

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE

المديرية العامة للوقاية و ترقية الصحة

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL DE
LUTTE INTEGREE CONTRE LES FACTEURS DE RISQUE
DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES
2015 - 2019**



Organisation
mondiale de la Santé
Bureau Pays - Algérie



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL DE
LUTTE INTEGREE CONTRE LES FACTEURS DE RISQUE
DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES
2015 - 2019**



PREFACE

Le présent Plan National Stratégique National Multisectoriel de Lutte Intégrée contre les Facteurs de Risque (FR) des Maladies Non Transmissibles (MNT) 2015-2019 se veut être la traduction de l'engagement de l'Algérie à la Déclaration politique adoptée lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT, en septembre 2011 qui stipule notamment que les Etats Membres s'engagent à :

- faire avancer la **mise en œuvre d'interventions multisectorielles**, d'un bon rapport coût-efficacité, à l'échelle de la population pour réduire les effets des facteurs de risque courants communs aux maladies non transmissibles, et dont le succès dépendra aussi de la participation des secteurs extérieurs à la santé tels que les finances, l'agriculture, le transport, le développement urbain et le commerce;
- élaborer, renforcer et appliquer **des plans publics multisectoriels** en vue de promouvoir l'éducation et l'information sanitaires, et en vue de créer un environnement propice et équitable pour donner à l'individu, à la famille et à la collectivité les moyens de faire des choix sains et de vivre en bonne santé.

Cet engagement de l'Algérie s'est rapidement concrétisé dans le Plan d'action 2013-2014 du Gouvernement adopté par l'Assemblée Nationale Populaire, en septembre 2012, dans la mesure où il a été retenu de :

- **mettre en place un cadre de coordination national multisectoriel** avec les secteurs institutionnels et la société civile pour planifier, suivre et évaluer la stratégie nationale visant à créer un environnement favorable à la santé et aider et impliquer la population à adopter des modes de vie sains,
- **promouvoir, dans un cadre multisectoriel avec une approche de proximité, les interventions destinées à réduire les principaux facteurs de risque** par le renforcement, avec un intérêt pour la participation communautaire, de programmes relatifs à (i) la lutte anti-tabac, (ii) la promotion de l'alimentation saine et équilibrée (iii) l'activité physique.
- **promouvoir le dépistage des maladies non transmissibles prévalentes** comme action prioritaire dans l'élargissement de l'offre de soins de proximité par le renforcement du dépistage des cancers génitaux, le développement du dépistage des autres cancers (cancer colorectal, cancer de la prostate), de l'hypertension artérielle, du diabète.

Cette volonté de l'Algérie de faire de ce plan national stratégique une feuille de route conforme aux recommandations de la Communauté internationale se veut être un exemple de responsabilité du Gouvernement vis-à-vis de sa population.

Ce nouveau Plan national stratégique 2015-2019 constitue une extension des actions engagées précédemment, il se veut certes réaliste, mais adapté aux exigences de ce défi majeur. Il orientera les actions des différents secteurs concernés durant les cinq prochaines années.

Son processus d'élaboration, qui s'est déroulé en plusieurs étapes, a tenu à privilégier la participation la plus large possible, la concertation et le consensus entre tous les acteurs impliqués, en vue d'une réelle appropriation.

Ce Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte Intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles (2015-2019) a été élaboré avec le soutien de l'Union Européenne à travers le Programme d'Appui au Secteur Santé (Programme PASS) sous la coordination de la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).

Ce plan comporte 4 axes, 11 objectifs, 30 actions et 113 mesures., et il sera accompagné de quatre supports d'appui : (i) Un Plan de suivi-évaluation (ii) un Plan de communication , (iii) un Plan de recherche et (iv) un plan de financement. Il devra être décliné en plans opérationnels pour sa mise en œuvre par les différents secteurs et intervenants impliqués.

Mr. Abdelmalek BOUDIAF
Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière

SOMMAIRE

PREFACE	1
REMERCIEMENTS	5
ACRONYMES	8
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I - ANALYSE DE LA SITUATION DES MNT ET DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE	12
1. CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN ALGÉRIE	12
2. ENGAGEMENT DE L'ALGÉRIE VIS-À-VIS DE LA LUTTE CONTRE LES MNT	13
3. ANALYSE DE LA SITUATION NATIONALE DE LA LUTTE	13
3.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ALGÉRIE	13
2.1.1. Structure de la population	13
2.1.2. Principaux indicateurs démographiques :	14
3.2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET LES MNT	14
2.2.1. Principaux indicateurs sur les FR et les MNT	14
CHAPITRE II - ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	16
1. APPROCHE	16
2. OBJECTIF GÉNÉRAL ET AXES D'INTERVENTIONS	19
2.1. OBJECTIF GÉNÉRAL	19
2.2. CIBLES PRIORITAIRES : MILIEUX DE VIE/PUBLICS CIBLES	19
2.3. MESURES	20
CHAPITRE III- AXES STRATÉGIQUES	22
3.1. AXE STRATÉGIQUE 1 - PROMOTION DE L'ALIMENTATION SAIN	22
3.2. AXE STRATÉGIQUE 2 - PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, DE LA PRATIQUE DU SPORT ET DE LA MOBILITÉ ACTIVE	31
3.3. AXE STRATÉGIQUE 3 - LUTTE ANTITABAC	35
3.4. AXE STRATÉGIQUE 4 - CADRE DE COORDINATION	40
CHAPITRE IV- SUPPORTS D'APPUI AU PLAN	42
4.1. LE PLAN DE SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION	42
4.2. LE PLAN DE COMMUNICATION CONTRE LES MNT ET LEURS FR	43
4.3. LE PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE RECHERCHE	44
4.4. LE PLAN DE FINANCEMENT	44

REMERCIEMENTS

5

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière tient à remercier l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux pour leur engagement dans la lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles en Algérie.

Nos remerciements vont à tous les départements ministériels, à la société civile, et aux médias, à travers leurs représentants, qui se sont engagés, dès le début, à toutes les étapes du processus d'élaboration de ce Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte Intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles.

Ce document a été élaboré sous la Direction du Professeur MESBAH Smail, Directeur Général de la Prévention et de la Promotion de la Santé au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, et par un comité de rédaction, composé de :

Dr NADIR Djamila : Sous-directrice de la Prévention des MNT et de la lutte contre les FR/MSPRH

Dr RAZANAMPARANY Michèle : Expert Principal, Chef du Projet MNT, SOGEROM

Pr. COPPIETERS Yves : Expert court terme en Planification, Ecole de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles

Ont participé à l'élaboration de ce Plan

Au titre des secteurs institutionnels

Pr ADGHAR Djamila,	Expert
Pr. AFIANE M'hamed	Expert
Pr ARRADA Moussa	Expert
Dr ATEK Madjid	Expert
M. ANMAR Hadjar	Ministère des Affaires Etrangères
Melle ARHAB Lynda	Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales
Mme ATMANI Sabrina	Ministère de la Poste et des Technologies d'Information et de Communication
Mme AYACHI Fatma	Ministère du Commerce
Pr AYOUB Soraya	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
M. BAFIR Akli	Ministère de l'Education Nationale
Mme BELBERKANI Radia	Ministère de la Poste et des Technologies de l'Information et de la Communication
Pr BELHADJ Mohamed	Expert

Pr BELHOCINE Mourad	Expert
Mr BELKESSAM Slim	MSPRH
M. BELLARBI Ihena	Ministère de l'Industrie, de la Petite et Moyenne Entreprises et de la Promotion de l'Investissement
Dr BENKKADOUR Moufida	MSPRH
Pr BENSENOUCI Abdelalir	Expert
M. BENYOUCEF Ouadia	Journaliste
Mme BOUAKEL Fairouz	Ministère des Transports
Mme BOUKHAROUBA Faouzia	Ministère de l'Education Nationale
Mme BOURAS Samia	MSPRH
M. BOUTOUABA Mohamed	Ministère des Ressources en Eau
Melle BOUZENNOUNE Nassina	Ministère des Ressources en Eau
Dr BRAHIMI Hakim	INSP
M. BRAHITI Keltoum	Ministère de l'Habitat et de l'Urbanisme
Pr BROURI Mansour	Expert
Pr CHENTIR Tayeb	Expert
Dr CHERF-BOUZIDA Fatiha	INSP
Dr DABOUZ Hayet	MSPRH
Dr DAHMANE Katia	MSPRH
M. DEBYCHE Seddik	Ministère de l'Education Nationale
M. DERFOUL Djouher	Ministère de la Justice
M. DJAMAA Nouredine	Ministère des Affaires Religieuses et des Wakfs
Pr GUERMAZ Rachida	Expert
Dr HADDAB Abdallah	Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille
Dr HAFED Hamou	MSPRH
Pr HAMOUDA Doudja	Expert
Pr. HANIFI Rachid	Expert
Pr HAOUICHAT Houria	Expert
Pr HAMDY CHERIF Mokhtar	Expert
Dr HAMOUDI Leila	Expert
Dr KADRI Kamel	Expert
Mme KASSAB Assia	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
Dr. KELLOU M. El Kamel	INSP
Pr KEMALI Zahia	Expert
Dr KHELLAF HANIFI Nadia	Expert
M KHALDI Tahamar	Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales
M. KOCEIR Hadj Ahmed	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
M. LEKEHAL Mohamed	Ministère de l'Education Nationale
Mme MAHIEDDINE Amina	MSPRH
Pr MALEK Rachid	Expert
Mme MANSOUR Farida	Ministère de la Poste et des Technologies de l'Information et de la Communication
Mme MEHDI Yassina	Ministère de l'Industrie, de la Petite et Moyenne Entreprises et de la Promotion de l'Investissement

Melle MELLIKECHE Fatima	Ministère des Travaux Publics
M. MERNICHE Hamid	Ministère de la Jeunesse et des Sports
M. MIHOUBI Abdel Aziz	Ministère de l'Education Nationale
Pr NAFTI Salim	Expert
Pr NIBOUCHE Djamel Eddine	Expert
Dr RABIA Lakehal	MSPRH
M. RAHAL Amar	MSPRH
Dr TALEB Nachida	MSPRH
Dr TARFANI Youcef	MSPRH
Dr TOUAMI Samira	INSP
Mme YOUNSI Samia	MSPRH
Pr ZEKRI Samia	Expert
Pr ZIARI AMELLAL Djazia	Expert
Pr ZIDOUNI Nouredine	Expert

Au titre des associations

Dr BENDID Nouredine	Association sportive des médecins du Grand Alger
M. BOUSTA Nouredine	Fédération des associations des malades diabétiques
M. MENOUAR Hacène	Fédération Algérienne des Consommateurs
Mme MOKHTAR Hiba	Fédération des associations d'aide aux Hypertendus
M. TOUMI Mohamed	Fédération Algérienne des Consommateurs

Au titre de l'appui technique

M. PENICAUD Christophe	ECT en budgétisation, CREDES
Mme HOUHOU Yamina	ECT juriste, SOGEROM
M. SEKA Monney Firmin	ECT en information sanitaire, SOGEROM
M. MERAH Aïssa Junior	ECT en communication, SOGEROM
M. DIARRASSOUBA Mamadou	ECT en communication, SOGEROM

Au titre des partenaires

Le Programme « d'Appui au Secteur de la Santé » (PASS) de l'Instrument Européen de Voisinage et de Partenariat (IEVP) de l'Union Européenne.

Le consortium **SOGEROM/CREDES/Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (ULB)**.

ACRONYMES

APN	Assemblée Populaire Nationale
ASMGA	Association Sportive des Médecins du Grand Alger
CAP	Connaissances - Attitudes – Pratiques
DUE	Délégation de l'Union Européenne
DG	Directeur Général
DGPPS	Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé
DSP	Direction de la Santé et de la Population
ECT	Expert court terme
EP	Expert Principal
EPS	Education Physique et Sportive
ESP	Ecole de Santé Publique
FR	Facteurs de risque
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
INSP	Institut National de Santé Publique
MCV	Maladies cardio-vasculaires
MNT	Maladies non transmissibles
MRC	Maladies respiratoires chroniques
MSC	Modèle de Soins Chroniques
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
SIS	Système d'Information Sanitaire
SN	Substituts nicotiniques
TAHINA	Transition and Health Impact In North Africa
UAP	Unité d'appui au programme
UE	Union Européenne
ULB	Université Libre de Bruxelles
WHO	World Health Organisation

En Algérie :

La transition épidémiologique qu'a connue le pays se traduit par un poids de plus en plus lourd des maladies non transmissibles (MNT) en particulier les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques - sur le système national de santé.

Les facteurs qui ont contribué à la transition épidémiologique sont principalement :

- La transition démographique avec l'allongement de l'espérance de vie, passant de 49 ans en 1962 à 76.2 ans en 2012 , soit un gain de longévité de près d'un quart de siècle, d'où le vieillissement de la population avec un besoin spécifique de soins de santé ;
- Le changement de mode de vie du fait des efforts de développement, de l'urbanisation de la population, de la pollution, des bouleversements et des changements des habitudes alimentaires (mauvaise alimentation), du manque d'exercice physique et de la sédentarité, du tabagisme et de l'usage nocif de l'alcool à un degré moindre.

Dans le monde :

Les maladies non transmissibles qui ne constituent pas seulement un problème de santé publique, mais aussi un problème socio-économique, ont fait l'objet, depuis 2000, de l'adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé de plusieurs résolutions en faveur de la lutte contre ces MNT, dont :

- la résolution WHA56.1 relative à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac,
- la résolution WHA57.17 relative à la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé,
- la résolution WHA63.13 relative à la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool,
- la résolution WHA64.9 relative aux Structures durables de financement de la santé et couverture universelle,
- la résolution WHA61.14 (2008) relative au Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles pour la période 2008-2013,

- la résolution EB130.R7 (2012) intitulée « Lutte contre les maladies non transmissibles: résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT», dans laquelle il a été retenu d'élaborer, de manière consultative, un plan d'action pour l'OMS concernant la lutte contre les MNT pour la période 2013-2020.

A ces résolutions de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'engagement mondial s'est traduit par l'adoption de :

- la Déclaration de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les MNT, en avril 2011 à Moscou,
- la Déclaration Politique lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT, en septembre 2011.

Reposant sur ces déclarations, et conformément au Plan d'action 2013-2014 du Gouvernement, approuvé par l'Assemblée Populaire Nationale, en septembre 2012, le MSPRH s'est attelé à élaborer et mettre en œuvre un programme national multisectoriel de réduction des risques communs aux MNT prenant en compte toutes des dimensions sanitaires et sociales (promotion de la santé, lutte contre les facteurs de risque et prise en charge) dont le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie.

Cet objectif de réduction des facteurs de risque et d'instauration d'un mode de vie sain nécessite donc une approche multisectorielle et intersectorielle, du fait que les mesures de prévention primaire ne relèvent pas du seul ministère chargé de la santé.

C'est dans cette optique qu'a été organisé les 12 et 13 juin 2013 à Alger un séminaire de concertation sur l'élaboration du Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des MNT avec l'appui de l'Union Européenne à travers le PASS et sous la coordination de la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé du MSPRH.

Ce séminaire a été basé sur un processus participatif de rédaction sous forme d'ateliers interactifs et qui a réuni les experts des différents domaines et des représentants institutionnels impliqués dans divers secteurs concernés par les MNT, dans la perspective de l'appropriation et de l'engagement de tous dans sa phase opérationnelle.

Au terme de cet atelier de concertation, des priorités d'action ont été identifiées. Ces priorités ont été traduites en Axes, Actions et Mesures dans les domaines suivants : (i) «**Alimentation et nutrition**», (ii) «**Lutte contre le tabagisme**», (iii) «**Activité sportive, exercice physique et mobilité active**» et (iv) «**Cadre de coordination**».

Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée
contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 - 2019

Les recommandations formulées, lors de cet atelier, ont été traduites sous forme de tableaux synoptiques, pour permettre une meilleure lisibilité et une meilleure visibilité des domaines d'interventions, des objectifs et des mesures, constituant le cadre logique du Plan stratégique de lutte intégrée contre les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles. Ce cadre logique a été soumis à l'ensemble des intervenants de tous les secteurs et les parties prenantes au processus pour validation, toujours dans un cadre concerté, lors du séminaire -atelier de validation les 16 et 17 décembre 2013.

Ce Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte Intégrée contre les Facteurs de Risque des MNT sera décliné en plans opérationnels, afin d'être mis en œuvre par les différents secteurs et parties prenantes.

La prévention est un élément essentiel des plans nationaux de développement socio-économique, car elle permet d'apporter des améliorations à la santé de la population et de réduire les inégalités. Elle passe par la création de partenariats pour la prévention des MNT.

Cela doit permettre entre autres d'intégrer la lutte contre les maladies non transmissibles aux processus de planification sanitaire et aux plans de développement en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé et aux besoins sanitaires des populations vulnérables et marginalisées, notamment les personnes souffrant de handicaps mentaux et psychosociaux.

Chapitre I - Analyse de la situation des MNT et des principaux facteurs de risque

1. CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN ALGERIE

A partir des années 1990, l'Algérie a amorcé sa transition épidémiologique. Cette transition s'est caractérisée par la juxtaposition de problèmes sanitaires anciens et/ou prévalents (maladies endémo-épidémiques, maladies réémergentes) avec des problèmes sanitaires nouveaux (maladies non transmissibles, maladies transmissibles émergentes) auxquels ont été associés l'amorce du vieillissement de la population et les changements du mode de vie, avec pour conséquences de nouveaux besoins et une charge de morbidité de plus en plus lourde.

Elle a été principalement marquée par :

- **l'amorce du recul des maladies transmissibles** qui s'est traduite par (i) l'éradication du paludisme dans le nord du pays (années 1970), (ii) la disparition des cas de choléra (1996), de poliomyélite (1997), de tétanos néonatal, (iii) le recul de l'incidence de la rougeole et de la coqueluche ;
- **l'émergence et la réémergence de certaines maladies transmissibles** qui s'est traduite par :
 - la réapparition de flambées épidémiques de diphtérie (1994), de botulisme (1998), de peste (2003),
 - l'émergence de nouvelles maladies transmissibles marquée par l'installation de l'infection VIH/Sida et de l'infection due au virus de l'hépatite B et C d'une part, et d'autre part, par l'apparition de foyers épidémiques à Sétif et Sidi Bel Abbès de néphrite hémorragique (Hantavirus ?) et de grippe H1N1 (2009-2010) ;
- **la progression nette des maladies non transmissibles** qui s'est traduite par un poids de plus en plus lourd de la charge de morbidité des maladies non transmissibles dont la mortalité a représenté 58,6% contre 22,7% pour les maladies transmissibles (étude TAHINA 2005). Cette nette progression des maladies non transmissibles, dans notre pays, est illustrée par les données suivantes :
 - hypertension artérielle : au premier rang avec une prévalence de 26 % soit un nombre estimé de 4 500 000 cas,
 - diabète type 2: avec une prévalence de 8,9% soit un nombre estimé de 1 800 000 cas,
 - cancers : avec une incidence de 110/100.000 soit plus de 44.433 nouveaux cas par an attendus pour 2012,
 - maladies respiratoires chroniques: avec une incidence de 7,6% (3,8% pour l'asthme).

2. ENGAGEMENT DE L'ALGERIE VIS-A-VIS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Face à cette situation, l'Algérie s'est inscrite dans le Programme Mondial de Lutte contre les Facteurs de Risque des MNT (2000). Cet engagement s'est traduit principalement par :

2002

- Engagement de l'Algérie à adhérer à l'approche STEPS de l'OMS : une approche intégrée de surveillance, de prévention et de prise en charge des MNT, en juin 2002.
- Création, par décret exécutif n°02-246 du 23 juillet 2002, d'un fond d'affection spéciale à partir des produits de la taxe additionnelle sur les produits tabagiques (*fond spécial pour les urgences et activités de soins*). Ce fond spécial est dédié, entre autres, à la lutte antitabac : prise en charge des soins relatifs aux maladies liées à la consommation de tabac et campagnes d'information de lutte contre le tabagisme.

2003

- Ratification par l'Algérie de la Convention cadre de lutte anti-tabac de l'OMS.

2012

- Création par décret exécutif n°12-343 du 17 septembre 2012, du fond cancer dédié au financement du Plan national cancer.
- Adoption par l'Assemblée Nationale Populaire du Plan d'Action du Gouvernement 2013-2014 intégrant l'élaboration d'un Plan national stratégique intersectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des MNT et la mise en place d'un cadre de coordination multisectoriel.

3. ANALYSE DE LA SITUATION NATIONALE

3.1. Caractéristiques générales de l'Algérie

Selon les estimations de l'Office National des Statistiques (ONS)¹ au 1^{er} janvier 2013, la population de l'Algérie est de 37.8 millions d'habitants.

3.1.1. Structure de la population

L'estimation de la structure par âge fait ressortir que la population algérienne connaît également une transition démographique :

- le bilan démographique de l'année 2011 révèle que le volume de naissances vivantes a dépassé la barre des 900.000, seuil jamais atteint auparavant ;
- la part de la population âgée de moins de cinq ans continue de progresser, passant de

¹ Office National des Statistiques, Direction technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi - Démographie Algérienne N°600 - 2011

- 10,7 % en 2010 à 11,0 % en 2011 ;
- la part de la population âgée de moins de 15 ans connaît une légère baisse, elle représente 27,7% de la population totale ;
- la population jeune est toujours importante, puisque les jeunes de moins de 20 ans constituent près de 37.2% de la population totale, et la tranche d'âge 20-49 ans atteint 47,4% de la population générale ;
- la part des personnes âgées de 60 ans et plus continue toujours sa progression, et passe de 7,7% en 2010 à 7,9% en 2011.

3.1.2. Principaux indicateurs démographiques

- En 2011, 909 563 naissances vivantes ont été enregistrées, soit en moyenne 2 500 naissances vivantes par jour, et l'indice synthétique de fécondité est de 2.87 enfants par femme.
- L'espérance de vie à la naissance est en constante augmentation passant de 67,3 ans en 1995 à 76,4 ans en 2012 ;
- Le nombre annuel de décès est de 162 000 en 2011, soit 3% de plus par rapport à 2010 ;
- Le taux de mortalité infantile a baissé passant de 30,4 p 1000 naissances en 2005 à 22,3 p 1000 naissances en 2012 ;
- Le taux de mortalité maternelle a légèrement régressé, passant de 117,4 pour 100 000 naissances en 1999 à 73.9 pour 100 000 naissances vivantes en 2011 ;
- Le taux brut de nuptialité a connu une augmentation, passant de 9,6% en 2010 à 10.1% en 2011.

3.2. Données épidémiologiques sur les facteurs de risque et les MNT

3.2.1. Principaux indicateurs sur les facteurs de risque et les MNT

Selon l'Enquête MICS - 2008² dans la population générale, l'hypertension artérielle (HTA) occupe la première place avec un taux de 4.4%, suivie des maladies diabétiques (2.1%), des maladies articulaires (1.7%), de l'asthme (1.2%) et des maladies cardiovasculaires.

✓ Etats morbides

Selon, l'enquête nationale de santé (projet TAHINA)³, les antécédents morbides de l'individu âgé de 35-70 ans les plus fréquents sont : l'HTA (16.2%), le diabète (8.78%), l'asthme (3.75%), les pathologies cardiovasculaires autres que l'HTA (3.69%) et les dyslipidémies (3.21%). Il faut noter que l'HTA et les dyslipidémies sont plus fréquentes chez les femmes.

² Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, UNICEF, UNFPA, Système des Nations Unies pour le Développement pour l'Algérie, ONUSIDA, PAPFAM (pour la région MENA) - Enquête Nationale à Indicateurs Multiples, suivi de la situation des enfants et des femmes - Rapport principal, décembre 2008

³ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique - transition démographique et système de santé, Projet TAHINA, Enquête Nationale de Santé, novembre 2007

Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 - 2019

✓ Mesures anthropométriques

- La prévalence de l'HTA est de 24.9%. Elle est plus élevée chez les femmes (28.5%), les 60-70 ans et en milieu urbain (25.9%).
- La prévalence du diabète est de 12.3%, sans différence significative selon le sexe.
- La fréquence de l'hypercholestérolémie est de 4.6%. Elle est plus élevée chez les femmes (5.2%), chez les 65 - 70 ans et en milieu urbain.
- La fréquence de l'hypertriglycéridémie est de 14.8% sans différence significative selon le sexe. Elle est plus fréquente chez les 50-54 ans et les 60 - 64 ans et en milieu urbain.
- La prévalence des dyslipidémies est de 14.5%. Elle est plus importante chez les femmes (15.9%), les 65-70 ans et en milieu urbain.
- L'association maladie diabétique et HTA augmente avec l'âge. On retrouve une prévalence de 6.9% dans la population âgée de 60 ans et plus, et 1.4% dans la population âgée de 35 à 59 ans.
- L'association maladie cardiovasculaire et HTA est retrouvée chez 3,4% de la population âgée de 60 ans et plus contre 0,5% de la population âgée de 35-59 ans.
- Sur l'ensemble des ménages interrogés, 43 % déclarent avoir au moins une personne malade chronique, 28, 6% ont un seul membre malade chronique, 11,3% ont deux malades chroniques et 3,2% des ménages ont déclaré avoir au moins trois malades chroniques.

✓ Facteurs de risque

Selon l'enquête TAHINA³ :

- 11.2% des personnes enquêtées consomment du tabac à fumer avec une prédominance masculine. L'âge moyen de début de la consommation est de 19.13 ans avec une quantité moyenne journalière de 14.77 cigarettes.
- La consommation d'alcool est notée dans 6.5% des cas, elle est plus importante chez les hommes, en milieu urbain.
- 55.9% des personnes âgées de 35 - 70 ans sont atteintes de surpoids (IMC $\geq$ 25), le surpoids est plus fréquent chez les femmes (66.5%), chez les 45 - 49 ans (37.1% et en milieu urbain (20.9%) ;
- L'obésité (IMC entre 25 et 30) est retrouvée chez 20.1% des individus, elle est plus fréquente chez les femmes (28.4%), chez les 45 - 49 ans (2.0%) et en milieu urbain (1.4%) ;
- L'obésité globale (IMC $\geq$ 30) est retrouvée chez 21.2% des personnes 35 - 70 ans, elle est plus fréquente chez les femmes (30.1%), les 45 -54ans (25.0%) et en milieu urbain (22.3%) ;
- La consommation alimentaire quotidienne ne respecte pas les recommandations internationales pour tous les groupes d'aliments, la consommation de fruits, légumes, laitages et protéines animales et végétales est faible. En revanche, la consommation de produits gras et sucrés, ainsi que des céréales, est très élevée ;
- Les algériens pratiquent peu d'activités physiques, l'essentiel est représenté par des activités de faible intensité (14 h 31 mn par jour, soit 60.5% du temps), les activités d'intensité modérée ne représentent que 8.4% de leur temps, alors que les activités de forte intensité sont très négligeables et ne prennent que 57 secondes par jour.

Chapitre II - Orientations Stratégiques

1. APPROCHE

Un programme est défini comme un ensemble d'actions ou d'activités coordonnées dans le temps et dans l'espace destinées à atteindre des résultats objectivement vérifiables. Le temps ici, c'est le moyen terme, c'est-à-dire 5 ans (autrement dit : c'est un ensemble d'activités ayant un même but et contribuant à atteindre les objectifs globaux définis par le Gouvernement dans le cadre de sa planification stratégique)⁴.

La morbidité et la mortalité imputables aux MNT ont à voir, pour l'essentiel, avec quatre catégories de maladies - maladies cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète - sur lesquelles est axé le Plan d'action.

Dans le domaine des maladies non transmissibles, les soins complets incluent la prévention primaire, la détection précoce et le dépistage, la prévention secondaire, le traitement, la réadaptation, les soins palliatifs et l'amélioration de la santé mentale.

Concernant les MNT, les trois principaux piliers de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles sont la surveillance, la prévention et la prestation de soins de santé dans le cadre de systèmes de santé renforcés⁵. **Le présent Plan stratégique aborde les deux premiers piliers de la lutte contre les MNT.**

Ce Plan est destiné à faciliter la mise en œuvre coordonnée et globale de stratégies contre les MNT et leurs facteurs de risque, l'accent étant mis sur leur intégration tout au long de la vie et sur le fait que la couverture sanitaire universelle et la lutte contre ces maladies se renforcent mutuellement. Il s'agit de fournir des orientations générales pour soutenir la mise en œuvre des politiques, stratégies et plans d'action à renforcer ou à développer à différents niveaux.

Le présent Plan stratégique définit les objectifs, stratégies et mesures à envisager dans les 5 ans à venir au niveau national. Il met en avant une vision globale des déterminants en lien avec les MNT tout en priorisant les stratégies d'intervention sur trois thématiques prioritaires :

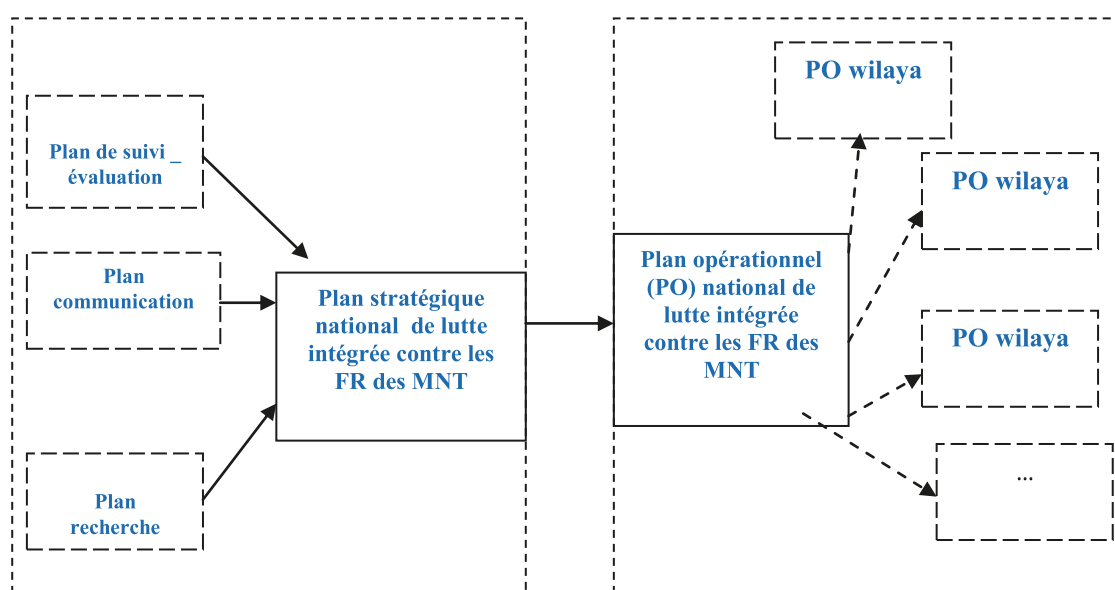
- alimentation et nutrition
- activité physique, sport et mobilité active
- lutte antitabac

⁴ PASS : « Guide méthodologique de construction du budget par programme. Guide pratique avec étude de cas : le Plan cancer ». PASS, janvier 2013.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Projet de document révisé (version du 11 février 2013), OMS, Genève, 2013.

Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée
contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 - 2019

Le Plan comporte aussi un axe transversal de gestion qui se focalise sur la coordination et la mise en œuvre des activités des programmations et trois mesures complémentaires qui accompagnent la mise en œuvre : un volet suivi-évaluation du Plan, un volet communication et un volet recherche opérationnelle en lien avec les thématiques retenues. Ces 3 mesures sont aussi reprises de façon synthétique dans le Plan et détaillées dans des documents spécifiques qui accompagnent le Plan stratégique: (i) Un Plan de suivi-évaluation du Plan (ii) un Plan de communication et (iii) un Plan de recherche, comme présenté dans le schéma ci-dessous.



Ce Plan stratégique de 5 ans devra ensuite être décliné en Plan opérationnel. Le Plan opérationnel national sera à la base des déclinaisons des Plans opérationnels par wilaya pilote.

Ce Plan stratégique est à appréhender selon deux niveaux :

- premièrement, il doit servir de **cadre d'action pour les décideurs et les acteurs** en lien avec les milieux de vie et les publics ciblés. Celui-ci doit être appréhender comme un cadre de référence pour guider tout acteur devant développer un volet, des stratégies ou des actions dans le cadre de la prévention des MNT et la promotion de la santé des habitudes de vie en lien.
- deuxièmement, la programmation s'adresse **aux responsables institutionnels** en charge de diverses compétences, dont la prévention et la promotion de la santé au niveau national et au niveau wilaya.

Pour élaborer ce cadre de planification participatif, les objectifs secondaires suivants avaient été fixés : (i) développer une approche globale de la santé et (ii) mettre en place des groupes de travail par thématiques prioritaires.

(1) Une approche globale et intégrée de la prévention et du contrôle des MNT

Les recommandations de bonnes pratiques dans le champ de la promotion de la santé et la prévention des MNT prônent souvent des interventions en rapport avec le style de vie. Il s'agit principalement de l'arrêt du tabac chez les fumeurs, de la promotion d'une alimentation saine et de la pratique d'une activité physique.

Il faut noter qu'il existe différents niveaux d'intervention possibles : soit en visant directement un facteur de risque et les modes de vie qui y sont associés, soit de manière plus globale et intégrée en visant un ensemble de facteurs et de déterminants de la santé au sein de la population. Les actions sur les déterminants de la santé et les facteurs les influençant présentent l'avantage de souvent être communes à de nombreuses MNT.

(2) Une approche basée sur les facteurs de risque en lien avec les modes et les conditions de vie

Si certains facteurs de risque tels que l'âge, le sexe ou l'hérédité sont déterminés, la plupart sont modifiables. Parmi ces derniers figurent le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'excès de cholestérol, l'obésité, le diabète, le stress et la sédentarité. Ils sont souvent intimement liés aux comportements individuels et aux conditions et modes de vie : manque d'activité physique, alimentation déséquilibrée, habitudes tabagiques, abus d'alcool, excès chronique de stress, etc.

La plupart du temps, la connaissance de la présence de ces facteurs de risque est sous-estimée au niveau de la population. Suite aux différentes discussions et concertations, trois types de facteurs de risque importants sont pris en compte dans les programmes de prévention et de promotion de la santé: l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité et le tabagisme.

2. OBJECTIF GENERAL ET AXES D'INTERVENTIONS

2.1. Objectif général

Développer une action coordonnée et intersectorielle de lutte contre les facteurs de risque, leurs déterminants et renforcer la prévention des Maladies Non Transmissibles

Pour atteindre cet objectif, le Plan se décline en 4 axes stratégiques :

Axe 1. Promotion de l'alimentation saine

Axe 2. Promotion de l'activité physique, la pratique du sport et la mobilité active

Axe 3. Lutte antitabac

Axe 4. Cadre de coordination

2.2. Cibles prioritaires : milieux de vie/publics cibles

Agir sur les facteurs de risque exclusivement ne permet pas une sollicitation suffisante de l'ensemble des acteurs concernés par les problématiques citées plus haut. Elle doit être complétée par une approche par milieux de vie ou par groupes d'âge.

Les milieux éducatifs apparaissent comme des partenaires incontournables pour la promotion de la santé et la prévention des FR des MNT des futurs adultes. En effet, par sa fonction intrinsèque d'éducation, l'école se caractérise par son double aspect : (i) elle constitue un milieu de vie à part entière où évolue la quasi-totalité des enfants en âge de scolarité et où ils passent une partie non négligeable de leur temps, et (ii) elle joue un rôle de relais extrêmement important, en lien étroit avec la famille, pour veiller à la santé des élèves qui lui sont confiés, et ainsi favoriser leur développement physique, mental et social.

La période des études secondaires et supérieures représente un moment clé dans la vie d'un jeune, notamment en termes de conditions et de modes de vie (habitudes alimentaires, pratique d'une activité physique, tabagisme, stress, consommation de cigarette et/ou d'alcool, etc.). Les étudiants pourront également jouer le rôle de relais auprès de la population (famille, quartier, associations, communauté, etc.).

Les acteurs de la médecine scolaire et des Unités de Médecine Préventive (UMP) jouent un rôle crucial par le biais des visites médicales systématiques dans les établissements éducatifs et universitaires. Ils peuvent jouer un rôle important dans le dépistage des enfants en surpoids et obèses et leur prise en charge précoce, en collaboration avec les parents d'élèves.

Les acteurs de la médecine du travail jouent un rôle préventif par le biais du dépistage des maladies professionnelles, ainsi que la surveillance de l'état de santé et des aptitudes psychologiques, psychiques et physiques des travailleurs. Lors de la visite médicale obligatoire pour tout travailleur, la plupart des paramètres pour établir le bilan cardiovasculaire et autres sont réunis. Pour bon nombre de travailleurs, le médecin du travail est peut-être le seul professionnel de santé avec lequel ils auront un contact au cours de l'année.

2.3. Mesures

Les mesures du Plan sont à considérer comme les **résultats attendus**. Elles sont chaque fois explicitées et justifiées, et sont systématiquement classées en fonction de leur objet suivant les différents domaines d'intervention de la promotion de la santé qu'elles couvrent.

(1) Mesures relatives à l'aménagement des cadres de vie et les infrastructures

L'importance du cadre de vie pour la population est un enjeu désormais admis par tous. Cette notion est assez large et englobe toute une série d'éléments tels que les lieux, les espaces, mais également le matériel et les produits mis à la disposition du public. Il peut s'agir d'équipement sportif ou encore de produits alimentaires par exemple.

Le cadre de vie comporte également plusieurs dimensions qui interfèrent entre elles : collectives (le lieu de travail, l'école, par exemple), publiques (les espaces verts, les parcs, les trottoirs, la voirie, les pistes cyclables...) mais également privées (comme celle du logement, notamment).

Les infrastructures, quant à elles, sont plus restrictives et désignent des structures, des installations, des bâtiments, des constructions... Elles sont des bases pour développer des offres de service ou pour faciliter des démarches et comportements individuels.

(2) Mesures relatives au développement des offres de santé et de promotion de la santé

L'objectif de la promotion de la santé, qui intègre les aspects liés à la prévention, consiste à améliorer la santé de la population, ce qui intègre le bien-être physique et psychique ainsi que le bien-être social.

Ces mesures, qui visent le développement des offres de promotion de la santé, s'inscrivent pleinement dans la vision de la Charte d'Ottawa⁶ et englobent toutes stratégies de mobilisation, d'éducation, d'animation communautaires, etc. qui visent à augmenter

⁶ http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french
Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée
contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 - 2019

l'influence de la population sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque des MNT.

L'offre de promotion de la santé et/ou de prévention vise ici tant les projets, services et actions menés par des professionnels dans les domaines comme l'activité physique, la mobilité douce, l'alimentation saine, la détente et le bien-être, un environnement sans tabac, que le dépistage des risques cardiovasculaires.

(3) Mesures relatives à l'accessibilité aux infrastructures ainsi qu'aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social

Toute offre ou infrastructure mise à la disposition de la population se doit d'être réfléchie en termes d'accès de façon à lever au maximum les obstacles qui pourraient en diminuer l'utilisation ou la fréquentation. Cette accessibilité recouvre différentes dimensions :

- accessibilité sociale et culturelle : cela correspond-il aux images et aux représentations culturelles et sociales de la population ciblée ? Le public a-t-il le sentiment que ce service lui est destiné, s'y sent-il en confiance et s'y reconnaît-il ? Correspond-il à l'organisation sociale du public en terme d'horaire ?
- accessibilité financière : le public a-t-il les moyens financiers de recourir à l'offre ou aux infrastructures ? Y a-t-il des incitations financières ?
- accès physique : l'offre est-elle accessible physiquement en termes de trajets ou de déplacements à effectuer ?

(4) Mesures relatives à la mobilisation des acteurs politiques et les responsables institutionnels

Tout nouveau concept ou tout nouveau programme complexe de santé doit d'être compris par les acteurs politiques et les responsables institutionnels. Les interventions pour la lutte contre les facteurs de risque des MNT se doivent d'être des interventions intégrées qui impliquent différents secteurs et différents ministères.

(5) Mesures relatives au soutien des professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population

Sont ici concernés les acteurs « professionnels », qu'ils soient de première ou de seconde ligne, dans leurs fonctions de relais vers la population.

Les secteurs visés sont très variés et en lien avec les multiples domaines concernés par les MNT en général : enseignement, petite enfance et jeunesse, santé, promotion de la santé, social, médicosocial, insertion socioprofessionnelle, monde du travail, sport.

3.1. AXE STRATEGIQUE 1 - PROMOTION DE L'ALIMENTATION SAINE

Cet axe stratégique se focalise sur le renforcement des capacités et des compétences des professionnels et le développement d'outils et de structures qui soutiennent leurs actions.

Les outils visent entre autres l'amélioration de la communication avec la population, et plus spécifiquement les jeunes dans les établissements éducatifs. Cet axe se décline en 5 objectifs principaux et chaque objectif se décline en actions et en mesures.

- **Objectif 1 – Promouvoir l'alimentation appropriée à l'état de grossesse, ainsi que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois** : 3 actions et 10 mesures
- **Objectif 2 : Promouvoir une alimentation saine chez les enfants, les jeunes et les adolescents dans les établissements éducatifs, scolaires et préscolaires** : 4 actions et 20 mesures
- **Objectif 3 - Promouvoir une alimentation saine au sein de la population générale** : 3 actions et 5 mesures
- **Objectif 4 - Réduire la consommation journalière : de sel, de sucre, de graisses au sein de la population générale** : 2 actions et 6 mesures
- **Objectif 5 - Prévenir l'obésité dans la population générale** : 2 actions et 9 mesures

Soit 5 objectifs 14 actions et 50 mesures

Objectif 1 - Promouvoir l'alimentation de la femme enceinte, ainsi que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et maintenu jusqu'à 24 mois

Les interventions de prévention de l'obésité et des facteurs de risque en général doivent être axées sur la protection des droits de tous les enfants à prendre un bon départ en bonne santé dans la vie. Une attention devra être portée sur la promotion de l'allaitement maternel, l'amélioration de l'alimentation en milieu éducatif, la restauration collective et la promotion de l'activité physique.

