

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة

STRATEGIE NATIONALE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE



Organisation
mondiale de la Santé
Bureau Pays - Algérie

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

**STRATEGIE NATIONALE
D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE**

EDITION 2017

PREFACE

Le fardeau constitué par les pathologies associées à la consommation de tabac a justifié le rang de priorité accordée au renforcement de la lutte contre le tabagisme.

Dans ce domaine, l'aide individuelle à l'arrêt du tabac constitue un axe fondamental dans la mesure où l'arrêt de la consommation tabagique offre des bénéfices qui ont été clairement prouvés, aussi bien en termes de mortalité qu'en termes de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac, notamment les maladies cardio-vasculaires et les cancers broncho-pulmonaires.

Aussi, favoriser l'entrée des fumeurs qui le souhaitent dans une démarche d'arrêt est une stratégie qui s'impose et qui passe par la mobilisation des professionnels de santé et des professionnels socio-éducatifs pour dépister les fumeurs susceptibles de s'arrêter et les orienter vers des structures d'aide au sevrage tabagique, pour proposer conseil, traitement, appui et suivi.

La présente stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique 2017-2019 est l'une des actions inscrites dans le cadre du plan national stratégique de lutte contre les facteurs de risques des MNT 2015-2019 et dans le cadre du plan national cancer 2015-2019.

Les outils proposés dans cette stratégie seront utiles aux professionnels de santé qui trouveront une aide pratique pour accompagner leurs consultants à l'aide de nombreux outils dérivés des données les plus récentes de tabacologie.

Son processus d'élaboration qui s'est déroulé en plusieurs étapes a tenu à privilégier la concertation et le consensus entre tous les acteurs impliqués dans la lutte anti-tabac.

Cette stratégie comprend cinq axes : le premier axe concerne l'institutionnalisation des unités de consultations d'aide au sevrage tabagique qui a été déjà engagée. Le deuxième axe traite du renforcement des capacités des professionnels de santé dans la prise en charge correcte des fumeurs. Le troisième axe traite de l'encouragement des fumeurs à faire des tentatives d'arrêt, ce qui permettra, aux fumeurs motivés candidats au sevrage d'améliorer leur chance de réussite. Les deux derniers axes visent à créer un environnement favorable à l'arrêt du tabac et à faciliter l'accès à l'information concernant l'aide au sevrage tabagique.

Conçu comme un document pratique, cette stratégie propose une approche délibérément pragmatique, traite de problèmes concrets et donne des conseils utiles pour mettre en place des actions nationales pérennes en matière d'aide au sevrage tabagique.

Je salue la mobilisation du comité national des experts chargés de la lutte anti tabac et celle du comité national de prévention et de sensibilisation sur le tabagisme et l'appui de l'OMS qui a mené à bien ce travail.

Monsieur BOUDIAF Abdelmalek

Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière

SOMMAIRE

PREFACE

REMERCIEMENTS

ACRONYMES

INTRODUCTION.....01

CHAPITRE I. REPERES SUR LA SITUATION DU TABAGISME EN ALGERIE

2.1 Contexte épidémiologique.....05

2.2 Données sur la charge de morbidité et de mortalité liée au tabac.....09

1.3 Arguments pour une stratégie d'abandon du tabac.....18

CHAPITRE II. APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Cadre contextuel.....12

2.2 Arguments pour une stratégie d'abandon du tabac.....14

2.3 Principes directeurs.....18

CHAPITRE III. OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES

3.1 Objectifs.....19

3.2 Axes stratégiques.....20

3.2.1 AXE STRATEGIQUE 1 : Institutionnalisation de l'aide au sevrage du tabac.....21

3.2.2 AXE STRATEGIQUE 2 : Renforcement des capacités des professionnels de la santé dans l'aide au sevrage au tabac.....31

3.2.3 AXE STRATEGIQUE 3 : Promotion des services d'aide au sevrage auprès des consommateurs de tabac.....37

3.2.4 AXE STRATEGIQUE 4 : Promotion de l'aide au sevrage auprès de La population.....42

CHAPITRE V. FINANCEMENT, SUIVI ET EVALUATION

4.1 Plan de financement.....48

4.2 Surveillance, suivi et évaluation.....48

BIBLIOGRAPHIE.....50

REMERCIEMENTS

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 le cadre de l'élaboration de la présente stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique.

Ce document a été élaboré sous la supervision 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, par Madame le Professeur HAOUICHAT Houria, en collaboration avec le Dr TARFANI Youcef, le Dr NADIR Djamilia et le Dr MEBREK Amina, avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ont participé à la validation de cette stratégie :

1- Au titre des membres du comité des experts chargés de la lutte contre le tabagisme :

- Pr. CHENTIR Mohamed Tayeb	Cardiologue
- Pr. CHAFI Belkacem	Gynécologue
- Dr. SANA BENHANI Mourad	Psychologue
- Pr. SAHEB Ali	O.R.L
- Pr. BELKAID Rosa	Epidémiologiste
- Dr.TAFAT Bouzid Abdelkrim	Médecin Généraliste
- Dr. ABDELLATIF Mouna	Epidémiologiste
- Dr.TOUAMI Samira	Epidémiologiste
- Pr. BENALI Rachid	Pneumo-phtisiologue
- Pr.HAMDI CHERIF Mokhtar	Epidémiologiste
- Dr.CHOUIKRAT Ramdane	Epidémiologiste

2-Au titre des membres du comité national de prévention et de sensibilisation contre le tabagisme

- Pr ZIDOUNI Nourredine	Président du Comité National de Prévention et de Sensibilisation sur le Tabagisme
- Mme ZEMMACHE Habiba	Représentante du Ministère des Transports
- Mr LARBI Mustapha	Représentant du Ministère des Transports
- Mme KEDDAR Habiba	Représentante du Ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme
- Mme ATMANI Sabrina	Représentante du Ministère de la Communication.

- Pr FISSAH Aziza Représentante du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
- Mr BAGHIRI Samir Représentant du Ministère de la Jeunesse et des Sports
- Mme ASSAD Anissa Représentante du Ministère de l'Education Nationale
- Mr SIFEDDINE El Abed Représentant du Ministère de la Poste et Technologies de l'Information et de la Communication
- Mr BOUDRAA Djemai Représentant du Ministère de la Justice et Gardes des Seaux
- Mr TABIB Kamal Représentant du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales.
- Mr HAOUAM Faouzi Représentant du Ministère du Travail, l'Emploi et de la Sécurité Sociale.

3- Au titre des personnes ressources :

- Pr. GHARNAOUT MERZAK Pneumo-phtisiologue
- Pr. MEHDIOUI Hocine Physiologiste
- Dr. CHERIAT Souhila Psychiatre
- Dr. BELARBI Lynda Psychiatre
- Dr. DAHMOUNE Karim Epidémiologue
- Dr. CHAKALI Mohamed Psychiatre
- Dr. LAMARI Chaabane Médecin généraliste
- Pr. BERRABAH Yahia Pneumo-phtisiologue
- Dr. Ali HALASSA Sofiane Pneumo-phtisiologue

4- Au titre des organisations internationales:

- Pr.KEITA Bah Représentant de l'OMS en Algérie
- Mme CHIBOUT Leila Chargée de la Promotion de la santé /OMS Algérie
- Dr. Mohamed Ould Sidi Mohamed Consultant Bureau Régional OMS /Afrique

ACRONYMES

AVCI	Années de Vie Corrigée de l'Incapacité
CASNOS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non- Salariés
CCLAT	Convention Cadre pour la Lutte Anti- Tabac
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAS	Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs Salariés
EHU	Etablissement Hospitalier Universitaire
GATS	Global Adult Tobacco Survey
GBD	Global Burden of Disease
GHPS	Global Health Professional Survey
GTSS	Global tobacco Survey System
GYTS	Global Youth Tobacc Survey
INSP	Institut National de Santé Publique
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
TAHINA	Transition And Health Impact in North Africa
TAIEX	Technical Assistance Information EXchange
UDS	Unité de Dépistage et de Suivi
UMP	Unité de Médecine Préventive

INTRODUCTION

En 2010, l'Algérie comptait plus de 4 millions de fumeurs et 1,3 millions de consommateurs de tabac à chiquer selon l'enquête Global Adult Tobacco Survey (GATS)⁽¹⁾. Parmi les fumeurs, 72% voulaient arrêter de fumer et près de 1,8 millions, soit près de 50%, avaient déjà fait une tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête.

L'aide à l'arrêt du tabac quelque soit l'âge du fumeur est donc une priorité de santé publique car elle est la seule intervention qui touche directement les fumeurs et qui permet de réduire la mortalité en rapport avec le tabagisme et inverser ainsi les tendances de l'épidémie dans les 30 à 50 prochaines années⁽²⁾.

La charge de mortalité liée au tabac peut être considérablement réduite à court et à moyen terme par le biais d'interventions qui visent à aider les consommateurs à renoncer au tabac. Cette diminution de la mortalité est essentiellement liée à une réduction significative du risque de développement de maladies graves telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et les cancers.

L'objectif principal de l'aide au sevrage tabagique est de motiver les fumeurs à cesser de fumer et de les encourager à solliciter ou accepter une référence vers un service spécialisé pour un traitement plus intensif ce qui contribue à réduire la prévalence du tabagisme dans la population.

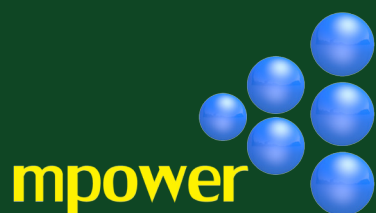
L'aide au sevrage est l'une des composants phares du programme global de lutte antitabac et agit en synergie avec les autres mesures de ce programme telles que la protection des non-fumeurs, l'interdiction de la publicité pour les produits du tabac, les campagnes d'information et d'éducation, l'apposition des avertissements sanitaires graphiques et l'augmentation de la taxe et du prix du tabac. Toutes ces mesures sont regroupées en un paquet minimal d'intervention sous le nom de stratégie

MPOWER de l'OMS (voir encadré) et leur application fait partie des obligations auxquelles doivent se soumettre tous les pays qui ont ratifié la Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT)^(3, 4).

L'Algérie fait partie de ces pays et s'est engagée, en ratifiant la CCLAT en juin 2006, à appliquer toutes les mesures nécessaires pour réduire la prévalence du tabagisme dans la population et ses conséquences sanitaires et économiques. Une des particularités du programme de lutte antitabac est son caractère multisectoriel, impliquant l'intervention de nombreux secteurs du gouvernement mais aussi de la société civile, illustré par la création récente, du Comité intersectoriel de sensibilisation et de prévention contre le tabac, placé auprès du Premier Ministre.

Concernant l'aide à l'arrêt du tabac, l'article 14 de la CCLAT stipule que «chaque Partie élabore et diffuse des directives appropriées, globales et intégrées fondées sur des données scientifiques et sur les meilleures pratiques, en tenant compte du contexte et des priorités nationales et prend des mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac ». Et à cette fin« ...Chaque Partie s'efforce de concevoir et de mettre en œuvre des programmes efficaces visant à promouvoir le sevrage tabagique ...» et de faciliter l'accès à un traitement de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable, y compris aux produits pharmaceutiques.

Le sevrage du tabac est une des stratégies clé du package MPOWER.



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

Pour fournir aux pays des bases factuelles qui les aideraient à mettre en œuvre la CCLAT, l'OMS a publié en 2003 ses premières recommandations sur le sevrage et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac⁽⁵⁾.

Après l'entrée en vigueur de la CCLAT, des directives pour l'application de l'article 14 ont été élaborées à partir de l'expérience, des réalisations et des difficultés rencontrées par les Parties pour aider à mettre en œuvre dans chacune d'elles des programmes efficaces de promotion du sevrage tabagique et du traitement de la dépendance à l'égard du tabac⁽⁶⁾.

Ces directives encouragent les Parties à élaborer :

- la stratégie nationale en matière de sevrage tabagique s'adressant principalement aux responsables du financement et de la mise en œuvre des politiques et programmes.

- les recommandations pour le traitement de la dépendance à l'égard du tabac, s'adressant principalement aux différents dispensateurs de l'aide au sevrage tabagique.

Le but de ce présent document est de présenter la stratégie nationale de l'aide au sevrage tabagique.

