

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

Direction de la prévention

I.N.S.P

Observatoire Régional de la Santé Est

**GLOBAL HEALTH PROFESSIONALS STUDENT
SURVEY (G.H.P.SS)
ALGERIE/2007**

Avec l'appui de l'O.M.S.

*

INTRODUCTION

Le tabagisme est reconnu par l'OMS comme toxicomanie et comme la première cause de mortalité évitable. Dans le monde entier, le tabac tue chaque année trois millions de personnes et ce chiffre ne fait qu'augmenter. Les données les plus récentes indiquent que le nombre annuel de décès devrait passer de 4,9 millions en 2000 à plus de 10 millions en 2020, causées par les méfaits du tabac. Environ 500 millions d'individus aujourd'hui en vie peuvent s'attendre à mourir à cause du tabac. 250 millions de ces personnes décéderont entre 35 et 69 ans ; à moins que des interventions efficaces n'aient porté leurs fruits.

Actuellement, un jeune adulte sur deux, dans la tranche d'âge 18-24 an, fume. Les informations sur les méfaits du tabagisme n'ont pas, dans cette population, un réel impact sur la décision d'arrêter de fumer car le « bénéfice » immédiat (plaisir éprouvé, dimension sociale de la cigarette, stimulation intellectuelle) l'emporte sur la considération d'un risque qui se situe à long terme ; viennent s'ajouter à cela les propriétés additives de la nicotine qui rendent le sevrage difficile.

C'est dans les pays en développement que cette augmentation sera la plus importante. Pour endiguer l'épidémie de tabagisme chez les jeunes et les adultes, il est essentiel de veiller à l'application la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et d'initier toutes les mesures de lutte contre le tabac fondées sur l'expérience et susceptibles de réduire ce phénomène.

Une meilleure connaissance des risques qui sont liées à l'usage du tabac sur la santé ont emmené l'organisation mondiale de la santé et ses partenaires à définir avec tous les pays une stratégie de lutte, de prévention et de surveillance de ce phénomène.

Ce contrôle ne peut s'effectuer sans le développement d'une base de données fiables sur l'usage du tabac et les caractéristiques de sa propagation dans certaines catégories de la population, objectifs essentiels du global tobacco survey systeme (GTSS).

Le GTSS comprend le (GYTS) surveillance des jeunes en milieu scolaire, des adultes (GATS) des professionnels de l'enseignement (GGSPS) et les professionnels étudiants en santé (GHPSS).

Les deux enquêtes GYTS et GHPSS) ont été réalisées récemment en mars –avril 2007 en Algérie intégrant ainsi notre pays à ce réseau de surveillance sous l'égide de l'OMS et avec l'appui technique du CDC

L'étude dont il s'agit dans ce rapport fait partie du GHPSS (global health professional students survey) concerne la surveillance du tabagisme chez les étudiants en troisième année de médecine, de chirurgie dentaire, de pharmacie et les paramédicaux.

METHODE

L'échantillonnage et le type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, qui a concerné l'ensemble des étudiants de troisième année de médecine, de chirurgie dentaire de pharmacie et les paramédicaux.

Pour les commodités de l'enquête ; trois universités ont été retenues :

Constantine ; Annaba à 150 km à l'est et, Batna à 120 km au sud de Constantine (cf. carte jointe en annexe)

Il s'agit d'une enquête par questionnaire , auto administré

L'outil de collecte des données : LE QUESTIONNAIRE :

Le questionnaire est de type anonyme, auto administré, (Ci joint en annexe).

Exception faite des questions concernant l'âge, le sexe, toutes les questions sont à choix multiple et sont relatives au tabagisme portant essentiellement sur:

- *La prévalence du tabagisme parmi les professionnels de la santé*
- *L'exposition à la fumée du tabac et l'environnement :*
Réglementation et exposition au tabagisme passif
- *Comportement/Sevrage :* Sevrage et perception du rôle des personnels de santé dans l'éducation des patients
- *Programmes didactiques/formation*

L'exécution de l'enquête :

L'équipe de l'enquête était composée d'un groupe de médecins épidémiologistes et de médecins généralistes. Quatre enquêteurs et un superviseur par Faculté La coordination était assurée au niveau de l'observatoire régionale de la santé Est à Constantine.

