Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Cible 3.a : Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

Indicateur 3.a.1 : Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus (taux comparatifs par âge)

Informations institutionnelles

Organisation (s) :

Organisation mondiale de la Santé ;

Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (co-gardiens)

Concepts et définitions

Définition :

L'indicateur est défini comme le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui utilise actuellement un produit du tabac (tabac fumé et / ou sans fumée) quotidiennement ou non.

Concepts :

L'usage du tabac signifie l'utilisation de produits du tabac fumés et / ou sans fumée. « Utilisation actuelle » signifie l'utilisation au cours des 30 jours précédents au moment de l'enquête, qu'elle soit quotidienne ou non.

Les produits du tabac sont les produits entièrement ou partiellement fabriqués à partir de tabac en feuilles comme matière première destinée à la consommation humaine par le tabagisme, la succion, la mastication ou l'inhalation.

« Les produits du tabac fumés » comprennent les cigarettes, les cigarillos, les cigares, les cheroots, les bidis, les pipes, les chicha (pipes à eau), le tabac à rouler, le kretek et toute autre forme de tabac consommée en fumant .

« Les produits du tabac sans fumée » comprennent le tabac à priser humide, le tabac à priser crémeux, le tabac à priser sec, le bouchon, les dissolvables, le gul, les feuilles mobiles, la poudre dentaire rouge, le snus, le chimo, le gutkha, le khaini, le gudakhu, le zarda, le quiwam, le dohra , tuibur, nasway, naas, naswar, shammah, toombak, paan (chique de bétel avec du tabac), iqmik, mishri, tapkeer, tombol et tout autre produit du tabac consommé en reniflant, en tenant dans la bouche ou en mâchant.

Les estimations de prévalence ont été « normalisées selon l'âge » pour les rendre comparables dans tous les pays, quel que soit le profil démographique du pays. Cela se fait en appliquant les taux de prévalence spécifiques à l'âge et au sexe de chaque pays à la population standard de l'OMS. Les taux qui en résultent sont des nombres hypothétiques qui ne sont significatifs que lorsque l'on compare les taux obtenus pour un pays avec ceux obtenus pour un autre pays.

Justification :

L'usage du tabac est un facteur majeur de maladie et de décès dus aux maladies non transmissibles (MNT). Il n'y a pas de niveau sûr prouvé de tabagisme ou d'exposition à la fumée secondaire. Tous les utilisateurs quotidiens et non quotidiens de tabac sont exposés à divers problèmes de santé tout au long de leur vie, y compris les MNT. La réduction de la prévalence de l'usage actuel du tabac contribuera largement à réduire la mortalité prématurée due aux MNT (objectif 3.4). Un suivi systématique et régulier de cet indicateur est nécessaire pour permettre un suivi et une évaluation précis de l'impact de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (OMS FCTC) ou des politiques de lutte antitabac dans les pays qui ne sont pas encore Parties à la Convention-cadre de l'OMS, au fil du temps. Les niveaux de prévalence du tabagisme sont un indicateur approprié de la mise en œuvre de l'objectif 3.a des ODD « Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac dans tous les pays, le cas échéant ».

Commentaires et limites :

Les données brutes recueillies au moyen d’enquêtes représentatives de la population dans les pays sont utilisées pour calculer des estimations comparables pour cet indicateur. Les informations provenant d’enquêtes infranationales ne sont pas utilisées.

Dans certains pays, tous les usages du tabac et le tabagisme peuvent être équivalents, mais dans de nombreux pays où d’autres formes de tabac sont également consommées, les taux de tabagisme seront inférieurs aux taux de tabagisme dans une certaine mesure.

La comparabilité, la qualité et la fréquence des enquêtes auprès des ménages influent sur l’exactitude et la qualité des estimations. La non-comparabilité des données peut résulter de l’utilisation de différents instruments d’enquête, méthodes d’échantillonnage et d’analyse, et de définitions d’indicateurs entre les États membres. Les enquêtes peuvent couvrir une variété de plages d’âge (pas toujours 15 ans et plus) et être répétées à intervalles irréguliers. Les enquêtes peuvent inclure une variété de produits du tabac différents, ou parfois un seul produit comme les cigarettes, en fonction de la perception du pays dont les produits sont importants à surveiller. À moins que les produits fumés et sans fumée ne soient surveillés simultanément, la prévalence du tabagisme sera sous-déclarée. Les pays ont commencé à surveiller l’utilisation des cigarettes électroniques et d’autres produits émergents, ce qui pourrait confondre les définitions de l’usage du tabac par les pays. La définition de l’utilisation actuelle peut ne pas toujours être limitée aux 30 jours précédant l’enquête. En outre, les enquêtes demandent aux gens de déclarer eux-même leur consommation de tabac, ce qui peut conduire à une sous-déclaration de l’usage du tabac.

Il n’existe pas de protocole standard utilisé dans tous les États membres pour poser des questions aux gens sur leur consommation de tabac. Les questions sur le tabac pour les enquêtes (TQS) de l’OMS ont été adoptées dans de nombreuses enquêtes, ce qui contribue à améliorer la comparabilité des indicateurs entre les pays.

Méthodologie

Méthode de calcul :

Un modèle statistique basé sur une méta-régression binomiale négative bayésienne est utilisé pour modéliser la prévalence de l’usage actuel du tabac dans chaque pays, séparément pour les hommes et les femmes. Une description complète de la méthode est disponible sous la forme d’un article évalué par des pairs dans The Lancet, volume 385, no 9972, p966–976 (2015). Une fois que les taux de

prévalence propres à l'âge et au sexe des enquêtes nationales ont été compilés dans un ensemble de données, le modèle était apte à calculer les estimations des tendances de l'an 2000 à 2030. Le modèle a deux composantes principales : a) s'adapter aux indicateurs manquants et aux groupes d'âge, et (b) générer une estimation des tendances au fil du temps ainsi que l'intervalle crédible de 95 % autour de l'estimation. Selon l'exhaustivité et l'exhaustivité des données de l'enquête d'un pays particulier, le modèle utilise parfois les données d'autres pays pour combler les lacunes en matière d'information. Pour combler les lacunes en matière de données, l'information est "empruntée" aux pays de la même sous-région des Nations Unies. Les lignes de tendance qui en résultent sont utilisées pour obtenir des estimations pendant une seule année, de sorte qu'un certain nombre d'entre elles peuvent être déclarées même si le pays n'a pas mené d'enquête cette année-là. Afin de rendre les résultats comparables d'un pays à l'autre, les taux de prévalence sont normalisés par âge par la population standard de l'OMS.

Les estimations pour les pays ayant des enquêtes irrégulières ou de nombreuses lacunes en matière de données auront de grandes plages d'incertitude, et ces résultats devraient être interprétés avec prudence.

Traitement des valeurs manquantes :

- ***Au niveau national :***

Pour les pays ayant réalisé moins de deux enquêtes au cours d'années différentes depuis 1990, aucune estimation n'est calculée, puisqu'aucune tendance ne peut être déterminée. Pour les pays qui ont des données provenant de deux enquêtes nationales ou plus, les lacunes en matière de données, le cas échéant, sont comblées comme décrit dans la méthode de calcul.

- ***Aux niveaux régional et mondial :***

Les pays où aucune estimation ne peut être calculée sont inclus dans les moyennes régionales et mondiales en supposant que leurs taux de prévalence pour les hommes et les femmes sont égaux aux taux moyens des hommes et des femmes observés dans la sous-région des Nations Unies[1] dans laquelle ils se trouvent. Lorsque moins de 50 % de la population d'une sous-région des Nations Unies'; a été sondée, les sous-régions des Nations Unies sont regroupées avec les sous-régions voisines jusqu'à ce qu'au moins 50 % de la population groupée ait fourni des données aux taux moyens de la région';.

---

1 Pour une liste des pays par région des Nations Unies, veuillez consulter les pages ix à xiii de World Population Prospects : The 2017 Revision, publiée par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies en 2017 à https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf (consulté le 25 mai 2017). Aux fins de l'analyse du tabagisme, les ajustements suivants ont été apportés : (i) la sous-région de l'Afrique de l'Est a été divisée en deux régions : les îles d'Afrique de l'Est et le reste de l'Afrique de l'Est ; ii L'Arménie, l'Azerbaïdjan, l'Estonie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, le Tadjikistan, l'Ouzbékistan et le Turkménistan ont été classés en Europe de l'Est, (iii) ; Chypre, Israël et la Turquie ont été classés avec l'Europe du Sud, et (iv) les sous-régions de Mélanésie, de Micronésie et de Polynésie ont été combinées en une sous-région. ↑;

Agrégats régionaux :

Les taux de prévalence moyens pour les régions sont calculés en pondérant par la population les taux de prévalence par âge dans les pays, puis en normalisant selon l'âge les taux moyens par âge de la région.

Sources des écarts :

Les estimations de l'OMS diffèrent des estimations nationales en ce qu'elles sont

i) normalisé selon l'âge pour améliorer la comparabilité internationale et

ii) calculé selon une méthode standard pour tous les pays. Les enquêtes peu fréquentes ou l'indisponibilité d'enquêtes récentes conduisent à une plus grande dépendance à la modélisation. À mesure que l'ensemble de données pour chaque pays s'améliore avec le temps avec l'ajout de nouvelles enquêtes, les estimations récentes peuvent sembler incompatibles avec les estimations antérieures. Les estimations de l'OMS font l'objet d'une consultation dans les pays avant d'être publiées.

Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national :

Information non disponible.

Assurance de la qualité :

Information non disponible.

Sources de données

Description :

Taux de prévalence selon l'âge par sexe des enquêtes nationales représentatives auprès de la population menées depuis 1990 :

- officiellement reconnu par les autorités sanitaires nationales ;
- des participants choisis au hasard représentatifs de la population générale ; et
- rapportant au moins un indicateur mesurant l'usage actuel du tabac, l'usage quotidien du tabac, le tabagisme actuel, le tabagisme quotidien, la cigarette actuelle ou la cigarette quotidienne.

Les rapports officiels de l'enquête sont recueillis auprès des États membres par une ou plusieurs des méthodes suivantes :

- système de déclaration de la CFTC de l'OMS ;
- examen des enquêtes menées sous l'égide du Système mondial de surveillance du tabac ;
- examen d'autres enquêtes menées en collaboration avec l'OMS, telles que des enquêtes STEPwise et des Enquêtes mondiales sur la santé ;
- numérisation de bases de données internationales de surveillance telles que celles de l'Enquête démographique et sanitaire (DHS), de l'Enquête sur les grappes d'indicateurs multiples (MICS) et de l'Enquête sur la mesure du niveau de vie de la Banque mondiale (LSMS) ; et
- identification et examen des enquêtes par pays qui ne font pas partie des systèmes internationaux de surveillance.

Processus de collecte :

Rapports téléchargés à partir de sites Web ou envoyés par courrier électronique par des homologues nationaux. L'OMS partage et rend publiques les méthodologies de ses estimations par le biais du rapport mondial de l'OMS sur les tendances de l'usage du tabac 2000-2025 et du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. Les estimations de l'OMS font l'objet d'une consultation dans les pays avant leur publication.

Disponibilité des données

Description :

L’indicateur est disponible pour tous les pays de 2000 à l’année en cours, selon la disponibilité des données empiriques pour chaque pays.

Désagrégation :

Sexe.

Calendrier

Collecte de données :

Collecte continue de données.

Publication des données :

Publication biennale par l’intermédiaire du Rapport mondial de l’OMS sur les tendances du tabagisme 2000-2025, de l’Observatoire mondial de la santé de l’OMS et de la base de données de mise en œuvre de la CFTC de l’OMS.

Fournisseurs de données

États membres de l’OMS, Parties à la CFTC de l’OMS.

Compilateurs de données

Initiative WHOT pour un monde sans tabac ; Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

Références

URL :

http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/fr/

http://www.who.int/gho/fr/

http://apps.who.int/fctc/implementation/database/

Indicateurs connexes en date de février 2020

Indicateur 3.4.1 : Taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques