

Équipe TNR



La plupart des facteurs de risque des maladies non transmissibles sont associés à des comportements modifiables

Justification

En 2019, les maladies non transmissibles ont causé environ 2,8 millions de décès (soit approximativement 37 % de l'ensemble des décès) dans la Région africaine. Tous les ans, plus de 1,6 million de personnes succombent à une maladie non transmissible avant l'âge de 70 ans (décès prématurés). Les quatre principales maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les affections respiratoires chroniques. La plupart des maladies non transmissibles résultent de quatre facteurs de risque comportementaux (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation et usage nocif de l'alcool) qui entraînent quatre principaux changements métaboliques et physiologiques (augmentation de la tension artérielle, surpoids ou obésité, augmentation de la glycémie et augmentation du cholestérol). Le présent résumé analytique passe en revue les facteurs de risque comportementaux et métaboliques des maladies non transmissibles dans la Région africaine.

Principaux points à retenir

- Une diminution relative du tabagisme en l'espace d'une décennie : en 2020, environ 10 % des personnes âgées de 15 ans et plus dans la Région africaine consommaient un produit du tabac (tabac à fumer et/ou sans fumée), par rapport à 13,4 % en 2010, soit une baisse relative de 23 %.
- La même tendance a été observée pour la consommation d'alcool entre 2000 et 2019 : en 2019, au sein de la Région africaine, la consommation d'alcool mesurée en litres d'alcool pur par personne âgée de 15 ans ou plus, était de 4,9 litres. Cette quantité d'alcool consommée par adulte était restée pratiquement la même depuis 2000 (7,9 litres chez les hommes et 1,9 litre chez les femmes).
- Une diminution de la prévalence de l'hypertension artérielle entre 2010 et 2019 : en 2019, environ 33 % des adultes de la Région présentaient une tension artérielle élevée, par rapport à 35,7 % en 2010, soit une baisse relative de 7,5 %.
- Une augmentation de la prévalence de l'obésité de 2005 à 2016 : en 2016, environ un adulte sur 10 (âgé de 18 ans et plus) dans la Région africaine avait un indice de masse corporelle de 30 kg/m² ou plus, par rapport à la prévalence de l'obésité chez les adultes de 7,3 % en 2005, soit une hausse de 45 %.
- Augmentation de la prévalence du diabète : en 2014, environ 7,1 % de la population âgée de 18 ans et plus dans la Région africaine présentait une glycémie à jeun supérieure à 126 mg/dl (7,0 mmol/l), des antécédents de diabète diagnostiqué ou d'utilisation d'insuline ou de médicaments hypoglycémisants oraux. Cette prévalence représente une hausse par rapport au taux de 5,9 % de la population en 2005.

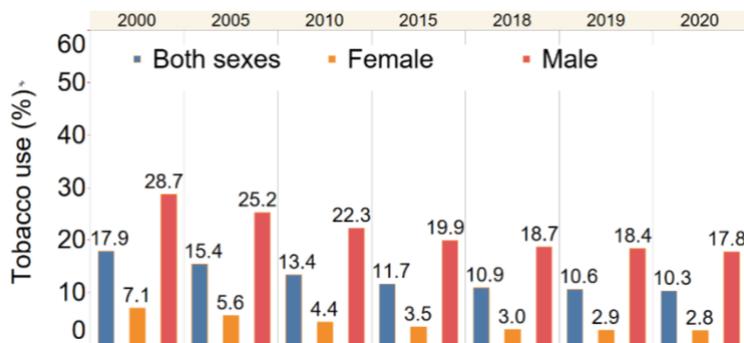
1. Facteurs de risque comportementaux

Les comportements modifiables, tels que le tabagisme, la sédentarité, une mauvaise alimentation et l'usage nocif de l'alcool, augmentent le risque de développer des maladies non transmissibles.

Le tabagisme

Le tabagisme contribue largement aux maladies et aux décès dus aux maladies non transmissibles. Chaque année, plus de 8 millions de personnes décèdent de maladies liées au tabac. Parmi elles, 1,2 million décèdent des suites d'une exposition à la fumée du tabac. Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel la consommation du tabac ou l'exposition à la fumée du tabac seraient sans danger. Toutes les personnes consommant du tabac, quotidiennement ou non, courent le risque de souffrir de diverses conséquences sanitaires néfastes tout au long de leur vie, y compris de maladies non transmissibles. La réduction de la prévalence actuelle du tabagisme permettra de réduire considérablement la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles. Les produits du tabac comprennent les produits à fumer et les produits sans fumée. Les produits du tabac et de la nicotine nouveaux et émergents ne constituent pas des alternatives plus sûres à la consommation de tabac classique. L'accélération de la mise en œuvre de politiques de lutte antitabac conformes à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac réduira la prévalence du tabagisme dans la Région africaine.

Figure 1. Estimations de la prévalence actuelle du tabagisme (taux normalisé selon l'âge) dans la Région africaine de l'OMS, 2000–2020 (source : OMS)



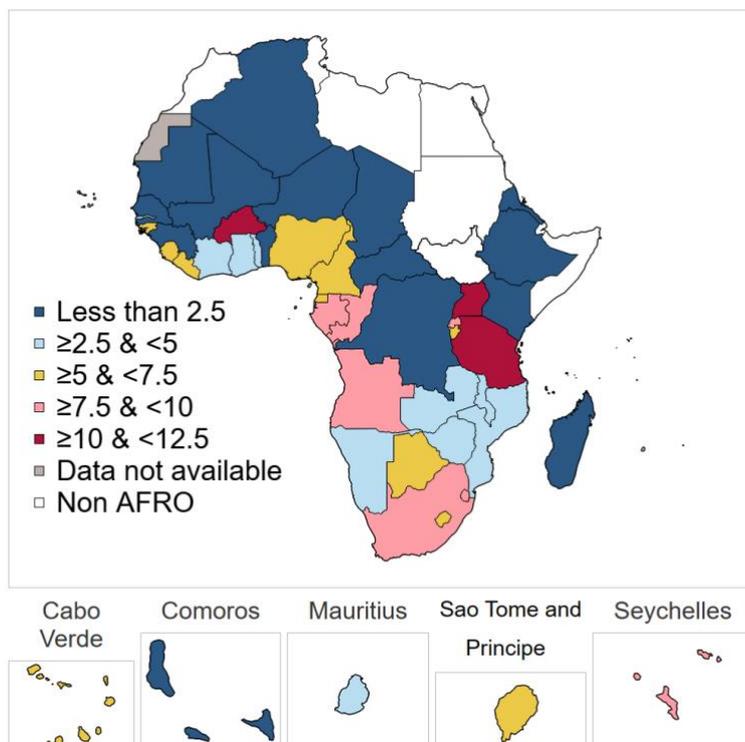
- En 2020, environ 10,3 % des personnes âgées de 15 ans ou plus dans la Région africaine consommaient quotidiennement ou non un produit du tabac (tabac à fumer et/ou sans fumée), par rapport à 13,4 % en 2010 (figure 1), soit une baisse relative de 23 %.
- En 2020, la prévalence du tabagisme chez les hommes était approximativement de 17,8 %, soit une prévalence environ six fois supérieure à celle des femmes.
- Madagascar (27,6 %), le Lesotho (24,3 %) et l'Algérie (21 %) présentaient la plus forte prévalence du tabagisme dans la Région en 2020.
- En 2020, le Ghana enregistrait la plus faible prévalence du tabagisme dans la Région (3,5 %), suivi du Nigeria (3,7 %) et de l'Éthiopie (5,1 %).
- La prévalence du tabagisme chez les femmes était la plus élevée à Madagascar (12,8 %), suivie par les Comores (11,1 %) et le Botswana (8,3 %).
- La consommation de tabac sans fumée, de systèmes électroniques de distribution de nicotine (ENDS) et de sachets de nicotine est en hausse.

L'usage nocif de l'alcool

L'usage nocif de l'alcool est associé à la dépendance à l'alcool et à un risque plus élevé de développer des troubles mentaux et comportementaux. Il constitue un risque important de cirrhose du foie, de certains cancers et de maladies cardiovasculaires, ainsi que de blessures liées à la violence et aux accidents. Au-delà des conséquences sur la santé, la consommation nocive de l'alcool entraîne des pertes sociales et économiques importantes pour les individus, leurs familles et la société dans son ensemble.

- En 2019, la consommation d'alcool dans la Région africaine, mesurée en nombre de litres d'alcool pur consommés par personne âgée de 15 ans ou plus, s'élevait à 4,9 litres. Cette consommation d'alcool par habitant chez les adultes n'a pas changé depuis 2000 (7,9 litres pour les hommes et 1,9 litre pour les femmes), ce qui correspond à un rapport hommes / femmes de 4,15.

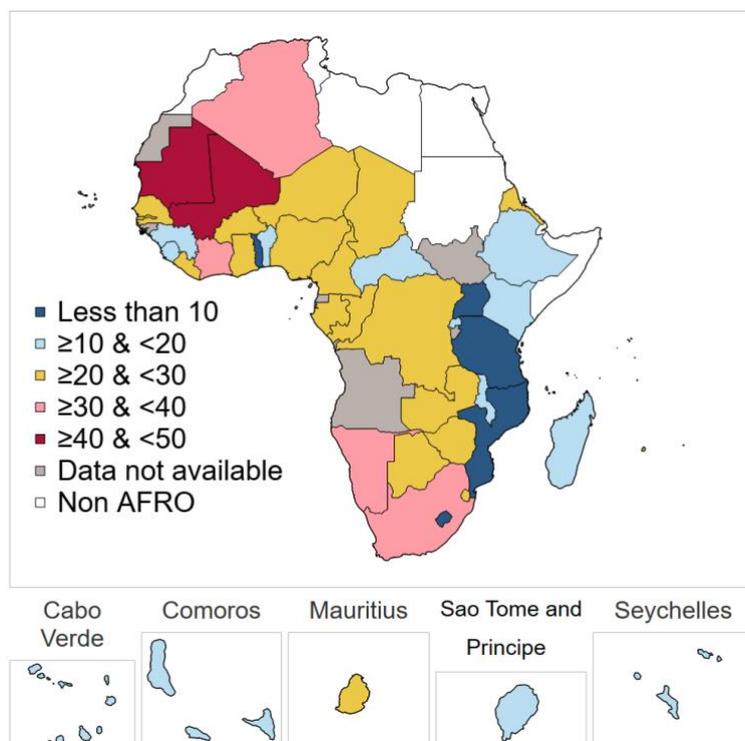
Figure 2. Consommation totale d'alcool par habitant (en nombre de litres d'alcool pur consommés par personne âgée de 15 ans ou plus) dans la Région africaine en 2019 (source : OMS)



- L'Ouganda (12,48 litres), la République-Unie de Tanzanie (12,04 litres) et le Burkina Faso (11,04 litres) ont enregistré les plus fortes consommations d'alcool par habitant chez les adultes de la Région africaine en 2019.
- La Mauritanie présentait la plus faible consommation d'alcool par habitant chez les adultes de la Région (0 litre), suivie du Niger (0,52 litre) et de l'Éthiopie (0,63 litre) en 2019.
- La plus forte augmentation de la consommation d'alcool par habitant entre 2010 et 2019 dans la Région africaine a été enregistrée aux Seychelles (+3,06 litres : passant de 5,78 à 8,84 litres), suivies du Congo (+2,92 litres : passant de 6,29 à 9,21 litres) et du Burkina Faso (+2,81 litres : passant de 8,24 à 11,05 litres).
- La plus forte baisse de la consommation d'alcool par habitant entre 2010 et 2019 dans la Région africaine a été enregistrée au Burundi (-0,42 litre : passant de 7,87 à 7,45 litres), suivi de l'Afrique du Sud (-0,36 litre : passant de 9,81 à 9,45 litres) et de la République démocratique du Congo (-0,36 litre : passant de 1,46 à 1,1 litre).

La sédentarité

Figure 3. Prévalence du manque d'exercice physique chez les adultes âgés de 18 ans et plus (taux estimé normalisé selon l'âge) dans la Région africaine de l'OMS en 2016 (source : OMS)



La sédentarité est définie comme le fait de pratiquer moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou moins de 75 minutes d'activité physique d'intensité élevée par semaine. Un manque d'activité physique peut entraîner des maladies cardiaques, même chez les personnes ne présentant aucun autre facteur de risque. Elle peut également augmenter la probabilité de développer d'autres facteurs de risque de maladies cardiaques, notamment l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète de type 2.

- En 2016, la proportion d'adultes âgés de 18 ans et plus dans la Région africaine ne pratiquant pas une activité physique suffisante variait de 5,52 % à 41,31 %.
- En 2016, la Mauritanie (41,31 %), le Mali (40,42 %) et l'Afrique du Sud (38,17 %) présentaient la plus forte prévalence de sédentarité chez les adultes âgés de 18 ans et plus.
- La prévalence la plus faible de sédentarité chez les adultes âgés de 18 ans et plus a été enregistrée au Mozambique (5,56 %), puis au Lesotho (6,25 %) et en République-Unie de Tanzanie (6,49 %).

Une mauvaise alimentation

La mauvaise alimentation est l'un des facteurs de risque les plus déterminants des maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et d'autres affections liées à l'obésité. Les recommandations spécifiques pour une alimentation saine consistent à manger davantage de fruits, de légumes, de légumineuses, de fruits à coques et de céréales, et à limiter la consommation de sel, de sucre et de matières grasses. Il est également conseillé de préférer les graisses insaturées d'origine végétale aux graisses saturées.

Les mauvaises habitudes alimentaires sont un problème de société, et pas seulement un problème individuel. L'amélioration de ces habitudes nécessite donc une approche multisectorielle, multidisciplinaire, basée sur la population et culturellement pertinente.



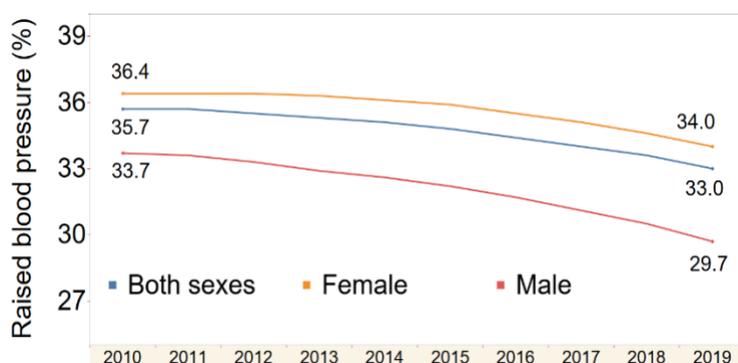
2. Facteurs de risque métaboliques

L'hypertension artérielle

L'hypertension ou l'élévation de la tension artérielle est une affection grave qui augmente considérablement le risque de développer des maladies cardiaques, cérébrales, rénales et autres. Elle constitue une cause majeure de décès prématurés dans le monde entier. L'hypertension est diagnostiquée si, lorsqu'elle est mesurée deux jours distincts, la tension artérielle systolique à ces deux reprises est supérieure à 140 mmHg et/ou la tension artérielle diastolique à ces deux reprises est supérieure à 90 mmHg (chez les personnes qui ne sont pas déjà sous traitement antihypertenseur).

La plupart des personnes souffrant d'hypertension ne sont pas conscientes du problème car l'hypertension peut ne pas présenter de signes avant-coureurs ou de symptômes ; c'est pourquoi il est essentiel que la tension artérielle soit mesurée régulièrement.

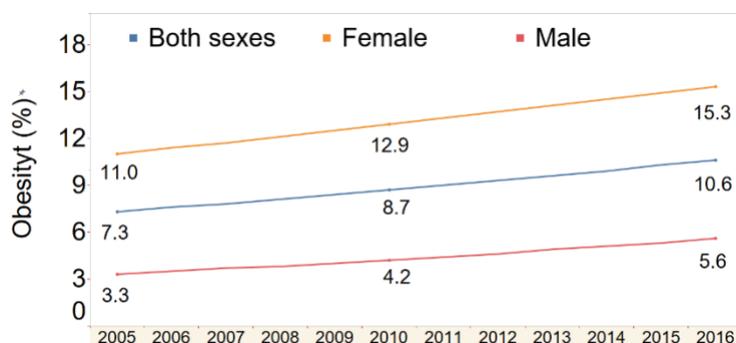
Figure 4. Tendances de la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes âgés de 30 à 79 ans (normalisée selon l'âge) dans la Région africaine, 2010–2019 (source : OMS)



- La prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes (âgés de 30 à 79 ans) dans la Région africaine reste élevée. En 2019, environ 33 % des adultes souffraient d'hypertension artérielle, par rapport à 35,7 % des adultes en 2010, soit une baisse relative de 7,5 % (figure 4).
- La prévalence de l'hypertension artérielle était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (34 % et 29,75 % respectivement) dans la Région en 2019.
- En 2019, la prévalence la plus élevée de l'hypertension artérielle dans la Région était observée à São Tomé-et-Principe (39,1%), en Afrique du Sud (38,9%) et au Cabo Verde (38,5%).
- L'Érythrée (16,4 %), l'Éthiopie (21,1 %) et le Rwanda (22,1 %) présentaient la plus faible prévalence de l'hypertension artérielle au sein de la Région en 2019.
- La prévalence de l'hypertension artérielle a baissé dans tous les pays de la Région africaine entre 2010 et 2019. La plus forte diminution de la prévalence de l'hypertension a été observée au Malawi (de 32,2 % à 24 %), suivi de l'Érythrée (de 21,1 % à 16,4 %) et du Ghana (de 34,4 % à 27,1 %).

Le surpoids et l'obésité

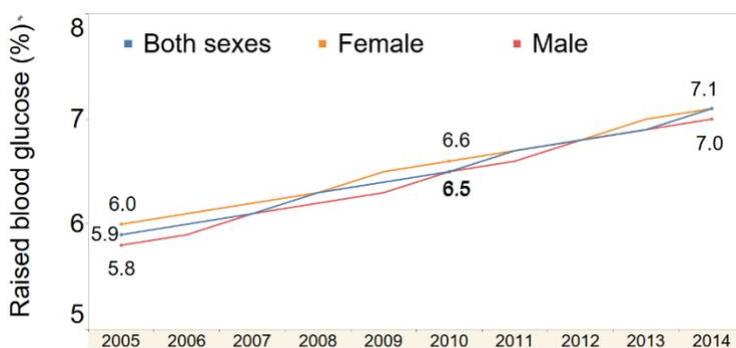
Figure 5. Tendances de la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes (IMC ≥ 30) (taux normalisé selon l'âge) dans la Région africaine, 2005–2016 (source : OMS)



- En 2016, environ un adulte sur 10 (âgé de 18 ans ou plus) dans la Région africaine avait un indice de masse corporelle de 30 kg/m² ou plus, par rapport à la prévalence de l'obésité chez les adultes de 7,3 % en 2005, soit une hausse de 45 % (figure 5).
- Dans la Région africaine, les femmes sont plus susceptibles d'être obèses que les hommes.
- En 2016, la prévalence la plus élevée de l'obésité dans la Région était observée en Afrique du Sud (28,3 %), en Algérie (27,4 %) et au Botswana (18,9 %).
- La prévalence la plus faible de l'obésité dans la Région en 2016 était enregistrée en Éthiopie (4,5 %), en Érythrée (5 %) et en Ouganda (5,3 %).

L'hyperglycémie

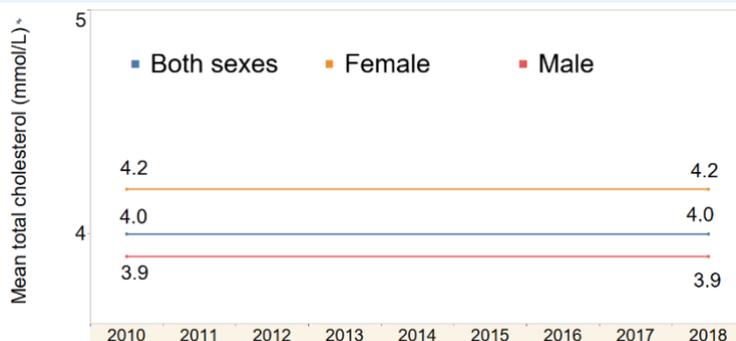
Figure 6. Tendances de la prévalence de l'hyperglycémie à jeun (≥ 7.0 mmol/L) (taux normalisé selon l'âge) dans la Région africaine, 2005–2014 (source : OMS)



- En 2014, environ 7,1 % de la population âgée de 18 ans ou plus dans la Région africaine présentait une glycémie à jeun supérieure à 126 mg/dl (7,0 mmol/l), des antécédents de diabète diagnostiqué ou d'utilisation d'insuline ou de médicaments hypoglycémisants oraux. Cette prévalence représente une hausse par rapport au taux de 5,9 % en 2005.
- En 2014, Maurice (13 %), l'Algérie (12,4 %) et l'Afrique du Sud (11,3 %) enregistraient la prévalence la plus élevée d'hyperglycémie au sein de la population âgée de 18 ans ou plus dans la Région africaine.
- En 2014, la prévalence la plus faible d'hyperglycémie au sein de la population âgée de 18 ans ou plus dans la Région africaine était enregistrée au Burundi (4,2 %), puis au Rwanda (4,4 %) et en Ouganda (11,3 %).

Un taux de cholestérol élevé

Figure 7. Tendances du taux de cholestérol moyen (normalisé selon l'âge et exprimé en mmol/L) dans la Région africaine, 2010–2018 (source : OMS)



- Le taux de cholestérol moyen (matières grasses dans le sang) normalisé selon l'âge est resté acceptable (inférieur à 5 mmol/L) et stable entre 2010 et 2018 dans la Région africaine (figure 7).
- En 2018, Maurice (4,7 mmol/L), les Seychelles (4,7 mmol/L) et l'Algérie (4,4 mmol/L) présentaient les taux de cholestérol moyens normalisés selon l'âge les plus élevés de la Région.
- En 2018, le Rwanda (3,8 mmol/L), le Nigeria (3,8 mmol/L) et le Malawi (3,8 mmol/L) présentaient les taux de cholestérol moyens normalisés selon l'âge les plus faibles de la Région.

3. Mesures visant à réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles

Les États Membres doivent mettre en œuvre les mesures de réduction de la demande prévues par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles :

- Réduire l'accessibilité économique en augmentant les droits d'accise et les prix des produits du tabac
- Éliminer l'exposition passive à la fumée du tabac dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics fermés et les transports publics
- Apposer des mises en garde sanitaires illustrées en grand format et/ou adopter un conditionnement neutre/standard pour tous les conditionnements du tabac
- Adopter et mettre en œuvre une interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac.
- Mener des campagnes médiatiques efficaces pour avertir le grand public des dangers du tabagisme et du tabagisme passif
- Offrir un soutien aux personnes désireuses d'arrêter de consommer des produits du tabac, notamment par des conseils ou par la mise en place d'une ligne nationale d'assistance téléphonique gratuite
- Surveiller les tendances de la prévalence du tabagisme et la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac

Les États Membres doivent mettre en œuvre, le cas échéant et en fonction du contexte national, des mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool :

- Promulguer et appliquer des interdictions ou des restrictions globales de la publicité en faveur de l'alcool (à travers plusieurs types de média)
- Augmenter les droits d'accise sur les boissons alcoolisées
- Faciliter l'accès au dépistage, aux interventions brèves et à la prise en charge
- Adopter et appliquer des restrictions sur la disponibilité de l'alcool en vente au détail (en limitant les horaires de vente)
- Adopter et mettre en œuvre des lois contre la conduite en état d'ébriété, fixer des seuils d'alcoolémie pour les conducteurs de véhicules, en prévoyant des contrôles routiers inopinés

Les États Membres doivent mettre en œuvre des mesures visant à réduire la mauvaise alimentation :

- Adopter des politiques nationales visant à réduire la consommation de sel/sodium de la population
- Adopter des politiques nationales qui limitent la consommation d'acides gras saturés et éliminent pratiquement les acides gras trans produits industriellement et présents dans les denrées alimentaires
- Appliquer l'ensemble des recommandations de l'OMS sur la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants
- Réduire la consommation de sucre par une taxation efficace des boissons sucrées
- Promulguer des lois/réglementations qui appliquent pleinement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Les États Membres doivent mettre en œuvre des mesures visant à réduire la sédentarité :

- Mettre en œuvre au moins une communication nationale récente visant à sensibiliser le public et à le motiver à la pratique de l'exercice physique
- Soutenir les campagnes médiatiques visant à modifier les comportements vis-à-vis de l'exercice physique
- Adopter et exécuter un plan d'action national multisectoriel sur l'exercice physique.

Références bibliographiques

1. OMS. 2019. Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme, 2000-2025, troisième édition. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>
2. OMS. 2022. « Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2022 ». Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>
3. OMS. 2022. « Maladies non transmissibles : facteurs de risque ». Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/noncommunicable-diseases-risk-factors>
4. OMS. 2022. « Consommation de tabac ». Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-monitor-current-tobaccouse-tobaccosmoking-cigarrettesmoking-agesstd-tobagestdcurr>
5. OMS. 2021. « Usage nocif de l'alcool ». Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15)-consumption)
6. OMS. 2018. « Manque d'exercice physique ». Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(age-standardized-estimate)-(-))
7. OMS. Mauvaise alimentation. Disponible à l'adresse : <https://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/causes/unhealthy-diets.html>
8. OMS. 2021. « Prévalence de l'hypertension chez les adultes âgés de 30 à 79 ans ». Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hypertension-among-adults-aged-30-79-years>
9. OMS. 2017. « Prévalence de l'obésité chez les adultes, IMC \geq 30 (estimation normalisée selon l'âge) ». Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi>=30-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi>=30-(age-standardized-estimate)-(-))
10. OMS. 2017. « Hyperglycémie à jeun (\geq 7.0 mmol/L) ». Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/raised-fasting-blood-glucose-\(7-0-mmol-l\)\(age-standardized-estimate\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/raised-fasting-blood-glucose-(7-0-mmol-l)(age-standardized-estimate))
11. OMS. 2021. « Taux de cholestérol moyen, normalisé selon l'âge ». Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mean-total-cholesterol-\(age-standardized-estimate\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mean-total-cholesterol-(age-standardized-estimate))

Sources

Les données proviennent de l'OMS : [L'observatoire mondial de la santé](#) et [l'Observatoire africain de la santé intégré](#).

Photographie : @WHO/Conor Ashleigh

Consultez nos autres résumés analytiques dans cette série de profils de santé des pays membres de l'Observatoire africain de la santé intégré :

<https://aho.afro.who.int/country-profiles/af>

Contactez-nous à l'adresse suivante : iAHO@who.int

Retrouvez-nous sur LinkedIn : <https://www.linkedin.com/company/iaho/>

Résumé analytique réalisé par :

Monde Mambimongo Wangou, Berence Relisy Ouaya Bouesso, Sokona Sy, Serge Marcial Bataliack, Humphrey Cyprian Karamagi, Cheick Bady Diallo, William Kiberenge Maina, Nivo Ramanandraibe, Fikru Tesfaye Tullu, Jean-marie Dangou, Elizabeth Lindiwe Makubalo.