



الجمهورية الإسلامية الموريتانية
REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

شرف - إخاء - عدالة
Honneur-Fraternité-Justice

وزارة الصحة
MINISTERE DE LA SANTE

مديرية مكافحة الأمراض
DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES
البرنامج الوطني لمكافحة التدخين
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Plan Stratégique National de Lutte Contre le
Tabagisme 2013 - 2015

Septembre 2013

PLAN

SIGLES ET ABREVIATIONS

PREFACE

RESUME

I. INTRODUCTION

II. INFORMATION GENERALE SUR LE PAYS

- 2.1. Contexte géographique et démographique
- 2.2. Contexte économique
- 2.3. Contexte politique et administratif
- 2.4. Système de sante
- 2.5. Etat de santé de la population
 - 2.5.1. Santé générale:
 - 2.5.2. Rôle du tabagisme dans le fardeau de la maladie

III. INFORMATIONS SPECIFIQUES SUR LA LUTTE ANTITABAC EN MAURITANIE

- 3.1. Organisation de la lutte et avancées
 - 3.2.1. Structure, opérations et budget du programme de lutte antitabac
 - 3.2.2. Chronologies des réalisations clés dans la lutte antitabac
 - 3.2.3. Villes ayant réalisées des progrès significatifs dans la lutte antitabac
- 3.2. Information spécifiques relatives aux politiques
 - 3.2.1. Taxes, prix et production des produits du tabac ainsi que d'autres données économiques :
 - 3.2.2. Environnements sans Tabac
 - 3.2.3. Publicité, promotion et parrainage des produits du Tabac :
 - 3.2.4. Intégration de l'aide spécifique au sevrage tabagique dans le système de santé :
 - 3.2.5. Mise en garde sanitaires sur les dangers du Tabac :
 - 3.2.6. Données existantes sur les campagnes publiques et médiatiques de masse et autres stratégies de marketing :
 - 3.2.7. Suivi et Evaluation de l'épidémie de Tabagisme et de la réponse à l'épidémie

IV. PLAN STRATEGIQUE

- 4.1. Objectif général
- 4.2. Objectifs spécifiques
- 4.3. Stratégies
 - 4.3.1. Axe stratégique N°1 : Renforcement de l'arsenal juridique et règlementaire de la lutte contre le tabac et les produits du tabac en Mauritanie
 - 4.3.2. Axe stratégique N°2: Réduction de la demande du tabac et des produits du tabac
 - 4.3.3. Axe stratégique N°3 : développement et promotion du sevrage tabagique
 - 4.3.4. Axe stratégique N°4 : intégration du contrôle du tabac dans les programmes intersectoriels de sante et multisectoriels du contrôle du tabac

- 4.3.5. Axe stratégique N°5 : Suivi/Monitoring
- 4.3.6. Axe stratégique N°6 : Renforcement du partenariat dans la lutte antitabac
- 4.4. Domaines d'intervention
 - 4.4.1. Taxes, prix et production des produits du tabac ainsi que d'autres données économiques :
 - 4.4.2. Environnements sans Tabac :
 - 4.4.3. Publicité, promotion et parrainage des produits du Tabac :
 - 4.4.4. Intégration de l'aide spécifique au sevrage tabagique dans le système de santé :
 - 4.4.5. Mise en garde sanitaires sur les dangers du Tabac :
 - 4.4.6. Données existantes sur les campagnes publiques et médiatiques de masse et autres stratégies de marketing
 - 4.4.7. Suivi et Evaluation de l'épidémie de Tabagisme et de la réponse à l'épidémie

V. INTERVENANTS ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN

- 5.1. L'Etat
- 5.2. Les Partenaires
- 5.3. Mise en œuvre

VI. INDICATEURS

VII. CADRAGE BUDGETAIRE DU PLAN 2013-2015 DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

SIGLES ET ABREVIATIONS

PLNCT : Programme National de lutte Contre le Tabac

OMS : Organisation Mondiale de Santé

MS : Ministère de la Santé

DLM : Direction de la lutte contre les Maladies

MNT : Maladies Non Transmissibles

DPCIS : Direction de la programmation, de la coopération et de l'information sanitaire

CLATA : Centre pour la lutte antitabac en Afrique

CCLAT : Convention cadre de l'OMS pour lutte antitabac

MF : Ministère des Finances

CCC : Communication pour le changement de comportement

EIC : Education, Information et Communication

ONG : Organisation Non Gouvernementale

CHN : Centre Hospitalier National

HCZ : Centre Hospitalier Cheikh Zayed

HA : Hôpital Amitié

CNC : Centre National de Cardiologie

CNO : Centre d'Oncologie

DSSBN : Direction des Services de Santé de base

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CHME : Centre Hospitalier Mère-Enfant

HM : Hôpital Militaire

SNIM : Société Nationale de l'Industrie Minière

MT : Médecine du Travail

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

USD : Américain Dollar

ONS : Office National des Statistique

INTRODUCTION

Les résultats de l'enquête sur le tabagisme des jeunes en milieu scolaire (GYTS) en 2002 a mis en exergue un taux de prévalence de 22.7 % chez les jeunes scolaires de 13-15 ans. La prévalence du tabagisme est estimée à 17,2% (Enquête Step-Wise, 2008). Ces deux enquêtes donnent un signal d'alerte pour une mise en œuvre rapide du programme National Contre le Tabagisme. De même les dangers du tabagisme pour la santé sont directement liés à l'âge auquel le sujet a commencé à fumer et à la durée de son état de dépendance et il a été démontré qu'elle fait partie des principaux facteurs de risque évitables de maladies respiratoires chroniques. Au vu de tout cela les MNT ont été classées parmi les cinq priorités de santé du pays tels que définis dans le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020. Et c'est à ce titre que se justifie l'élaboration d'un plan stratégique intégrée de lutte contre le Tabagisme en Mauritanie et sa mise en œuvre effective

I. INFORMATION GENERALE SUR LE PAYS

2.1. Contexte géographique et démographique

La Mauritanie est un pays de l'Afrique de l'Ouest, limité à l'Ouest par l'Océan Atlantique (près de 700 km de côtes), au Nord par le Sahara Occidental et l'Algérie, à l'Est par le Mali et au Sud par le Mali et le Sénégal. Elle est située entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude ouest et bénéficiant d'une position géographique stratégique au carrefour de l'Afrique du nord et de l'Afrique subsaharienne.