Une formation d'une journée a été organisée pour toutes les équipes à la faculté de médecine de Constantine ,conformément au protocole remis par le C.D.C/O.M.S ; un guide et des documents ont été remis aux enquêteurs et un planning a été proposé et adopté .

L'enquête ciblait l'ensemble des étudiants de troisième année des trois universités soit deux mille soixante quinze étudiants (**2075**) repartis comme suit (voir tableau 1 ci - dessous)

L'analyse des données a été faite par le département des maladies chroniques du C.D.C Atlanta (U.S.A.).

RESULTATS :

La majorité des étudiants retenus ont répondu soit plus de **70 pour cent de l'échantillon représenté dans le tableau suivant en fonction des disciplines de santé (tableau 1)**

Tableau 1. Les taux de Réponse des étudiants de 3ème Année des facultés de médecine, de Pharmacie, de chirurgie dentaire et école paramédicale, Algeria GHPSS 2007

	Chirurgie dentaire	Medecine	Paramedicale *	Pharmacie
Faculte(%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Faculte(n)	2	3	3	3
Etudiants(%)	76.7	78.0	68.4	79.4
Etudiants(n)	<u>227</u>	<u>1100</u>	<u>271</u>	<u>477</u>

*Ecole

R 1 Le tabagisme parmi les professionnels de la santé :

- Prévalence du tabagisme et usage du tabac

Tableau 2. Durée et Fréquence Actuelle d'Utilisation de Tabac parmi des étudiants de 3ème Année des facultés de médecine, de Pharmacie, de chirurgie dentaire et école paramédicale. Algeria GHPSS 2007

Tous les répondants				Consommateurs actuels	
	<i>Ayant fumé au moins une fois des cigarettes</i>	fumeurs qui ont été initié au tabagisme quotidien avant l'âge 16	Ayant toujours pris autre types de tabacs chewing tobacco, snuff, cigars, or pipes	de Cigarettes	de Chewing tobacco, snuff, cigars, or pipes
	ESMOKER % (CI)	INITIATION16 % (CI)	EOTOB % (CI)	CSMOKER % (CI)	COTOB % (CI)
Etudiants en dentaire					
Total	42.9 (39.5 – 46.3)	56.3 (49.2 - 63.2)	24.6 (22.0 - 27.4)	10.2 (8.2 - 12.6)	5.1 (3.8 - 6.8)
Femmes	34.3 (30.5 - 38.3)	45.8 (33.7 - 58.4)	28.1 (24.7 - 31.7)	4.6 (3.1 - 6.7)	1.6 (0.8 - 3.2)
Hommes	60.6 (55.4 – 66.4)	61.0 (52.5 - 69.0)	19.0 (15.3 – 23.4)	20.1 (15.7 – 25.4)	10.6(7.7 - 14.4)
Etudiants en medecine					
Total	44.4 (43.0 – 45.9)	56.3 (53.2 - 59.4)	28.4 (27.1 - 29.6)	9.0 (8.1 - 9.9)	4.1 (3.6 - 4.7)
Femmes	36.0 (34.4 - 37.7)	44.2 (39.2 - 49.3)	28.1 (26.6 - 29.6)	3.0 (2.5 - 3.7)	1.1 (0.8 - 1.5)
Hommes	65.3 (62.6 - 67.9)	64.5 (60.5 - 68.2)	28.8 (26.5 - 31.1)	23.7 (21.3 - 26.2)	11.0 (9.5 - 12.8)
Etudiants paramedicaux					
Total	41.2 (36.9 – 45.7)	63.8 (53.1 – 73.3)	32.0 (28.0 – 36.3)	2.4 (1.4 – 4.1)	2.3(1.3 – 3.9)
Femmes	36.4 (31.8 – 41.1)	66.2 (51.6 – 78.3)	30.2 (26.0 – 34.9)	1.3 (0.6 - 2.8)	0.8 (0.3 – 2.3)
Hommes	71.5 (60.2 – 80.6)	60.5 (44.4 – 74.6)	40.9 (31.1 – 51.6)	8.5 (3.9 – 17.5)	9.8 (5.2 – 17.6)
Etudiants en Pharmacie					
Total	43.3 (41.2 - 45.5)	49.3 (44.3 - 54.3)	33.6 (31.7 - 35.6)	8.5 (7.4 – 9.9)	4.3 (3.5 - 5.3)
Femmes	34.5 (32.1 - 37.0)	60.2 (51.2 – 68.6)	33.5 (31.2 – 36.0)	2.3 (1.6 - 3.3)	0.4 (0.2 - 1.0)
Hommes	62.8 (58.9 - 66.6)	44.4 (38.5 – 50.5)	33.8 (30.5 - 37.2)	21.6 (18.6 - 25.0)	11.9 (9.7 - 14.5)

R2 Réglementation et exposition au tabagisme passif (Tableau 3)

Tableau 3. Réglementation et Exposition à la Fumée parmi les étudiants de 3ème Année des facultés de médecine, de Pharmacie, de chirurgie dentaire et école paramédicale, , Algeria GHPSS 2007

	Fumeurs de cigarettes			Tous les répondants		
	Ayant fumé dans locaux de universitaires Durant l'année passée	Ayant fume dans les immeubles universitaires Durant l'année passée	Faculté et écoles ayant une réglementation officielle interdisant de fumer dans dans les immeubles et cliniques de la faculté	Faculté et écoles ayant une réglementation officielle interdisant de fumer dans les immeubles et cliniques de la faculté et qui l'ont mise en application	Exposé à la fume a la maison Durant la semaine passée	Exposé à la fumée dans les lieux publics la semaine passée
	CORE4 % (CI)	CORE5 % (CI)	SCH_POLICY % (CI)	SCHPOLICYE NFORCE % (CI)	ETS_HOME % (CI)	ETS_OTHERPL ACES % (CI)
Etudiants en dentaire	27.5 (21.0 - 35.0)	25.1 (18.9 - 32.4)	44.3 (41.0 - 47.6)	34.1 (29.5 - 39.1)	28.0 (25.1 - 31.0)	34.4 (31.3 - 37.6)
Etudiants En medecine	30.5 (27.4 - 33.8)	24.8 (22.0 - 27.9)	29.8 (28.5 - 31.1)	25.0 (22.7 - 27.3)	27.0 (25.7 - 28.3)	38.4 (37.0 - 39.8)
Etudiants Paramédic aux	16.9 (9.1 - 29.1)	7.2 (2.4 - 19.7)	62.8 (58.5 - 66.9)	41.2 (35.7 - 46.9)	29.3 (25.5 - 33.4)	45.8 (41.6 - 50.2)
Etudiants En pharmacie	30.8 (26.2 - 35.8)	20.7 (16.8 - 25.3)	31.2 (29.3 - 33.2)	24.6 (21.5 - 28.1)	25.1 (23.4 - 27.0)	41.4 (39.3 - 43.5)

R3 Sevrage et perception du rôle des personnels de santé dans l'éducation des patients (tableau 4)

Tableau 4. Perception de la responsabilité parmi les étudiants fumeurs de médecine, pharmacie, chirurgie dentaire et paramédicaux pour Conseiller les Patients dans le sevrage et l'Éducation, Algeria GHPSS 2007

			Pourcentage qui ont répondu "oui"		
			Des professionnels de santé servent-ils de modèles à émuler pour leurs patients et le public	Les professionnels de santé devraient-ils obtenir la formation spécifique sur des techniques de cessation	
	CESS_CIGS % (CI)	CESS_OTOB % (CI)	TOT_CORE20 % (CI)	TOT_CORE19 % (CI)	CORE36 % (CI)
Etudiants en dentaire	92.1 (81.3 - 96.9)	60.0 (38.6 - 78.2)*	62.7 (59.4 - 66.0)	83.0 (80.4 - 85.3)	44.6 (41.2 - 48.0)
Etudiants En médecine	68.7 (63.2 - 73.6)	65.3 (56.4 - 73.3)	53.7 (52.3 - 55.2)	89.7 (88.7 - 90.5)	36.1 (34.7 - 37.5)
Etudiants Paramédicaux	55.0 (20.3 - 85.4)*	100.0*	68.1 (64.1 - 72.0)	95.7 (93.6 - 97.2)	46.7 (42.4 - 51.0)
Etudiants En pharmacie	90.1 (83.9 - 94.1)	77.9 (66.2 - 86.3)	63.0 (60.9 - 65.1)	94.8 (93.8 - 95.7)	41.8 (39.7 - 44.0)

DISCUSSION

Notre discussion portera :

- d'une part sur la prévalence du tabagisme chez les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire, en pharmacie et chez les paramédicaux,
- d'autre part sur la prise de conscience de leur rôle dans la lutte contre ce fléau
La connaissance de la réglementation de restriction de l'usage du tabac et son application au sein des établissements de formation universitaires et sanitaires, ainsi que sur leur aptitude au sevrage et la perception du rôle des personnels de santé dans l'éducation des patients.

