement et commune), Libreville, Gabon, septembre à octobre 2025 (n=274).

Analyse statistiques

La saisie et l'analyse des données ont été rendus possible grâce au logiciel SPSS (*IBM SPSS Statistics, version 20, Inc, Chicago, IL, USA*). Les statistiques descriptives usuelles (moyenne, médiane, écart type, proportion) ont été utilisées pour présenter la synthèse de nos résultats. Le test de Chi carré était utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de significativité de 5%.

Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée selon les normes éthiques en vigueur et du respect de la confidentialité, car aucun caractère d'identification personnel n'a pas été utilisé. Nous avons obtenu le consentement écrit des participants à l'étude, indiquant qu'ils avaient accepté d'y participer. La participation à cette étude était volontaire et aucune incitation n'a été offerte aux participants.

RÉSULTATS

Données générales

Sur un effectif global de 274 participants, les sujets masculins représentent 38,3% (n=105) de l'échantillon. Le sex-ratio était de 0,62. La tranche d'âge des participants comprise entre 20 et 30 ans représentait 65% et la moyenne d'âge était de 22,11 ans (ET : 3,9 ans). Les activités professionnelles étaient représentées par les élèves /étudiants (81,0%), le secteur informel (7,7%), les salariés (6,9%), les mécaniciens.

Caractéristiques des consommateurs du narguilé

Le **tableau 1** résume les particularités des consommateurs du narguilé. Au sein de cette population 105 enquêtés, soit 38,2% des jeunes interrogés étaient des consommateurs de narguilé. La durée médiane de consommation était de 3 ans avec un intervalle interquartile de 2 et 5 ans. La durée moyenne de consommation était de 4 ans (extrêmes : 1 et 13 ans). La répartition des consommateurs du narguilé selon la tranche d'âge et le sexe note 43,8% entre 20 et 30 ans ($p=0,007$) et 39,1% étaient de sexe masculin ($p=0,398$). La population féminine est estimée à 36,7%. Les activités professionnelles étaient représentées par étudiants (72,4%), les élèves (8,4%), les agents du secteur informel (7,7%),

les mois. Soixante-neuf participants (65,7% ; 69/105) dépensait entre 5000 et 10000 FCFA (7,62 – 15,24 €) mensuellement. Les arômes choisis des consommateurs étaient la menthe (33,7% ; n=35), la pomme (21,2% ; n=22), et la fraise (19,2% ; n=20). salariés (6,9%). La consommation du narguilé était occasionnelle (47,9%) entre une fois par semaine et une fois par mois (**figure 2**), le soir (98,1%) et les week-end (85,7%) dans les bars à chicha (90,5%), au domicile (27,6%) et chez des amis (22,1%). La consommation régulière était notée chez 2,9 % des consommateurs. La durée médiane d'utilisation d'une chicha était comprise dans l'intervalle de 60 – 120 minutes (moyenne : 89 minutes, Extrêmes : [30 – 300] minutes).

TABLEAU 1	Caractéristiques des consommateurs du narguilé (n=105)		
	Effectif	Pourcentage	
Sexe			
Masculin	72	68,6	0,398
Féminin	33	31,4	
Tranche d'âge			
< 20	24	30,8	0,068
20 – 30	78	43,8	0,007
≥ 30	3	16,7	0,039
Profession			
Elève	9	8,6	
Etudiant	76	72,4	
Mécanicien	3	2,9	
Salarié	7	6,7	
Secteur informel	10	9,5	
Lieu d'approvisionnement			
Bar	39	37,1	
Bar /restaurant	21	20,0	
Bar à chicha	18	17,0	
Boite de nuit	6	5,7	
Snack Bar	8	7,6	
Store chicha	9	8,6	
Magasin	4	3,8	

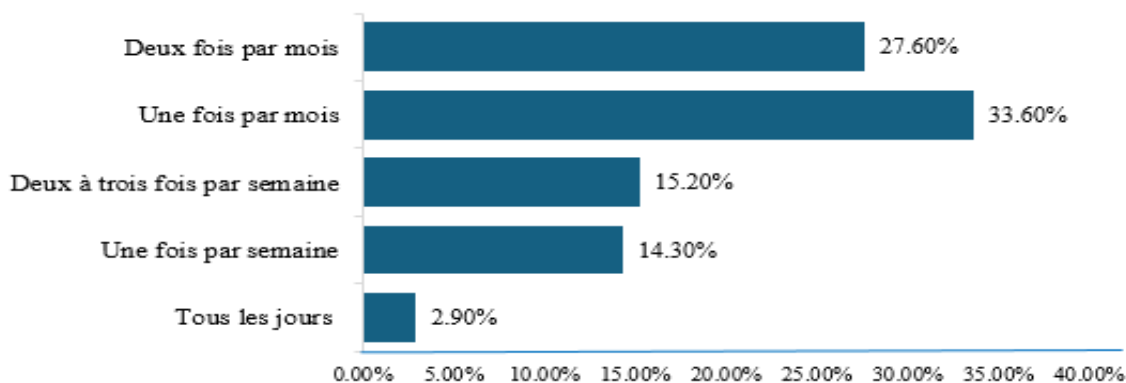


FIGURE 2. Fréquence d'utilisation du narghilé chez 274 répondants, septembre à octobre 2025, Libreville (Gabon)

Achat du tabac à chicha

La majorité de consommateur se procurait le narguilé principalement dans les bars (37,1% ; n=39), les bar / restaurant (20,0% ; n=21) et les bars à chicha (12,4% ; n=13). Seuls 3,8% se procuraient dans les magasins. Ils dépensaient en moyenne 7505 FCFA (11,44 €) par Toxicité perçue de la nocivité du narguilé et hygiène La nocivité de la cigarette par rapport à la chicha était reconnue par 47,8% contre 37,6% des répondants qui avaient reconnu la chicha comme étant plus nocive que la cigarette. Cependant 67,2% ont déclaré que la chicha est dangereuse et 77% pensaient qu'elle pouvait rendre malade. Parmi les maladies citées par les répondants on note : les infections pulmonaires (57,7%), les cancers (27,0%), et la tuberculose (9,6%). Les manifestations rapportées par les consommateurs de narguilé étaient, l'irritation de la gorge (26,7%), l'essoufflement (20,0%), la toux (18,1%) et les palpitations (17,1%). Dans trois cas (2,9%), les consommateurs de narguilé avaient signalé l'agressivité comme manifestation liée à la consommation du narguilé. Les précautions d'hygiène particulières à savoir l'utilisation d'embout individuel est noté chez 98,1% des consommateurs.

Addictions associées, désir d'arrêt

Les conduites addictives associées à la consommation du narguilé étaient l'alcool (86,5%), la cigarette (40,5%), les stupéfiants à savoir la marijuana (53,8%), le cannabis (55,2%), le hachich (50,0%), et le tramadol (75,0%). La consommation de boissons traditionnelles alcoolisée a été rapporté par 43 enquêtés (18,1%). Seuls 23 consommateurs (18,9%), étaient certains de cesser de fumer dans les quatre semaines.

DISCUSSION

Afin de participer à l'optimisation de la lutte contre le tabagisme et ses effets nocifs et d'apporter des informations nécessaires pour faire face à l'expansion des modes de consommation alternatif nous avons réalisé cette étude. Le fait que cette étude soit réalisée dans une population sélectionnée pourrait constituer un biais de sélection. Nonobstant cette limite, il ressort de cette étude que la consommation régulière du narguilé (2,9%) était identique à celle retrouvé par BITCHON et Coll., [12], en milieu universitaire à Douala en 2020, mais est inférieure à celle relevée par KANOUTE et Coll. [8], qui était de 19,23% dans la population générale en 2023 au Mali. Cette différence pourrait être imputée aux fluctuations d'échantillonnage. Sur un tout autre plan, en Afrique centrale, la consommation de narguilé est plus récréative que culturelle. D'où la consommation majoritairement les jours de repos, c'est-à-dire le week-end (85,7%) et en soirée (98,1%), dans les bars à chicha (90,5%), chez les amis (22,1%). L'ensemble de ces observations témoignent de l'aspect convivial et récréatif de la chicha. Ailleurs, en Afrique d'autres auteurs ont relevé des prévalences similaires à celles retrouvées en Afrique de l'Ouest.

Ainsi WACHINOU et Coll., [10], ont retrouvé une prévalence de 13,86 % en milieu étudiantin à Cotonou en 2018. De même, AYADI et Coll., [13], en Tunisie ont relevé 24,8% des fumeurs actuels de narguilé. Certaines caractéristiques associées à la consommation du narguilé pourraient orienter vers d'autres voies de lutte antitabac à savoir : la consommation des drogues illicites (cannabis (55,2%), marijuana (53,8%), tramadol (75,0%)), cigarette (40,5%) et alcool (86,5%). L'initiation à la cigarette paraît plus fréquente chez les utilisateurs initiaux de chicha, d'où l'usage de la chicha serait la porte d'entrée vers le tabagisme [14]. Dans une étude réalisée en milieu étudiantin à Cotonou, la consommation de cannabis (85,7%), de cigarette (85,71%) ou d'alcool (40,0%) étaient significativement associées à la consommation de tabac par chicha (Wachinou, 2021). Le constat est similaire en Ouganda, où AANYU et Coll. [15], ont relevé que la cigarette était un facteur associé à la consommation de la chicha avec un ORa à 5,91 IC95% [3,86 – 9,05]. Dans l'étude, entre la cigarette et la chicha, pour 47,8% des enquêtés, la cigarette était plus toxique et pour 37,6% la chicha était plus toxique. Près des deux tiers des étudiants en médecine du CHU de Sfax, croyaient que le narguilé était plus nocif pour la santé que les cigarettes [13]. La dangerosité de l'usage de la chicha doit être reconnue à l'égal de celle du tabac. Son attractivité pour les jeunes est d'autant plus préoccupante qu'elle peut constituer un mode d'entrer dans le tabagisme. Des campagnes d'information à leur intention doivent être intensifiées [14]. Le désir manifeste d'arrêter la chicha était rapporté par 34,4% des consommateurs. C'est tout l'intérêt de la création d'un centre national de sevrage, ce qui n'existe pas encore au Gabon, afin de permettre de prendre en charge tous ceux qui décident d'arrêter de fumer. La moyenne d'âge des répondants était de 22,11 ans (ET±3,903 ans). Ces résultats sont similaires à ceux de OGUNKOYA et Coll., [16], qui retrouvent une moyenne d'âge de 19,7±2,9 ans au Nigeria, NASSER et Coll. (Nasser 2019), qui retrouvent une moyenne d'âge de 21,93 ± 2,55 ans au Yémen, et AKA et Coll., [17], qui retrouvent une moyenne d'âge 19,17± 5 en Côte d'Ivoire. Ce résultat pourrait s'expliquer par le profil des personnes interrogées, recrutés principalement dans des lieux de loisirs urbains fréquentés par des adultes jeunes. Cette tranche d'âge, dominée par des étudiants et de jeunes actifs, apparaît particulièrement exposée à la consommation de chicha, en raison de son caractère social, récréatif et de sa perception erronée de moindre nocivité. A l'analyse des résultats, nous avons noté une prédominance masculine nette : 68,6% contre 31,4%, soit un sex-ratio de 2,18. Plusieurs auteurs Africains ont rapporté une prédominance du sexe masculin [18 – 20]. Ailleurs, cette prédominance n'est pas la règle : ASSAO et Coll. (Assao, 2019), à Niamey, ZAMMIT et Coll., [9]

en Tunisie, retrouvent une prédominance féminine respectivement à 76,48% et 63,0%. Pour d'autres auteurs encore, il n'existe pas de différence significative entre les sexes [12]. Cette variation des prédominances selon les auteurs pourrait être imputée aux fluctuations de l'échantillonnage sans signification particulière. L'âge moyen d'initiation à la consommation de la chicha était de 18,04±2,766 avec des extrêmes de 11 et 26 ans. Des résultats similaires ont été rapporté par d'autres auteurs [12, 19, 21]. Cette observation peut s'expliquer par la perception erronée de son innocuité, de l'attractivité des arômes, de l'influence des pairs, de sa normalisation sociale, et de son accessibilité [22]. Les facteurs psychosociaux propres à l'adolescence, tels que la curiosité, la recherche d'intégration sociale et la gestion du stress ou de l'ennui, participent à l'adoption précoce de cette pratique. Chez les jeunes en raison de l'absence de réglementation spécifiques encadrant sa commercialisation, son accessibilité et son utilisation dans les lieux publics. Cette insuffisance réglementaire varie toutefois selon les pays et les contextes socio-culturels. En France, les dispositions législatives interdisent de fumer la chicha dans tous les lieux clos et couverts, y compris les bars à chicha [2]. Outre, les méfaits de la consommation de la chicha sur la santé on note un impact économique. Les répondants étaient en majorité des jeunes et dépensaient en

moyenne 7505 francs CFA (11,44 €) par mois. Cette dépense peut représenter une charge financière importante pour une population souvent constituée d'étudiants ou de jeunes à revenus limités. Dans ce contexte, la répétition des dépenses liées à la consommation du narguilé pourrait favoriser des difficultés financières et, dans certains cas, favoriser l'adoption de comportements à risque, notamment le recours à l'endettement ou à l'obtention de ressources financières par des moyens non conventionnels, afin de maintenir cette habitude de consommation.

CONCLUSION

La consommation de la chicha apparaît avant tout comme un moyen de socialisation, dont le caractère convivial, récréative et l'accessibilité contribuent à diminuer la perception du danger, alors même que des signes fonctionnels évocateurs d'atteintes respiratoires sont rapportés chez certains consommateurs. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de prévention et de lutte contre le tabagisme, en intégrant spécifiquement la chicha dans les politiques de santé publique. Il apparaît essentiel de développer des actions de sensibilisation ciblées, adaptées au contexte local et aux réalités des jeunes, tout en améliorant la réglementation des lieux de consommation.

