

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le tabagisme est l'une des plus grandes menaces actuelles pour la santé mondiale. Il crée une forte dépendance chez les consommateurs habituels qu'il finit par tuer, et présente une grande nocivité pour les non fumeurs. Il est propagé par une industrie mondiale qui sape depuis longtemps les efforts de santé publique.

Selon l'OMS, la consommation de tabac est la première cause de décès évitables. Avec 5 millions de morts par an, aucun produit n'est plus dangereux ni ne tue autant. Si les tendances actuelles restent inchangées, à partir de 2020, 10 millions de personnes mourront annuellement du fait du tabac, dont 70% dans les pays en développement.

L'épidémie du tabagisme gagne de plus en plus les populations les plus pauvres et les moins scolarisées et fait subir à l'économie mondiale des pertes que les institutions de Bretton Wood estiment à 200 milliards \$ US dont la moitié dans les pays en développement.

En recul dans les pays riches qui se protègent par des réglementations de plus en plus restrictives, l'industrie du tabac progresse dans les pays en développement, où elle rencontre peu ou pas de résistance à l'introduction de ses produits et dispose d'un énorme nouveau marché potentiel, particulièrement chez les jeunes et les femmes.

Traînant déjà un lourd fardeau lié au traitement des maladies transmissibles et invalidantes, l'Afrique, qui représente un marché de 700 millions de consommateurs potentiels, constitué pour moitié de jeunes de moins de 20 ans, sera incapable de faire face à la prise en charge d'une population souffrant des méfaits du tabagisme.

Les pays Africains paieront le plus lourd tribut dans cette hécatombe si des choix politiques hardis ne sont pas opérés pour, entre autres, ériger des barrières juridiques et tarifaires afin de protéger la santé des générations actuelles et à venir.

En effet, selon le professeur Prabhat Jha de l'université de Toronto « un accroissement de 70% du prix des cigarettes dans le monde combiné à d'autres mesures réglementaires pourrait permettre d'éviter 46 à 114 millions de décès liés au tabac dans les cinq prochaines décennies. Une augmentation plus modeste de 33% pourrait épargner jusqu'à 66 millions de vies dans la même période. »

C'est dans ce cadre que la Direction de la Prévention Médicale désire mettre en place une méthodologie fiable pour le suivi des indicateurs sur la lutte anti-tabac. Le choix a porté sur la méthode LQAS, qui trouve son origine dans le contrôle de qualité industriel. En effet, compte tenu des différents avantages qu'elle présente, nous pensons qu'elle pourra répondre aux besoins de ce service.

Ce document propose la méthode dans le processus de suivi évaluation des activités pour la lutte contre le Tabac.

Elle présente plusieurs avantages parmi lesquels :

- ✓ La possibilité de mesurer et de classer performances des districts pour un ou plusieurs indicateurs,
- ✓ Cette méthode offre un meilleur niveau de précision,
- ✓ Elle est facile dans sa mise en œuvre pratique aussi bien au niveau local qu'au niveau national,
- ✓ Enfin sa réalisation pratique requiert peu de moyen.

Méthodologie :

Pour une meilleure implémentation de la méthode dans le domaine de la santé, nous nous baserons sur les unités organisationnelles du Ministère de la Santé en termes d'activités. Nous prendrons donc les districts sanitaires comme univers statistique.

Unité d'observation

L'objectif de l'étude est de collecter des informations sur un certain nombre de cibles qui seront choisies dans des ménages échantillons. Donc l'unité statistique d'observation sera le ménage.

Pour les besoins d'un recouplement, nous ferons appel aux boutiques comme autre unité d'observation

Outils de collecte : Questionnaire

A notre cible nous allons associer un questionnaire spécifique qui sera administré aux individus ayant 10 ans ou plus dans les ménages enquêtés.

Taille de l'échantillon

Conformément à la méthodologie, nous nous fixerons une taille de 19 ménages dans chaque district. Et puisque le pays compte 63 districts nous aurons un échantillon total de $19 \times 63 = 1197$ ménages pour notre questionnaire.

Rappelons que le principe de base de la méthode recommande un minimum de cinq districts, ce qui aboutit à un échantillon de 95 ménages. Cette taille garantit une précision inférieure à 10% sur les intervalles de confiance pour chaque indicateur (voir détails technique).

Plan de sondage

L'univers statistique étant le district, le sondage se fera dans cet univers en deux étapes :

Etape 1 : Sélection des villages ou quartier échantillon dans le district (unités primaires)

Dans un premier temps, les unités primaires que sont les villages ou quartiers polarisés par le district seront tirées. Pour cela, il faudra disposer d'une base de sondage qui donnera la liste des districts sanitaires avec le nombre de quartiers et villages polarisés et ensuite de disposer de la liste des quartiers et village dans chaque district selon qu'on se situe en milieu rural ou urbain;

Pour chaque village ou quartier les informations suivantes :

- Le numéro du village ou quartier
- Le nom du village ou quartier
- Le nombre de ménages dans le village ou quartier,
- La population totale pour chaque village ou quartier.

Ainsi, le tirage des 19 villages ou quartiers (unités primaires) se fera suivant un sondage aléatoire proportionnel à la taille de cette unité (logiciel de tirage développé par SOFT SOLUTION SARL).

Etape 2: Sélection des ménages dans les unités primaires tirées

Pour chaque unité primaire tirée, un ou plusieurs ménage(s) échantillons sera (seront) tiré(s). Ce tirage se fera suivant un sondage aléatoire simple. Pour cela, il est utile de disposer de la liste des ménages dans l'unité primaire, ce qui nécessite un dénombrement initial.

Ainsi lorsqu'un ménage est tiré, il faudra se renseigner si, au moins, un membre de ce ménage est éligible pour les questionnaires ; par exemple selon notre exemple, si nous y trouvons:

- ✓ Soit un ancien fumeur,
- ✓ Soit un fumeur de 10 ans ou plus,

Si aucun membre n'est éligible, alors il faudra passer au ménage voisin suivant .

Le tirage des unités primaires peut être effectuée au niveau central par l'équipe de projet.

Formation

La formation se fera en deux étapes et elle sera supervisée par l'équipe de projet;

- ✓ Une première formation qui visera les formateurs qui durera cinq jours ouvrables avec les travaux pratiques. Durant cette formation, toutes les étapes seront passées en revue ainsi que la détermination des niveaux de précision pour les taux de couverture associés aux indicateurs étudiés,
- ✓ Une seconde qui ciblera les médecins chefs de district qui prendra environs cinq jours ; elle se fera sous forme d'ateliers pratiques.

Collecte des données et supervision

En dehors de la formation des enquêteurs, la collecte de données pour chaque questionnaire ne doit excéder 10 à 15 minutes en moyenne. Ainsi chaque médecin chef de district doit finir sa collecte en deux ou trois jours. La collecte se fera avec l'appui d'un enquêteur dans chaque district cela prendra au maximum 19 jours.

Un tableau de bord tenu par l'équipe de projet permettra de suivre l'évolution de la collecte au niveau des différents districts. L'objectif sera d'assurer l'exhaustivité de la collecte afin de garantir les niveaux de précision visés.

District	Nombre de questionnaires remplis	Nombre de questionnaires restants	Nombre de questionnaires traités	Date limite pour la collecte de données

Analyse des données

L'analyse manuelle peut se faire pour chaque district en une demi-journée. Cependant les données doivent être saisies afin de pouvoir remonter les données au niveau national au SNIS pour une utilisation ultérieure. Les règles de décision de référence pour les taux de couverture « objectifs » ou benchmark seront déterminées par le niveau central pour chaque indicateur et elles peuvent varier d'une année à une autre.

Détermination des indicateurs

L'équipe de projet devra, après avoir agrégé les données, déterminer des indicateurs en fonction du programme ou de l'activité à évaluer. Il est important de souligner que la liste des indicateurs doit être très réduite afin de rendre l'opération souple et facile à déployer. Nous pouvons, en exemple dresser une liste de quelques indicateurs :

- Le pourcentage de fumeurs de 10 ans ou plus,
- Le pourcentage de fumeurs de sexe féminin de 10 ans ou plus.

Ainsi, pour chaque indicateur estimé, le niveau de précision sera déterminé en définissant l'intervalle de confiance à 95% (soit pour un risque d'erreur de 5%). Nous pourrions vérifier ainsi que conformément à la

méthodologie, tous les intervalles de confiance centrés sur les taux de couverture possèdent un rayon de moins de 10%.

Partage de l'information et définition des benchmarks

Après l'analyse des données au niveau de chaque district, les MCD doivent se concerter au niveau national dans un atelier organisé par le comité de pilotage. Le comité pourra déterminer les taux de couverture au niveau national pour les différents indicateurs ciblés. De plus ces rencontres doivent se faire de façon périodique ; ce qui permettra, à terme, au service de fixer des objectifs ou benchmark pour les différents indicateurs.