L'enquête a touché l'ensemble des établissements retenus et plus de **70 pour cent** ; des étudiants ont répondu au questionnaire correctement.

D 1 La prévalence du tabagisme parmi les professionnels de la santé :

L'analyse des données recueillies, montre **que la prévalence globale des fumeurs actuels est de 9.0 pour cent** chez les étudiants tout sexe et discipline confondu (2.4)

Soit en moyenne **un étudiant sur cinq fume la cigarette.**

Le taux faible chez les femmes (4.6 %) en dentaire, (3.0 %) en médecine et (2.3%) en pharmacie, est probablement sous estimé.(2.4)

En effet parmi les étudiants qui ont fumé au moins une fois, nous retrouvons une **forte prévalence aussi bien chez les hommes que chez les femmes avec plus de 40 pour cent des étudiants tout sexe et discipline confondus (tableau 2.1)**

Le tabac est consommé de nombreuses façons bien que les cigarettes restent le problème principal

Si on associe à ces résultats , **l'usage actuel des autres types de tabac** (tabac à chiquer très répandu en Algérie et probablement moins chez les étudiants, la sniff, le cigare, la pipe et autres) entre **2.3 % et 5.1 %** des étudiants en consomment (Tableau 2 colonne 3) et plus de 25 pour cent (Tableau 2 colonne 5) ont en pris au moins une fois ; ont compris l'importance du tabagisme dans cette catégorie de la population et ces résultats sont à prendre en considération pour les prochaines études

De même pour **l'âge de prise de la première cigarette, plus de 50% affirment avoir fumé avant seize ans** (tableau 2.2)

Ces données rejoignent les données observées dans l'ensemble des pays où l'étude a été faite, et témoignent de la vulnérabilité avant 16 ans de la majorité des jeunes quelque soit le sexe et le lieu.

D2 Réglementation et exposition au tabagisme passif

En plus des maladies contractées par les fumeurs eux-mêmes, des cancers, des maladies cardio-vasculaires et des maladies respiratoires infantiles peuvent être causées par l'exposition à la fumée d'autres personnes, ce que l'on appelle la fumée passive ou la fumée environnementale.

Il faut rappeler l'article 8 de WHO F/CTC qui aborde la question *"de la protection de l'exposition à la fumée de tabac"* Les partis reconnaissent que la preuve scientifique a explicitement établi cette exposition à la fumée de tabac cause la mort, la maladie et l'incapacité. Chaque parti adoptera et mettra en oeuvre, les mesures, prévoyant la protection de l'exposition à la fumée de tabac dans des lieux de travail d'intérieur, des transports en commun, des endroits publics d'intérieur et d'autres places publiques ". (1)

Plus du quart de l'ensemble des étudiants toutes disciplines confondues signalent avoir été exposés à la fumée de la cigarette chez eux durant la dernière semaine passée dans leur domicile (Tableau 3 colonne 5)

.Et plus d'un tiers dans les lieux publics (table 3 colonnes 6)

Il est nécessaire de rappeler que **concernant les lieux publics la loi en Algérie, à l'exception des établissements scolaires et sanitaires n'est pas précise.**

La loi interdisant de fumer dans les lieux publics en Algérie ne concerne que quatre lieux sur les huit recommandés par le rapport sur l'épidémie globale du tabagisme (lieux de soins, de l'éducation, les universités, les administrations gouvernementales, les restaurants pub et bar, et d'autres lieux de travail,)(2),

Le lieu (loisirs, travail, ect...) est de plus en plus un critère d'appréciation de l'existence et de l'application de la réglementation anti-tabac. Si les établissements universitaires et sanitaires sont concernés par cette réglementation en Algérie, aucune mesure d'application, ni aucun contrôle ne sont engagés dans ce sens.

Plus du tiers des étudiants interrogés sont **informés** de l'existence d'une réglementation sur la restriction de l'usage du tabac dans les institutions universitaires et sanitaires. Ils reconnaissent que seulement le quart des établissements l'appliquent actuellement (Tableau 3 colonne 4) mais d'une manière très formelle se limitant souvent à des panneaux de signalisation très mal étudiés et souvent invisibles.