CONFLICT OF INTEREST

Non

REFERENCES

1. Bahelaha R, Difranzab JR, Ward KD et al. Correlates of nicotine dependence among adolescent waterpipe smokers. *Drug and Alcohol Dependence* .2016;168: 230–238.
2. Dautzenberg B., Becquemin MH, Bertholon JF, Lettierio Y, PENFORNIS C. Enquête sur le mode de consommation de la chicha en 2007 en France. *BEH Thématique*. 2007 ; 183 – 185.
3. Underner. M, Perriot. J, Peiffer. G, Dewitte JD, Jaafari. N. Intoxication au monoxyde de carbone chez les fumeurs actifs ou passifs de chicha. *Rev Mal Respir* 2020 ; 37 : 376 – 388.
4. Darawshy F, Abu Rmeileh A, Kuint R, Berkman N. Waterpipe smoking a review of pulmonary and health effects. *Eur Respir Rev* 2021 ; 30(160) : 200374. Doi : 10.1183/16000617.0374-2020.
5. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA and Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2010; 39: 834 – 857.
6. Aboaziza E, Eissenberg T. Waterpipe Tobacco smoking: what is the evidence that it supports nicotine/tobacco dependence? *Tob Control* 2014 ; 0 :1–10. doi :10.1136/tobaccocontrol-2014-051910.
7. Chaouachi, K. The medical consequences of narghile (hookah, shisha) use in the world. *Rev Epidémiol Santé publique*, 2007; 55(3): 165 – 170.
8. Kanoute T. Kone S. Ouattara K. et al., Enquête sur la consommation de la chicha en commune IV du district de Bamako (Mali). *Rev Mal Respir Actu*. 2023.15 (1) : 161. <https://doi.org/10.1016/j.rmra.2022.11.251>.
9. Zammit N, Harrabi I, Ghammam R et al. Usage régulier du narghilé chez les adolescents: point de situation dans une région du centre tunisien. *Rev Mal Respir Actu* 2023 ; 15(1) : 161 – 162.
10. Wachinou AP, Djidonou A, Fandohan O et al., Prévalence et facteurs associés à la consommation de tabac par la chicha chez les étudiants à Cotonou, Bénin. *J Func Vent Pulm* 2021 ; 37(12) : 57 – 62. DOI : 10.12699/jfvpulm.12.37.2021.57
11. Direction Générale de la Statistique (2015) : Résultats globaux du Recensement Général de la Population et des Logements de 2013 du Gabon (RGPL-2013). Libreville, 195 pages + Annexes.
12. Bitchong. E, Azoumbou .M, Mballa A, Ngomane T, Mbatchou N. Habitudes de Consommation du Narguilé par les Étudiants de l'Université de Douala. *Health Sci. Dis*. 2022. 23 ;28-33. www.hsd-fmsb.org
13. Ayadi N, Ketata W, Trigui G, ET AL. Le narguilé chez les internes en médecine : état des lieux dans un hôpital tunisien. *Rev Mal Respir*. 2016 ;33 :271.
14. Peiffer G, Underner M, Perriot J. La chicha : engouement et nocivité. *Rev du Prat*. 2020 ; 70 : 1125 – 1127.

15. Aanyu C, John B, Kellen N, et al. Knowledge, attitudes and practices of Shisha smoking among youths in Kampala, Uganda. *Tob. Induc. Dis.* 01-03-2018;16:84
16. Ogunkoya JO, Sodeinde KJ, Bamidele FE et al. Knowledge, Attitude and Practice of Shisha Smoking among Undergraduates in a Private Tertiary Institution in Nigeria: A Cross-Sectional Study. *West Afr J Med* 2023; 40(8): 814 – 819.
17. Aka RA, Ahounou EI, Gonce DA et al. Chicha : ampleur et nouvelles formes d'usage chez les adolescents et jeunes en Côte d'Ivoire. *Bull Santé Publique de Côte d'Ivoire*. 2024 ; 3(4) : 19 – 22
18. Diara A, Diallo T, Coulibaly CA. Hookah smoking among young people in Bamako. *E3S Web of Conferences* 319, 02016 .2021.
19. Ouédraogo A.R, Ouédraogo G, Boncounbou. K et al. Consommation du narguilé, une nouvelle mode au BurkinaFaso : état des lieux des connaissances et des pratiques des consommateurs. *Rev Mal Respir* .2020 ;12 (1) :137
20. Moutouakkil Y, EL Cadi MA, Lamasouri J, et al. Usage du narguilé dans une population d'étudiants : aspects comportementaux et toxicologiques. *Cahiers Santé Med Thérapeutique* 2025 ; 34 :423 – 436. <https://doi.org/10.1684/sanmt.2025.371>
21. Tawaliou SMTT, Sehi KSL, Djegbeton EA et al. Perception et habitude de consommation du narguilé dans la population Ivoirienne. *Rev Mal Respir*. 2024 ;16 :213. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2023.11.439>
22. Chaouachi K. Hookah (Shisha, Narghile) Smoking and Environmental Tobacco Smoke (ETS). A Critical Review of the Relevant Literature and the Public Health Consequences. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6: 798 – 843. doi :10.3390/ijerph6020798.