Le pays est désertique à 80%, et les terres arables ne dépassent pas 0.2% de la superficie totale. Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux de l'Assaba du Taguant et de l'Adrar qui culminent à 400 et 500 mètres. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée « Chemama », large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué, en grande partie, d'alignements dunaires tels ceux de la grande région de sable qui s'étend à l'Est du Taguant et de l'Adrar. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal, large de 1 à 2,5 km et qui constitue une frontière naturelle avec le Sénégal.

Les sécheresses récurrentes enregistrées depuis le début des années 1970 ont entraîné dans leur sillage, un exode rural massif, une urbanisation fulgurante et une sédentarisation accélérée de la population nomade. A l'indépendance, en 1960, environ 5% de la population vivait dans les centres urbains. Suite au changement démographique amplifié par un exode rural massif, cette proportion est montée à près de 70% et Nouakchott la capitale abrite présentement plus du tiers de la population totale.

Les projections établies en 2010 par l'Office National de la Statistique (ONS) font ressortir que la population mauritanienne s'élève à 3 340 627 personnes avec un taux de croissance de 2,4% et une densité de 3,2 habitants/km² avec des disparités selon les régions. Sur cette population, composée d'Arabes, d'Hal Pulaars, de Soninkés et de Wolofs, plus de 61% ont moins de 25 ans et le groupe mère-enfant représente 56%.

2.2. Contexte économique

L'économie Mauritanienne est basée sur la pêche, l'agriculture et l'industrie extractive. En ce qui concerne la pêche, le potentiel de capture se situe entre 700.000 et 1 million de tonnes. La production annuelle est de 600.000 tonnes dont 80.000 seulement sont intégrés au circuit commercial national. Le faible taux de consommation nationale de poisson (8,26 kg par habitant et par an) se répercute sur la sécurité alimentaire du ménage.

Il y a 46,3 % de la population mauritanienne qui vit en dessous du seuil minimum de pauvreté estimé à 67.316 ouguiyas par personne et par an. La pauvreté prédomine encore au niveau rural avec 6 personnes sur 10 vivants en deçà du seuil minimum de pauvreté. Les femmes et les enfants représentent la majorité de cette population rurale pauvre.

Le tabac n'est cultivé en Mauritanie et ne constitue pas un secteur primordial de l'économie. Selon la Note trimestrielle du commerce extérieur de la Mauritanie 4ème trimestre 2012 le Poids du tabac en 2012 sur l'économie de la Mauritanie se présente comme suit : Importations de tabac 1062 tonnes pour une valeur de 3 160 042 934 Ouguiya soit USD 10,730.

2.3. Contexte politique et administratif

Au cours des 50 années d'indépendance, la Mauritanie a connu successivement trois constitutions : en 1962, en 1991 et en 2006 : les deux dernières ayant concrétisé le multipartisme dans le Pays.

Dès le début de la première décennie du 21^{ème} siècle, le pays a été marqué par une forte instabilité politique. Le retour à l'ordre constitutionnel s'est effectué à l'issue des élections présidentielles de Juillet 2009 et a permis entre autres et dans un contexte international particulièrement difficile de renouer avec stabilité et la reprise de la coopération avec les partenaires techniques et financiers du pays.

Sur le plan administratif, le pays est divisé, en 13 Wilayas (régions), 54 Moughataa (Départements) et 218 Mairies (Communes).

L'adoption par le Gouvernement en Avril 2010, de la « Déclaration de Politique de Décentralisation et le Développement local » réaffirme la volonté politique des pouvoirs publics de faire de la décentralisation un choix irréversible.

En outre, dans le domaine de l'environnement et du Développement durable, la dégradation continue de l'environnement sous l'effet des pressions liées aux changements climatiques au développement socio-économique et à la croissance démographique constitue une des priorités en matière de développement durable. Le défi principal en matière de gouvernance réside dans, la non prise en compte, de l'environnement comme capital naturel dans les politiques sectorielles.

2.4. Système de Santé

Le système sanitaire de soins en Mauritanie est de type pyramidal, avec trois niveaux des prestations de services et de soins.

Il comprend un système public de soins composé par :

Le niveau Opérationnel ou périphérique: où l'existe deux types de structures : les postes de santé (communale) et les centres de santé (Moughataa), respectivement au nombre de 530 et de 67 structures. En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) furent installées dans une partie, non négligeable, des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10km). Depuis 1991, la plupart de ces USB ont été formées essentiellement par manque de personnel de santé de qualifié et ces USB qui jouent le rôle de structures de santé communautaire sont dirigées par des ASC.

Le niveau Intermédiaire : comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou au niveau de Moughataa

- (i) les hôpitaux de Moughataa limités encore en nombre de deux sont appelés à couvrir les Moughataas les plus peuplées ou enclavées (Boutilimit et Chinguetti),
- (ii) les hôpitaux régionaux au nombre de deux (Zouerate et Akjoujt) et
- (iii) les centres hospitaliers régionaux, érigés en établissements publics à caractère administratif au nombre de dix (Néma, Aioun, Kiffa, Kaédi, Rosso, Nouadhibou, Aleg, Tidjikdja, Atar, Sélibaby,).

Le niveau Tertiaire : essentiellement concentré à Nouakchott, comprend quatre type d'établissements publics de référence :

- Les centres hospitaliers généraux au nombre de quatre à savoir le Centre Hospitalier National (CHN), l'hôpital Cheikh Zayed (HCZ), l'hôpital de l'Amitié (HA) et l'hôpital Militaire.
- Les centres hospitaliers spécialisés au nombre de cinq : le Centre Neuropsychiatrique (CNP), le Centre National de Cardiologie (CNC), le Centre National d'Oncologie (CNO), le Centre Mère-enfant (CME) et le Centre National d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle (CNORF).
- Les Etablissements spécialisés de référence au nombre de trois à savoir : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et le Laboratoire national de Contrôle de qualité des Médicaments (LNCQM).
- Les Etablissements de formation qui sont sous tutelle du ministère de la santé : L'Ecole Nationale de Santé Publique à Nouakchott, l'Ecole de Santé Publique à Kiffa, l'Ecole de Santé Publique de Rosso, l'Ecole de Santé Publique de Nema et l'Ecole de Santé Publique de Sélibabi.

Le système de santé est piloté, coordonné et appuyé par un système administratif organisé aussi en niveaux central, régional et de Moughataa.

- Au niveau central, on a les entités centrales du Ministère de la Santé à savoir : les directions, les services, les divisions et les coordinations de programmes assurant le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire.
- Au niveau Intermédiaires, on a : les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS) avec les équipes régionales assurant la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel.
- Au niveau opérationnel, on a : les circonscriptions sanitaires de Moughataa avec les équipes cadre de Moughataa assurent l'action au quotidien et mettent en œuvre les programmes de santé.

Il existe un nombre important de coordinations de programmes chargées de piloter, coordonner et suivre les actions spécifiques de ces Programmes. Il s'agit de : Santé de la Reproduction (SR), Programme Elargi de Vaccination (PEV), Programme National de Lutte Contre le Paludisme (PNLP), Programme National de lutte contre la tuberculose et la lepre(PNLT), Unité de coordination du SIDA (UCS), Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), Programme National de santé Buccodentaire (PNSBD), Programme National de Lutte Contre la Bilharziose (PNLB), Programme National de Santé Mentale (PNSM), Service National des Maladies Non-Transmissibles (MNT), Service de soins de santé de Base (SSB), Service de Nutrition, Programme National de Lutte contre le tabagisme (**PNLCT**).....

Par ailleurs, il existe

- (i) des services de santé militaire et
- (ii) une médecine du travail assez développé, en particulier, autour des grandes sociétés minières (SNIM).

Structures privées : A côté du système public, il existe un système privé de soins, surtout localisé dans les principaux centres urbains de Nouakchott, Nouadhibou, Kiffa et Rosso. Ce système privé connaît une réelle croissance et il est composé de :

- 15 Cliniques médico-chirurgicales, basées essentiellement à Nouakchott,
- 47 cabinets médicaux de consultations externes
- 37 cabinets dentaires et
- 15 cabinets de soins,

Il y a, 118 pharmacies et 280 dépôts pharmaceutiques sur toute l'étendue du territoire national.

Ce secteur privé très convoité reste cependant dépendant du secteur public dont il utilise le personnel qualifié et parfois les services et moyens, notamment, en matière de référence/recours. Son développement non maîtrisé ne se fait pas en complémentarité et en synergie avec le système public de soins.

Le secteur privé pharmaceutique reste très désorganisé et largement dominé par des non professionnels.

Ce nombre élevé de structures pharmaceutiques privées qui, pour la plupart, ne répondent pas aux normes requises et dont le circuit d'approvisionnement échappe parfois à tout contrôle, entraîne un approvisionnement du marché local en médicaments de qualité, parfois douteuse.

2.5. Informations Générales sur l'Etat de Santé de la Population

2.5.1. Profil épidémiologique

Les indicateurs épidémiologiques les plus pertinents de la Mauritanie sont répertoriés dans le Tableau I ci dessous.

Tableau I: Principaux indicateurs épidémiologiques en Mauritanie

Indicateur	Niveau de l'Indicateur	Source
Taux de mortalité infantile	77 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité infanto-juvénile	122 p 1000	MICS 2007
Taux de mortalité néo-natale	43 p 1000	EMIP 2004
Ratio de mortalité maternelle	686 p 100.000 ¹	MICS 2007
Indice synthétique de fécondité	4,6	MICS 2007
Prévalence du VIH dans la population générale	0,7%	Estimation Spectrum INRSP/ONUSIDA
Nombre de nouvelles infections au VIH par an	3.010	Rapport UNGASS 2010
Mortalité spécifique liée au VIH	24 p 100.000	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
Prévalence des IST chez les 15-49 ans	9%	Bulletin société de pathologie exotique, déc. 2010
Proportion de population générale exposée au paludisme	80%	Soumission GAVI de 2009
Nombre d'épisodes de paludisme par personne et par an	0,06	Estimation PNLP, Janvier 2011
Mortalité spécifique liée au paludisme	0,1%	Rapport PNLP 2009
Prévalence de la tuberculose	234,5 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Incidence de la TB	149 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Incidence de la TB avec VIH+	5,3%	Etude INRSP 2003
Prévalence de diarrhée chez les enfants moins de 5 ans	22%	MICS 2007
Prévalence des IRA chez les enfants de 6 à 11 mois	6,5%	MICS 2007
Mortalité spécifique liée à la TB	635 p 100.000	Estimation PNTL, Janvier 2011
Prévalence de l'HTA	22,4%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du diabète	6%	Enquête Step-Wise 2008
Prévalence du tabagisme	17,2%	Enquête Step-Wise 2008
Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec poids pour âge inférieur à moins 3 DS (malnutrition sévère)	4,1%	Enquête SMART Juillet 2010
Prévalence de l'hépatite B	10% à 24%	Bulletin du CNH, N° 04, Novembre 2004
Prévalence du trachome	18%	Enquête PNLC 2004-2005
Nombre de décès annuels secondaires aux AVP	221 décès	Rapport 2009 sur les AVP
Nombre de décès annuels secondaires aux AVP	3.094 blessés	Rapport 2009 sur les AVP

2.5.2. Rôle du tabagisme dans le fardeau de la maladie

Maladies transmissibles

Les principales maladies transmissibles en Mauritanie sont le Paludisme, la Tuberculose, les IST/VIH, les Maladies diarrhéiques, les Insuffisances Respiratoires Aigües (IRA) et les Hépatites.

Paludisme:

Le paludisme constitue un des problèmes majeurs de santé publique en Mauritanie, notamment dans les zones de forte transmission. Chaque année, il est notifié en moyenne 200.000 cas de paludisme au niveau des formations sanitaires du pays, ce qui place la maladie au 3^{ème} rang des motifs de consultations, au niveau national après les IRA et les diarrhées.

Tuberculose :

La Tuberculose reste un des problèmes prioritaires de santé en Mauritanie. Elle connaît une certaine recrudescence à la faveur de terrains favorables tels que l'infection du VIH/SIDA.

Sa prévalence est estimée à plus de 234,5p 100.000. Sa détection reste faible (35,8%) et la proportion d'échec thérapeutique et de pertes de vues est très élevée (> 38%). La mortalité spécifique liée à la tuberculose serait d'environ 635 pour 100.000 cas de tuberculose et l'incidence de la tuberculose multi-résistante serait d'environ 5,2%.

Les décès attribués au tabac **représentaient 1% de tous les décès** par tuberculose (soit 6,35/100000 habitants Rapport mortalité OMS, 2012 et nos calculs sur la base de la mortalité estimée du PNLT de 2011).

L'OMS estime que plus de 20% de l'incidence globale de la tuberculose est attribuable à la fumée de tabac faisant du tabac un facteur majeur de risque de la tuberculose^[ref]. Il est en plus estimé que fumer du tabac augmente de plus de 2.5 fois la chance d'acquérir une tuberculose.

VIH/SIDA :

L'épidémie VIH en Mauritanie est considéré comme une épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et une incidence chez les 15-49 < à 0,1%. Selon l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INSRP), la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes est passé de 0,57% en 2001 à 0,78% en 2005. Cette séroprévalence chez les femmes enceintes montre une augmentation assez préoccupante à Nouakchott (de 0,33% en 2001 à 0,95% en 2005)

De plus les patients VIH+ qui fument perdent plus d'années de vie, due la fumée qu'à l'infection à VIH elle-même. L'excès de mortalité est triplé et les risques de décès attribuable à la fumée est doublé parmi les patients VIH comparés à la population générale. En 2012 une étude effectuée par Helleberg^[ref] a trouvé que le taux d'excès de mortalité pour 1000 personnes-années parmi les fumeurs comparés aux non-fumeurs était de 17,6 pour les patients VIH comparés aux patients témoins.

Fumer déprime le système immunitaire et rend plus vulnérable l'organisme à lutter contre les infections liées au VIH. Fumer interfère avec la distribution des médicaments rendant le fonctionnement du foie inefficace. Les fumeurs HIV+ sont plus enclins à des nausées et vomissements que les patients non-fumeurs. Les patients VIH/SIDA qui fument sont plus sujets à des infections opportunistes comme le muguet, la leucoplasie orale, les pneumonies bactériennes, et les pneumonies à pneumocystis.

Les fumeurs VIH/SIDA ont trois fois plus de chance de risque de mourir comparés aux patients VIH/SIDA non-fumeurs

Les fumeurs VIH/SIDA sous traitement sont plus sujets à des complications opportunistes que les patients VIH/SIDA non-fumeurs

Infections respiratoires aiguës :

Le climat et l'hygiène de vie favorisent l'apparition d'infections respiratoires aiguës (IRA) en particulier, chez l'enfant où leur prévalence est estimée à 6,5%. Ces IRA seraient la première cause de mortalité infanto-juvénile. Leur prise en charge est lourde et nécessite du personnel qualifié et une technicité importants auxquels le système de santé de la Mauritanie essaie de faire face.

Les décès attribués au tabac **représentaient 2% de tous les décès** par infection des voies respiratoires inférieures en 2012. Alors que cette prévalence des IRA seulement chez les enfants de 6 à 11 mois était de 6,5% (source MICS 2007) des pathologies respiratoires.

Comme on le constate paradoxalement, le tabagisme contribue aux conditions de la Tuberculose et des IRA et joue rôle non moins important dans la prise en charge du VIH. D'où la nécessité d'intégrer la prise en charge du tabagisme dans les principaux programmes de sante.

Maladies non transmissibles

On a estimé que les maladies non transmissibles (MNT) ont contribué à près de 60% des décès dans le monde et a 43% de la charge mondiale de morbidité en 1999. Sur la base des tendances actuelles, d'ici 2020 les MNT seront responsables de 73% des décès et 60% de la charge de morbidité.

En Mauritanie on assiste à une incidence croissante des maladies non transmissibles (MNT) dues à l'exode rural et urbain, le développement des villes, le style de vie sédentaire, les changements comportementaux des individus et des collectivités, la dépendance croissante au tabac et aux autres substances psycho actives.

Les quatre MNT dominantes telles que définies par l'OMS sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Les facteurs communs modifiables à toutes ces pathologies non transmissibles sont la consommation de tabac, l'usage de l'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique. La consommation du tabac est une pratique courante en Mauritanie surtout en milieu jeune et c'est un problème apparemment

crucial chez la femme en Mauritanie. Si rien n'est fait on assistera à une multiplication par un facteur important le nombre de problèmes de santé liés au tabac dans les prochaines années. Les principales MNT auxquelles le tabac contribue sont décrits ci-dessous.

Les cancers :

Les cancers sont de plus en plus répertoriés dans les statistiques sanitaires comme cause non négligeable de mortalité et constituent la première cause d'évacuation à l'étranger du pays (42%).

Selon une étude réalisée par le Service d'anatomopathologie du Centre Hospitalier de Nouakchott entre janvier 2000 et décembre 2004 ont été enregistrés 1300 nouveaux cas de cancer, dont 803 (62%) chez les femmes et 497 (38%) chez les hommes. Selon la même étude, le cancer est plus fréquent chez les personnes d'âge moyen entre 35 et 56 ans (26,6%).

En 2012, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentaient 8 décès pour 100000 habitants, avec 42% de ces décès attribués au tabac

Les pathologies cardio-vasculaires :

En Mauritanie, les maladies cardiovasculaires viennent en deuxième position après les cancers dans le cadre des motifs d'évacuations à l'étranger, malgré la présence d'un centre national de cardiologie dont les activités ont commencé en 2009. En 2010, le Centre national de cardiologie a réalisé 18111 consultations spécialisées. L'HTA a une prévalence nationale de 22,4% chez les 16-64 ans. (Step-wise 2008).

Les maladies cardiaques ischémiques représentaient 164 décès pour 100000 habitants âgés de 30 ans et plus, avec **2% de ces décès attribués au tabac.**

Par ailleurs, les autres pathologies cardio-vasculaires seraient en forte croissance, en particulier chez les adultes sédentaires accumulent un certain nombre de facteurs de risques (**tabagisme**, stress, déséquilibre alimentaire...) elles sont l'une des principales causes d'évacuation sanitaire à l'étranger, grevant, lourdement, le budget national.

En l'absence de stratégie nationale cohérente de contrôle de ces pathologies, les seules mesures actuelles se limitent à une prise en charge individuelle, souffrant des insuffisances du système de soins – sans normalisation des protocoles thérapeutiques et en cas de besoin à une évacuation à l'étranger.

Les affections Respiratoires Chroniques : Les affections respiratoires chroniques sont des maladies chroniques des voies respiratoires et autres structures pulmonaires. Parmi les plus courantes, on citera l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les allergies respiratoires, les pneumopathies professionnelles et l'hypertension artérielle pulmonaire. D'après les estimations de l'OMS, il y a actuellement 235 Millions d'asthmatiques dans le monde. Les affections respiratoires chroniques sont sous-diagnostiquées et insuffisamment traitées. Ils représentent une lourde charge de morbidité et de mortalité et limitent l'activité des malades et de leurs familles. Les décès attribués au tabac **représentaient 2% de tous les décès** par infection des voies respiratoires inférieures **et 1% de tous les décès** par tuberculose. Le tabac est la principale source de BPCO.

En Mauritanie les affections respiratoires chroniques représentent 16 % des motifs de consultations des structures de santé ambulatoires de Nouakchott en 2003².

Les affections buccodentaires :

Des enquêtes auprès des enfants scolarisés montrent une prévalence élevée de la carie dentaire (71%). Outre les pathologies bucco-dentaires dues, en général, à une mauvaise hygiène. Il faut signaler l'augmentation

- (i) des traumatismes maxillo-faciaux consécutifs aux accidents de la voie publique et aux rixes, et
- (ii) des cancers buccaux en relation entre autres avec la consommation de tabac.

Les maladies professionnelles et accidents de travail :

En Mauritanie, l'exploitation des mines, au nord et le développement des secteurs d'industries, de construction, de pêche et d'agriculture ont augmenté le risque d'apparition des maladies professionnelles. La manutention reste particulièrement en cause avec plus de 10% d'agents, atteints chaque année, de traumatismes au cours du travail.

III. INFORMATIONS SPECIFIQUES SUR LA LUTTE ANTITABAC DANS LE PAYS

3.1. Organisation de la lutte et avancées

3.1.1. Structure, opérations et budget du programme de lutte antitabac

La structure de lutte contre le Tabagisme du Ministère de la Santé est le Programme National de lutte contre le Tabagisme (PNLT). Ce PNLT est dirigé par un Coordinateur.

Les principales institutions Gouvernementales et non Gouvernementales impliquées dans la lutte antitabac à travers le comité national de lutte contre le tabac sont : le Ministère des Sports et de la Jeunesse, le Ministère de la Communication et des Relations avec le Parlement, le Ministère des finances, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de l'environnement, le Ministère des Affaires Islamiques, et le Ministère de l'Equipement et des Transports. Au sein des autres Ministères, il y a des points focaux de la lutte antitabac, qui sont associés pour des activités spécifiques relevant de leurs secteurs respectifs. Les principaux groupes de la société civile et autres partenaires impliqués dans la lutte antitabac sont entre autres :

- L'Association Mauritanienne de Santé Publique
- La Ligue Mauritanienne de Lutte contre le Cancer
- AMALUTS
- La Société Mauritanienne de Cardiologie.
- L'Association Mauritanienne de lutte contre le Cancer
- La ligue Mauritanienne de lutte contre le Cancer
- Barioune pour la lutte contre le tabac
- Sante environnement

² Ould et El Joud et autres

La lutte antitabac a bénéficié d'une allocation budgétaire dans le cadre du budget du Ministère de la santé destinée au fonctionnement du programme. L'OMS et le Centre de Lutte Contre le Tabac en Afrique (CLATA) ont apporté leur appui technique et financier à la réalisation des activités majeures telles que l'évaluation des capacités de la Mauritanie dans la lutte antitabac, les ateliers de sensibilisation des parlementaires, la formation des membres du comité de pilotage, du programme national de Lutte Contre le Tabac, l'élaboration de l'avant-projet de loi contre le tabac, L'étude sur le monitoring de l'industrie du tabac, de l'utilisation des données pour l'action, la célébration des journées Internationales sans tabac et la note politique et la réactualisation du plan stratégique national de lutte antitabac.

3.1.2. Chronologies des réalisations clés dans la lutte antitabac

Face au fléau du tabagisme, la volonté politique du gouvernement de renforcer la lutte contre le tabagisme s'est manifestée par des mesures concrètes qui mériteraient d'être soulignées :

- La signature et la ratification de la convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS respectivement en 2004 et le 5 septembre 2005;
- La circulaire n° 00125 du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du 9 Mars 2005, portant interdiction de fumer dans les institutions et les formations sanitaires ;
- La création en 2007 du Programme national pour la lutte contre le tabagisme sous la coordination d'un point focal qui est également en charge des maladies non transmissibles ;
- L'adoption en 2007 également, d'un règlement interdisant de fumer dans les établissements d'enseignement publics et privés.
- L'adoption par le gouvernement le 13 Septembre 2012, du Projet de loi antitabac

Il faut noter cependant que la mise en œuvre des textes est restée faible dans son ensemble et que l'application des règlements pour la mise en œuvre d'un environnement sans tabac (SFE) n'a pas réussi, faute d'une loi globale sur la lutte antitabac en Mauritanie. Cette situation a sapé les efforts de lutte antitabac, malgré la volonté politique affichée du gouvernement de renforcer le contrôle du tabac. Les réglementations citées ci-dessus, ont été timidement appliquées à tous les niveaux et la situation n'est guère meilleure dans d'autres structures publiques comme par exemple en milieu scolaire où certains enseignants continuent de fumer à l'école bien qu'il existe une circulaire interdisant l'usage du tabac en milieu scolaire. Par ailleurs aucune éducation du public n'est entreprise pour sensibiliser les populations.

3.1.3. Villes et institutions ayant réalisées des progrès significatifs dans la lutte antitabac

Nouakchott, Nouadhibou, Rosso et Moudjéria ont marqué la lutte antitabac par des activités de célébration de la JMST, et autres conférences de différents thèmes de lutte contre le tabac.

Les communes de Tevragh-Zeina et Arafat : adoption d'arrêté communal d'interdiction de la consommation de tabac dans les locaux de la commune.

le Ministère de l'intérieur, La Direction Générale de la Douane, la Direction Commerciale de la Société Mauritanienne de l'Electricité (SOMELEC) ont tous interdit la consommation de tabac dans leurs locaux respectifs par note de service.

3.2. Information spécifiques relatives aux politiques

La Mauritanie a adopté une politique antitabac dont les informations spécifiques sont soulignées ci-dessous.

3.3. Taxes, prix et production des produits du tabac ainsi que d'autres données économiques

3.4. Environnements sans Tabac

3.5. Publicité, promotion et parrainage des produits du Tabac

3.6. Intégration de l'aide spécifique au sevrage tabagique dans le système de santé

3.7. Mise en garde sanitaires sur les dangers du Tabac

3.8. Données existantes sur les campagnes publiques et médiatiques de masse et autres stratégies de marketing :

3.9. Suivi et Evaluation de l'épidémie de Tabagisme et de la réponse à l'épidémie :

IV. PLAN STRATEGIQUE

Le Plan national de lutte contre le tabac a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population Mauritanienne en réduisant la morbidité et la mortalité liées au tabac. Ce plan couvre la période 2013-2015.

4.1. Objectif général :

L'objectif général est de lutter contre la mortalité et la morbidité dues au tabagisme au sein de la population mauritanienne.

4.2. Objectifs spécifiques : Les objectifs spécifiques sont :

- Accélérer la mise en œuvre de la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte Antitabac (CCLAT) en Mauritanie d'ici fin 2015 ;
- Réduction de 15% de la prévalence actuelle du tabac chez les personnes de plus de 15 ans ;
- Réduire de 60% l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux publics au cours de la période du plan ;
- Porter à fin 2015 à 70%, la proportion de la population connaissant les méfaits du tabagisme, par les campagnes de masses et les avertissements sanitaires
- Développer la prise en charge de la dépendance tabagique d'ici 2015.
- Renforcer les capacités des acteurs de lutte antitabac d'ici 2015,
- Intégrer le contrôle du tabac dans les programmes de santé (TB, VIH, SR....)
- Faciliter la mise en œuvre de mesures multisectorielles et globales de contrôle du tabac

4.3. Stratégies :

Pour atteindre les objectifs énoncés, les six (06) axes stratégiques suivants ont été définis. Chaque stratégie comporte des interventions prioritaires.

Axe stratégique N°1 : Renforcement de l'arsenal juridique et réglementaire de la lutte contre le tabac et les produits du tabac en Mauritanie et entre autres :

- Adoption de mesures administratives et juridiques pour protéger le programme de lutte contre le tabac contre toute interférence de l'industrie du tabac ;
- Réglementation des lieux publics, lieux de travail, transports en commun et autres lieux appropriés en des environnements à 100% sans tabac ;
- Réglementation des contenus des tabacs et des informations à communiquer au public sur le tabac ;
- Réglementation des messages à faire figurer sur les emballages du tabac et des produits du tabac ;
- Réglementation de l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac ;
- Réglementation de la vente du tabac par et pour les mineurs ;
- Mise en place d'un fond national de lutte contre le tabac
- Signature et ratification du protocole sur le commerce illicite des produits du tabac

Axe stratégique N°2: Réduction de la demande du tabac et des produits du tabac et entre autres :

- Promotion des mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac ;
- Promotion de la protection contre l'exposition à la fumée du tabac et des produits du tabac ;
- Promotion de l'interdiction de la publicité du tabac, promotion, du parrainage
- Promotion des messages sur les contenus des tabacs et produits du tabac et les informations sur le tabac et les produits du tabac à communiquer au public
- Promotion des messages sur les emballages du tabac et des produits du tabac
- Promotion des moyens de subsistance économiquement viables
- Promotion de la recherche opérationnelle dans le domaine du tabagisme.
- Promotion de l'éducation, communication, formation et sensibilisation du public
 - Information, sensibilisation et communication sur les méfaits du tabagisme des populations notamment les jeunes et les femmes ;
 - Forte médiatisation des méfaits du tabac sur la santé et sur l'environnement ;
 - Organisation de campagnes pour le respect des espaces non - fumeurs ;
 - Formation et implication des professionnels de la santé, des ONG et associations dans la lutte antitabac

Axe stratégique N°3 : Développement et promotion du sevrage tabagique en Mauritanie

- Mise en place des unités et des équipes de sevrage aux niveaux national et régional pour jeter les bases du sevrage tabagique en Mauritanie ;
- Renforcement des connaissances du personnel de la santé en matière de sevrage tabagique ;
- Orientation des prestataires de soins des structures de santé sur le processus de prise en charge de la dépendance tabagique ;
- Appui aux structures de sevrage tabagiques
- Promotion du sevrage auprès du public fumeur
- Suivi et évaluation de la prise en charge.

Axe stratégique N°4 : Intégration de la lutte antitabac dans les programmes sectoriels

- Intégration des activités de la lutte antitabac au sein des programmes de santé (TB, VIH, SR, Sante Buccodentaire...);
- Encouragement de l'intégration de lutte antitabac dans les autres programmes sectoriels ;
- Développement des capacités des programmes menant des activités antitabac.

Axe stratégique N°5 : Suivi/Monitoring

- Enquêtes sur l'usage du tabac à l'échelle nationale et
- Evaluation de la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac (Recherche, surveillance et échanges d'informations)
- Suivi de l'évolution des importations du tabac
- Suivi de l'évolution de la consommation du tabac
- Suivi de l'évolution des taxes sur le tabac
- Production et partage des rapports semestriels et annuels sur le contrôle du tabac

Axe stratégique N°6 : Renforcement du partenariat dans la lutte antitabac

- Mise en place des Comités Sectoriels de la lutte antitabac ;
- Révision de la composition du comité intersectoriel ;
- Renforcement des capacités du Comité multisectoriel de la lutte antitabac ;
- Renforcement du partenariat international de la lutte antitabac ;

4.4. Domaines prioritaires d'intervention

Les domaines prioritaires d'intervention sont ceux définis par la politique Nationale de lutte antitabac en Mauritanie et sont :

- Mesures législatives, exécutives, administratives et financières pour prévenir et réduire la consommation de tabac, et l'exposition à la fumée du tabac ;
- Renforcement des capacités dans la lutte antitabac à tous les niveaux ;
- Education, communication, formation et sensibilisation du public ;
- Règlementation de la composition du tabac et des informations à communiquer ;
- Conditionnement et étiquetage des produits du tabac ;
- Lutte contre la Publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac ;
- Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique ;
- Lutte contre le commerce illicite des produits du tabac ;
- Lutte contre la vente aux mineurs et par les mineurs ;
- Appui à des activités de remplacement économiquement viables ;
- Questions se rapportant à la responsabilité ;
- Recherche, surveillance et échange d'informations ;

V. INTERVENANTS

5.1. L'Etat

L'Etat intervient par le biais du Ministère de la santé et des autres départements ministériels.

Le Programme National de Lutte Contre la Tabac favorisera la création d'un cadre de concertation pour faciliter l'implication des différents acteurs dans la mise en œuvre des stratégies, par l'organisation des rencontres avec :

- les départements ministériels,
- les collectivités locales,
- les autres partenaires au développement
- ONGs
- le secteur privé

5.2. Les Partenaires

L'OMS, et le Centre de Lutte Antitabac en Afrique (CLATA) sont les principaux partenaires.

VI. MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Le programme doit couvrir l'ensemble du territoire national et concerne toute la population. Cependant les jeunes qui représentent plus de 50% de la population feront l'objet d'une attention particulière et surtout les jeunes en milieu scolaire et universitaire.

Un plaidoyer sera fait par les acteurs de la lutte antitabac envers le Gouvernement et le Parlement pour mettre les taxes au niveau requis par l'OMS.

Le Ministère du commerce sera chargé d'appuyer le Ministère de la santé pour les aspects contrôlés par elle. Les directives doivent venir du comité national de lutte contre le tabac pour mettre en application les aspects concernant les messages à faire figurer sur les emballages, les aspects réglementaires de la vente par et pour les mineurs, de même que les composés du tabac et les informations à communiquer au public sur le contenu des tabacs afin de ne pas promouvoir un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de créer une impression erronée quant à ses caractéristiques.

Tous les acteurs chargés de lieux publics seront impliqués dans la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics, tous les lieux de travail, les transports en commun et autres lieux appropriés. Le Ministère de la santé en collaboration avec les autres Ministères et acteurs clés doit promouvoir des environnements à 100% sans tabac. Ce sont entre autres : les parlements, les départements ministériels, les communes, la société civile, ...

VII. LES INDICATEURS

6.1. Indicateurs d'impact

- **Prévalence du tabagisme :**

- Mode de calcul fixé au moment de l'enquête
- **Niveau d'exposition des populations a la fumée de tabac dans les lieux publics**
- Mode de calcul fixé au moment de l'enquête

6.2. Indicateurs de processus

- **Taux de mobilisation des ressources**

Mode de calcul : Ressources Mobilisées sur ressources budgétisées

- **Taux de réalisation des activités prévues**

Mode de calcul : Nombre d'activités Réalisées sur nombre d'activités prévues

6.3. Indicateurs de résultats :

- **Taux de couverture géographique**

Mode de calcul : Nombre de régions couvertes par les activités antitabac sur les 13 régions de la Mauritanie

VIII. CADRAGE BUDGETAIRE DU PLAN 2013-2015 DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

	EXPOSES FILLES ET TABAC		1						DREN-Agents de santé
3	INFORMATIONS A COMMUNIQUER AU PUBLIC								
4	AVERTISSEMENTS SANITAIRES								
	PRODUCTION AFFICHE SUR LE SEVRAGE	10000							DMH
5	IEC / CCC								
	COMMUNIQUER LA REGLEMENTION SCOLAIRE INTERDISANT DE FUMER DANS LES ETABLISSEMENTS ET AUX ENVIRONS IMMEDIATS	1							Chefs d'etablissements
	CAMPAGNE SENSIBILISATION USAGERS DES STRUCTURES HOSPITALIERES	1	1						DMH

ATELIERS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION DE SOCIETE CIVILE	1	3	3						OSC
VULGARISATION CONTENU DE LA LOI		1	1						TOUS LES SECTEURS
SENSIBILISATION SUR LE SEVRAGE			1						DREN-Agents de santé
CAMPAGNES SENSIBILISATION DU TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE (Séance, causeries, Affiches, Banderoles, Sketch, Spots TV)		1	1						DREN-Relais formes
6 FORMATION									

ORGANISER DES SEMINAIRES DE FORMATION SUR LE ROLE DU MCIAT SUR LES MESURES DE LUTTE ANTITABAC A L'INTENTION DES DIRECTIONS CENTRALES	2	4							MICAT
FORMATION SUR LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE DU PERSONNEL DE LA DOUANE (10 agents)		1							MF
FORMATION PERSONNEL DES UNITES DE SEVRAGE SUR LE SEVRAGE		1							DMH
FORMATION DES MAITRES RELAIS SUR LE TABAGISME	1								DRH/F
FORMATION DES ELEVES RELAIS SUR LE TABAGISME	1								DREN

	INTEGRATION MODULE DE FORMATION SUR LES MEFAITS DU TABAC DANS LE PROGRAMME SCOLAIRE		1	1						Inspection Pedagogique
7	PLAIDOYER									
	RENCONTRE DE PLAIDOYERS CHN, HCZ, HA, CNC, CNO SUR LA LUTTE ANTITABAC	5								DMH
	RENCONTRE DE PLAIDOYERS CNP, CHME, INRSP, CNORF SUR LA LUTTE ANTITABAC		4							DMH
	PLAIDOYER AUGMENTATION TAXE,	1	3	3						OSC
	MISE EN PLACE DE CLUBS ANTITABAC		1	1						ETABLISSEMENTS
	DISCUSSION AVEC LES ELUS ET LES AUTORITES LOCALES		1	1						DREN-Relais et regions
8	PUBLICITE PROMOTION PARRAINAGE									
	EMISION TELEVISION	1								OSC

	ATELIERS DE SENSIBILISATION SUR L'INTERDICTION DE LA PPP		3						OSC
	BROCHURES, ET LIVRETS SUR L'INTERDICTION, PPP			1000					OSC
	ATELIER RESULTATS PPP			1					OSC
9	SEVRAGE								
	MISE EN PLACE UNITES DE SEVRAGE : CHN, HCZ, HA, CNC, CNO, CHME		6						DMH
	INSTITUER UN PRIX D'ENCOURAGEMENT POUR LES ONG QUI AMENERONT PLUS DE FUMEURS AU SEVRAGE		2	2					OSC
10	PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE								
11	PRISE EN CHARGE MEDICALE								
12	COMMERCE ILLICITE DES PRODUITS DU TABAC								

ACQUISITION DE MATERIEL DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE DE TABAC (Detecteur de tabac : Ionoscan)			5						MF
ORGANISER UN ATELIER AU PROFIL DE 20 PAERSONNES SUR LA LUTTE CONTRE LE COMMERCE ILLICITE DU TABAC,DES PRODUITS DU TABAC PAR L'IMPLICATION DE LA DIRECTION DE LA CONCURRENCE , DE LA REPRESSON DES FRAUDES, DE LA PROTECTION DES CONSOMMATEURS	1								MICAT

<p>ORGANISER UN ATELIER SUR LES RESTRICTIONS QUANTITATIVES A L'IMPORTATION DU TABAC ET DES PRODUITS DU TABAC</p>	1								MICAT
<p>ORGANISER DES SEMINAIRES DE FORMATION SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME A L'INTENTION DES DELEGATIONS REGIONALES DU MCIAT ET DES AGENTS DU CONTRÔLE ECONOMIQUE A LA DCPCF ET DELEGATION FRONTALIERES SUR LA CONTREBANDE DE TABAC</p>		4	2						MICAT

ETABLISSEMENT D`UN FICHER DES IMPORTTATEURS DE TABAC		1							MICAT
ECHANGES EXPERIENCES PAR L`ENVOI DE DEUX FONCTIONNAIRE DU MCIAT DANS UN PAYS AYANT RATIFIE LA CONVENTION SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN DE BENEFICIER DE SON EXPERIENCE EN LA MATIERE			2						MICAT
VENTE AUX MINEURS ET PAR LES MINEURS									
ORGANISER UN SEMINAIRE DE FORMATION AVEC LA FEDERATION DU COMMERCE SUR L`INTERDICTION DE LA VENTE DE TABAC AUX	1								MICAT

13

	MINEURS ET PAR LES MINEURS								
	SENSIBILISATION SUR LA VENTE AUX MINEURS EN COLLABORATION AVEC LE MINISTERE DE L'EDUCATION		9	12					OSC
	INTERDICTION VENTE AUX MINEURS A PROXIMITE DES ETABLISSEMENT		1	1					APE
14	FOURNITURE D'UN APPUI A DES ACTIVITES DE REMPLACEMENT ECONOMIQUEMENT VIABLES								
15	PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA SANTE DES PERSONNES								
	INTERVENTION MEDIA 3 fois par an	1	3	3					OSC

16	RECHERCHE, SURVEILLANCE ET ECHANGE D'INFORMATIONS									
	FORMATION DE DEUX PERSONNES FORMATEURS POUR LES DIRECTIONS DU COMMERCE COMMERCE POUR SENSIBILISATION SUR LES DANGER DU TABAC	1								MICAT
	ORGANISER UN SEMINAIRE NATIONAL POUR TOUTES LES DIRECTIONS CENTRALE DU MCIAT,DES DELEGATIONS REGIONALES,L'OFFICE NATIONAL DU TOURISME LA CHAMBRE CONSULAIRE EN VUE DE FAIRE L'ETAT DES LIEUX SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME	2								MICAT

	EVALUER DE LA LUTTE ANTITABAC PAR LES DIRECTIONS CENTRALES DU MCIAT,DES DELEGATIONS REGIONALES,DES INSTITUTIONS RATACHEES AU MCIAT			1						MICAT
17	MOBILISATION DES RESSOURCES									
18	SUIVI-EVALUATION									
19	RENFORCEMENT DU PARTENARIAT									
20	RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL									