

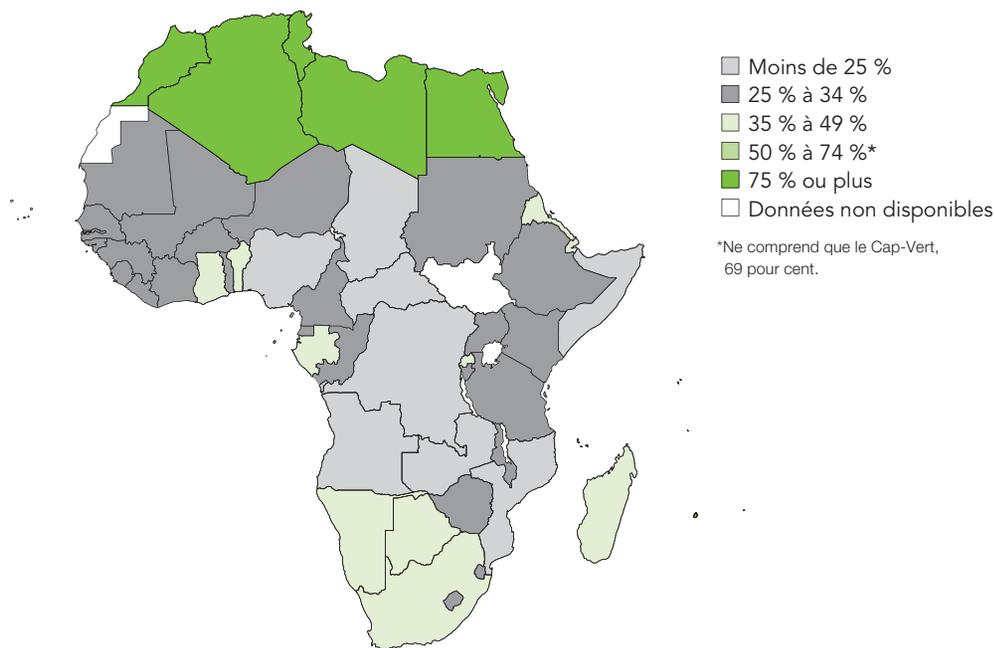
Aborder les facteurs de risque des maladies non transmissibles chez les jeunes en Afrique : Un aspect essentiel de la prévention et du développement durable



Les maladies non transmissibles sont en train de devenir la première cause de décès à travers l'Afrique

Dans la plupart des pays d'Afrique du Nord, les maladies non transmissibles (MNT) sont déjà responsables de plus des trois quarts de tous les décès. En Afrique subsaharienne, où les maladies transmissibles et autres défis sanitaires continuent de prédominer, les MNT représentent plus de 25 pour cent des décès dans 80 pour cent des pays. D'ici à 2030, on prévoit que les maladies non transmissibles deviendront les principales causes de mortalité en Afrique subsaharienne. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, le plus grand nombre de décès dus aux MNT survient prématurément chez les personnes de 30 à 70 ans qui sont souvent au sommet de leur productivité économique (voir "Probability of Premature Death From NCDs Between Ages 30-70, 2012" dans le tableau des données). L'épidémie croissante de MNT représente un coût socio-économique important pour la société, dû en grande partie à la baisse de la productivité et à l'augmentation des dépenses de soins de santé.

Pourcentage des décès attribuables aux maladies non transmissibles par pays, 2012

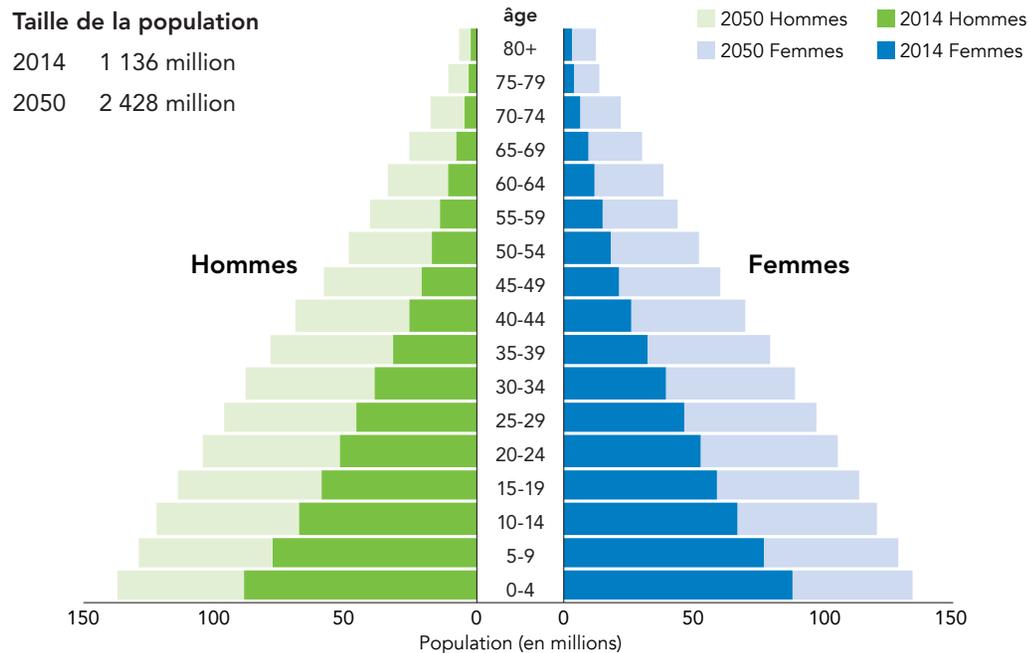


Sources : Organisation mondiale de la santé (OMS), *Profil des maladies non transmissibles par pays, 2014* (Genève : OMS, 2014); et OMS, *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010* (Genève : OMS, 2010).