CHAPITRE I : REPERES SUR LA SITUATION DU TABAGISME EN ALGERIE

1.1 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE

1.1.1 Prévalence du tabagisme

En Algérie, avant la mise en place du système international de la surveillance du tabagisme (GTSS), plusieurs enquêtes réalisées avec des méthodologies différentes dans plusieurs régions du pays ont montré une prévalence très élevée du tabagisme masculin aussi bien chez les jeunes que chez les adultes.

Parmi elles, trois enquêtes dont une seule a été publiée⁽⁷⁾ utilisant la même méthodologie et menée dans la population générale adulte de la Wilaya d'Alger ont rapporté des taux de prévalence du tabagisme de :

- 62% en 1985, 42% en 1994 et 35,4% en 2007 chez les hommes
- 13,6% en 1985, 10,4% en 1994 et 6,6% en 2007 chez les femmes

En 2003, L'étude STEPS OMS réalisée en 2003 dans 2 wilayas pilotes (Sétif et Mostaganem) chez les sujets de 25 à 64 ans a montré une prévalence globale du tabagisme de 15.1% : 37.6% chez les hommes et 0.4% chez les femmes⁽⁸⁾

Depuis 2007, quatre enquêtes dans le cadre du Global Tobacco Surveillance System (GTSS) ont été réalisées et ont permis de fournir des données sur la prévalence du tabagisme et d'autres indicateurs en relation avec le tabagisme chez les jeunes et chez les adultes :

- le pourcentage d'enfants scolarisés qui étaient des « fumeurs actuels » variait en 2007 de 5,2 à 9,7% selon la région (Sétif, Constantine, Oran) au niveau national, ce pourcentage était de 9,4% en 2010 et de 7,4% en 2013 ⁽⁹⁾

- la prévalence globale du tabagisme en 2007 été de 9,0% chez les étudiants tous sexes et disciplines confondus (médecine, pharmacie, médecine dentaire, paramédical) lors de l'enquête GH PSS⁽¹⁰⁾ réalisée chez les personnels de la santé

- près d'1 personne sur 5 consommait du tabac sous forme de cigarette ou de tabac sans fumée ⁽¹¹⁾, en 2010, dans la population adulte de 15 ans et plus.

- le pourcentage de fumeurs était de 15,3% avec un gradient homme/femme important (27,1% versus 1,7%), ce qui donne pour une population de 39,5 millions d'habitants en 2015, un nombre total de fumeurs de plus de 4 millions dont près de 300 000 sont des femmes. En moyenne, le tabagisme a débuté à l'âge de 17 ans et le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement était de 17.

■ Le pourcentage de consommateurs de tabac sans fumée (tabac à chiquer) était de 5,7%: 10,5% pour les hommes et 0,8% pour les femmes. Ce pourcentage était de 9,5% dans l'enquête nationale menée chez les personnes de 35 à 70 ans en 2007 et concernait essentiellement le milieu rural, les hautes plaines et le sud. Dans cette même enquête, le taux de consommation mixte (tabac à fumée et sans fumée) était de 2,7%.

1.1.2 Données en relation avec le sevrage tabagique

L'enquête nationale de 2010, chez les sujets âgés de 15 ans et plus dans la population générale montre que 72% des fumeurs voulaient arrêter de fumer. Le pourcentage le plus élevé se retrouvait chez les jeunes (écoliers, lycéens, étudiants et stagiaires) et chez les hommes.

Près de la moitié (43,3%) souhaitait avoir une aide pour arrêter de fumer et 37,4% avaient fait une tentative d'arrêt au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête nationale. Les étudiants sont ceux qui rapportent le pourcentage le plus élevé (49%).

Plus de la moitié (58%) déclarait qu'il était difficile d'arrêter de fumer et 63% envisageaient d'arrêter dans les cinq prochaines années.

La quasi-totalité des consommateurs de tabac savait que le tabac est néfaste pour la santé, mais il existait une méconnaissance sur les maladies imputables au tabac, en dehors du cancer qui est rapporté comme une conséquence du tabagisme par 91% des fumeurs.

Le taux d'anciens fumeurs était de 10,5 % (18,7% chez les hommes et 1,1% chez les femmes). L'âge moyen à l'arrêt du tabagisme était de 35,1 ans. Près de 50% avaient arrêté pour des raisons de santé et 12% à cause de l'interdit religieux. En 2007, l'enquête Nationale Santé (TAHINA) qui s'était intéressée aux personnes âgées de 35 à 70 ans retrouvait 13% d'ex-fumeurs avec un âge moyen du sevrage de 36,32 ans⁽¹²⁾.

Parmi les raisons qui poussaient les gens à arrêter de fumer, les problèmes de santé occupent la première place (73%), la pression de la famille était signalée par 24% des fumeurs alors que l'argument économique et le conseil donné par un médecin étaient rapportés respectivement par 17% et 21% des fumeurs. Ces derniers chiffres reflètent d'une part le faible niveau d'augmentation des prix du tabac qui reste accessible à la majorité des fumeurs et d'autre part l'implication insuffisante des professionnels de la santé dans l'aide au sevrage.

1.1.3 Tendence épidémiologique du tabagisme en Algérie

Dans l'ensemble, la tendance de la situation épidémiologique du tabagisme en Algérie est à la baisse avec une prévalence qui est passé de 37% dans les années 1980s à 15,3% en 2010 et le tabagisme masculin est passé dans la même période de 67% à 27%⁽¹³⁾.

Le rapport entre le taux des ex-fumeurs et le taux d'initiation au tabagisme confirme cette tendance survenue en l'absence de mesures formelles de lutte antitabac à une période où la pression de marketing de l'industrie du tabac n'était pas importante.

En 2025, si l'objectif de l'OMS de réduction de 30% du taux de tabagisme de 2010 est atteint, la prévalence du tabagisme en Algérie devrait se situer autour de 10%.

Cependant, l'Algérie continuera à faire face à une charge croissante de la morbidité et de la mortalité liée à la situation épidémiologique du tabagisme des 25-50 années précédentes.

En résumé

un certain nombre d'éléments pertinents rapportés par les enquêtes épidémiologiques peuvent être utilisés pour orienter la stratégie nationale du sevrage.

- 72% des fumeurs soit plus de 2,8 millions de personnes âgées de plus de 15 ans veulent arrêter de fumer et près de la moitié d'entre eux ont déjà fait une tentative d'arrêt au cours de la dernière année. Ceci donne une idée sur l'importance de la population-cible potentielle de l'aide au sevrage.*

- Le pourcentage le plus élevé de fumeurs qui veulent arrêter et qui ont fait des tentatives d'arrêt au cours des 12 derniers mois sont des jeunes, plus fréquemment des étudiants et des stagiaires indiquant le rôle important que doivent jouer les acteurs de la médecine scolaire, les unités de médecine préventive en milieu universitaire et dans la formation professionnelle.*

- Les femmes fumeuses, malgré leur faible pourcentage, sont les moins favorables à l'arrêt du tabac, ce qui pourrait signifier une plus grande dépendance et imposer des mesures plus spécifiques pour cibler la population féminine.*

- Les causes d'arrêt sont pour la majorité d'entre elles liées aux problèmes de santé, mais la raison religieuse et la pression de la famille ne sont pas négligeables et incite à considérer le rôle des imams et de la famille comme intervenants dans la motivation à arrêter le tabagisme.*

Par contre, les raisons financières sont rapportées comme cause d'arrêt du tabac chez moins de 25% des fumeurs et montrent que le tabac reste encore très largement accessible à plus de 75% d'entre eux.

- Moins de 25% de ceux qui ont arrêté ont reçu un conseil d'un 05 médecin.*

1.2- DONNEES SUR LA CHARGE DE MORBIDITE ET DE MORTALITE LIEE AU TABAC

1.2.1 DANS LE MONDE

Le tabagisme est une menace à la vie humaine dans le monde entier. Il est la première cause de morbidité et de mortalité évitable dans le monde et le premier facteur de risque pour les quatre premières maladies non transmissibles: les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques. L'OMS estime que 70-90% des cancers du poumon, 56-80% des maladies respiratoires chroniques et 22% des maladies cardiovasculaires sont attribuables au tabagisme⁽¹⁴⁾.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime aussi que le tabac totalise à lui seul 6,3 millions de décès en 2008, bien plus que les autres facteurs de risque comme la sédentarité, l'alcool et la haute teneur en sel des aliments. Si les tendances actuelles continuent, ce nombre passera à 8 millions de décès chaque année avant 2030. Il est responsable de plus de 20% de décès par cancer soit un nombre total de 1. 468,950 décès, de 17% des décès par maladies cardiaques, de 80-90% des décès par BPCO.

Les fumeurs ont un risque de 70% plus élevé de mourir d'une cardiopathie coronarienne que les non-fumeurs. Les sujets qui fument 1 à 14 cigarettes/j ont 8 fois plus de risque de mourir d'un cancer du poumon comparés aux non-fumeurs. D'autres cancers sont associés au tabac comme le cancer de l'œsophage; du larynx, de la vessie, des reins, du pancréas, du col utérin et de l'estomac⁽¹⁵⁾.

Le tabagisme passif contribue lui aussi à la charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires, au cancer du poumon et à la BPCO. Il impacte significativement la santé de l'enfant à travers ses effets directs pendant la grossesse et indirectement pendant l'enfance (par exemple faible poids de naissance, affections respiratoires).

1.2.2 EN ALGÉRIE

Les données épidémiologiques concernant les 3 maladies non transmissibles où le tabagisme représente un facteur de risque important, proviennent des registres du cancer et d'enquêtes locales ou nationales.

En terme de morbidité, les données des registres du cancer en Algérie montrent que le cancer du poumon représente 15% des cancers masculins avec une incidence standardisé de 18 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2010 (INSP).

La prévalence de la BPCO chez les patients de 40 ans et plus est de 3,7% selon une enquête nationale téléphonique menée en 2012⁽¹⁶⁾ et de 9,2% dans une enquête réalisée en 2009 dans la wilaya d'Alger⁽¹⁷⁾ soit un nombre total de cas compris entre 232 000 et 576 800 BPCO.

L'incidence du syndrome coronarien aigu a été estimée à partir d'une enquête sur les urgences cardiovasculaires dans la wilaya d'Alger à 60 000 cas par an⁽¹⁸⁾.

En terme de mortalité, l'enquête nationale sur les causes de décès en 2002⁽¹⁹⁾, montre que les décès par les MNT représentaient 58,6% de l'ensemble des décès. Ces MNT étaient dominées par les maladies cardiovasculaires (44,5 %), le cancer (16,0 %) et les maladies respiratoires (7,6%). Une partie de ces décès est attribuable au tabac. Les décès par cancers du poumon occupaient chez l'homme la première place avec 17,4% des décès avant le cancer de la prostate (12,0%), du foie et de l'estomac (9,9% pour chacune des deux localisations).

Le rapport GBD de 2010 sur les causes de décès prématurés indique que les cardiopathies ischémiques sont passées du 5ème rang en 1990 au 2ème rang en 2010 et le cancer du poumon est passé du 25ème rang au 16ème rang⁽²⁰⁾.

En 2012, les décès par cancer du poumon représentaient 18% de l'ensemble des décès avec un taux de 15,2/100 000⁽²¹⁾. Parmi les affections respiratoires, la BPCO est responsable de 21% des décès en rapport avec l'appareil respiratoire soit 1,6% des décès en rapport avec les maladies non transmissibles.

Des chiffres plus récents montrent que les décès en rapport avec les maladies liées au tabac était en 2013 de 108/100 000 habitants avec 56/100 000 dûs aux cardiopathies ischémiques, 20 /100 000 pour le cancer du poumon et 31/ 100 000 pour les maladies respiratoires chroniques⁽²²⁾.

Par ailleurs, l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) rapporte que le tabac est le 6ème facteur de décès prématurés, à l'origine de plus de 3% du total des AVC dont près de la moitié est imputable au tabac ; le reste étant partagé entre les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les infections respiratoires et le diabète **(figure 1)**.

Dans ce cadre ,l'Algérie a ratifié la CCLAT en juin 2006, marquant son engagement à appliquer toutes les mesures visant à réduire le tabagisme et ses conséquences sanitaires et économiques dans le pays. La stratégie MPOWER réunit les principales mesures de lutte antitabac dont la synergie est essentielle pour atteindre d'une part les objectifs spécifiques à chacune d'entre elles et d'autre part ceux de l'ensemble de la stratégie. Cela implique que l'offre de l'aide au sevrage tabagique ne peut être opérationnelle et efficace que si toutes les autres mesures de lutte antitabac répondent aux normes de la CCLAT et ont une application optimale dans la population.