.Sans aucune restriction, plus du quart des étudiants fument sur les lieux d'études et/ou aux alentours (tableau 3 colonne 1 et 2) et plus de 20 % affirment fumer à l'intérieur des locaux de leurs établissements. (Tableau 3 colonne 2)

Les sanctions ne sont pas prévues par le législateur ce qui expliquera en partie le non respect des nombreuses indications et panneaux au niveau de ses endroits

D3 Sevrage et perception du rôle des personnels de santé dans l'éducation des patients (tableau 4)

Cessation

Outre les raisons liées au nombre de morts, le tabagisme est un problème de santé publique unique à cause des difficultés de sa prévention.

.Malgré un environnement défavorable pour l'arrêt du tabac ; absence de formation et d'information dans ce domaine ; moyens très insuffisants pour la pratique sportive ,inexistence d' activités culturelles et de **loisirs ; plus des 3/4 d'étudiants fumeurs de cigarettes** (Tableau 4 colonne 1) **et 2/3 parmi ceux qui utilisent d'autre formes de tabac actuellement** souhaitent arrêter de fumer,

Ces indicateurs montrent qu'il est urgent de renforcer les mesures de réduction concernant la dépendance de tabac et la cessation

L'article 14 de la WHO F/CTC aborde la question "... des mesures de réduction concernant la dépendance de tabac et la cessation"

Chaque parti essaye de concevoir et mettre en oeuvre des programmes efficaces à promouvoir la cessation d'utilisation de tabac,des institutions éducatives,.... des services médicaux, des lieux de travail et des environnements sportifs''(1)

Et le rapport globale sur l'épidémie tabagique de 2008 " Les pays doivent établir des programmes fournissant le traitement bon marché, efficace pour les utilisateurs de tabac qui veulent échapper à leur penchant. "(2) incitent les pays a prendre en considération cet aspect important dans la lutte contre le tabagisme.

En Algérie comme dans la majorité des pays d'Afrique, les supports à l'application de ces recommandations sont insuffisants ou inexistantes surtout (en matière d'I.E.C. , de soins, de consultation de sevrage

Par ailleurs le rapport sur le sevrage du tabac chez les jeunes : "Guide for MaKing informed Décision " : résume la préoccupation de tous les programme de sevrage des différents pays « ..la revue de 66 articles d'études sur le sevrage tabagique chez les jeunesconclue que la plupart des études manquent de qualité et de consistance pour permettre de conclure sur des recommandations pour des pratiques effectives dans ce domaine..... » D'où la nécessité de plus de recherche pour identifier et évaluer les programmes plus efficaces pour la cessation.

. « ...si environ la moitié des fumeurs risquent de mourir à cause de la cigarette mais il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer :les médecins britanniques qui ont arrêté de fumer ; même entre 35 et 69 ans ,ont vu leur espérance de vie augmenter ... »

Si quelques consultations de sevrages se développent au niveau de certains secteurs sanitaires (deux dans les régions concernées par l'enquête), aucune consultation n'est proposée à l'étudiant dans le cadre de la santé universitaire.

Dans le monde seul 09 pays disposent de services destinés à la tabacodépendance Il faut cependant faire la différence entre des consultations de tabacologie, qui peuvent et doivent être assurés surtout par des généraliste et dont les principale action est l'information ,l'éducation et la communication accompagnée de quelques mesures cliniques et thérapeutiques et des services réservés aux sujets les plus dépendants

2).

“Sur les 13,8 millions de Français fumeurs, 16,5 % ont une dépendance physique au tabac. Parmi ces derniers, les fumeurs « résistants au sevrage » sont particulièrement difficiles à traiter.

Selon une étude transversale britannique, ces fumeurs, souvent de catégorie sociale défavorisée, auraient les caractéristiques suivantes : moins de 1 jour sans fumer une cigarette au cours des 5 dernières années, pas de tentative de sevrage au cours de l'année écoulée et pas de souhait d'arrêter de fumer ni d'intention d'arrêter dans le futur. Bien qu'on ne dispose que de peu de données sur ce noyau dur de fumeurs, les « hardcore smokers », on sait qu'ils sont fortement dépendants au tabac et que leur durée d'exposition est longue. Ce sont surtout ces fumeurs qui relèvent des dispositifs spécialisés d'aide au sevrage tabagique. La prise en charge proposée est pluridisciplinaire (tabacologue, psychologue, diététicien, addictologue...), et le suivi assuré sur le court et moyen terme. Enfin, les pratiques des centres de tabacologie sont homogénéisées d'un site à l'autre, en particulier grâce à l'utilisation du dossier de tabacologie informatisé. Cette prise en charge ne supprime pas les rechutes, qui restent malgré tout fréquentes.”(4)

**Le sevrage tabagique relève du médecin généraliste
Les tabacologues traitent plutôt les fumeurs très dépendants, polyaddictifs
Ou déjà malades du tabac (4)**

Rôle des professionnels de santé

A la question les professionnels de la santé joue un rôle modèle pour leurs patients et le publique ; plus de la moitié des étudiants ont répondu par l'affirmative ; ceci est d'autant plus utile que” pour la plupart des médecins le tabac sera la maladie la plus importante et la plus évitable qu'ils rencontreront au cours de leur vie professionnelle”

Par contre la majorité soit plus de 80 pour cent, reconnaissent qu'ils doivent être initiés aux techniques de sevrage (table 4 colonne 4)

Plus du tiers d'entre eux rapportent avoir reçu une formation sur les techniques de sevrage pour leur patient

A ce propos il faut signaler qu'aucun module de graduation n'enseigne la prise en charge du tabagisme aussi bien sur le plan épidémiologique que clinique. Cependant certains services cliniques, particulièrement les services de pneumologie et les services d'épidémiologie et médecine préventive ont développé des initiatives dans le cadre de projets locaux (Santé publique ou universitaires) ou de projets financés essentiellement par l'OMS.

Nous citerons dans ce chapitre l'expérience en cours en Europe à travers le projet PESCE (*General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation*), coordonné depuis août 2006 par l'association Tabac et Liberté et dont l'objectif est de définir les moyens qui permettraient une meilleure implication des médecins généralistes européens dans la lutte contre le tabagisme. Ce sont désormais 29 pays (les 27 de l'Union européenne auxquels se sont ajoutées la Suisse et la Norvège) qui participent à ce projet financé à 60 % par la Commission européenne. *'En effet, plusieurs études ont souligné l'impact bien réel du statut tabagique du médecin lui-même sur son implication dans le sevrage tabagique de ses patients.'*(4)

"Le médecin fumeurs est moins motivé à aider ses patients à arrêter de fumer qu'un médecin non fumeur. D'autres facteurs interviennent : habitudes culturelles vis-à-vis du tabac, perception par le médecin de ses rôles et devoirs vis-à-vis de ses patients, relation médecin patient..."

"Enfin, d'une façon générale, les conditions d'exercice des généralistes leur laissent peu de temps pour s'occuper d'un sevrage tabagique qui, dans certains pays où les politiques de prévention sont peu développées, est encore perçu comme une « fantaisie » pour laquelle ils sont insuffisamment formés.

Quinze recommandations avaient déjà été proposées lors de la précédente réunion du comité de suivi du projet (Varsovie, automne 2007), parmi lesquelles : encourager la recherche au niveau des médecins généralistes sur les conditions de sevrage tabagique ; développer l'enseignement initial, postuniversitaire et la formation médicale continue ; établir et renforcer la politique des espaces non fumeurs dans le monde professionnel via les médecins du travail ; impliquer les médecins dans la formulation des recommandations..."(3)

CONCLUSION

En Algérie, malgré les progrès enregistrés en matière de lutte contre le tabagisme ; ratification de la convention cadre, mise en application de la loi anti tabac dans plusieurs domaines (taxation, interdiction de la publicité, restriction dans certains lieux publics particulièrement les aéroports et les établissements scolaires et sanitaires) Même si elle existe la réglementation doit être plus précise et définir non seulement les sanctions en cas d'infraction mais aussi les outils de son contrôle afin de réduire l'exposition au tabac dans les lieux publics

Cette étude montre que le tabagisme est assez répandu chez les étudiants futurs professionnels de la santé. Quand on sait que

« ...environ la moitié des fumeurs risquent de mourir à cause de la cigarette mais il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer : les médecins britanniques qui ont arrêté de fumer ; même entre 35 et 69 ans, ont vu leur espérance de vie augmenter ... »(5)

Le souhait exprimé par la majorité d'entre eux est d'arrêter de fumer, tous sont favorable au développement de consultation de sevrage dans le cadre de la santé universitaire.

Les étudiants interrogés souhaitent l'introduction de formation sur les techniques de sevrage. Un programme de formation devrait être initié dans l'ensemble des établissements de formation en santé comme c'est le cas dans certains pays. Au-delà de toutes ses mesures, le renforcement de la surveillance passe par une implication plus concrète des principaux concernés à la lutte contre le tabagisme. Pour cela une attention particulière devraient être apportée à cette catégorie, et lui assurer en plus de la formation, de l'information, de la prise en charge du sevrage un environnement favorable à la restriction du tabagisme par le développement de structures pour la pratiques sportives accessibles et en encourageant l'activité culturelles et de loisirs pratiquement inexistantes dans nos campus.

La consommation du tabac donne également lieu à toute une gamme de dépenses et profit, dont certaines sont en apport avec la politique de santé.

Au niveau mondial, les sommes dépensées par les pouvoirs publics pour lutter contre le tabagisme sont en moyenne 500 fois inférieures à celles des recettes fiscales perçues sur le tabac, 9 000 fois dans les pays pauvres. Alors qu'en Algérie une taxe spéciale sur les produits de tabacs, est utilisée dans le cadre des urgences, qu'en est-il du financement de la prévention du tabagisme.

Nous tenons à attirer encore une fois l'attention sur le marché noir qui fait qu'en Algérie le prix de la cigarette est parmi les plus bas au monde.

Signalons enfin qu'une bonne part du marché du tabac échappe au contrôle de l'état ce qui est favorisé par l'industrie du tabac qui développe de nouvelles stratégies de communication et de distribution de ses produits auprès et avec jeunes. Tous ses aspects sont autant de défis et d'obstacles majeurs de la lutte contre le tabagisme.

Nous ne pouvons pas conclure sans rappeler l'analyse exhaustive de l'OMS qui à travers son rapport sur la lutte antitabac dans le monde en date du 7 février 2008 ; et à partir des informations fournies par les 179 États membres :dresse un rapport alarmant

''Aujourd'hui, le monde aucun pays n'applique l'ensemble des mesures préconisées par l'OMS ; 80 % n'en appliquent aucune. La grande majorité des personnes exposées vivent dans les pays en voie de développement . Si la publicité ou la promotion en faveur du tabac ne concerne que 5 % de la population mondiale. Seulement 15 pays exigent l'apposition de mises en garde sur les emballages de produits du tabac et 9 disposent de services destinés à la tabacodépendance. Une situation qui ne peut que s'améliore.....Des 8 millions de décès annuels attribuables au tabac prévus d'ici 2030. Les pays ayant mis en oeuvre l'une des mesures princeps visant à réduire la consommation de tabac ne regroupent que 5 % de la population mondiale Cet état des lieux officiel des politiques de santé en matière de tabagisme met l'accent sur les larges écarts et retards d'application de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (entrée en vigueur en 2005) et les efforts à fournir pour mettre en place la stratégie MPOWER (ci-dessous), pourtant applicable par tous les pays, même les plus pauvres. ''(2)

STRATEGIE MPOWER	
M	MONITORING = exercer une veille sur la consommation du tabac et les politiques de prévention
P	PROTECTING = protéger la population contre la fumée du tabac
O	OFFERING = offrir une aide à ceux qui veulent arrêter de fumer
W	WARNING = mettre en garde contre les mefaits du tabac
E	ENFORCING = interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage
R	RAISING = augmenter les taxes sur le tabac

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 *World health organization. Who framework convention on tobacco Control. GENEVA, Switzerland: world health organization, 2003.*
- 2 *WHO, Report on the global tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*
- 3 *. Implication dans le sevrage tabagique. Quelle implication pour les généralistes ?Le Quotidien du Médecin 2008;8 348;14*
- 4 *Tabac actualité Avril 2008 num 87*
- 5 *C.D . " Doctors and Tobacco- Medecine's Big Challenge" .British Library.1988*
- 6 *Mackay J, Eriken M, Shafey O. The tobacco Atlas . Atlanta, GA: American Cancer Society, 2006.*