En vieillissant, la forte proportion de jeunes au sein de la population africaine exercera une pression importante sur les systèmes de santé

L'Afrique possède la plus jeune population au monde dont plus d'un tiers, soit environ 360 millions d'Africains, est âgé de 10 à 24 ans. En 2050, ces jeunes auront vieilli pour former une population de 45 ans et plus (l'âge où les MNT frappent le plus durement), soit trois fois sa taille actuelle. L'Organisation mondiale de la santé estime que 70 pour cent des décès prématurés chez les adultes résultent de comportements ayant commencé à l'adolescence. Quatre comportements à risque essentiels pour les MNT (la consommation de tabac et d'alcool, la sédentarité et une mauvaise alimentation) sont en augmentation chez les jeunes Africains, en partie à cause la mondialisation, de l'urbanisation et du développement socio-économique. Répondre à ces facteurs de risque chez les jeunes d'aujourd'hui peut changer de façon significative la trajectoire prévue des MNT en Afrique. En l'absence d'une action urgente, les MNT ajouteront une pression énorme sur des systèmes de santé déjà débordés.

Pyramide des âges, Afrique : 2014 et 2050

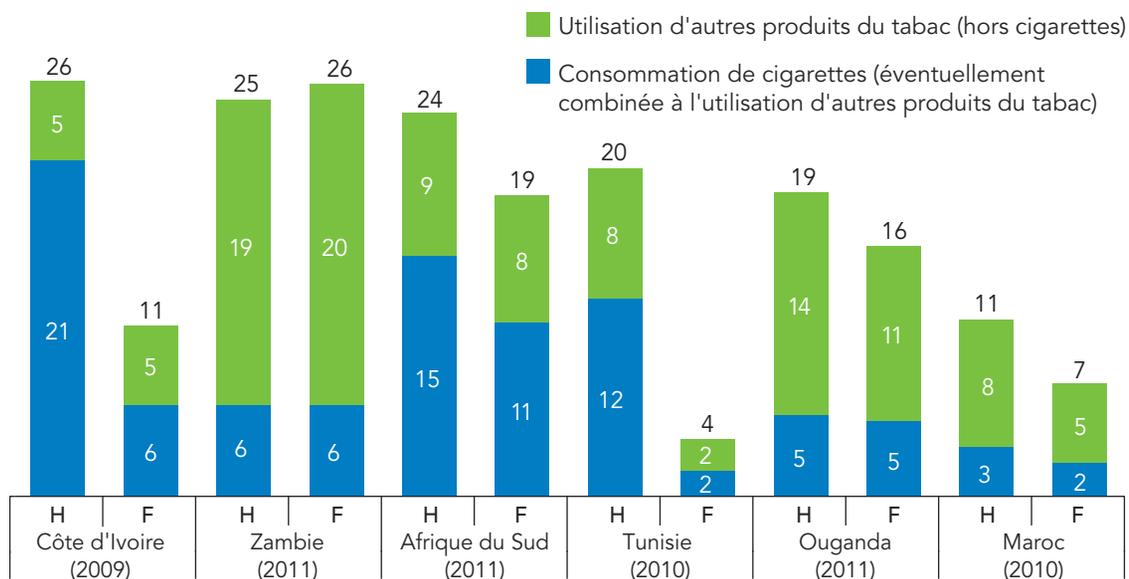


Sources : Carl Haub and Toshiko Kaneda, *Fiche de données sur la population mondiale 2014* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2014); Division de la Population des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2012 Revision* (New York : ONU, 2013) (Genève : ONU, 2013) ; et Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Genève : OMS, 2009).

La consommation de tabac varie à travers l'Afrique, mais les différences par sexe diminuent

La consommation de tabac est la cause la plus évitable de maladie, d'invalidité et de décès dans le monde. Plus de 40 millions de personnes fument en Afrique. Les Africains consomment maintenant plus de tabac et commencent à fumer lorsqu'ils sont plus jeunes, ce qui augmente leur exposition aux risques de MNT. Environ un adolescent sur 10 en Afrique fume des cigarettes et la même proportion utilise d'autres produits du tabac (tabac à chiquer ou à priser, pipes). Cependant, une variation importante existe entre les pays quant aux niveaux et aux types de produits du tabac utilisés. Par exemple, les cigarettes dominent la consommation de tabac dans l'ensemble de la Côte d'Ivoire, l'Afrique du Sud et la Tunisie, tandis qu'en Zambie, en Ouganda et au Maroc, la grande majorité de la consommation globale provient de produits autres que les cigarettes. Environ un quart des garçons de 13 à 15 ans en Côte d'Ivoire, en Zambie (également les filles) et en Afrique du Sud sont des consommateurs réguliers de tabac (ayant utilisé des produits du tabac au cours des 30 derniers jours). La consommation de tabac a aussi tendance à coexister avec la consommation d'alcool, un autre facteur de risque important pour les maladies non transmissibles. La consommation de tabac a été typiquement supérieure chez les jeunes hommes en Afrique, mais dans de nombreux pays, les jeunes femmes sont en train de les rattraper.

Pourcentage de garçons et de filles de 13 à 15 ans fréquentant les écoles secondaires ayant utilisé des produits du tabac au cours des 30 derniers jours, Sélectionnez les pays

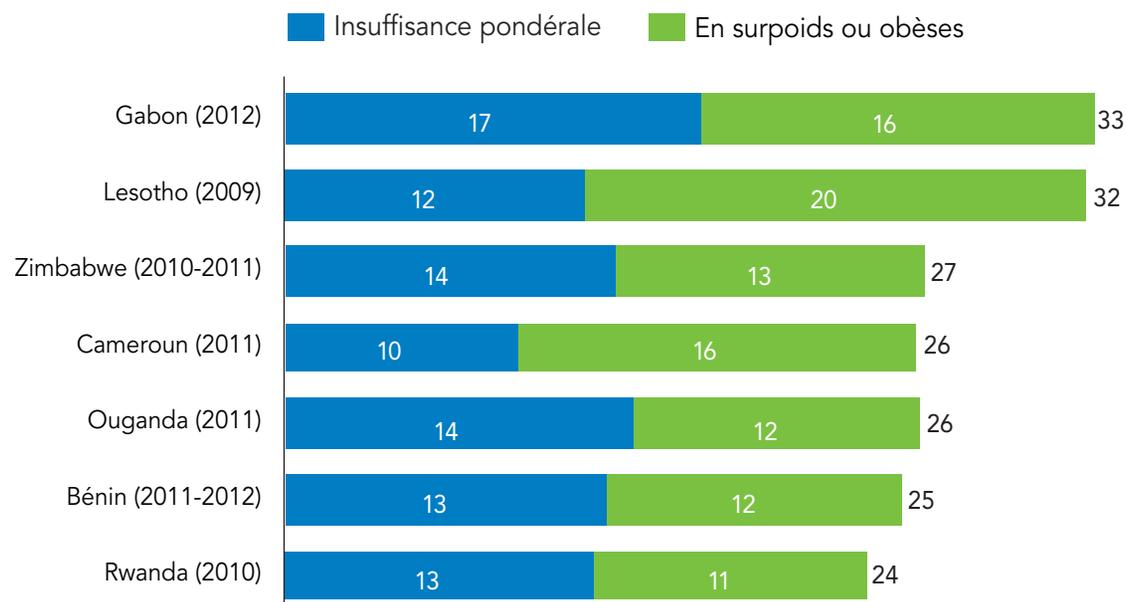


Sources : Organisation mondiale de la santé et Centers for Disease Control and Prevention, *Global Youth Tobacco Survey*, consulté sur <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>; et Patricio Marquez et Jill Farrington, *The Challenge of Non-Communicable Diseases and Road Traffic Injuries in Sub-Saharan Africa: An Overview* (Washington, DC: The World Bank, 2013).

De nombreux pays sont confrontés au double fardeau de la suralimentation et de la sous-alimentation

L'Afrique subsaharienne connaît une transition alimentaire avec l'émergence du surpoids et de l'obésité qui s'imposent comme des questions de santé publiques critiques, même dans certains pays où la malnutrition est toujours un gros problème. Parmi les 15 à 19 ans au Bénin, au Rwanda, en Ouganda et au Zimbabwe, environ une fille sur huit est en surpoids ou obèse, tandis qu'environ une fille sur sept présente une insuffisance pondérale. Les filles sont souvent plus susceptibles que les garçons d'être en surpoids ou obèses. L'urbanisation et la mondialisation ont conduit à des modes de vie plus sédentaires et à des régimes alimentaires riches en calories remplis d'aliments hautement transformés, faibles en fruits et en légumes et riches en graisses saturées, en sodium et en sucre. Ces changements dans les habitudes alimentaires et l'activité physique conduisent à une augmentation des maladies non transmissibles, telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et certains cancers.

Pourcentage de femmes de 15 à 19 ans qui sont en surpoids/obèses ou en insuffisance pondérale, Sélectionnez les pays



Source : ICF International, *Enquêtes démographiques et de santé*, consulté sur www.dhsprogram.com.

| Population et jeunesse | | | | | | | Mortalité due aux MNT | | | |
|--|-------|--|---|--------|--|---|--|--|---|----|
| Population en milieu d'année (en millions) | | Jeunes âgés de 10 à 24 ans, pourcentage de la population, 2014 | Pourcentage inscrits dans une école secondaire (Taux de scolarisation), 2005/2014 | | Pourcentage de la population totale vivant dans les zones urbaines, 2014 | RNB par habitant, PPP (\$ international actuel), 2013 | Âge-Taux standardisé de décès pour toutes les MNT (pour 100 000), 2012 | Pourcentage du total des décès dus à des MNT, 2012 | Probabilité de décès prématurés dus à une MNT entre l'âge de 30 et 70 ans, 2012 | |
| | | | Hommes | Femmes | | | | | | |
| 2014 | 2050 | | | | | | | | | |
| AFRIQUE DU NORD | | | | | | | | | | |
| Algérie | 39,1 | 60,3 | 25 | 96 | 100 | 70 | 13 070 | 710 | 77 | 22 |
| Égypte | 87,9 | 146,0 | 28 | 87 | 85 | 43 | 10 790 | 782 | 85 | 25 |
| Libye | 6,3 | 8,4 | 26 | 96 | 113 | 78 | - | 550 | 78 | 18 |
| Maroc | 33,3 | 41,4 | 27 | 74 | 63 | 60 | 7 000 | 708 | 75 | 23 |
| Soudan | 38,8 | 77,1 | 32 | 43 | 39 | 34 | 3 230 | 551 | 34 | 17 |
| Tunisie | 11,0 | 13,1 | 23 | 89 | 93 | 67 | 10 610 | 509 | 82 | 17 |
| AFRIQUE DE L'OUEST | | | | | | | | | | |
| Bénin | 10,3 | 21,5 | 32 | 65 | 43 | 44 | 1 780 | 761 | 36 | 22 |
| Burkina Faso | 17,9 | 46,6 | 33 | 31 | 26 | 29 | 1 440 | 784 | 32 | 24 |
| Cap-Vert | 0,5 | 0,7 | 32 | 86 | 100 | 65 | 6 210 | 482 | 69 | 15 |
| Côte d'Ivoire | 20,8 | 42,3 | 32 | 46 | 32 | 53 | 3 090 | 794 | 31 | 23 |
| Gambie | 1,9 | 4,9 | 32 | 59 | 56 | 59 | 1 610 | 630 | 32 | 19 |
| Ghana | 27,0 | 52,6 | 31 | 69 | 65 | 53 | 3 900 | 670 | 42 | 20 |
| Guinée | 11,6 | 23,9 | 32 | 47 | 29 | 37 | 1 160 | 681 | 31 | 21 |
| Guinée-Bissau | 1,7 | 3,5 | 32 | - | - | 49 | 1 410 | 765 | 28 | 22 |
| Libéria | 4,4 | 9,4 | 32 | 42 | 33 | 49 | 790 | 657 | 34 | 21 |
| Mali | 15,9 | 45,6 | 32 | 50 | 40 | 39 | 1 540 | 866 | 31 | 26 |
| Mauritanie | 4,0 | 7,9 | 31 | 30 | 29 | 59 | 2 850 | 555 | 32 | 16 |
| Niger | 18,2 | 68,0 | 31 | 19 | 13 | 18 | 890 | 649 | 25 | 20 |
| Nigéria | 177,5 | 396,5 | 31 | 46 | 41 | 47 | 5 360 | 674 | 24 | 20 |
| Sénégal | 13,9 | 35,1 | 32 | 43 | 39 | 43 | 2 210 | 558 | 34 | 17 |
| Sierra Leone | 6,3 | 10,5 | 32 | 48 | 42 | 40 | 1 690 | 964 | 26 | 27 |
| Togo | 7,0 | 14,5 | 32 | 58 | 30 | 39 | 1 180 | 679 | 30 | 20 |

| Population et jeunesse | | | | | | | Mortalité due aux MNT | | | |
|--|------|--|---|--------|--|---|--|--|---|----|
| Population en milieu d'année (en millions) | | Jeunes âgés de 10 à 24 ans, pourcentage de la population, 2014 | Pourcentage inscrits dans une école secondaire (Taux de scolarisation), 2005/2014 | | Pourcentage de la population totale vivant dans les zones urbaines, 2014 | RNB par habitant, PPP (\$ international actuel), 2013 | Âge-Taux standardisé de décès pour toutes les MNT (pour 100 000), 2012 | Pourcentage du total des décès dus à des MNT, 2012 | Probabilité de décès prématurés dus à une MNT entre l'âge de 30 et 70 ans, 2012 | |
| | | | Hommes | Femmes | | | | | | |
| 2014 | 2050 | | | | | | | | | |
| AFRIQUE DE L'EST | | | | | | | | | | |
| Burundi | 10,5 | 26,7 | 31 | 37 | 29 | 12 | 770 | 729 | 28 | 24 |
| Comores | 0,7 | 1,3 | 30 | 63 | 65 | 28 | 1 490 | 695 | 37 | 23 |
| Djibouti | 0,9 | 1,2 | 30 | 53 | 43 | 77 | - | 631 | 36 | 19 |
| Érythrée | 6,5 | 14,3 | 31 | - | - | 22 | 1 180 | 672 | 37 | 24 |
| Éthiopie | 95,9 | 165,1 | 35 | 35 | 22 | 19 | 1 380 | 476 | 30 | 15 |
| Kenya | 43,2 | 81,3 | 32 | 69 | 65 | 25 | 2 780 | 515 | 27 | 18 |
| Madagascar | 22,4 | 52,8 | 33 | 39 | 38 | 34 | 1 370 | 649 | 39 | 23 |
| Malawi | 16,8 | 41,2 | 33 | 38 | 35 | 16 | 750 | 655 | 28 | 19 |
| Maurice | 1,3 | 1,2 | 23 | 94 | 98 | 40 | 17 220 | 577 | 85 | 24 |
| Mozambique | 25,1 | 63,5 | 33 | 27 | 25 | 32 | 1 100 | 594 | 23 | 17 |
| Ouganda | 38,8 | 104,1 | 34 | 29 | 25 | 16 | 1 470 | 664 | 27 | 21 |
| Rwanda | 11,1 | 21,0 | 33 | 31 | 34 | 28 | 1 450 | 585 | 36 | 19 |
| Seychelles | 0,1 | 0,1 | 22 | 79 | 80 | 54 | 23 730 | - | - | - |
| Somalie | 10,8 | 27,1 | 33 | 10 | 5 | 39 | - | 551 | 19 | 19 |
| Sud-Soudan | 11,7 | 39,3 | 33 | - | - | 19 | 1 860 | 623 | - | - |
| Tanzanie | 50,8 | 129,4 | 32 | 34 | 32 | 31 | 1 760 | 570 | 31 | 16 |
| Zambie | 15,1 | 49,2 | 33 | - | - | 40 | 3 810 | 587 | 23 | 18 |
| Zimbabwe | 14,7 | 30,2 | 34 | 48 | 47 | 33 | 1 690 | 599 | 31 | 19 |
| AFRIQUE CENTRALE | | | | | | | | | | |
| Angola | 22,4 | 60,8 | 33 | 38 | 25 | 43 | 7 000 | 768 | 24 | 24 |
| Cameroun | 22,8 | 54,3 | 33 | 54 | 46 | 54 | 2 770 | 675 | 31 | 20 |
| Congo | 4,6 | 10,6 | 31 | 57 | 50 | 65 | 4 600 | 632 | 30 | 20 |
| Gabon | 1,7 | 3,3 | 31 | - | - | 87 | 17 230 | 505 | 36 | 15 |
| Guinée équatoriale | 0,8 | 1,6 | 30 | 33 | 24 | 40 | 23 270 | 729 | 31 | 23 |
| République centrafricaine | 4,8 | 9,7 | 33 | 24 | 12 | 40 | 600 | 551 | 20 | 18 |
| Rép. Dém. du Congo | 71,2 | 193,6 | 33 | 54 | 32 | 42 | 740 | 724 | 23 | 24 |
| Sao Tomé-et-Principe | 0,2 | 0,4 | 31 | 76 | 85 | 65 | 2 950 | - | - | - |
| Tchad | 13,3 | 37,4 | 33 | 31 | 14 | 22 | 2 010 | 713 | 21 | 23 |

| Population et jeunesse | | | | | | | Mortalité due aux MNT | | | |
|--|------|--|---|--------|--|---|--|--|---|----|
| Population en milieu d'année (en millions) | | Jeunes âgés de 10 à 24 ans, pourcentage de la population, 2014 | Pourcentage inscrits dans une école secondaire (Taux de scolarisation), 2005/2014 | | Pourcentage de la population totale vivant dans les zones urbaines, 2014 | RNB par habitant, PPP (\$ international actuel), 2013 | Âge-Taux standardisé de décès pour toutes les MNT (pour 100 000), 2012 | Pourcentage du total des décès dus à des MNT, 2012 | Probabilité de décès prématurés dus à une MNT entre l'âge de 30 et 70 ans, 2012 | |
| | | | Hommes | Femmes | | | | | | |
| 2014 | 2050 | | | | | | | | | |
| AFRIQUE AUSTRALE | | | | | | | | | | |
| Afrique du Sud | 53,7 | 64,1 | 27 | 107 | 114 | 64 | 12 240 | 711 | 43 | 27 |
| Botswana | 2,0 | 2,8 | 33 | 79 | 84 | 57 | 15 640 | 612 | 37 | 21 |
| Lesotho | 1,9 | 2,7 | 35 | 45 | 62 | 27 | 3 160 | 672 | 27 | 24 |
| Namibie | 2,3 | 3,7 | 33 | 60 | 70 | 46 | 9 490 | 580 | 43 | 20 |
| Swaziland | 1,3 | 1,8 | 35 | 61 | 60 | 21 | 6 060 | 702 | 28 | 21 |

| Facteurs de risques de MNT parmi les jeunes | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------|-----------------|--------|-------------------|--------|--------------------------------|--------|--------|----------------------|--------|--------|-------------------------------------|--------|--------|-----------|---------------|
| Définition des niveaux de risque ● Risque élevé ● Risque moyen ● Risque faible | Consommation actuelle de tabac | | | | | | Consommation actuelle d'alcool | | | Sédentarité | | | En surpoids ou obèses ¹⁰ | | | | |
| | Cigarettes | | Autres produits | | Tous les produits | | | | | | | | | | | | |
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | | Année |
| AFRIQUE DU NORD | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consommation actuelle du tabac Pourcentage ayant consommé des cigarettes/d'autres produits du tabac/ tout autre produit au cours des 30 derniers jours parmi les étudiants de l'école secondaire âgés de 13 à 15 ans ¹¹ ● 16 % ou plus de ● 7 % à 15 % ● en-dessous 7 % | 18 | 1 | 9 | 1 | 21 | 2 | 2011 | - | - | - [†] | 69 | 89 | 2011 | | | 2011 | Algérie |
| | 6 | 1 | 6 | 2 | 9 | 3 | 2011 | | | 2005 | 77 | 90 | 2011 | | | 2011 | Égypte |
| | 6 | 2 | 8 | 4 | 11 | 5 | 2010 | - | - | - [†] | - | - | - | | | 2007 | Libye |
| | 3 | 2 | 11 | 6 | 11 | 7 | 2010 | - | - | - [†] | 79 | 87 | 2010 | | | 2010 | Maroc |
| | 9 | 4 | 7 | 5 | 13 | 8 | 2012 | - | - | - [†] | 89 | 89 | 2012 | | | 2012 | Soudan |
| | 12 | 2 | 12 | 3 | 20 | 4 | 2010 | - | - | - [†] | 74 | 89 | 2008 ¹⁴ | | | 2005 | Tunisie |
| AFRIQUE DE L'OUEST | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 2009 | 18 | 13 | 2009 | 67 | 75 | 2009 | - | 12 | 2011-2012 | Bénin |
| | 14 | 2 | 9 | 5 | 20 | 7 | 2006* | - | - | - | - | - | - | - | 5 | 2010 | Burkina Faso |
| | 4 | 3 | 12 | 9 | 15 | 12 | 2007 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | Cap-Vert |
| | 21 | 6 | 10 | 7 | 26 | 11 | 2009 | - | - | - | | | 2005 | - | 10 | 2011-2012 | Côte d'Ivoire |
| | 13 | 9 | 30 | 34 | 34 | 37 | 2008* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | Gambie |
| | 9 | 7 | - | - | - | - | 2012 | 18 | 13 | 2012 | 84 | 84 | 2012 | | | 2012 | Ghana |
| | 12 | 2 | 23 | 19 | 31 | 20 | 2008 | - | - | - | - | - | - | - | 8 | 2012 | Guinée |
| | 7 | 3 | 5 | 8 | 12 | 10 | 2008* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | Guinée-Bissau |
| | 2 | 1 | - | - | 14 | 12 | 2008* | - | - | - | - | - | - | 10 | 7 | 2013 | Libéria |
| | 17 | 3 | 11 | 7 | 23 | 9 | 2008 | - | - | - | - | - | - | - | 7 | 2012-2013 | Mali |
| | 17 | 17 | 19 | 17 | 25 | 23 | 2010 | - | - | - [†] | 79 | 89 | 2010 | | | 2010 | Mauritanie |
| | 12 | 1 | 6 | 7 | 15 | 8 | 2006 | | | 2007 | | | 2007 | - | 5 | 2012 | Niger |
| | 6 | 1 | 17 | 11 | 19 | 11 | 2008* | | | (2013) ⁵ | | | (2010) ⁵ | - | 6 | 2013 | Nigéria |
| | 12 | 3 | 12 | 8 | 20 | 10 | 2007 | 4 | 2 | 2005 | 85 | 94 | 2005 | 0 | 7 | 2010-2011 | Sénégal |
| | 7 | 5 | 17 | 22 | 20 | 24 | 2008 ¹ | - | - | - | - | - | - | 3 | 8 | 2013 | Sierra Leone |
| | 9 | 2 | 12 | 7 | 18 | 8 | 2007 | | | 2010* | | | 2010* | | | 2010 | Togo |
| AFRIQUE DE L'EST | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | 3 | 17 | 14 | 21 | 17 | 2008 | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 2010 | Burundi |
| | 14 | 7 | 13 | 10 | 22 | 15 | 2007 | - | - | - | - | - | - | - | 14 | 2012 | Comores |
| | 4 | 3 | 11 | 6 | 13 | 7 | 2007 | - | - | - [†] | 81 | 91 | 2007 | | | 2007 | Djibouti |
| | 2 | 1 | 6 | 4 | 8 | 5 | 2006 | | | 2004 | | | - | | | 2004 | Érythrée |
| | | | | | | | 2010 ^{2, #} | | | 2010 ^{2, #} | | | 2012 ^{9, #} | 0 | 2 | 2011 | Éthiopie |
| | | | | | | | 2012 ⁹ | | | 2012 ⁹ | | | (2014) [*] | - | 9 | 2008-2009 | Kenya |
| | 31 | 10 | 9 | 6 | 33 | 14 | 2008 | | | (2013) ⁵ | - | - | - | - | 1 | 2008-2009 | Madagascar |
| | 6 | 4 | 8 | 5 | 10 | 6 | 2009 | 5 | 3 | 2009 | - | - | - | - | 7 | 2010 | Malawi |
| | 23 | 9 | 12 | 5 | 25 | 10 | 2011 | 28 | 22 | 2011 | 59 | 76 | 2011 | | | 2011 | Maurice |
| | 5 | 1 | 70 | 7 | 13 | 7 | 2007* | - | - | - | - | - | - | - | 7 | 2011 | Mozambique |
| | 5 | 5 | 18 | 14 | 19 | 16 | 2011 | - | - | - | - | - | - | 1 | 12 | 2011 | Ouganda |
| | 3 | 1 | 12 | 9 | 13 | 10 | 2008 | - | - | - | - | - | - | 0 | 11 | 2010 | Rwanda |
| | 23 | 20 | 11 | 9 | 27 | 25 | 2007 | 62 | 61 | 2007 | 76 | 86 | 2007 ¹⁴ | | | 2007 | Seychelles |
| | 9 | 15 | 15 | 15 | 19 | 22 | 2004 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | Somalie |
| | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | Sud-Soudan |
| | 5 | 1 | 6 | 5 | 10 | 5 | 2008 ³ | 7 | 5 | 2006 ³ | 69 | 80 | 2006 ³ | - | 9 | 2010 | Tanzanie |
| | 6 | 6 | 24 | 24 | 25 | 26 | 2011 | 39 | 45 | 2004 | 90 | 90 | 2004 | - | 8 | 2007 | Zambie |
| | 5 | 2 | 11 | 8 | 15 | 8 | 2008* | - | - | - | - | - | - | 1 | 13 | 2010-2011 | Zimbabwe |

| Définition des niveaux de risque ● Risque élevé ● Risque moyen ● Risque faible | Facteurs de risques de MNT parmi les jeunes | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|-----------------|--------|-------------------|--------|-------------------|--------------------------------|--------|------------------------|-------------|--------|-------|-------------------------------------|--------|-----------|---------------------------|
| | Consommation actuelle de tabac | | | | | | | Consommation actuelle d'alcool | | | Sédentarité | | | En surpoids ou obèses ¹⁰ | | | |
| | Cigarettes | | Autres produits | | Tous les produits | | Année | Année | | Année | Année | | Année | | Année | | |
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | Hommes | Femmes | Année | |
| Consommation actuelle du tabac Pourcentage ayant consommé des cigarettes/d'autres produits du tabac/ tout autre produit au cours des 30 derniers jours parmi les étudiants de l'école secondaire âgés de 13 à 15 ans ¹¹ ● 16 % ou plus de ● 7 % à 15 % ● en-dessous 7 % | AFRIQUE CENTRALE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | Angola |
| | 9 | 3 | 12 | 7 | 17 | 10 | 2008 [†] | - | - | - | - | - | - | - | 16 | 2011 | Cameroun |
| | 15 | 8 | 16 | 18 | 26 | 22 | 2006 | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 2011-2012 | Congo |
| | - | - | - | - | - | - | 2009 | - | - | - | - | - | - | - | 16 | 2012 | Gabon |
| | 10 | 3 | 20 | 15 | 25 | 17 | 2008 | - | - | - | - | - | - | 5 | 17 | 2011 | Guinée équatoriale |
| | 10 | 4 | 24 | 31 | 30 | 35 | 2008* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | République centrafricaine |
| | 12 | 4 | 29 | 28 | 37 | 29 | 2008* | | | 2004-2006 ⁷ | | | 2005 | - | 8 | 2013-2014 | Rép. Dém. du Congo |
| | 6 | 3 | 30 | 22 | 31 | 23 | 2010 | - | - | - | - | - | - | - | 13 | 2008-2009 | Sao Tomé-et-Principe |
| | 8 | 4 | 17 | 12 | 21 | 14 | 2008 | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 2004 | Tchad |
| Consommation d'alcool actuelle Pourcentage ayant consommé une boisson alcoolisée au cours des 30 derniers jours parmi les étudiants en école secondaire âgés entre 13 et 15 ans ¹² ● 40 % ou plus de ● 20 % à 39 % ● en-dessous 20 % | AFRIQUE AUSTRALE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15 | 11 | 14 | 13 | 24 | 19 | 2011 | | | 2011 | | | 2008 | | | 2011 | Afrique du Sud |
| | 13 | 5 | 16 | 14 | 23 | 16 | 2008 | 23 | 19 | 2005 | 87 | 90 | 2005 | - | - | - | Botswana |
| | 12 | 8 | 20 | 18 | 26 | 22 | 2008 | - | - | - | - | - | - | 1 | 20 | 2009 | Lesotho |
| | 10 | 6 | - | - | 14 | 9 | 2013 | 26 | 21 | 2013 | 85 | 86 | 2013 | | | 2013 | Namibie |
| | 9 | 3 | 9 | 7 | 15 | 9 | 2005 | - | - | - | - | - | - | | | 2013 | Swaziland |

Les données en italique sont basées sur des échantillons provenant des villes/régions suivantes et ne sont pas représentatives à l'échelle nationale.

- * Capitale nationale
- 1 Zone Ouest
- 2 Harar Town
- 3 Dar es Salaam
- 4 District Central
- 5 Ibadan
- 6 Six plus grandes villes urbaines
- 7 Toutes les capitales provinciales
- 8 Abeokuta
- 9 Ville d'Hawassa
- 10 Indicateur d'une mauvaise alimentation
- 11 Basé sur les enquêtes Global Youth Tobacco Survey et Global School-Based Student Health Survey
- 12 Basé sur l'enquête Global School-Based Student Health Survey
- 13 Basé sur l'enquête démographique et de santé
- 14 Le niveau de risque pour les hommes a été chiffré en jaune au lieu de rouge parce que la mesure se rapporte à niveau de sédentarité sur sept des sept derniers jours dans ce pays
- † Pays où l'enquête sur la santé mondiale des étudiants en milieu scolaire a été menée, mais n'a pas recueilli de données sur la consommation d'alcool
- # Les données ne sont pas disponibles par sexe lorsque les colonnes ne sont pas divisées
- (-) Indique des données indisponibles ou inapplicables

L'année entre parenthèses indique l'année de publication pour les données où l'année des données est manquante

Notes:

Les points de données pour les facteurs de risque apparaissent pour les pays disposant de données comparables disponibles dans les enquêtes suivantes : *Global Youth Tobacco Survey* et *Global School-Based Student Health Survey* pour la consommation de tabac, *Global School-Based Student Health Survey* pour la consommation d'alcool et la sédentarité, et les *Enquêtes démographiques et de santé* pour le statut de surpoids. Pour les pays sans données dans ces enquêtes, des données provenant d'autres sources ont été utilisées chaque fois que cela fut possible pour évaluer les niveaux de risque. Seules les couleurs montrant les niveaux de risque sont affichées pour ces pays. Les points de données sous-jacents à tous les niveaux de risque sont disponibles dans l'annexe des données sur le site www.prb.org/FrenchContent/2015/ncd-risk-youth-africa-fr.aspx.

Note: Cette fiche de données accompagne le document de politique intitulé *Maladies non transmissibles en Afrique : Les jeunes jouent un rôle déterminant dès lors qu'il s'agit d'enrayer l'épidémie et d'assurer un développement durable*. Cette fiche de données est accompagnée d'une annexe de données qui fournit toutes les données disponibles spécifiques au pays sur quatre facteurs de risque clés des MNT parmi les jeunes en Afrique depuis 2004. Ces publications complètent une publication antérieure, *Noncommunicable Disease Risk Factors Among Young People in Africa : Data Availability and Sources*. Tous ces documents sont disponibles sur www.prb.org/Publications/Datasheets/2015/ncd-risk-youth-africa.aspx.

Notes techniques

Cette fiche de données énumère tous les pays d'Afrique du Nord et subsaharienne ayant une population de 150 000 personnes ou plus et qui sont tous membres de l'ONU. Les pays dont les données sont indisponibles pour la plupart des indicateurs sont toutefois exclus.

Mortalité des MNT. La fiche de données se concentre sur quatre comportements spécifiques (la consommation de tabac, l'usage nocif de l'alcool, la sédentarité et la mauvaise alimentation) identifiés par l'Organisation mondiale de la santé comme les principaux facteurs de risque des MNT. La disponibilité des données sur ces facteurs de risque chez les jeunes est limitée en Afrique. Les données disponibles ne sont généralement pas directement comparables entre un grand nombre de pays. Elles peuvent mesurer les niveaux de risque en utilisant des indicateurs différents, à différents niveaux géographiques (nationaux, régionaux), pour les différents groupes d'âge et différents paramètres (tous les jeunes, les jeunes dans les établissements scolaires). Afin de faciliter la comparaison des niveaux de risque entre pays et d'attirer l'attention sur la situation d'ensemble, les niveaux de risque sont présentés ici par le plus haut (rouge), moyen (jaune) ou faible (vert).

Les niveaux de risque sont évalués en identifiant d'abord l'indicateur de base pour chaque facteur de risque qui convient et pour lequel des données sont toujours disponibles pour le plus grand nombre de pays. Pour les pays disposant de données sur les indicateurs de base, les niveaux de risque et les points de données sont présentés. Pour les pays sans données sur les indicateurs de base, seuls les niveaux de risque sont présentés. Ces niveaux sont

basés sur des indicateurs alternatifs ou des données qui ne sont par ailleurs pas directement comparables (tels que les différents groupes d'âge, les définitions des indicateurs), mais qui permettent toujours l'évaluation des niveaux de risque en utilisant des normes similaires. Tous les points de données mettant en évidence les niveaux de risque sont disponibles dans l'annexe des données sur le site www.prb.org/FrenchContent/2015/ncd-risk-youth-africa-fr.aspx.

Les niveaux de risque sont évalués selon les normes décrites sous chaque facteur de risque. En raison de l'absence de normes préexistantes pour évaluer les risques au niveau de la population pour ces comportements, des seuils ont été mis au point pour chaque facteur de risque d'après un examen de publications antérieures (voir www.prb.org/FrenchContent/2015/ncd-risk-youth-africa-fr.aspx). Les normes ont été ajustées à la hausse ou à la baisse afin de déterminer les niveaux de risque lorsque l'indicateur diffère de ceux spécifiés ici. Les données sur tous les groupes d'âge entre 10 et 24 ans depuis 2004 ou plus tard sont prises en compte dans le chiffrage. Les points de données arrondis à leurs nombres entiers les plus proches sont utilisés pour chiffrer les niveaux de risque. Parce qu'il existe des différences bien documentées entre les sexes pour la prévalence de tous les facteurs de risque, les niveaux de risque sont chiffrés par sexe lorsque cela est possible.

Consommation de tabac. Les indicateurs de base sont l'utilisation des rapports de pourcentage au cours des 30 derniers jours pour chacun des éléments suivants : les cigarettes, les autres produits du tabac et tous les produits du tabac chez les étudiants de 13 à 15 ans, disponibles dans l'enquête *Global Youth Tobacco Survey*, Organisation mondiale de la santé (OMS) et États-Unis. Centers for Disease Control and Prevention, *Global School-Based Student Health Survey (GSHS)*, consulté sur www.who.int/chp/gshs/en/. La norme utilisée pour le chiffrage est : élevé $\geq 16\%$; moyen = 7 % -15 %; et faible <7 %.

Consommation d'alcool. L'indicateur de base est le rapport des pourcentages de sujets ayant consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours parmi les étudiants de 13 à 15 ans, disponible sur le GSHS (OMS et CDC). La norme utilisée pour le chiffrage est : élevé $\geq 40\%$; moyen = 20 % -39 %; et faible <20 %. Nous utilisons l'indicateur « consommation de toute quantité d'alcool » au lieu de « usage nocif », puisque « toute quantité d'alcool » présente un risque chez les jeunes à la fois en raison de la plus grande incidence de

l'alcool sur la santé des jeunes et le lien entre l'âge où l'on commence à boire et la probabilité de développer une dépendance à l'alcool à vie.

Sédentarité. T L'indicateur de base est le rapport des pourcentages de sujets ne s'étant pas livré à un type d'activité physique quotidien pendant au moins 60 minutes, cinq jours sur les sept jours venant de s'écouler parmi les étudiants de 13 à 15 ans, disponible sur le GSHS (OMS et CDC). La norme utilisée pour le chiffrage est : élevé $\geq 70\%$; moyen = 50 % -69 %; et faible <50 %. Les enquêtes indiquent généralement des niveaux d'activité physique plutôt que des niveaux d'inactivité, de sorte que les données présentées ici représentent cent pour cent, moins le pourcentage déclaré actif physiquement. Dans certains pays, la mesure concerne le niveau d'activité de sept jours sur les sept derniers jours écoulés. Pour ces pays, les normes utilisées pour chiffrer les niveaux de risque ont été ajustées.

Surpoids/obésité (mauvaise alimentation).

L'indicateur de base est le rapport des pourcentages de surpoids ou d'obésité chez les 15 à 19 ans, disponibles les études démographiques et de santé. La norme utilisée pour le chiffrage est : élevé $\geq 20\%$; moyen = 10 % -99 %; et faible <10%. La mesure du surpoids/de l'obésité est utilisée comme un indicateur d'un régime alimentaire déséquilibré en raison de la rareté de données comparables sur l'apport alimentaire pour évaluer les niveaux de nutrition entre les pays. Le surpoids/l'obésité est un changement physiologique occasionné par une consommation calorique élevée ainsi qu'une inactivité physique et est évalué avec l'indice de masse corporelle (IMC), une mesure du poids par rapport à la taille. Les niveaux d'IMC utilisés pour classer le surpoids / l'obésité varient quelque peu entre les enquêtes et sont précisés dans l'annexe des données.

Sources des données

Population et jeunesse

Carl Haub and Toshiko Kaneda, *La Fiche de données sur la population mondiale 2014* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2014).

Division de la Population des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2012 Revision* (New York : ONU, 2013).

Institut statistique de l'UNESCO, base de données en ligne, accessible à www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx.

La Banque mondiale, "World Development Indicators,"

consulté à l'adresse <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Mortalité des MNT

Organisation mondiale de la santé (OMS), *World Health Statistics 2014* (Geneva: WHO, 2014).

OMS, *Profil des maladies non transmissibles par pays, 2014* (Genève : OMS, 2014).

Facteurs de risques de MNT parmi les jeunes

OMS et États-Unis Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Global School-Based Student Health Surveys*, consulté sur www.who.int/chp/gshs/en/.

OMS et CDC, *Global Youth Tobacco Surveys*, consulté sur <http://nccd.cdc.gov/GTSSData/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>.

ICF International, *Enquêtes démographiques et de santé*, consulté sur www.dhsprogram.com.

OMS, *STEPwise Approach to Chronic Disease Risk Factor Surveillance (STEPS)*, consulté sur www.who.int/chp/steps/en/.

Diverses autres enquêtes spécifiques à chaque pays (voir l'annexe des données pour une liste des références complètes).

REMERCIEMENTS

Ce document a été produit par Toshiko Kaneda, associé principal de recherche au Population Reference Bureau (PRB); et Reshma Naik, Dr.P.H., analyste principale des politiques au PRB. Wendy Baldwin, consultante indépendante, a contribué aux travaux préliminaires sur cette feuille de données. Remerciements particuliers à Jeffrey Jordan, Susan Rich et Carl Haub au PRB; Derek Yach du Vitality Institute; et Francisco Sierra et Sarah Shillito de l'AstraZeneca Young Health Programme pour leurs examens judicieux et leurs commentaires utiles. Les auteurs remercient également des stagiaires Marisha Wickremsinhe, Sharee Pearson, Aadaeze Exeofor, Heather Zaccaro et Adrianna Zinn pour leur aide et leurs données. © 2015 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

Photo, couverture : © Sean Sprague / Alamy

Le **POPULATION REFERENCE BUREAU** informe les personnes à travers le monde sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les aide à se servir de ces informations pour **promouvoir** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

INFORMER

Le PRB informe les gens du monde et aux États-Unis sur les questions liées à la population, à la santé et à l'environnement. Pour ce faire, nous convertissons les données techniques et de recherche en informations précises, faciles à comprendre.

AUTONOMISER

Le PRB responsabilise les individus (chercheurs, journalistes, décideurs et éducateurs) pour qu'ils utilisent les informations sur la population, la santé et l'environnement et les encourage à passer à l'action.

PROGRESSER

Le PRB œuvre pour améliorer le bien-être des générations actuelles et futures. À cette fin, nous analysons les données et la recherche, diffusons les informations, et responsabilisons les personnes pour qu'elles utilisent ces informations et en informent les décideurs.

Cette feuille de données a été financée par l'AstraZeneca Young Health Programme (YHP). L'YHP est un partenariat entre AstraZeneca, l'École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, Plan International et des ONG locales partenaires mettant également en oeuvre les programmes YHP sur le terrain. La mission de l'YHP est d'influer positivement sur la santé des adolescents dans les communautés marginalisées à travers le monde grâce à la recherche, à la sensibilisation et aux programmes sur le terrain, axés sur la prévention des MNT.

www.younghealthprogrammeyhp.com

AstraZeneca 
Young Health Programme
A global community investment initiative



1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520,
Washington, DC 20009 États-Unis
Téléphone : 202-483-1100 | Télécopie : 202-328-3937
Courriel : popref@prb.org | Site web : www.prb.org

PRB sur :   @PRBdata