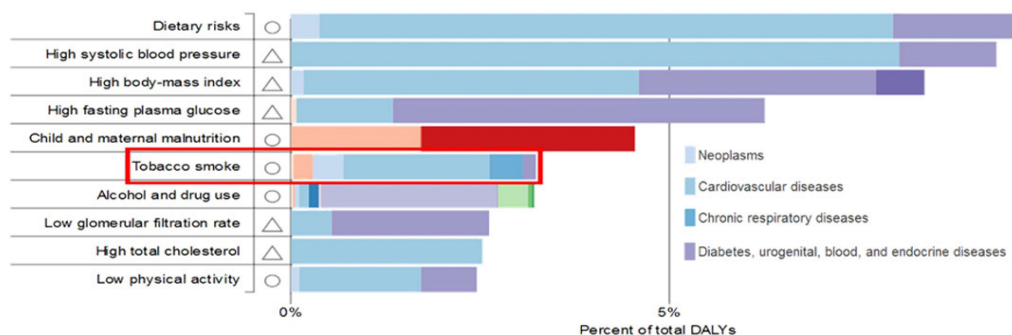


Figure 1. Charge de morbidité et mortalité imputable au tabac en Algérie en 2013

Source : The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) DEC. 2013

STRATEGIE NATIONALE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 CADRE CONTEXTUEL

Cette stratégie a été élaborée sous l'égide 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) avec le soutien du Bureau de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Algérie. Elle vise à permettre aux différents intervenants (décideurs, professionnels de la santé) de :

- contribuer à l'atteinte des buts et des objectifs de la stratégie nationale en fonction de leur niveau d'intervention ;
- mettre en œuvre à différents niveaux toutes les stratégies qui supportent le sevrage tabagique ;
- s'inscrire dans une action concertée et coordonnée pour mener toutes les activités du sevrage tabagique et pour assurer le financement de ces activités.

La rédaction de cette stratégie nationale sur le sevrage tabagique s'est basée sur les connaissances et les développements les plus récents en matière de sevrage tabagique provenant de sources diverses, en tenant compte notamment des directives de l'article 14 de la CCLAT⁽²³⁾, des recommandations de la stratégie européenne pour le sevrage tabagique publié en 2004⁽²⁴⁾, des recommandations OMS pour les pays en développement⁽²⁵⁾, des recommandations issues du séminaire TAIEX sur l'élaboration de la stratégie nationale du sevrage tabagique organisé par la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé du MSPRH avec l'appui de l'Union Européenne⁽²⁶⁾ ainsi que des stratégies nationales élaborées en Grande Bretagne⁽²⁷⁾ et aux USA⁽²⁸⁾.

L'analyse du fond documentaire qui a été constitué a été enrichie par de nombreuses consultations pour recueillir des expériences et des avis dans les domaines de la communication, l'organisation des services de santé, l'action de la société civile, l'expérience dans l'aide au sevrage, les modalités d'enregistrement et de remboursement des médicaments...

L'élaboration de la stratégie nationale du sevrage tabagique survient à un moment où de nombreux développements qui concordent à la faisabilité et au succès des interventions de sevrage tabagique, ont été mis en place ou sont en voie de réalisation. Il s'agit :

- du plan stratégique intersectoriel de lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2017-2019⁽²⁹⁾ et du plan national cancer 2014- 2019 ⁽³⁰⁾, qui incluent le sevrage tabagique dans leurs axes stratégiques, et qui partagent avec la stratégie nationale du sevrage tabagique l’engagement et le soutien politique dont ils ont eux-mêmes bénéficié.
- du renforcement de l’application de l’interdiction de fumer dans les structures de soins ⁽³¹⁾
- de la création de consultations d’aide au sevrage tabagique avec dans un premier temps l’ouverture d’une consultation par Wilaya dans une structure extra-hospitalière et d’une consultation par CHU et EHU⁽³²⁾.
- de l’existence depuis 2002 du «Fonds des urgences et des activités sanitaires », alimenté par la taxe additionnelle sur les produits du tabac qui permet de financer de nombreuses activités liées au sevrage tabagique⁽³³⁾.

Toutes ces actions sont en plus encadrées par le projet de la nouvelle loi sanitaire qui réaffirme la mission du secteur de la santé dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

2.2 ARGUMENTS POUR UNE STRATEGIE D'ABANDON DU TABAC

Plusieurs arguments justifient l'intégration d'une aide au sevrage dans un programme de lutte antitabac. Ces arguments sur lesquels se fonde la stratégie nationale du sevrage tabagique sont les suivants :

1 - Les consommateurs actuels de tabac et plus particulièrement les fumeurs sont ceux qui ont le plus grand risque de développer des maladies liées au tabac et d'en mourir dans les 25 à 30 prochaines années; Il a été montré qu'en réduisant de moitié la consommation de tabac chez l'adulte d'ici 2020, un tiers des décès seront évités, soit près de 180 millions^(34,35). Le sevrage tabagique est donc la mesure la plus rapide pour diminuer la morbidité et la mortalité liées au tabac contrairement à la prévention de l'initiation du tabagisme chez les jeunes dont l'impact sur la morbi-mortalité liée au tabac est plus faible et ne sera rentable que pour la prochaine moitié du siècle (**Figure 2**).

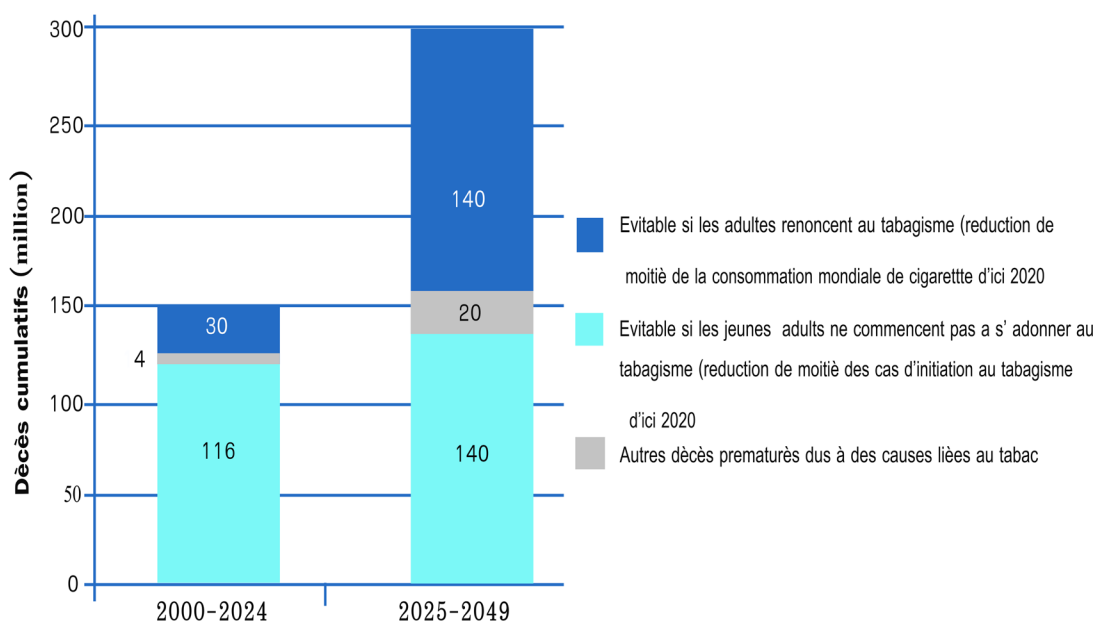


Figure 2. Décès prématurés dus à l'usage du tabac, projections pour 2000-2024 et 2025-2049

2- Le sevrage tabagique bénéficie non seulement aux fumeurs mais aussi aux personnes exposées à la fumée de cigarette; il diminuerait ainsi les risques de maladies comme l'asthme, les infections respiratoires, les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon et parviendrait à éviter les 600 000 décès liés au tabac enregistrés chaque année dans le monde chez les non-fumeurs⁽³⁶⁾.

3- Le tabac contient de la nicotine, substance dont le pouvoir addictif est comparable à celui de l'héroïne et de la cocaïne;

de ce fait, le tabagisme est reconnu comme une maladie chronique avec des rechutes fréquentes et des périodes de rémission^(37,38). Les causes des rechutes sont nombreuses. Parmi elles figurent les supports de marketing, l'accès facile au tabac qui normalise son utilisation dans la société et le fait que beaucoup de fumeurs pensent que l'arrêt du tabac est une question de volonté et qu'ils peuvent arrêter de fumer à n'importe quel moment. Globalement, 2 fumeurs sur 3 veulent arrêter de fumer, la moitié d'entre eux fait une tentative d'arrêt par an et un très faible pourcentage (1 à 5%) réussit à arrêter définitivement chaque année. Le nombre de tentatives d'arrêt par fumeur est de 8 à 11, ce qui implique une augmentation de la durée d'exposition au tabac et en conséquence un accroissement du risque de contracter une maladie liée au tabac et d'en mourir⁽³⁹⁾. La difficulté à renoncer spontanément au tabac et les faibles taux de sevrage spontanés doivent inciter les gouvernements à encourager les fumeurs à abandonner le tabac et à leur fournir une aide si nécessaire.

4- Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge mais ses résultats sont meilleurs s'il survient précocement;

tout particulièrement avant l'âge de 35 ans pour éviter au maximum les risques de maladies et de décès en rapport avec la consommation de tabac. Les personnes qui arrêtent de fumer avant l'âge de 50 ans réduisent de moitié le risque de mourir dans les 15 prochaines années comparativement aux personnes qui continuent à fumer⁽⁴⁰⁾. Pour ne donner qu'un exemple, le risque de cancer du poumon diminue chez les anciens fumeurs et cette réduction est proportionnelle à la durée de l'arrêt comme le montre la (Figure 3).

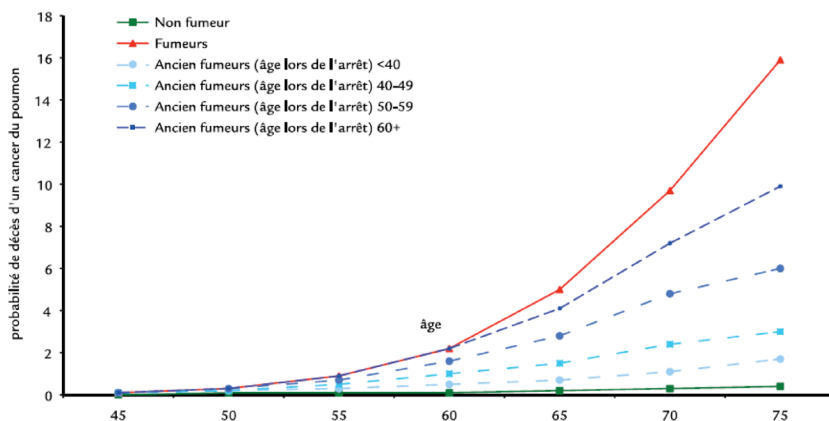


Figure 3. Risque cumulé de décès par cancer du poumon selon l'âge, le statut tabagique et l'âge lors de l'arrêt

Source : Iarc, 2007 (estimation à partir de Peto et al. 2010) infographie INCa

5- Des traitements efficaces permettant d'obtenir une abstinence à long terme OU permanente existent depuis de nombreuses années⁽⁴¹⁾; ces traitements regroupent des méthodes comportementales et des médicaments et impliquent des professionnels de santé de disciplines variées.

Le traitement pharmacologique de la dépendance du tabac comprend 2 classes thérapeutiques : la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) ou les substituts nicotiques et la thérapie avec des médicaments non-nicotine .Ces médicaments doublent les taux d'arrêt du tabac comparativement au placebo. **(Tableau I)**.

Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque les médicaments sont remboursés, subventionnés ou délivrés gratuitement.

Médicament	Taux d'abstinence estimée
Placebo	13,8
Nicotine patch	23,4-26,6
Nicotine gomme (2 mg)	19-26,1
Nicotine inhalateur	24,8
Nicotine spray nasal	30,5
patch + gomme (ou spray nasal)	36,5
patch + inhalateur	25,8
patch + bupropion	28,9

Tableau 1. Efficacité et taux d'abstinence à 6 mois des différents médicaments du sevrage

Source : d'après Fiore M et al. 2008 ⁽²³⁾

6- Le sevrage tabagique fait partie des trois interventions les plus efficaces en santé publique avec le programme de vaccination chez l'enfant et le traitement des sujets à haut risque cardiovasculaire⁽⁴²⁾; La mortalité liée aux maladies non transmissibles et permet d'éviter les dépenses futures en rapport avec le traitement du cancer du poumon, des maladies cardiaques et d'autres maladies liées au tabac. Dans la région OMS AFRO incluant l'Algérie, il représente 10% du coût du programme global de la lutte antitabac et permet d'éviter 216 AVC/an avec un coût moyen de 8603\$ par AVC évités⁽³⁹⁾. Les données sur l'efficacité des autres stratégies d'aide au sevrage figurent dans le **(Tableau II)** .

Interventions: codes et descriptions	Coût par an (I\$, million) pour 1 million d'hab. (i.e coût per capita)	AVC évités/an pour 1 million d'hab.	Coût moyen par AVC évité
TOB-2: Taxe d'accise sur les produits du tabac : 80% du prix de vente	0,16	926	173
TOB-3: Taxe d'accise sur les produits du tabac : 300% du prix de vente	0,16	2 065	78
TOB-4 : Taxe d'accise sur les produits du tabac : 600% du prix de vente	0,16	2 769	58
TOB-5: Renforcement de la loi 'environnement sans tabac'	0,38	93	4 077
TOB-6: Interdiction totale de la publicité pour le tabac	0,17	180	931
TOB-7: Information, communication	0,33	216	1 512
TOB-8: Traitement par les substituts nicotiques	1,86	216	8 603
TOB-9: Combinaison (TOB4 + TOB7)	0,49	2 966	164
TOB-10: Combinaison (TOB4 + TOB5 + TOB7)	0,87	3 050	284
TOB-11: Combinaison (TOB4 + TOB6 + TOB7)	0,65	3 128	209
TOB-12: Combinaison (TOB4 + TOB6)	0,33	2 933	112
TOB-13: Combinaison (TOB4 + TOB5 + TOB6)	0,71	3 018	234
TOB-14: Combinaison (TOB4 + TOB5 + TOB6 + TOB7)	1,03	3 212	322
TOB-15: Combinaison (toutes)	2,89	3 405	849

Tableau II. Efficacité des mesures d'aide au tabac

Source : Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) : tobacco-use.WHO/AFR D. 2010. Available at

www.who.int/choice/cost-effectiveness/results

7- La contribution du tabac sans fumée à la charge globale de morbi-mortalité n'est pas à négliger; cette forme de tabac est responsable de divers problèmes bucco-dentaires, de cancers de la bouche, de la gorge, du pancréas et de l'œsophage ainsi que d'une augmentation possible du risque de cardiopathies ischémiques et d'hypertension artérielle.

En Algérie, Il ya 1,3 million de consommateurs de tabac à chiquer. Chez ces derniers, un traitement par les substituts nicotiniques s'est avéré moins efficace que chez les fumeurs⁽⁴³⁾, renforçant l'intérêt dans ce groupe du conseil à l'arrêt qui doit être délivré à chaque visite aussi bien en médecine générale qu'en médecine dentaire.

2.3 PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs suivants visant à assurer la faisabilité des interventions de sevrage, leur efficacité ainsi que la continuité des soins destinés aux consommateurs de tabac. La stratégie nationale :

- s'est appuyée sur les meilleures données scientifiques et les meilleures pratiques disponibles a été adaptée au un contexte nationale afin d'éviter l'échec de son application;
- s'est inscrite dans une approche d'offre de soins de proximité pour être accessible à tous les fumeurs;
- s'est intégrée dans un programme complet de lutte antitabac en complément des autres mesures.

3.1 OBJECTIFS

Le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, en collaboration avec l’OMS, à initié l’élaboration de la présente stratégie nationale d’aide au sevrage tabagique dans le cadre des objectifs suivants :

- **Objectif général**

L’objectif général est de contribuer à réduire les maladies et les décès prématurés liés au tabagisme par l’aide au sevrage tabagique.

- **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques visent à :

- obtenir l’arrêt du tabac chez au moins 10% des fumeurs actuels par an
- augmenter les tentatives d’arrêt chez plus de 50% des fumeurs
- motiver et soutenir tous les fumeurs dans leurs efforts pour l’arrêt du tabac

Pour atteindre ces objectifs, la stratégie d’aide au sevrage se veut être réaliste et se baser sur l’organisation du système national de soins, à travers notamment :

Pour atteindre ces objectifs, la stratégie d’aide au sevrage se veut être réaliste et se baser sur l’organisation du système national de soins, à travers notamment :

- le réseau de soins de santé primaires
- les consultations d’aide au sevrage nouvellement intégrées dans le système
- la nomenclature nationale des médicaments de substitution nicotiques et leur disponibilité dans le pays.

Grâce à ce dispositif, la stratégie nationale d’aide au sevrage tabagique peut utiliser les deux types d’approches complémentaires de l’aide à l’arrêt du tabac.

• **les approches en population qui comprennent :**

- la communication de masse et les programmes d'éducation qui ont pour but d'encourager le sevrage tabagique et de promouvoir l'utilisation des services de traitement de la dépendance au tabac ;
- l'intégration du conseil pour le sevrage dans tout le système de santé
- la mise en place de services téléphoniques d'aide au sevrage qui permettent aux spécialistes du sevrage tabagique de délivrer des conseils aux consommateurs de tabac qui appellent.

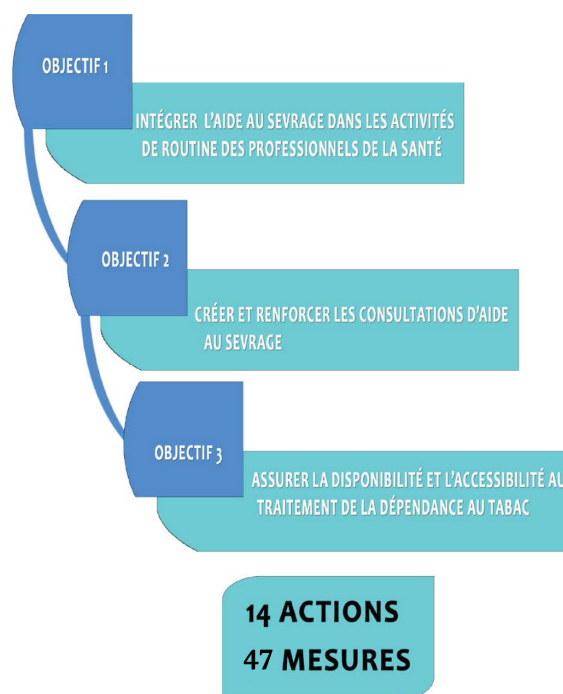
• **Les approches individuelles centrées sur les consommateurs de tabac qui impliquent :**

- les consultations spécialisées dans le sevrage tabagique offrant une aide comportementale et si nécessaire des médicaments ou des conseils sur les modes d'approvisionnement en médicaments,
- l'accessibilité et la disponibilité des médicaments pour aider les consommateurs de tabac à renoncer à leur tabagisme.

3.2 AXES STRATEGIQUES

Quatre axes stratégiques ont été identifiés et pour chaque axe stratégique, des activités avec des mesures sont présentés sous forme de tableaux, ci-dessous.

3.2.1 AXE STRATEGIQUE 1 : INSTITUTIONNALISATION DE L'AIDE AU SEVRAGE DU TABAC



Le système de santé national est basé sur une organisation hiérarchisée des structures et des activités qui permet à l'aide au sevrage tabagique de s'intégrer à tous les niveaux des soins de santé en bénéficiant de tous les avantages de ce système définis dans le projet de la loi sanitaire: « l'intersectorialité dans la mise en œuvre des programmes de santé, le développement des ressources humaines, la mobilisation des ressources matérielles et financières en adéquation avec les objectifs fixés, des démarches diagnostiques et thérapeutiques basées sur la médecine factuelle et régulièrement évaluées, et l'organisation et la promotion de la formation et de la recherche en sciences de la santé ».

OBJECTIF 1 : Intégrer l'aide au sevrage dans les activités de routine des professionnels de la santé

Les buts des changements apportés au système de santé en rapport avec le sevrage tabagique visent à :

1) S'assurer que toutes les personnes qui consultent dans une unité de soins sont interrogées sur leur statut tabagique et que ce dernier est documenté, permettant ainsi d'atteindre au moins 80% de l'ensemble des consommateurs de tabac par an ;

2) S'assurer que les patients qui consomment du tabac reçoivent un conseil minimal afin d'inciter au moins 50% des cas à faire une tentative pour cesser de fumer et éventuellement bénéficier d'une référence ;

3) Créer une demande pour des services de sevrage tabagique plus intensifs tels que les lignes téléphoniques d'assistance aux fumeurs désireux de renoncer au tabac ou pour un traitement spécialisé contre la dépendance à l'égard du tabac basé sur des données factuelles les plus récentes.

Bien que défini comme une maladie chronique, le tabagisme ne constitue pas toujours, par lui-même, un motif de consultation, mais une proportion importante de fumeurs (entre 60 et plus de 80% selon les pays) consulte chaque année pour un autre motif, avec ou sans rapport avec le tabagisme.

Le système national de santé, fort de ses différents secteurs publics, parapublics et privés et de son large réseau de structures de proximité, offre donc l'opportunité de capter le plus grand nombre de consommateurs de tabac dans la population pour les diriger vers un sevrage tabagique assisté.

Action	Mesures
<p>Action 1.1.1.</p> <p>Promouvoir le rôle d'exemplarité des structures de santé</p>	<p>MESURE 1 Assister le personnel administratif à la gestion d'un hôpital sans tabac.</p> <p>MESURE 2 Faire appliquer la charte « hôpital sans tabac» à toutes les structures de santé.</p> <p>MESURE 3 Intégrer le label « structures de santé sans tabac» et l'existence d'une aide au sevrage dans les standards d'évaluation d'une structure de santé.</p>
<p>Action 1.1.2.</p> <p>Intégrer l'aide au sevrage dans l'offre de soins dans toutes les structures de santé : publiques, parapubliques et privées</p>	<p>MESURE 4 Former les gestionnaires des établissements sanitaires à l'intégration de l'aide au sevrage dans l'offre de soins.</p> <p>MESURE 5 Mettre en place un outil systématique pour l'identification et l'enregistrement du statut tabagique des patients et du tabagisme passif, à tous les niveaux y compris en milieu pédiatrique pour identifier le statut tabagique des parents (registre, dossier de malades).</p> <p>MESURE 6 Intégrer le conseil d'aide à l'arrêt du tabac pour chaque patient à toutes les visites comme composante des activités de routine de tous les professionnels de la santé à tous les niveaux de soins.</p> <p>MESURE 7 Former tous les professionnels de la santé à enregistrer les cas de tabagisme, prodiguer des conseils brefs, encourager les tentatives d'arrêt et orienter vers les consultations spécialisées.</p> <p>MESURE 8 Associer les différentes associations professionnelles à la formation des personnels de santé.</p> <p>MESURE 9 Produire des brochures d'aide au sevrage et les distribuer au niveau de toutes les structures de soins.</p> <p>MESURE 10 Intégrer le traitement de la dépendance tabagique par les substituts nicotiniques dans les activités des médecins et des dentistes.</p> <p>MESURE 11 Intégrer les outils, le conseil à l'arrêt et le traitement de la dépendance dans les milieux spécifiques (milieu carcéral, milieu de travail et santé mentale...)</p> <p>MESURE 12 Inciter les professionnels de la santé à mentionner le statut tabagique dans les certificats de décès.</p>

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
<p>Action 1.1.3.</p> <p>Promouvoir l'aide au sevrage tabagique chez les jeunes</p>	<p>MESURE 13 Initier la collaboration et la participation dans la promotion de l'aide au sevrage des établissements scolaires et universitaires, des établissements de formation professionnelle et des maisons de jeunes.</p> <p>MESURE 14 Intégrer l'aide au sevrage (conseil minimal) dans les unités de dépistage et de suivi (UDS) de la santé scolaire.</p> <p>MESURE 15 Intégrer l'aide au sevrage dans les unités de médecine préventive en milieu universitaire (UMP).</p>
<p>Action 1.1.4.</p> <p>Elaborer et mettre à jour les recommandations nationales pour le traitement de la dépendance au tabac</p>	<p>MESURE 16 Elaborer des recommandations pour les traitements de la prise en charge de la dépendance au tabac.</p> <p>MESURE 17 Assurer une dissémination des recommandations selon un plan de dissémination adapté.</p> <p>MESURE 18. : Développer le partage d'expérience dans le domaine des traitements de la dépendance au tabac.</p>
<p>Action 1.1.5</p> <p>Promouvoir la recherche dans le domaine de l'aide au sevrage</p>	<p>MESURE 19 Effectuer une étude pilote sur les outils électroniques d'identification systématique du statut tabagique.</p> <p>MESURE 20 Mener des travaux de recherche sur l'impact de l'aide au sevrage sur le renforcement du système de soins de santé primaire.</p>

OBJECTIF 2 : Renforcer les consultations d'aide au sevrage du tabac

Le système de santé national a les capacités de couvrir les besoins nationaux en matière d'aide au sevrage en s'appuyant essentiellement sur le niveau des soins de santé primaires et sur les infrastructures existantes (consultations d'aide au sevrage et consultations de spécialités). De ce fait, l'aide au sevrage tabagique se conçoit en trois niveaux de soins :

- Le premier niveau repose sur toutes les structures de soins de santé primaire. Il couvre le maximum de fumeurs dans la population mais avec un taux d'arrêt minimal car il utilise des interventions de base comme l'identification des fumeurs, le conseil bref et l'orientation vers le deuxième niveau en cas de besoin.

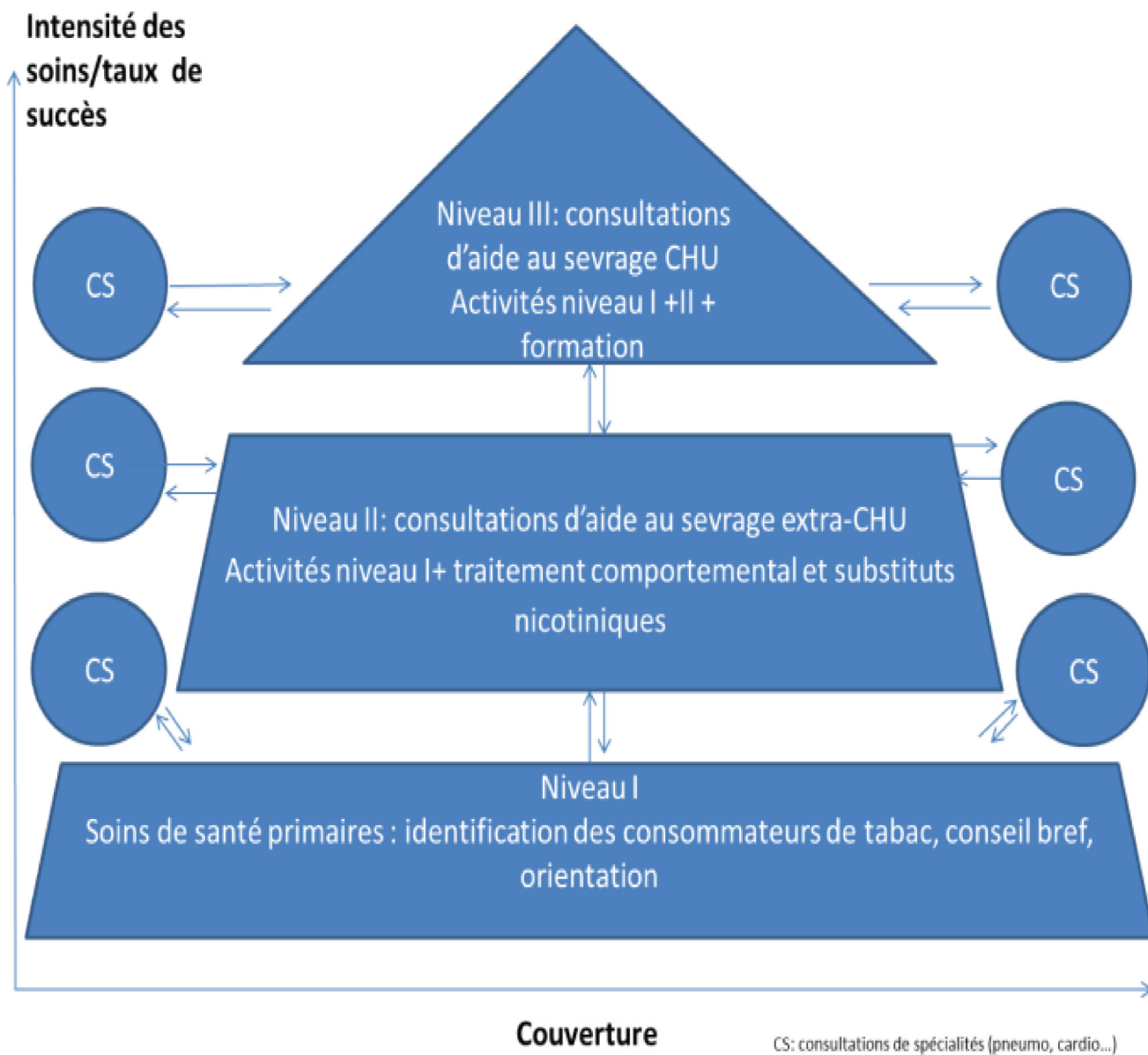
- Le deuxième niveau se base sur les consultations extrahospitalières ambulatoires d'aide au sevrage. Il se caractérise par une couverture plus faible que celle du niveau précédent mais le taux de succès est maximal grâce à une offre de soins complets associant le soutien comportemental et social et le traitement médical utilisant les substituts nicotiques délivrés gratuitement et éventuellement d'autres médicaments non nicotiques du sevrage.

- Le troisième niveau est représenté par les consultations d'aide au sevrage situées dans les CHU et EHU. Ces consultations jouent le rôle de référence pour les fumeurs à haut risque présentant une pathologie en relation avec le tabac chez lesquels le sevrage peut s'avérer difficile (BPCO, cardiopathies...).

Elles servent également de terrains de stage dans le cadre de la formation en tabacologie et d'addictologie pour les équipes des consultations spécialisées dans le cadre des certificats d'études spécialisées et des surspécialités.

Les consultations d'aide au sevrage intra et extra-hospitalières sont soutenues par les centres d'addictologie et de soins de santé mentale ainsi que toutes les consultations de spécialités qui prennent en charge un nombre important de patients fumeurs souffrant de pathologies liées au tabac, telle que la pneumologie, la cardiologie, l'oncologie, l'ORL...

Ces consultations intègrent l'aide au sevrage dans leur activité de routine et une collaboration dans les deux sens doit s'établir entre elles et les consultations intra et extrahospitalières dédiées au sevrage tabagique (**Figure 5**).



Action	Mesures
<p>Action 1.2.1</p> <p>Optimiser le fonctionnement des unités d'aide au sevrage</p>	<p>MESURE 21 Doter les unités d'aide au sevrage d'un Personnel : médecins généralistes et/ou spécialistes, psychologues, diététicien, secrétaire) selo arrêté ministériel n° 134 du 05 décembre 2015.</p> <p>MESURE 22 Déterminer le rôle de chaque membre de l'équipe de l'unité d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 23 Doter ces unités de l'équipement nécessaire</p> <p>MESURE 24 Mettre en place dans ces consultations une ligne téléphonique pour des appels proactifs gérée par un personnel formé.</p>
<p>Action 1.2.2</p> <p>Renforcer les unités d'aide au sevrage par les consultations de spécialités</p>	<p>MESURE 25 Renforcer les unités d'aide au sevrage par les consultations de spécialités : cardiologie, pneumologie, oncologie, ORL, gynécologie, médecine préventive, soins de santé mentale et addictologie...</p> <p>MESURE 26 Renforcer l'aide au sevrage tabagique dans les consultations d'addictologie CISA (pour la prise en charge des co-dépendances).</p>
<p>Action 1.2.3.</p> <p>Promouvoir la collaboration entre les différents services d'aide au sevrage</p>	<p>MESURE 27 Mettre en place une organisation hiérarchisée de l'aide au sevrage tabagique.</p> <p>MESURE 28 Organiser la collaboration entre les consultations extrahospitalières et hospitalières.</p> <p>MESURE 29 Organiser la collaboration entre la consultation hospitalière d'aide au sevrage et les autres services de spécialité d'un même CHU.</p> <p>MESURE 30 Désigner un médecin coordinateur de l'aide au sevrage par wilaya.</p>

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
<p>Action 1.2.4</p> <p>Développer un système d'information au niveau des unités d'aide au sevrage</p>	<p>MESURE 31 Organiser la collaboration entre la consultation hospitalière d'aide au sevrage et les autres services de spécialité d'un même CHU.</p> <p>MESURE 32 Elaborer et mettre en place un dossier spécifique pour la prise en charge des fumeurs.</p> <p>MESURE 33 Mettre en place un système de fiche sociale (adresses et numéros de téléphone) pour le rappel des perdus de vue.</p> <p>MESURE 34 Instaurer les rapports trimestriels et annuels.</p> <p>MESURE 35 Transmettre ces rapports au service d'épidémiologie et de médecine préventive et/ou la DSP puis vers la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé du MSPRH.</p> <p>MESURE 36 Mettre en place un système de supervision périodique.</p> <p>MESURE 37 Organiser un séminaire d'évaluation annuelle.</p>
<p>Action 1.2.5</p> <p>Développer la recherche pour améliorer les performances des unités de consultation d'aide au sevrage</p>	<p>MESURE 38 Mener une recherche sur les facteurs imitant et facilitant de l'aide au sevrage dans les consultations extra et intra hospitalières.</p> <p>MESURE 39 Mener une recherche sur le comportement et l'attitude des sous-groupes (femmes, adolescents, personnes du Sud...) face au traitement de la dépendance au tabac ou dans des situations particulières (co-dépendances).</p>

OBJECTIF 3 : Assurer la disponibilité et l'accès aux traitements de la dépendance au tabac pour tous les consommateurs de tabac

Les substituts nicotiques sont les médicaments les plus utilisés dans l'aide au sevrage tabagique et existent sous 5 formes qui ont la même efficacité : les gommes, le dispositif transdermique ou patch, les pastilles, le spray nasal et l'inhalateur. En Algérie, les substituts nicotiques sont déjà disponibles en vente libre en pharmacie sous deux formes : dispositifs transdermiques (patches) et pastilles.

En ce qui concerne la cigarette électronique (e-cigarette), l'absence d'informations publiées par les fabricants sur le contenu des cartouches et les taux de nicotine font peser le doute sur la sécurité de son emploi. De ce fait, elle ne peut pas, sur la base des études actuellement disponibles, faire partie de l'arsenal thérapeutique de l'aide au sevrage tabagique.

L'un des principes de l'intégration de l'aide au sevrage tabagique dans le système de santé est de favoriser l'accès à des médicaments gratuits ou peu coûteux.

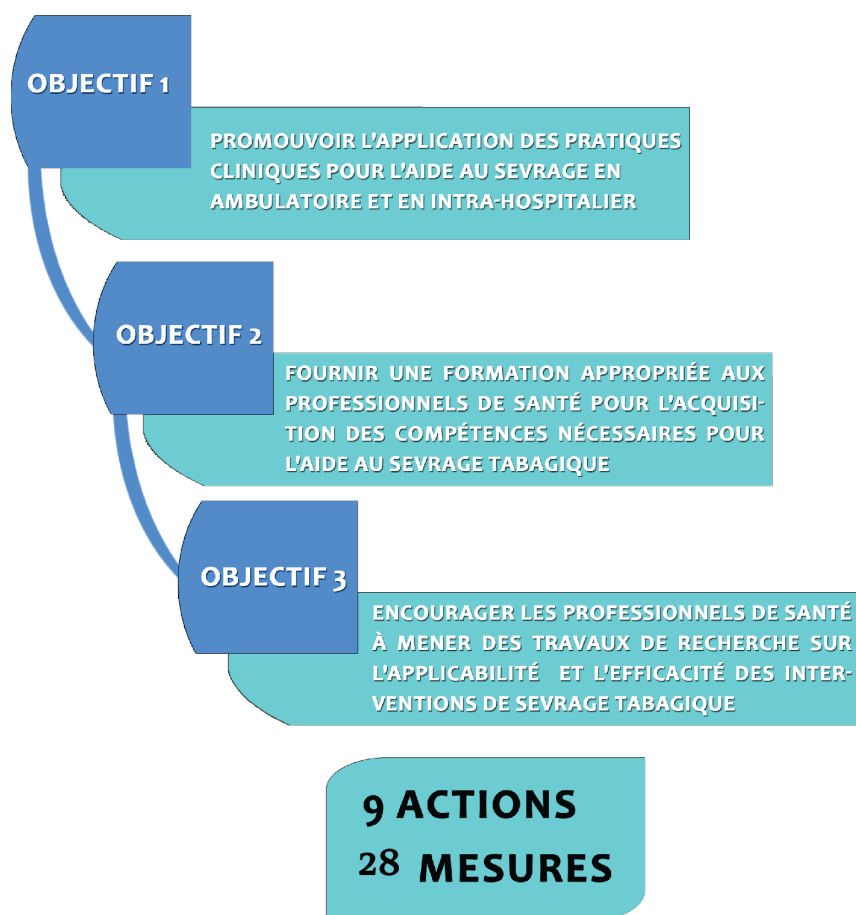
En Algérie, la stratégie nationale du sevrage focalise sur le traitement par les substituts nicotiques qui doivent être accessibles gratuitement aux fumeurs consultant au niveau des consultations d'aide au sevrage. Le financement des substituts nicotiques sous forme de dispositifs transdermiques, pastilles ou gommes est assuré par les revenus de la taxe additionnelle sur les produits du tabac reversée dans un fonds spécial «Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux».

Ceci n'exclut pas la possibilité d'exploiter pour le futur, d'autres sources de financement notamment le remboursement des médicaments par la caisse nationale d'assurance –maladie et d'autres organismes.

Les fumeurs à haut risque présentant une forte dépendance au tabac avec des échecs aux substituts nicotiques peuvent bénéficier d'un traitement avec les médicaments non nicotiques prescrits au niveau d'une consultation d'aide au sevrage.

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
<p>Action 1.3.2</p> <p>Améliorer l'accès aux substituts nicotiques</p>	<p>MESURE 40 Assurer la disponibilité des substituts nicotiques aux fumeurs consultant au niveau de toutes les consultations dédiées à l'aide au sevrage tabagique.</p> <p>MESURE 41 mettre en place un système de gestion efficace des substituts nicotiques au niveau des consultations d'aide au sevrage tabagique</p> <p>MESURE 42 Assurer la dispensation des substituts nicotiques aux patients hospitalisés sur prescription médicale pendant la durée d'hospitalisation</p>
<p>Action 1.3.3</p> <p>Assurer la disponibilité des médicaments officines</p>	<p>MESURE 43 Assurer l'approvisionnement régulier en substituts nicotiques.</p>
<p>Action 1.3.3</p> <p>Encourager la recherche pour améliorer l'accessibilité au traitement de la dépendance au tabac</p>	<p>MESURE 44 Mener un travail de recherche sur le remboursement et la gratuité des médicaments et leur impact sur les taux de sevrage.</p> <p>MESURE 45 Mener une recherche sur l'utilisation des thérapies comportementales et leur impact sur le taux de sevrage.</p> <p>MESURE 46 Mener une recherche sur l'utilisation des services d'aide au tabac par les consommateurs de tabac sans fumée 27.</p> <p>MESURE 47 Mener un travail de recherche sur un ratio efficacité/côût des traitements des substituts nicotiques.</p>

3.2.2- AXE STRATEGIQUE 2 : RENFORCEMENT DES CAPACITES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE DANS L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE



L'aide au sevrage tabagique doit être systématiquement intégrée dans la pratique clinique de tous ces professionnels de santé.

Les professionnels de la santé doivent saisir toutes les occasions pour délivrer une aide au sevrage à tous les fumeurs qui désirent arrêter de fumer. Les médecins généralistes, les dentistes et les pharmaciens des officines, du fait de leur action de proximité contribuent pour une large part à l'aide au sevrage tabagique et à son succès.

Les médecins généralistes sont consultés en premier recours par près de 90% de la population algérienne selon l'enquête Nationale santé de 2007 TAHINA. Si une intervention minimale comme le conseil bref à l'arrêt est mise en œuvre systématiquement par ces médecins, près de 64 000 fumeurs pourraient arrêter de fumer si on estime qu'au minimum 60% des 4 millions de fumeurs algériens consultent chaque année et que le taux d'arrêt du tabac produit par le conseil bref est de 2%.

A côté du rôle central des médecins généralistes, des dentistes et des pharmaciens, le personnel paramédical, toutes disciplines confondues (infirmiers, sagefemmes, kinésithérapeutes...) est également en mesure de fournir un conseil d'aide à l'arrêt du tabac permettant ainsi avec toutes les catégories des professionnels de la santé de couvrir le plus grand nombre de consommateurs de tabac dans la population.

Ce premier niveau de soins est soutenu par un niveau supérieur dans lesquels les médecins spécialistes d'organe (cardiologues, pneumologues, gynécologues, médecine du travail et médecine préventive) et les médecins généralistes formés en tabacologie seraient les référents pour les patients nécessitant une intervention plus intensive.

Tous les professionnels de la santé doivent être encouragés à intégrer le sevrage tabagique dans leur pratique et doivent être formés selon les recommandations basées sur les bonnes pratiques.

OBJECTIF 1 : Promouvoir l'application des pratiques cliniques pour l'aide au sevrage en ambulatoire et en intra-hospitalier

Action	Mesures
<p>Action 2.1.1</p> <p>Encourager les personnels de santé à jouer le rôle de modèle</p>	<p>MESURE 1 Eduquer les personnels de santé sur le rôle de modèle qu'ils doivent jouer en s'abstenant eux-mêmes de fumer.</p> <p>MESURE 2 Inciter les personnels de santé qui consomment du tabac à arrêter leur tabagisme.</p> <p>MESURE 3 Offrir au personnel de santé consommateurs de tabac une aide au sevrage tabagique.</p>
<p>Action 2.1.2</p> <p>Inciter le personnel de santé à utiliser les interventions de sevrage tabagique dans leur pratique quotidienne</p>	<p>MESURE 4 inciter les professionnels de la santé à identifier et documenter le statut tabagique (toutes formes) chez tous les consultants à chaque visite.</p> <p>MESURE 5 Utiliser les registres de consultation et les dossiers de patients pour documenter le tabagisme, le stade de préparation et les interventions de sevrage.</p> <p>MESURE 6 Offrir une aide au sevrage appropriée (en fonction du niveau de compétence et des moyens).</p> <p>MESURE 7 Référer en cas de besoin vers une consultation d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 8 Fournir des supports d'auto-aide au sevrage linguistiquement et culturellement appropriés.</p> <p>MESURE 9 Inciter les professionnels de santé à utiliser une approche collaborative multidisciplinaire pour le traitement de la dépendance au tabac.</p>
<p>Action 2.1.3</p> <p>Promouvoir la recherche pour améliorer les soins d'aide au sevrage par les professionnels de la santé</p>	<p>MESURE 10 Mener une recherche sur le rôle du paramédical dans l'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 11 Mener une recherche sur les obstacles rencontrés dans l'intégration de l'aide au sevrage dans les activités du médecin généraliste.</p>

OBJECTIF 2 : Fournir une formation appropriée aux professionnels de santé pour l'acquisition des compétences nécessaires pour l'aide au sevrage tabagique

L'absence de prise en charge de la dépendance au tabac est liée en grande partie à un manque de connaissances des professionnels de santé sur l'aide au sevrage tabagique. Très peu de disciplines des sciences de la santé ont officiellement intégré l'aide au sevrage tabagique dans les programmes de formation et dans les évaluations des compétences.

La formation a pour but de transmettre les connaissances et de faire acquérir les aptitudes essentielles pour prendre en charge l'arrêt du tabac chez les personnes qui en consomment mais aussi d'inculquer à tous les cliniciens l'importance du sevrage tabagique comme standard de bonne pratique. Elle s'adresse aux professionnels de santé en graduation, en post-graduation et en exercice.

Tous les professionnels de santé doivent être formés selon les recommandations basées sur les bonnes pratiques pour aider les fumeurs qui veulent arrêter de fumer et motiver ceux qui ne le veulent pas.

Action	Mesures
<p>Action 2.2.1</p> <p>Inclure l'aide au sevrage dans la formation initiale et post-graduée des professionnels de la santé</p>	<p>MESURE 12 intégrer la formation sur l'aide au sevrage dans le curriculum de formation initiale des professionnels de la santé (personnel paramédical, médecins, dentistes, pharmaciens, psychologues...)</p> <p>MESURE 13 intégrer la formation sur l'aide au sevrage le curriculum de formation initiale des professionnels de la santé(paramédical, médecins, dentistes, pharmaciens, psychologues...)</p> <p>MESURE 14 intégrer la formation sur l'aide au sevrage dans le curriculum de formation initiale des professionnels de la santé (personnel paramédical, médecins, dentistes, pharmaciens, psychologues...)</p>

Action	Mesures
<p>Action 2.2.2</p> <p>Organiser une formation continue au profit des professionnels de santé sur l'aide au sevrage</p>	<p>MESURE 15 Former tous les professionnels de la santé à enregistrer les cas de tabagisme, prodiguer le conseil bref et orienter vers une unité d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 16 Assurer aux médecins, dentistes et pharmaciens une formation sur la prescription et le suivi et le traitement par substituts nicotiniques.</p> <p>MESURE 17 Assurer aux psychologues une formation sur la thérapie comportemental.</p> <p>MESURE 18 Organiser des stages pratiques au profit des professionnels de santé dans les structures de référence (CHU-EHU, autres unités d'aide au sevrage performantes).</p>
<p>Action 2.2.3</p> <p>Organiser une fomation au profit des associations sur l'aide au sevrage</p>	<p>MESURE 19 Initier une collaboration et un partenariat avec les différentes associations professionnelles, sociétés savantes et comités d'expert pour assurer la formation continue pour l'aide au sevrage au profit des associations.</p>
<p>Action 2.2.4</p> <p>Assurer une formation qualifiante et diplômante aux professionnels de la santé sur l'aide au sevrage tabagique</p>	<p>MESURE 20 créer un CES de tabacologie</p> <p>MESURE 21 créer une surspécialité de tabacologie auprès du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche</p> <p>MESURE 22 Dispenser en priorité cette formation aux pro-fessionnels de santé affectés au niveau des unités d'aide au sevrage</p> <p>MESURE 23 Renforcer le CES d'addictologie par un module complet de tabacologie</p> <p>MESURE 24 Coopérer avec les experts internationaux pour la formation aux techniques intensives de sevrage et pour le partage d'expérience.</p>
<p>Action 2.2.5</p> <p>Promouvoir la recherche pour améliorer la formtion des professionnels de la santé</p>	<p>MESURE 25 Promouvoir la recherche sur les programmes efficaces de formation continue pour les différentes catégories des professionnels de la santé.</p>

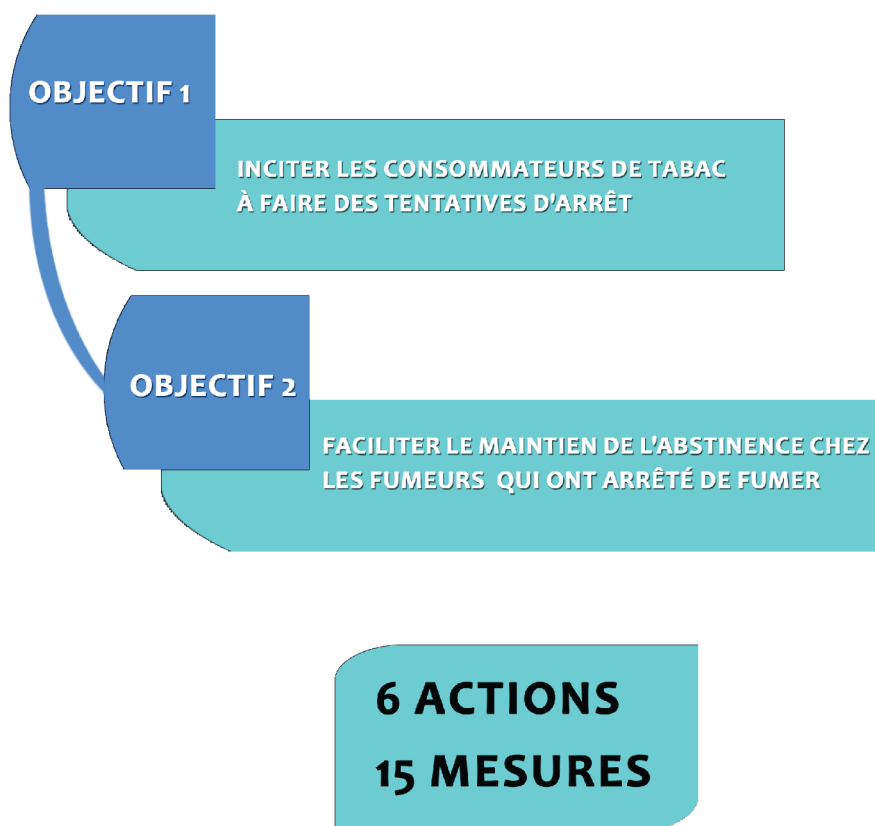
OBJECTIF 3 : Encourager les professionnels de santé à mener des travaux de recherche sur l'applicabilité et l'efficacité des interventions de sevrage tabagique

Les données scientifiques issues de travaux internationaux doivent être adaptées au contexte local compte tenu des nombreuses disparités en relation avec les conditions socio-culturelles et l'organisation des systèmes de santé. Chaque année, de nombreux travaux de recherches sont initiés par des équipes des différentes disciplines qui peuvent être concernées par la problématique posée par le tabac. Ces disciplines peuvent inclure des domaines très divers comme les sciences fondamentales, la sociologie, la psychologie, les sciences économiques, en plus de la médecine, pharmacie, chirurgie dentaire...

Pour rentabiliser la recherche et favoriser le transfert des résultats dans la pratique, les besoins en recherche dans l'aide au sevrage tabagique peuvent être régulièrement identifiés et transmis, via l'élaboration d'un réseau institutionnel, aux différents instituts, universités et écoles du territoire national.

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
Action 3.1.1 Encourager les travaux de recherche sur l'aide au sevrage dans le cadre de la progression professionnelle (mémoires de fin d'études et thèses)	MESURE 26 Mettre sur le site du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur une liste de sujets de recherche sur l'aide au sevrage en fonction de la catégorie des professionnels de la santé. MESURE 27 Inciter les facultés, les instituts de formation et les laboratoires de recherche ainsi que les professionnels de la santé à utiliser cette liste. MESURE 28 Communiquer les résultats de la recherche.

3.3- AXE STRATEGIQUE 3 : PROMOTION DES SERVICES D'AIDE



La majorité des fumeurs arrête de fumer sans l'aide de médicaments mais après avoir fait plusieurs tentatives chez 90 à 95% d'entre eux, ce qui a pour conséquence une augmentation de la durée du tabagisme et des risques liés au tabac. Les données scientifiques montrent que l'utilisation des substituts nicotiques chez les fumeurs qui veulent arrêter de fumer double les chances d'une abstinence à long terme et diminue fortement les taux de rechutes.

Dans l'enquête GATS de 2010, 72% soit près de 3 millions des fumeurs algériens voulaient arrêter de fumer et 43% soit près de 1,8 millions ont fait au moins une tentative au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Ces fumeurs doivent être encouragés à utiliser les services d'aide au sevrage pour augmenter leur chance de renoncer au tabac et de maintenir leur abstinence sur le long terme.

OBJECTIF 1 : Inciter les consommateurs de tabac à faire des tentatives d'arrêt sevrage tabagique

Dans l'enquête nationale sur le tabagisme de l'adulte (GATS 2010), la majorité des fumeurs savaient que le tabac est nocif pour la santé, même s'ils ne connaissaient pas l'ensemble des effets.

Le cancer et les maladies respiratoires étaient les effets les plus fréquemment cités par respectivement 91,3% et 85,5% des adultes. La même enquête révèle que 64,5% des adultes à partir de l'âge de 15 ans étaient informés par la famille et seulement 20,3% l'étaient par le biais des médecins.

La diffusion de l'information et l'éducation sont plus efficaces lorsqu'elles sont délivrées par des professionnels de la santé ou par des canaux officiels (campagnes de masses par média télévisées ou radiophoniques par exemple).

Cependant, la connaissance des effets du tabac ne suffit pas à motiver les fumeurs à faire des tentatives d'arrêt et la raison la plus fréquente pour arrêter de fumer rapportée par les fumeurs reste le problème de santé.

Tout symptôme pour lequel le fumeur consulte devrait être une opportunité pour les médecins de délivrer les messages nécessaires pour encourager les fumeurs à faire des tentatives d'arrêt.

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
<p>Action 3.1.1</p> <p>Augmenter la motivation des consommateurs à renoncer au tabac</p>	<p>MESURE 1 Inciter les consommateurs à utiliser les messages de sensibilisation sur les méfaits du tabagisme et les bienfaits du sevrage.</p> <p>MESURE 2 Informer sur la disponibilité de méthodes efficaces du sevrage, l'existence des services d'aide au sevrage et des modalités d'accès à ces services (sites WEB, SMS, mass media).</p>
<p>Action 3.1.2</p> <p>Inciter les consommateurs qui veulent renoncer au tabac à demander une aide</p>	<p>MESURE 3 Motiver les consommateurs de tabac qui veulent arrêter à se renseigner auprès des professionnels de la santé sur les services d'aide au sevrage et leurs bénéfices.</p> <p>MESURE 4 Promouvoir et encourager l'utilisation de l'aide téléphonique au niveau des unités de consultation.</p> <p>MESURE 5 Informer les consommateurs de tabac sur la délivrance des substituts nicotiques au niveau des unités d'aide au sevrage.</p>
<p>Action 3.1.3</p> <p>Encourager la recherche pour identifier d'autres modes de délivrance de l'aide au tabac</p>	<p>MESURE 6 Evaluer l'accessibilité, l'acceptabilité des services d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 7 Impliquer les fumeurs et ex-fumeurs dans l'amélioration des services d'aide au sevrage pour les rendre plus accessibles et plus efficaces dans divers groupes de la population (sujets âgés, sujets jeunes, population du Sud...).</p>

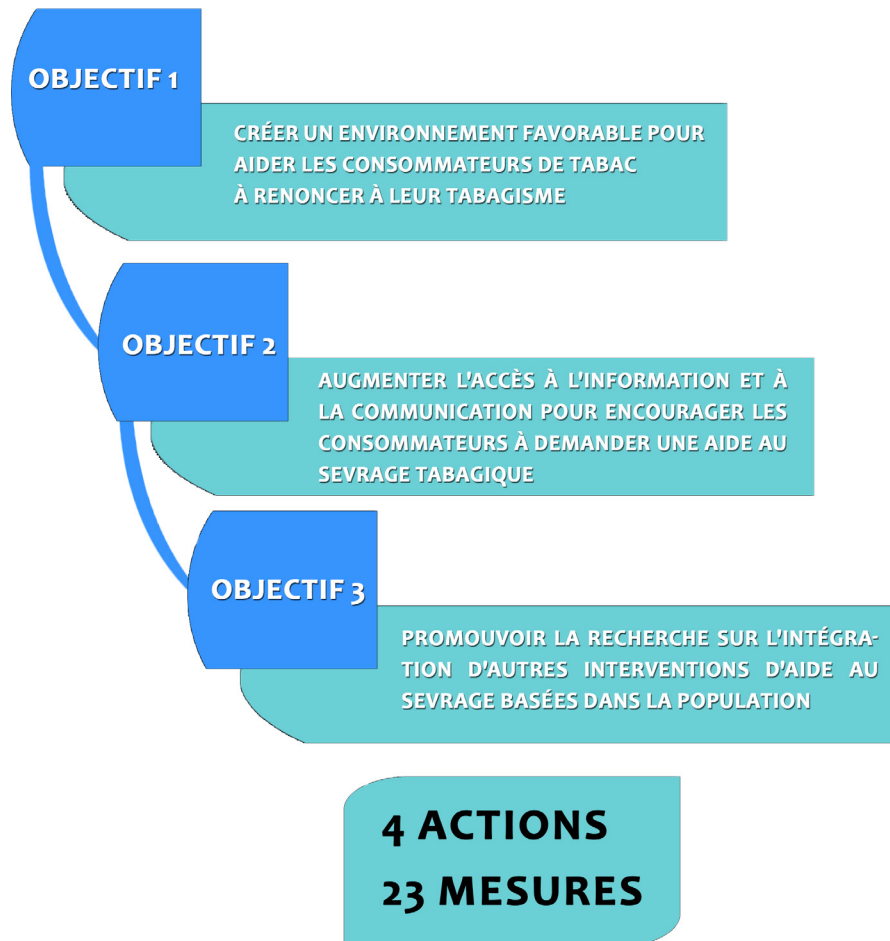
OBJECTIF 2 : Faciliter le maintien de l'abstinence chez les fumeurs qui ont arrêté de fumer

Le maintien de l'abstinence est la dernière étape d'un long processus caractérisé par de nombreuses rechutes. Ces rechutes peuvent apparaître à n'importe quel moment après l'arrêt, parfois après plusieurs années. Elles sont favorisées principalement par le stress, la recherche des effets agréables de la cigarette et l'environnement familial ou professionnel. Il est important d'informer les fumeurs que les rechutes ne représentent pas un échec de la prise en charge mais qu'elles doivent être considérées comme une expérience qui permettra aux prochaines tentatives d'aboutir à une abstinence permanente.

Les consommateurs de tabac doivent être encouragés pour utiliser correctement les services d'aide au sevrage et bénéficier des interventions de prévention des rechutes dispensées par les équipes des consultations spécialisées

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
<p>Action 3.2.1</p> <p>Encourager l'utilisation des méthodes de sevrage les plus efficaces</p>	<p>MESURE 8 Evaluer l'accessibilité, l'acceptabilité des services d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 9 Assurer un suivi régulier des consommateurs utilisant les services d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 10 Identifier et mettre en place les mesures permettant de créer un environnement qui favorise le maintien de l'abstinence (voir interventions basées sur la population).</p>
<p>Action 3.2.2</p> <p>Promouvoir le partenariat médecin consommateur de tabac pour éviter les rechutes</p>	<p>MESURE 11 Sensibiliser à chaque consultation sur les risques de rechute et leur prévention.</p> <p>MESURE 12 Faciliter et améliorer l'accès aux services de sevrage pour encourager les consommateurs de tabac à maintenir le contact avec le clinicien.</p> <p>MESURE 13 Optimiser l'efficacité de l'aide téléphonique en utilisant les appels proactifs.</p>
<p>Action 3.2.3</p> <p>Promouvoir la recherche pour encourager l'abstinence</p>	<p>MESURE 14 Identifier les obstacles rencontrés dans le maintien de l'abstinence.</p> <p>MESURE 15 Analyser la relation entre les modes de dispensation des substituts nicotiniques (gratuité, vente libre) et le maintien de l'abstinence.</p>

3.4 AXE STRATEGIQUE 4 : Promotion de l'aide au sevrage auprès de la population



Dans un programme complet d'aide au sevrage, l'approche individuelle centrée sur les consommateurs est nécessairement accompagnée d'une approche plus large basée sur des interventions à l'échelle de toute une population. Cette dernière a pour but de changer l'environnement social et les normes en rapport avec le tabagisme et peut contribuer à augmenter le taux d'arrêt du tabac chez les fumeurs en renforçant la motivation. Elle comprend plusieurs types de mesures :

1- les mesures institutionnelles telles que l'augmentation des prix du tabac, l'interdiction de l'usage du tabac sur les lieux publics, l'interdiction de la publicité et de la promotion des produits du tabac, les avertissements sanitaires sur l'emballage des produits du tabac

2- les campagnes d'information de masse et la ligne d'aide téléphonique au sevrage tabagique.

OBJECTIF 1 : Créer un environnement favorable pour aider les consommateurs de tabac à renoncer à leur tabagisme

Les mesures qui accompagnent l'aide au sevrage tabagique dans la stratégie MPOWER, forment un véritable dispositif de soutien au sevrage tabagique dans la population. Elles créent un environnement propice à la mise en œuvre des mesures d'aide au sevrage et contribuent à l'augmentation des taux d'abstinence notamment chez les jeunes et en milieu de travail.

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
<p>Action 4.1.1</p> <p>Collaborer avec les autres secteurs pour appliquer les mesures visant à encourager l'arrêt du tabac</p>	<p>MESURE 1 Renforcer l'interdiction de fumer dans les lieux publics.</p> <p>MESURE 2 Elaborer et/ou renforcer le dispositif répressif concernant le non-respect de l'usage du tabac dans les lieux publics.</p> <p>MESURE 3 Renforcer l'interdiction de la publicité, de la promotion pour les produits du tabac et le parrainage</p> <p>MESURE 4 Veiller à l'augmentation régulière des prix des produits de tabac.</p> <p>MESURE 5 Renforcer les avertissements sanitaires sur les emballages des produits du tabac en incluant des pictogrammes.</p>

OBJECTIF 2 : Augmenter l'accès à l'information et à la communication pour encourager les consommateurs à demander une aide au sevrage tabagique

La diffusion de l'information par des campagnes d'information choc diffusées massivement par divers canaux : télé, radio, presse, brochures, affiches et réseaux sociaux... est une des stratégies efficaces de lutte contre le tabagisme qui permet de réduire la consommation de tabac chez les jeunes et les adultes.

Les campagnes de masse ont fait la preuve de leur efficacité dans leur capacité à changer les comportements et les normes sociales en relation avec le tabac, à motiver les fumeurs à faire des tentatives d'arrêt et à arrêter de fumer avec ou sans aide ainsi qu'à encourager les fumeurs à demander une aide au sevrage.

Les associations de malades, notamment les associations de lutte contre le cancer en Algérie sont largement impliquées dans cette stratégie et représentent un partenaire indispensable du secteur de la santé. Leur influence et leur expérience dans le domaine de la promotion de l'aide au sevrage dans la population devrait être mise à profit pour renforcer l'action gouvernementale pour la création d'un environnement social favorable à l'arrêt du tabac.

En complément des campagnes d'information de masses, l'ouverture d'un site internet dédié à l'aide au sevrage peut contribuer à augmenter l'accès et les bénéfices de l'aide au sevrage dans plusieurs sous-groupes de la population.

La population doit être informée sur l'existence des différents services de sevrage (consultations, disponibilité des substituts nicotiniques, site internet) par plusieurs moyens, avec les coordonnées précises de ces services.

Action	Mesures
<p>Action 4.1.1</p> <p>Collaborer avec les autres secteurs pour appliquer les mesures visant à encourager l'arrêt du tabac</p>	<p>MESURE 6 Promouvoir le développement et l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques pour l'élaboration de campagnes médiatiques efficaces.</p> <p>MESURE 7 Identifier les messages d'une campagne médiatiques qui ont fait la preuve de leur efficacité dans l'aide au sevrage et promouvoir leur utilisation.</p> <p>MESURE 8 Organiser des campagnes durables et répétées.</p> <p>MESURE 9 Diffuser ces messages en utilisant la télévision et la radio à des heures de grande écoute.</p> <p>MESURE 10 Soutenir les campagnes d'information via la télévision et la radio par d'autres médias : presse écrite, événements locaux ou régionaux...</p> <p>MESURE 11 Impliquer les médias privés dans les campagnes de sensibilisation d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 12 Assurer le financement des campagnes médiatiques en utilisant le Fonds spécial et d'autres sources de financement.</p> <p>MESURE 13 Concevoir et diffuser les brochures d'autoaide, des affiches..</p> <p>MESURE 14 Soutenir les campagnes médiatiques par l'apposition de pictogrammes sur les paquets de cigarettes .</p> <p>MESURE 15 Soutenir les campagnes d'information par l'ouverture d'un site internet d'aide au sevrage tabagique et le faire connaître lors des campagnes de sensibilisation du public ainsi qu'à travers les réseaux sociaux.</p>
<p>Action 4.2.2</p> <p>Collaborer avec le mouvement associatif et d'autres organismes pour promouvoir l'aide au sevrage tabagique dans la population</p>	<p>MESURE 16 Créer une association nationale de lutte contre le tabagisme ou fédérer les associations existantes qui œuvrent dans la lutte antitabac.</p>

<i>Action</i>	<i>Mesures</i>
	<p>MESURE 17 Accompagner toutes les associations qui intègrent la lutte antitabac dans leurs activités en les associant au processus d'élaboration des stratégies de communication en matière d'aide au sevrage.</p> <p>MESURE 18 Initier la participation des associations de jeunes pour la promotion de l'aide au sevrage chez l'enfant et l'adolescent.</p> <p>MESURE 19 Collaborer avec le ministère des affaires re-ligieuses pour la promotion de l'aide au sevrage tabagique dans les mosquées.</p> <p>MESURE 20 Collaborer avec le ministère de la jeunesse. et des sports pour la promotion de l'aide au sevrage en utilisant l'image de personnalités sportives et les divers évènements sportifs.</p> <p>MESURE 21 Généraliser la promotion de l'aide au sevrage aux autres secteurs.</p>

OBJECTIF 3 : Promouvoir la recherche sur l'intégration d'autres interventions d'aide au sevrage basées dans la population

L'aide téléphonique grâce à un numéro gratuit national est une méthode efficace de sevrage dans la population. Elle a l'avantage de diminuer les obstacles logistiques au conseil, d'augmenter l'utilisation des services d'aide au sevrage, de rassurer les consommateurs par son caractère quasi-anonyme et de permettre un suivi régulier à long terme grâce aux appels proactifs. De plus, le conseil téléphonique repose sur un protocole structuré qui fournit le contenu minimal acceptable pour chaque session et qui le rend acceptable pour une application à large échelle.

Cette aide téléphonique qui fait appel à un numéro national pourrait être mise en place en Algérie après une évaluation sur les procédés et les résultats d'une expérience locale ou régionale dans le cadre d'un projet de recherche. Elle pourrait aussi bénéficier des expériences des lignes téléphoniques d'aide au sevrage mises en place dans les consultations intra- et extra-hospitalières.

D'autres moyens technologiques visant plusieurs groupes de la population pourraient également être explorés dans le cadre de la recherche pour améliorer l'accès de l'aide au sevrage au plus grand nombre de consommateurs de tabac.

Action	Mesures
Action 4.3.1 Encourager la recherche pour des interventions s'appuyant sur d'autres technologies	MESURE 22 Mettre en place à titre expérimental au niveau d'une wilaya un numéro gratuit pour l'aide téléphonique et l'évaluer. MESURE 23 Explorer la possibilité d'une aide au sevrage grâce à la téléphonie mobile (texto).

CHAPITRE IV: FINANCEMENT, SUIVI ET EVALUATION

4.1 FINANCEMENT

Le financement des activités d'aide au sevrage se base sur le fonds d'affectation spécial « fonds des urgences et activités de soins et fonds cancer » et d'autres sources de financement public pouvant impliquer d'autres secteurs que celui de la santé compte tenu du caractère intersectoriel des actions. Les postes de dépenses les plus importants sont en relation avec les médicaments (substituts nicotiques), la communication et la formation. La budgétisation des activités de l'aide au sevrage fait l'objet d'un rapport dédié au financement des activités de lutte contre le tabagisme et intégré dans le plan de financement global du plan stratégique de lutte contre les facteurs de risque des MNT.

4.2 SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale d'aide au sevrage permettent de suivre la mise en œuvre des différentes mesures du plan stratégique d'aide au sevrage et d'en évaluer l'impact dans le but d'identifier les éventuels obstacles rencontrés et de réorienter les actions.

Ces éléments s'intègrent dans le plan global de suivi et d'évaluation du plan intersectoriel de lutte contre les facteurs de risque des MNT.

L'évaluation du fonctionnement et de l'efficacité des consultations d'aide au sevrage est un élément important de ce plan. Elle implique la mise en place d'un système d'information permettant de recueillir des indicateurs pertinents dont la liste figure en annexe

BIBLIOGRAPHIE

1. Global Adult Tobacco Survey. Enquête nationale sur la prévalence du tabagisme. dans la population adulte en Algérie. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2010
2. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 AE , 2004
3. MPOWER. A policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva, World Health Organization 2008
4. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2003
5. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Geneva, World Health Organization 2003.
6. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Directives pour l'application de l'article 14.Genève, Organisation mondiale de la santé 2011.
7. Skander F., Larbaoui D. Epidémiologie du tabagisme dans la Wilaya d'Alger. Rev Epidémiol Santé publique. 1989; 37 :143-148
8. Algeria STEPS Survey 2003. WHO STEPS chronic disease risk factor surveillance fact sheet www.who.int/chp/steps
9. Rapport de l'enquête mondiale en milieu scolaires sur la santé des élèves. GSHS/Algérie 2010. MSPRH, 2012.
10. Global Youth Tobacco Survey. Fact Sheet Algeria 2013. www.afro.who.int
10. Global Health Professionals student survey (GHP.SS) Algérie 2007. DP/MSPRH-INSP,2007
11. Global Adult Tobacco Survey Algérie, MSPRH 2010.
12. Enquête Nationale Santé (TAHINA) Algérie, INSP, 2007
13. The tobacco Atlas. 5th Edition. American Cancer Society, 2015. www.TobaccoAtlas.org
- 14,15. The World Health 2002 : Reducing risks, promoting healthy life, Geneva, world health organization, 2002
16. Tageldin MA, Nafti S, Khan JA et al. Distribution of COPD-related symptoms in the Middle East and North Africa : results of the BREATHE study. Respiratory Medicine (2012), 106 (S2), S25-S32
17. Khelafi R, Aissanou A.,Tarsift S.Skander F. Épidémiologie de la bronchopneumopathie chronique obstructive dans la wilaya d'Alger. RevMal Resp 201128 (1) : 32-40 .

18. Société algérienne de cardiologie. Enquête de prévalence « un jour donné ». les urgences cardiovasculaires dans la région d'Alger. 2013
19. Etude des causes de décès. TAHINA 2002. www .ands.dz/insp
20. Globocan 2012 : estimated Cancer incidence, mortality and prevalence world wide in 2012. www. globocan.iarc.fr
- 20,21. WHO European strategy for smoking cessation policy. World Health Organization 2004
21. Rapport du séminaire TAIEX. DP/MSPRH- UE, 2014
21. Global Burden of Disease (Algeria). Institute of Health Metrics and Evaluation. GBD publications, 2010
22. Euromonitor International. Tobacco in Algeria. <http://www.portal.eurmonitor.com>
23. CDC, Smoking Attributable Mortality, Years of potential Life lost, and Productivity Losses. United States, 2000-2014, MMRWR2008, ;57 (45) ; 1226-1228
23. Mc Neill A., Raw M., Whybrow J., Bailey P. A national strategy for smoking cessation treatment in England. Addiction 2005,100 :1-11
24. Fiore MC., Croyle RT., Curry SJ. et al. Preventing 3 Million Premature Deaths and Helping 5 Million Smokers Quit: A National Action Plan for Tobacco Cessation. Am J Public Health. 2004; 94 :205-210.
24. Kopp P., Fenoglio P. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes. www.ofdt.fr, 2005
25. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising promotion and sponsorship. World Health Organization 2013.
25. Plan stratégique national de lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2014-2018. MSPRH, 2014
26. Plan national Cancer 2015-2019. Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade. Alger, ANDS, 2004
27. Instruction ministérielle N°10/MSPRH du 4 Décembre 2014 relative à l'interdiction de l'usage du tabac dans les établissements de santé : « Hopitaux sans tabac ».
28. Instruction ministère N° /MSPRH du relative à l'ouverture des consultation d'aide au sevrage tabagique
29. Loi n° 01-21 du 22 décembre 2001, portant loi finances pour 2002. Article 36. Code des impôts indirects et taxes assimilés
30. Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control World Bank World Bank publications, 1999, p.80

31. Background. Future world tobacco deaths. Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit; University of Oxford, 1998
32. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. Mise en place d'espaces non-fumeurs. Organisation mondiale de la Santé, 2009.
33. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva. World Health Organization, 1994.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 th edition. Washington: American Psychiatric Association. 2013.
35. Steinberg MB, Schmelzer AC, Richardson DL, Foulds J: The Case for Treating Tobacco Dependence as a Chronic Disease. *Ann Intern Med* 2008, 148: 554-556.
36. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. DHHS Publication No. (CDC) YO-K-116. 1990
37. Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guidelines , Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service, Guidelines Update 2008, available at <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>
38. Maciosek MV., Coffield AB., Edwards NM., Flottemesch TI., Goodman MJ., Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 2006 Jul;31 (1):52-61.
39. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) : tobacco-use. WHO/AFR D. 2010 available at www.who.int/choice/cost-effectiveness/results.
40. Ebbert JO., Montori V., Vickers KS., et al. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane database of Systematic Reviews* (4), CD004306. doi :10.1002/14651858.CD004306.pub3