Actions	Mesures
Action 1.1.1 : Soutenir et généraliser l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)	MESURE 1 : Renforcer la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) et fournir toutes les renseignements sur les avantages de l'AME. MESURE 2 : Former le personnel des maternités pour l'accompagnement de la parturiente dans la mise en route de l'allaitement. MESURE 3 : Apporter un soutien aux mères allaitantes pour la mise en route précoce de l'allaitement maternel dans la demi-heure qui suit l'accouchement. MESURE 4 : Mettre en œuvre un programme de soutien aux maternités et aux hôpitaux afin qu'ils puissent répondre aux dix conditions pour l'obtention du label " Ami(e) des bébés". MESURE 5 : Sensibiliser sur la révision de la durée du congé de maternité pour permettre l'allaitement exclusif pendant 6 mois.
Action 1.1.2 : Promouvoir les règles de la diversification correcte de la nutrition des nourrissons	MESURE 6 : Etablir des directives sur les différentes étapes de la diversification des aliments des bébés. MESURE 7 : Favoriser l'équilibre des micronutriments dans la prévention des maladies métaboliques. MESURE 8 : Réglementer les substituts de laits selon le code international de commercialisation des substituts de lait maternel.
Action 1.1.3 : Promouvoir l'alimentation appropriée à l'état de grossesse eu égard aux macro- et micronutriments en préconception et pendant la grossesse	MESURE 9 : Veiller à assurer l'équilibre des micronutriments chez la femme enceinte dans la prévention des maladies métaboliques et prévenir les malformations chez le nouveau-né. MESURE 10 : Améliorer la nutrition maternelle par le biais de suppléments adaptés afin d'éviter la sous- ou surnutrition et la «programmation foetale» des maladies chez l'enfant.

Objectif 2 : Promouvoir une alimentation saine chez les enfants, les jeunes et les adolescents dans les établissements éducatifs, scolaires et préscolaires en vue de

- inverser la tendance en matière d'obésité parmi les enfants et les adolescents
- réduire la prévalence des carences en micronutriments
- réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire

La promotion de la santé auprès du personnel en milieu éducatif et des personnes travaillant avec les enfants est importante, dans la mesure où ils doivent être conscients et responsables des messages qu'ils transmettent aux enfants et aux élèves, en tant que rôles-modèles.

Les écoles et les établissements universitaires ne sont pas en reste. En vue d'encourager et de faciliter l'adoption d'habitudes alimentaires saines en milieu éducatif, il est recommandé par l'OMS que les services alimentaires (cantines scolaires, cafétérias d'entreprises, distributeurs automatiques, comptoirs de vente) proposent des aliments et des boissons riches en vitamines, minéraux et autres nutriments et pauvres en matière grasse, en sucres simples et en sel.

Les médecins des Unités de dépistage et de suivi scolaire doivent obligatoirement, lors des visites médicales systématiques et régulières des élèves au début de chaque année scolaire, veiller à mesurer : l'Indice de Masse Corporelle (IMC), la taille, le poids, la tension artérielle, en veillant à fournir aux enfants des informations correctes en matière d'alimentation et d'exercice physique, et de prendre en charge précocement et de façon systématique les cas de surpoids et d'obésité se présentant.

L'approche pour la mise en place de la stratégie sur "Alimentation saine, exercice physique et santé" dans les écoles, et les échanges avec les enseignants et le personnel scolaire, seront absolument essentiels. L'appui des directeurs d'écoles et des professeurs est primordial.

Les enseignants et le personnel d'école ont un intérêt direct dans la mise en place d'une telle stratégie, puisque tant une alimentation saine que la pratique de l'exercice physique renforcent le potentiel cognitif et le bien-être des enfants.

A cet effet, il est indispensable de faire des programmes faciles et simples, intégrés dans les modules d'enseignements, organiser des formations en cours d'emploi et des formations continues. Il faudra assurer aux enseignants et au personnel scolaire des séances d'information et de sensibilisation, mais également des examens de santé avec prise du poids, de la taille, mesure de l'IMC, prise de la tension artérielle, dosage de la glycémie, cholestérolémie, etc., et les informer des résultats et de leur signification.

Actions	Mesures
Action 1.2.1 : Promouvoir une alimentation saine (suffisante, variée et équilibrée) chez l'enfant en milieux éducatifs.	MESURE 11 : Elaborer un Guide pour une alimentation saine à l'usage des enseignants et des encadreurs pédagogiques. MESURE 12 : Mettre en place un mécanisme intersectoriel pour mettre en œuvre les recommandations pour une alimentation saine en milieux éducatifs. MESURE 13 : Améliorer les compétences des médecins des Unités de Dépistage Scolaire (UDS) sur l'alimentation saine. MESURE 14 : Promouvoir les bonnes pratiques en matière d'animation d'ateliers pédagogiques relatives à une alimentation saine en milieux éducatifs, comme la création de potagers et de jardins scolaires. MESURE 15 : Concevoir des valises pédagogiques pour l'apprentissage de l'alimentation saine à l'usage des enseignants et des encadreurs pédagogiques. MESURE 16 : Promouvoir les initiatives locales pour la distribution gratuite de fruits pendant la récréation et l'installation de fontaines d'eau dans les écoles.
Action 1.2.2 : Développer un programme de communication sur la relation «Alimentation et Santé» en milieux éducatifs	MESURE 17 : Elaborer un programme de communication sur la relation «Alimentation et Santé» en ciblant les professionnels travaillant avec les enfants. MESURE 18 : Elaborer un programme d'éducation pour un changement de comportement alimentaire dans les écoles en associant les parents d'élèves. MESURE 19 : Elaborer les outils d'information et de formation destinés aux enfants, adolescents et les parents ainsi qu'à tous les professionnels travaillant avec les enfants et adolescents. MESURE 20 : Intégrer les concepts de l'alimentation saine dans les programmes pédagogiques. MESURE 21 : Elaborer un référentiel national pour la communication sur l'alimentation saine en direction des enfants, des parents d'élèves, des enseignants et du personnel d'encadrement en définissant des objectifs à atteindre. MESURE 22 : Impliquer les médias à travers la formation dans leur rôle de relais des informations relatives à «l'alimentation et la santé en milieux éducatifs». MESURE 23 : Inclure des messages de santé dans les publicités sur les aliments.

Action 1.2.3 : Renforcer les capacités des professionnels et leurs actions auprès des enfants	MESURE 24 : Développer une formation des praticiens des unités de santé de proximité sur la nutrition et l'alimentation saine. MESURE 25 : Développer une formation du personnel des cantines en milieux éducatifs sur les principes d'une alimentation saine et équilibrée. MESURE 26 : Promouvoir l'éducation nutritionnelle à tous les niveaux de la formation médicale (graduée et post graduée) et paramédicale. MESURE 27 : Concevoir et diffuser des fiches techniques pour le personnel de santé sur le thème «MNT et alimentation».
Action 1.2. 4 : Renforcer les textes réglementaires régissant la commercialisation des denrées alimentaires destinés aux enfants (étiquetage, publicité)	MESURE 28 : Elaborer un texte juridique régulant l'offre de produits alimentaires à proximité des écoles (aliments gras, hypercaloriques trop salés et trop sucrés, ainsi que boissons sucrées). MESURE 29 : Faire appliquer les normes codex pour l'étiquetage des produits alimentaires. MESURE 30 : Contrôler la publicité sur les aliments salés et gras, ainsi que sur les aliments sucrés (boissons sucrées) destinés aux enfants qui doit comporter des messages de santé.

Objectif 3 - Promouvoir une alimentation saine au sein de la population générale en vue de :

- réduire la prévalence des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire
- inverser la tendance en matière d'obésité parmi les enfants et les adolescents
- réduire la prévalence des carences en micronutriments
- réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire.

Cet objectif envisage de prendre des mesures pour que les informations fournies aux populations soient exactes et objectives, afin qu'elles puissent faire des choix qui ont des effets bénéfiques sur la santé.

Les déterminants des MNT sont en grande partie les mêmes dans tous les pays. Il s'agit de:

- la forte consommation d'aliments très caloriques, mais pauvres en nutriments et riches en graisses, en sucre et en sel ;
- la diminution de l'exercice physique pratiqué à la maison, à l'école, au travail ou à des fins de loisirs ou de transport ;
- la consommation de tabac.⁷

La connaissance par le public des relations entre l'alimentation et la santé, des apports et des dépenses énergétiques, ainsi que les produits alimentaires qui ont un effet bénéfique sur la santé, est un bon point de départ pour agir.

Un ensemble de messages clairs, cohérents et simples devraient être conçus et transmis à la population par le biais de plusieurs canaux, dont notamment les professionnels de santé, les personnels responsables des enfants, les responsables de la restauration collective, les responsables de la santé scolaire ... etc. sous forme adaptée à la culture locale, l'âge et le sexe (école, lieux de travail, centres de santé, établissements sanitaires, établissements religieux....).

La consommation de fruits a un effet protecteur probable contre les cancers (aérodigestifs supérieurs, estomac et poumon). En outre, les fruits et les légumes faibles en calories, participent au maintien du poids corporel normal et à la prévention du surpoids et de l'obésité, facteurs de risque d'augmentation des cancers. Une alimentation riche en fibres (dont les fruits) est associée à un moindre risque de développer un cancer colorectal).

⁷ OMS, résolutions et décisions de la cinquante cinquième assemblée mondiale de la santé - Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (WHA57.17)

Il faudrait instaurer des programmes appropriés d'éducation et de promotion de la santé. Des informations fournies à l'intention des consommateurs devront être pensées en fonction des obstacles à la communication, et devront être adaptées au niveau d'instruction et à la culture locale, et devront être comprises par tous.

Cela doit se faire en parallèle avec l'application de mesures strictes et claires pour promouvoir une alimentation saine, y compris les mesures idoines pour s'attaquer à tous les aspects d'une alimentation déséquilibrée (suralimentation ou sous-alimentation).

Actions	Mesures
Action 1.3.1 : Renforcer les capacités des professionnels de santé en charge des soins de santé de proximité	MESURE 31 : Mettre en œuvre un programme de sensibilisation et de formation des professionnels de santé au service de la population sur la relation «Alimentation et santé». MESURE 32 : Intégrer le concept de lutte contre les MNT et les FR dans les curricula de formation initiale et les offres de formations continues des professionnels de santé.
Action 1.3.2: Mettre en œuvre un programme de communication sur une alimentation saine en direction du grand public	MESURE 33 : Elaborer une stratégie nationale de communication. MESURE 34 : Mettre en œuvre la stratégie de communication en direction du grand public (média – journaux, mosquées et lieux publics) en mettant l'accent sur des thèmes spécifiques (maladies cardiovasculaires, HTA, diabète et la relation avec l'alimentation).
Action 1.3.3 : Renforcer les capacités techniques (capacity building) des autres intervenants (associations, secteurs autre que la santé)	MESURE 35 : Mettre en œuvre un programme de formation sur la relation «Alimentation et santé». pour les associations de consommateurs et des industriels de l'alimentation.

Objectif 4 - Réduire la consommation journalière de sel, de sucre et de graisses au sein de la population générale

29

La consommation de sel et d'aliments salés augmente de manière significative le risque cardiovasculaire et le risque de cancer de l'estomac. La consommation de sel devrait être limitée, toutes sources confondues, et il faudrait veiller à ne consommer que du sel iodé.

Des mesures strictes et claires sont à prendre pour formuler les recommandations diététiques et les normes nutritionnelles minimales, en référence à des lignes directrices nationales ou régionales, notamment quant à la consommation de sel, à la publicité, le marketing et la commercialisation d'aliments riches en sodium auprès des enfants.

Actions	Mesures
Action 1.4.1 : Renforcer la réglementation et la législation	MESURE 36 : Formuler des lignes directrices nationales concernant la consommation de sel, de sucre et de graisses. MESURE 37 : Actualiser les textes réglementaires régissant la teneur en sel, en sucre et en graisse dans les aliments. MESURE 38 : Formuler et/ou renforcer des mesures réglementaires et législatives strictes quant à la publicité, le marketing et la commercialisation d'aliments riches en sel, sucre et gras. MESURE 39 : Remplacer les acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées dans les produits quotidiens de consommation.
Action 1.4.2 : Sensibiliser la population générale sur les méfaits d'une alimentation riche en sel, en sucre et en graisses	MESURE 40 : Elaborer une stratégie nationale de sensibilisation de la population sur les méfaits d'une alimentation riche en sel, en sucre et en graisses. MESURE 41 : Mettre en œuvre la stratégie nationale de sensibilisation de la population sur les méfaits d'une alimentation riche en sel, en sucre et en graisses.

Objectif 5 - Prévenir l'obésité au sein de la population générale

Les interventions de prévention de l'obésité doivent être soutenues par des politiques à tous les niveaux. La création d'environnements ou de contextes qui soutiennent une alimentation saine et la pratique de l'exercice physique sont des éléments essentiels des stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant. Elle nécessite des changements dans le domaine de la commercialisation, l'étiquetage des produits alimentaires, la politique fiscale, la planification urbaine, le transport, l'urbanisme.

A cet égard, les professionnels de santé peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion d'une alimentation saine et de la pratique d'exercices physiques aussi bien dans les écoles que dans la communauté. Tout comme il est nécessaire d'impliquer les prestataires de soins de santé, les enseignants, les personnels des écoles dès la conception du programme de lutte contre l'obésité et renforcer leurs capacités à travers des formations permanentes.

Actions	Mesures
Action 1.5.1 : Mettre en œuvre un programme d'information et de communication sur le surpoids et l'obésité	MESURE 42 : Elaborer un programme d'Education pour un Changement de Comportement alimentaire en direction du grand public sur les liens entre l'alimentation, le surpoids et l'obésité. MESURE 43 : Elaborer un programme d'Education pour un Changement de Comportement sur les lieux de travail pour les employeurs et les employés. MESURE 44 : Développer des Directives nationales avec des normes pour une alimentation saine dans la restauration collective.
Action 1.5.2 : Développer les offres de prévention et de soins du surpoids et de l'obésité	MESURE 45 : Développer une stratégie d'accompagnement et de prise en charge du surpoids et de l'obésité dans les structures de santé. MESURE 46 : Renforcer les compétences des professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge intégrée du surpoids et de l'obésité. MESURE 47 : Développer un programme de dépistage et de prise en charge précoce du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire et auprès des structures de proximité pour la population générale. MESURE 48 : Généraliser la disponibilité des outils de mesure auprès de toutes les structures de santé. MESURE 49 : Concevoir un «Guide Standard de prévention du surpoids et de l'obésité» pour la conduite des visites médicales systématiques. MESURE 50 : Concevoir un «Guide standard de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité» à l'usage des médecins des Unités de Dépistage et de Suivi (UDS).

3.2. AXE STRATEGIQUE 2 - PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE, DE LA PRATIQUE DU SPORT ET DE LA MOBILITE ACTIVE

On considère que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Elle est marquée, en Algérie, par une incidence majeure sur la prévalence des MNT et la santé générale de la population.

Les axes prioritaires de cet objectif se composent de la création, l'aménagement et/ou la réhabilitation des infrastructures sportives afin que la population puisse s'adonner à ces activités et aux exercices physiques.

Il s'agit également de revaloriser l'Education Physique et Sportive, couplée à une bonne alimentation, auprès des enfants et des adolescents, pour lutter contre le surpoids et l'obésité.

Cet axe se décline en 2 objectifs principaux et chaque objectif se décline en actions et en mesures.

- **Objectif 1 - Favoriser la pratique de l'activité physique et sportive** : 3 actions et 17 mesures
- **Objectif 2 - Promouvoir la mobilité active** : 3 actions et 10 mesures

Soit 2 objectifs, 6 actions et 27 mesures

Objectif 1 - Favoriser la pratique de l'activité physique et sportive

Le niveau de sédentarité a un impact majeur sur la santé générale de la population et pour la prévalence des maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'incidence des cancers, mais également leurs facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle (HTA), le taux élevé de sucre dans le sang et la surcharge pondérale.

L'activité sportive dans le cadre des loisirs - outre la pratique du football dans les quartiers - est rare. Une des stratégies multiples, visant à soutenir les individus, est la mobilisation des infrastructures existantes dans les communes ou l'aménagement des infrastructures sportives existantes et des horaires de leur utilisation.

Bien souvent, les cours d'éducation physique et sportive proposés en milieu scolaire pour les élèves, n'atteignent pas les niveaux d'activités recommandés pour les enfants et les

adolescents. A cet effet, il est recommandé de revoir les programmes des cours d'éducation physique et sportive proposés dans les écoles, de façon à ce que ces derniers soient plus attractifs aussi bien pour les élèves que pour les enseignants.

Le succès des politiques en matière d'exercice physique dépend en grande partie des infrastructures scolaires et des équipements sûrs et appropriés. Ce qui permettra d'inciter aussi bien les élèves que les enseignants d'éducation physique et sportive à passer plus de temps consacré à l'éducation physique et sportive de façon active et rentable.

Actions	Mesures
Action 2.1.1 : Promouvoir l'activité physique et la pratique du sport pour lutter contre le surpoids et l'obésité	MESURE 51 : Créer des environnements propices à la pratique du sport, de l'exercice physique et la mobilité active (marche) dans les communes. MESURE 52 : Créer des environnements propices à la pratique de l'Education Physique et Sportive dans les établissements scolaires. MESURE 53 : Elaborer et mettre en œuvre les textes d'application de la loi sur le sport dans son volet « sport scolaire » MESURE 54 : Elaborer une stratégie nationale de communication et d'information sur la relation «activité physique et santé».
Action 2.1.2 : Développer des espaces dans les écoles, les universités, les lieux de travail et les regroupements résidentiels pour la pratique de l'éducation physique et sportive	MESURE 55 : Elaborer et mettre en œuvre les textes d'application de la loi sur le sport dans son volet («sport pour tous») MESURE 56 : Développer des partenariats entre les ministères et/ou les intervenants pour la création, l'aménagement ou la réhabilitation des infrastructures sportives. MESURE 57 : Renforcer les structures sportives à proximité des regroupements résidentiels. MESURE 58 : Promouvoir l'aménagement et/ou renforcer les espaces pour la pratique de l'exercice physique dans les milieux éducatifs, dans les milieux de travail, les milieux spécifiques et dans les regroupements résidentiels. MESURE 59 : Développer des stratégies de déplacements actifs qui encouragent l'utilisation du vélo ou la marche. MESURE 60 : Promouvoir la pratique de l'exercice physique pour tous dans les structures publiques et privées. MESURE 61 : Développer un Guide de bonnes pratiques pour l'exercice physique selon les différentes tranches d'âge. MESURE 62 : Créer des environnements propices à la pratique de l'Education Physique et Sportive en milieux éducatifs et universitaire.

Action 2.1.3 :
Revaloriser la matière
«Education Physique et
Sportive» en milieux
éducatif s

MESURE 63 : Réviser les programmes pédagogiques (en terme de nombre d'heures et d'élaboration) des cours d'éducation physique et sportive proposés dans les établissements scolaires.

MESURE 64 : Mettre à la disposition des établissements scolaires des infrastructures sportives communales.

MESURE 65 : Doter les infrastructures scolaires d'équipements adaptés à la pratique de l'éducation physique et sportive.

MESURE 66 : Renforcer les capacités techniques du personnel enseignant et du personnel qualifié en éducation physique et sportive (instituteurs, institutrices et professeurs d'éducation physique et sportive).

MESURE 67 : Redéfinir la place de la matière d'éducation physique et sportive dans les programmes de formation .

Objectif 2 - Promouvoir la mobilité active

L'éducation à la santé est très importante. Elle vise à aider les enfants et les parents, ainsi que les responsables à acquérir des connaissances et des aptitudes qui leur seront nécessaires pour prendre des décisions avisées, adopter des comportements sains et créer les conditions de leur propre santé.

Les trajets à pieds ou à vélo entre le domicile et l'école sont une excellente occasion d'activité physique au quotidien pour les enfants et les adolescents pour autant que des normes de sécurité soient appliquées comme : (i) la création de zones interdites à la circulation aux heures de pointes, (ii) la création de passages cloutés, (iii) la création de pistes piétonnes et cyclables, reliées aux chemins d'accès locaux et aux terrains de jeux, (iv) la présence de policiers aux abords des écoles pour aider les élèves à traverser la chaussée, au niveau des passages cloutés.

Les activités extra scolaires peuvent contribuer à compléter les exercices assurés par les cours formels d'éducation physique. Toutefois, ils ne devront pas se substituer aux cours d'éducation physique (récréations actives pour les petits, danses traditionnelles, compétitions sportives, etc.)

Actions	Mesures
Action 2.2.1 : Développer les moyens permettant le déplacement actif pour tous	MESURE 68 : Sécuriser les espaces (trottoirs, pistes cyclables, passages cloutés ...) permettant la mobilité active. MESURE 69 : Créer des pistes cyclables, des parcours pédestres et des parcours de santé.
Action 2.2.2 : Promouvoir les bienfaits des activités physiques extra scolaires et de la mobilité active	MESURE 70 : Elaborer et mettre en œuvre un programme de sensibilisation et d'information sur les bienfaits de l'activité physique, sur la pratique d'activités extra scolaires et la mobilité active sur la santé des enfants auprès des parents et des communautés. MESURE 71 : Sensibiliser les enseignants et le personnel d'encadrement sur les bienfaits de l'exercice physique et les déplacements actifs sur la santé des enfants. MESURE 72 : Sensibiliser les élèves et leurs parents sur les avantages des activités extra scolaires qui contribuent à compléter les cours formels d'éducation physique et sportive . MESURE 73 : Mobiliser les parents et les communautés sur l'organisation d'activités extrascolaires et de jeux sportifs. MESURE 74 : Organiser des campagnes de sensibilisation du grand public sur «l'exercice physique, la mobilité active et la santé».
Action 2.2.3 : Promouvoir la pratique de l'exercice physique et la mobilité active sur les lieux de travail	MESURE 75 : Promouvoir la mobilité active en milieu de travail. MESURE 76 : Promouvoir l'activité physique et les parcours de santé en milieu professionnel. MESURE 77 : Promouvoir le sport pour tous en milieu professionnel.

3.3. AXE STRATEGIQUE 3 - LUTTE ANTITABAC

La consommation de tabac est l'un des facteurs de risque des MNT modifiables les plus importants. C'est également le facteur qui, en cas d'élimination, a l'impact le plus notable sur la diminution du risque de développer une maladie cardiovasculaire et certaines autres MNT en général.

Le tabagisme passif (inhalation involontaire par le non-fumeur de la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs dans l'entourage) est également nocif pour la santé. Il augmente les risques d'affections cardiovasculaires chez l'adulte mais a également un impact sur la santé des enfants, des nourrissons et des fœtus. Il est donc nécessaire d'informer l'ensemble des publics concernés, fumeurs et non-fumeurs, des risques qu'ils encourent lorsque qu'ils sont exposés à la fumée de tabac.

Ce défi mondial exige une action concertée au niveau international et national. A cet égard, la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT/OMS), ratifiée par l'Algérie en 2006, trace aujourd'hui les grandes lignes d'une riposte mondiale coordonnée.

La stratégie MPOWER de l'OMS repose sur les six politiques les plus efficaces pour faire reculer l'épidémie de tabagisme : **Monitoring** (surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention) ; **Protecting** (protéger la population contre la fumée du tabac) ; **Offering** (offrir une aide à ceux qui veulent arrêter de fumer) ; **Warning** (mettre en garde contre les méfaits du tabac) ; **Enforcing** (interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage) ; **Raising** (augmenter les taxes sur le tabac).

Aussi, la lutte contre le tabagisme est donc **un élément à part entière de ce Plan stratégique**. Cet axe favorise la mise en œuvre de la Convention Cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (CCLAT) et en priorité les mesures prioritaires de la stratégie MPOWER.

Cet axe se décline en 4 objectifs et chaque objectif se décline en actions et en mesures.

- **Objectif 1 - Renforcer la législation et la réglementation antitabac en conformité avec les dispositions de la CCLAT** : 1 action et 6 mesures
- **Objectif 2 - Créer un environnement favorable pour réduire le tabagisme** : 4 actions et 11 mesures
- **Objectif 3 - Offrir une aide au sevrage tabagique** : 2 actions et 8 mesures
- **Objectif 4 - Mettre en place un système complet et permanent de surveillance du tabagisme** : 2 actions et 6 mesures

Soit 4 objectifs, 9 actions et 31 mesures

Objectif 1 - Renforcer la réglementation antitabac afin qu'elle soit conforme aux dispositions de la CCLAT

La précocité du tabagisme, la méconnaissance des dangers du tabac, la facilité d'accès aux produits du tabac, la publicité, l'usage et la vente du tabac aux mineurs, le fait que le tabac soit une drogue licite, la banalisation de l'acte de fumer, le développement du tabac sniffé, favorisent la consommation particulièrement chez les enfants et les jeunes.

La réduction de ces facteurs relève du rôle de la responsabilité des pouvoirs publics à travers l'adoption d'une législation qui prend en compte les diverses dimensions de la lutte antitabac. Les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important pour réduire la consommation du tabac pour diverses catégories de la population et en particulier les jeunes.

Actions	Mesures
Action 3.1.1 : Compléter les textes relatifs à la mise en application des articles de la CCLAT pour renforcer la mise en œuvre des textes réglementaires existants	MESURE 78 : Elaborer les textes relatifs à la mise en application de l'article 66 de la loi 85-05 conformément à l'article 11 de la CCLAT (conditionnement et étiquetage des produits du tabac). MESURE 79 : Elaborer et mettre en œuvre les textes relatifs à la mise en application de l'article 12 de la CCLAT (Éducation, communication, formation et sensibilisation du public). MESURE 80 : Elaborer et mettre en œuvre les textes relatifs à la mise en application de l'article 16 de la CCLAT interdisant la vente des produits du tabac par les mineurs et pour les mineurs. MESURE 81 : Elaborer et mettre en œuvre un texte d'application de l'article 65 de l'avant-projet de la loi sanitaire 85-05 portant sur l'interdiction de toute forme de publicité en faveur des produits du tabac, de promotion et de parrainage. MESURE 82 : Elaborer les textes relatifs à la révision de la proportion des recettes fiscales allouées à la promotion sanitaire. MESURE 83 : Elaborer les textes d'application relatifs à la mise en œuvre du protocole de lutte contre le commerce illicite des produits de tabac.

Objectif 2 - Créer un environnement favorable pour réduire le tabagisme

37

De façon globale, la stratégie vise à informer la population des méfaits du tabagisme. Cela peut se faire par des campagnes médiatiques grand public, des avertissements sanitaires, des campagnes d'information- éducation- communication (IEC) dans les différents milieux selon les mêmes procédures que chez les jeunes.

Certaines stratégies ont montré une certaine efficacité comme l'initiation de campagnes chocs dans les grands médias ou de mises en garde sanitaires de grande taille, claires, visibles et lisibles.

Actions	Mesures
Action 3.2.1 : Concevoir et mettre en œuvre un Programme de communication	MESURE 84 : Elaborer un programme de communication sur le tabagisme en direction du grand public sur les conséquences préjudiciables de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac, ainsi que sur la protection des non-fumeurs. MESURE 85 : Mettre en œuvre le programme de communication sur les méfaits du tabagisme.
Action 3.2.2 : Créer un environnement favorable à la lutte antitabac chez les jeunes en milieux éducatifs et en dehors	MESURE 86 : Elaborer un programme spécifique pour les interventions dans les établissements scolaires et universitaires, et les centres de formation professionnelle. MESURE 87 : Elaborer un Guide d'information et de sensibilisation à l'usage des enseignants et encadreurs des établissements éducatifs et universitaires et les centres de formation professionnelle. MESURE 88 : Elaborer un programme spécifique pour les interventions dans les centres destinés aux jeunes. MESURE 89 : Elaborer des supports de communication pour l'usage des éducateurs des centres de jeunes.
Action 3.2.3 : Appliquer la loi relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics	MESURE 90 : Diffuser des informations sur la loi antitabac en organisant des campagnes de vulgarisation en direction du grand public. MESURE 91 : Compléter les textes réglementaires en révisant le niveau et le type de sanctions encourues par la non-application de la loi.
Action 3.2.4 : Rendre moins accessibles les produits du tabac	MESURE 92 : Augmenter les taxes sur le prix de vente des produits du tabac. MESURE 93 : Interdire la vente de produits du tabac par les mineurs et pour les mineurs. MESURE 94 : Interdire la vente des produits du tabac en dehors des points de vente agréés et au détail.

Objectif 3 - Offrir une aide au sevrage tabagique

La consommation de cigarettes et d'autres produits du tabac, ainsi que l'exposition à la fumée du tabac, sont la première cause évitable de décès. Le traitement de la dépendance tabagique est une autre mesure envisageable. Pour ceux qui sont en état de dépendance, il est impératif de concevoir des stratégies de sevrage adaptées aux différents groupes d'âge.

La prise de conscience sur les dangers des méfaits du tabac amène souvent les fumeurs à tenter d'arrêter de fumer, mais souvent sans succès du fait du manque d'accompagnement psychologique et médical.

Dans le cadre de ce Plan stratégique, il est prévu un soutien à ceux qui souhaitent arrêter de consommer du tabac. Cette stratégie vise à intégrer aux services de soins de santé de base et aux services spécialisés, les services d'aide au sevrage et assurer la disponibilité du traitement basé sur le conseil minimum et les produits nicotiniques de substitution.

Actions	Mesures
Action 3.3.1 : Communiquer sur l'aide au sevrage tabagique	MESURE 95 : Elaborer et mettre en œuvre un programme d'information, de communication et de sensibilisation en faveur de l'aide au sevrage tabagique. MESURE 96 : Créer des consultations d'aide au sevrage tabagique et les faire connaître. MESURE 97 : Elaborer, diffuser et vulgariser le Guide national d'aide au sevrage tabagique à l'usage des professionnels de santé.
Action 3.3.2 : Intégrer l'aide au sevrage tabagique dans l'offre de soins de santé	MESURE 98 : Intégrer l'aide au sevrage tabagique dans les soins de santé de proximité, dans les différentes spécialités et dans les milieux spécifiques. MESURE 99 : Définir un service minimum en matière d'aide au sevrage tabagique par niveau d'intervention. MESURE 100 : Mettre en œuvre un programme de formation et de perfectionnement du personnel de santé sur l'aide au sevrage tabagique. MESURE 101 : Créer un diplôme en tabaccologie. MESURE 102 : Rendre disponibles et accessibles les moyens thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique.

Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée
contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015 - 2019

Objectif 4 - Mettre en place un système complet et permanent de surveillance du tabagisme

La mise en œuvre de la lutte contre le tabagisme se fera à travers un certain nombre d'indicateurs qui seront contenus dans le plan de suivi. Les données sur le tabagisme (production et consommation) feront partie intégrante de ce plan de suivi.

La connaissance et le suivi de l'évolution du tabagisme permettront de bien orienter les interventions. Il s'agira de suivre (i) l'évolution de la consommation du tabac dans la population notamment chez les jeunes de moins de 15 ans et chez les femmes, (ii) l'incidence des problèmes de santé liés au tabagisme et la fumée du tabac dans l'environnement, (iii) les coûts associés au tabagisme (coûts de santé), (iv) les incidences sur la grossesse.

Il s'agira, également, d'intégrer dans le système de suivi l'impact des autres produits du tabac :

- le tabac non fumé : le "snus ou snuff" (tabac haché et humecté) présenté sous forme de petite boulette, le tabac à priser, qui présentent des risques de cancer au niveau de la cavité buccale et du système digestif.
- le tabac fumé autre que la cigarette : cigare, pipe, tabac à rouler, narghilé ou shisha.

Actions	Mesures
Action 3.4.1 : Renforcer le système de surveillance de la lutte antitabac	MESURE 103 : Collecter et analyser les informations relatives au tabagisme en incluant toutes les données régulières - depuis la production jusqu'à la consommation, concernant les douanes, les finances, les aspects économiques - sur les produits du tabac. MESURE 104 : Procéder à l'évaluation du programme de lutte antitabac par la réalisation périodique d'enquêtes épidémiologiques. MESURE 105 : Intégrer les paramètres épidémiologiques (indicateurs) relatifs à la lutte antitabac dans le système d'information sanitaire.
Action 3.4.2 : Développer la recherche sur la lutte contre le tabagisme	MESURE 106 : Promouvoir des projets de recherche sur les différents aspects du tabagisme en Algérie. MESURE 107 : Développer des partenariats avec un/des instituts de recherche internationaux. MESURE 108 : Allouer un budget spécifique à la recherche dans le domaine du tabagisme

AXE STRATEGIQUE 4 - CADRE DE COORDINATION

Les plans et politiques coordonnées au niveau national sont essentiels pour une action multisectorielle cohérente face aux maladies non transmissibles. A cet effet, il est nécessaire de mettre en place un mécanisme de gouvernance efficace par la création d'un Comité national multisectoriel, dont le rôle sera la consultation, la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du présent plan national stratégique.

Cet axe se décline en **1 objectif et 2 actions et 5 mesures**.

Objectif 1 - Institutionnaliser un cadre de coordination multisectoriel pour assurer la mise en œuvre des actions de prévention des facteurs de risque des MNT

Cet objectif repose sur le fait que la réduction des facteurs de risque et l'instauration d'un mode de vie sain nécessitent une approche multisectorielle et intersectorielle, du fait que les mesures de prévention primaire ne relèvent pas des ministères chargés de la santé seuls.

Tous les secteurs n'appréhendent pas de la même manière les problèmes de santé et leurs déterminants, et les stratégies transversales efficaces et innovantes pour lutter contre certaines priorités de santé publique n'ont pas encore été mises en œuvre. Il y a ainsi une nécessité entre autres de plaidoyer et de sensibilisation sur l'importance d'aménager des cadres de vie favorables à la santé et au bien-être de la population ; de mettre en place des offres de services et d'actions favorables à la santé, au bien-être de la population.

La lutte contre les MNT en Algérie s'inscrit dans le cadre de l'engagement mondial à répondre à la problématique de ces maladies qui menacent toutes les nations. Ces directives internationales plaident pour la mise en place de ce cadre de coordination multisectoriel permettant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et des réglementations applicables aux MNT.

Action	Mesures
Action 4.1.1 : Créer un dispositif de coordination et de suivi multisectoriel au niveau national et local.	MESURE 109 : Elaborer un texte réglementaire portant création, organisation et fonctionnement du comité national et des comités locaux. MESURE 110 : Elaborer et mettre en œuvre le plan d'action annuel du Comité. MESURE 111 : Mobiliser les ressources financières, matérielles et humaines nécessaires.
Action 4.1.2 : Développer un programme de suivi du plan opérationnel.	MESURE 112 : Elaborer un cadre de suivi conforme à celui du cadre mondial (2014-2018) de suivi pour la lutte contre les MNT de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). MESURE 113 : Définir les cibles et indicateurs de suivi du Plan.

La création du Comité national multisectoriel de prévention et de lutte intégrée des facteurs de risque des MNT a pour objectif de disposer d'un organe permanent de consultation, de coordination, du suivi et d'évaluation du Plan stratégique national de prévention et de lutte intégrée contre les facteurs de risques des maladies non transmissibles.

A ce titre, il est chargé notamment de :

- assurer la coordination générale de la mise en œuvre du Plan opérationnel au niveau national ;
- établir les mécanismes de mise en œuvre du Plan opérationnel de la lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles ;
- assurer l'évaluation de la mise en œuvre, et le suivi du Plan opérationnel au niveau national ;
- surveiller les tendances et l'évolution des déterminants des facteurs de risque et des maladies non transmissibles ;
- évaluer les performances de la prévention et de la lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles ;
- recueillir, examiner, évaluer et valider les rapports d'activités des différents secteurs concernés, des commissions thématiques et des comités locaux ;
- apporter l'appui technique nécessaire aux différents secteurs concernés: proposer toute mesure à caractère médical, technique, juridique ou administratif relative à la prévention des facteurs de risque des maladies non transmissibles ;
- proposer toute mesure visant à renforcer le cadre juridique et financement des activités du Plan.

Chapitre IV - Supports d'appui au plan

Les supports d'appui au plan sont des axes complémentaires transversaux qui viennent renforcer les 3 axes thématiques (1 à 3) ainsi que l'axe concernant la coordination du Plan. Ces supports concernent :

- le système de surveillance des MNT, le suivi-évaluation du Plan ;
- le plan de communication contre les FR et les MNT ;
- le plan de développement de recherche ;le plan de financement.

Ces mesures font l'objet de plans spécifiques en appui au présent Plan stratégique. Nous reprenons ci-dessous certains éléments explicatifs sur ces mesures. Les aspects détaillés et opérationnels sont donc présentés dans leurs plans spécifiques.

4.1. LE PLAN DE SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION

La nécessité de disposer d'informations sur la santé des populations et sur les services de soins pour mener des actions de promotion et d'amélioration de la santé est reconnue par l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé (personnels soignants, décideurs politiques, planificateurs, évaluateurs, financeurs et même les bénéficiaires eux-mêmes).

La surveillance comprend le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que la diffusion des informations recueillies auprès de ceux qui en ont besoin pour prendre les mesures sanitaires nécessaires.

La surveillance est également essentielle pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques sanitaires. Cette information sanitaire est souvent couplée à de la recherche, c'est-à-dire la nécessité d'évoluer vers une pratique fondée sur les preuves qui consiste à utiliser, de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décision concernant des stratégies préventives ou promotionnelles.

La recherche sur les FR des MNT peut-être fondamentale ou appliquée. Elle concerne tant les universités et les équipes de recherche que les professionnels de santé dans le cadre de recherches-actions, de recherches opérationnelles ou participatives. Pour améliorer le suivi et l'évaluation des MNT et les FR, il est proposé entre autres :

- l'élaboration d'un plan de suivi et évaluation basée sur la prévention des facteurs de risque de MNT : ce plan va s'appuyer sur les sources de données existantes mais devra envisager la mise en œuvre d'une enquête spécifique et plus

complète sur les facteurs de risque de MNT et leurs déterminants dans une approche multisectorielle ;

- l'identification d'un minimum d'indicateurs clés pertinents et consensuels en prenant en compte les normes et directives internationales pour le suivi de routine des interventions sur les MNT et FR;
- le renforcement de capacités de l'ensemble des parties prenantes de la lutte pour la collecte et la transmission de données de qualité et de leur utilisation pour la prise de décision au niveau des acteurs et au niveau global ;
- l'appui à l'harmonisation des concepts et à la classification de toutes sources d'information existantes ;
- l'intégration d'une liste minimum d'indicateurs selon les différents niveaux du système de santé à intégrer dans l'entrepôt de données en construction pour la prise de décision et un meilleur suivi des malades pour une prise en charge plus adéquate ;
- l'analyse secondaire des bases de données d'enquêtes de population disponibles pour constituer une base de référence des indicateurs de la stratégie de lutte contre les MNT ;
- l'appui au renforcement des capacités des producteurs de données en analyse multifactorielle des données d'enquête ;
- la mise en place d'un dispositif favorisant la rencontre périodique des parties prenantes et des fournisseurs de données pour le partage des informations.

A travers le renforcement du SNIS sur la surveillance des MNT et d'une série d'indicateurs de base disponibles au démarrage de la mise en œuvre du Plan, le MSPRH et les parties prenantes pourraient périodiquement produire des tableaux de bord montrant l'évolution des pathologies, de leurs FR et déterminants. Ces données épidémiologiques permettront le suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan ainsi que l'évaluation de l'impact des stratégies multisectorielles développées à terme.

4.2. LE PLAN DE COMMUNICATION CONTRE LES MNT ET LEURS FACTEURS DE RISQUE

La communication fait partie intégrante des stratégies de prévention en santé publique et est un élément nécessaire d'accompagnement des autres stratégies développées. Ces développements sont reconnus comme efficaces par un ensemble de techniques et de stratégies de communication multisectorielles en direction des différents publics ciblés.

Dans le cadre du Plan stratégique, il y a lieu de privilégier des stratégies globales et intégrées en matière de communication et d'éducation sanitaire sur les facteurs de risque communs aux MNT en diversifiant les publics cibles et les milieux communautaires de

diffusion (milieux éducatifs, sanitaires, professionnels, de loisirs et espaces publics). Cela pourrait être par exemple la mise en place de campagnes publiques afin d'informer les consommateurs sur les bonnes habitudes alimentaires et afin de les inciter à adopter des comportements sains.

Le plan de communication accorde aussi de l'importance à la formation en communication des professionnels de santé (corps médical et infirmier, professionnels de santé publique et de promotion de la santé) sur les MNT et sur leurs facteurs de risque communs.

Ce plan de communication est transversal pour l'ensemble des facteurs de risque des MNT, mais il doit être spécifique dans ses messages, d'une part, par rapport aux thématiques (alimentation, activité physique, tabac) développées dans le Plan stratégique et d'autre part dans la manière de les appréhender. Le plan de communication doit donc s'intégrer dans les différents programmes dédiés aux MNT (différentes pathologies MNT) en insistant sur l'aspect d'intégration des facteurs de risque communs.

Dans le cadre de la stratégie de communication, l'accent sera mis sur les quatre grands axes définis dans le Plan national stratégique multisectoriel relatifs aux facteurs de risque communs au MNT. Pour chaque axe seront précisés et développés : (i) la stratégie à déployer, (ii) les groupes cibles, (iii) le type d'approche, (iv) les messages clés, (v) les canaux et support à envisager.

4.3. LE PLAN DE DEVELOPPEMENT ET DE RECHERCHE

La mise en œuvre du Plan opérationnel doit être accompagnée par des recherches dans différents domaines en lien avec les MNT. Cela nécessite un cadre général et des ressources favorisant ce type de recherches à travers la mise en place d'un Plan national de recherche sur les MNT.

La lutte contre les MNT nécessite de mieux appréhender différentes questions de recherche qui couvrent un champ pluridisciplinaire. Des sciences fondamentales aux sciences appliquées et humaines, la lutte contre les MNT intègre différentes dimensions couvertes par ces nombreuses disciplines. Le Plan national de recherche doit favoriser cette diversité d'approches et d'études (quantitatives, qualitatives, fondamentales, opérationnelles,...).

Tous ces éléments sont décrits dans le Plan de développement de recherche, en complément au présent Plan stratégique.

4.4. LE PLAN DE FINANCEMENT

Un plan de financement reprenant le budget annuel selon les axes stratégiques et un budget détaillé selon les objectifs des axes stratégiques et par année, est nécessaire pour envisager la mise en œuvre du Plan. Il sera la base de l'opérationnalisation du Plan et devra tenir compte des ressources existantes et de celles qui peuvent être mobilisées pour chaque axe stratégique.

Tous ces éléments sont décrits dans le Plan de financement du Programme, en complément au présent Plan stratégique.

