République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de la Santé de la Population
et de la Réforme Hospitalière

Institut National de Santé Publique

Infos Santé

Bulletin d'Information de Santé Publique

DECEMBRE 2015 N° 11

JOURNEE NATIONALE ANTI TABAC

INTRODUCTION

La 1ère Journée Nationale Anti Tabac a été célébrée le 07 octobre 2015 à l'INSP. Elle a été instituée par l'arrêté n°116 du 27 septembre 2015 et a été organisée par la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé. Elle avait pour objectif de:

- rappeler les risques pour la santé liés au tabagisme;
- faire le point sur la situation épidémiologique en Algérie ;
- faire le point sur les mesures prises concernant la lutte anti tabac.

RISQUES POUR LA SANTE LIES AU TABAGISME

Le tabagisme est le premier facteur de risque évitable des MNT. Il est à l'origine de 6 millions de décès par an dont 600 000 par exposition à la fumée de tabac. Il est responsable respectivement de 71%, 42% et 10% des décès par cancer du poumon, maladies respiratoires chroniques et maladies cardiovasculaires.

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

Les résultats ci-dessous portant sur le tabagisme en Algérie ont été obtenus à partir d'enquêtes réalisées dans le cadre du système mondiale de surveillance du tabagisme (GTSS : Global Tobacco Survey System) mis en place par l'OMS, l'UNICEF et le CDC (USA) ; mis à part l'enquête GSHS 2011 dont l'objet était de mesurer,en plus du tabagisme, des facteurs tels que l'alimentation et l'activité physique).

Enquêtes	Prévalence du tabac à fumer (%)	Prévalence du tabac sans fumée (%)
GYTS 2013 (Enfants scolarisés 13 – 15 ans)	Total : 7,4 Garçons : 14,9 Filles : 1,8	3,5 6,9 0,8
GSHS 2011 (Enfants scolarisés 13 – 1,5 ans)	Total : 9,2 Garçons : 18,0 Filles : 1,4	/
GATS 2010 (Adultes ≥ 15 ans)	Total : 14,9 Hommes : 27,4 Femmes : 2,5	5,3 9,8 0,8
GHPSS 2007 (Etudiants aux professions de santé)	Total : 9 1ère cigarette avant 16 ans chez 50% des étudiants	/

MESURES PRISES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Les mesures ci-dessous prises dans le cadre de la lutte antitabac s'inscrivent dans la démarche adoptée par le Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les facteurs de risque des MNT 2014 – 2018 et le Plan National Cancer 2015 – 2019. Elles découlent aussi des principes directeurs de la lutte antitabac de la CCLAT :

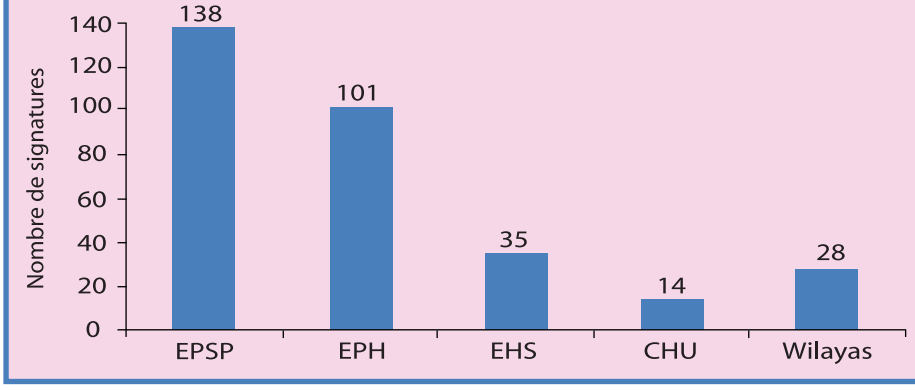
- La mise en place d'unités de consultation d'aide au sevrage tabagique

La dépendance à la nicotine fait de l'aide au sevrage tabagique une nécessité. Ce soutien apporté aux personnes souhaitant arrêter de fumer s'appuie sur deux interventions (le conseil et la pharmacothérapie). Des consultations ont donc été créées par niveau d'intervention (CHU, EHU et EPSP chef lieu de wilaya). 53 consultations réparties sur les 48 wilayas sont prévues. Leur mise en service est soumise à l'équipement des structures dédiées à cette activité, à la validation de la stratégie thérapeutique et à la formation des médecins généralistes devant prendre en charge ces patients.

- L'Initiative « Hôpital sans tabac »

Elle vise à renforcer la lutte antitabac en particulier dans les établissements de santé qui sont soumis à un devoir d'implication et d'exemplarité.
Sa mise en œuvre, assurée par un comité local de lutte contre le tabagisme, s'appuie sur l'intégration des articles 8, 9 et 10 du décret exécutif 01 – 285 du 24 septembre 2001 dans le règlement intérieur des établissements de santé et sur des actions d'IEC en direction des professionnels de santé, des patients et des visiteurs. La signature de la charte a été lancée le 31 mai 2015 à Oran lors de la Journée mondiale sans tabac.

Etat de la mise en œuvre de la charte "Hôpital sans tabac"



CONCLUSION

Les chiffres rapportés ci-dessus attestent que le tabagisme est fréquent et que la première cigarette est consommée précocement. De ce fait, l'impact sur l'individu, la santé publique, et dans le domaine socio-économique est considérable. Les mesures prises pour faire reculer ce phénomène portent autant sur le volet préventif que curatif, mais elles doivent aussi être appuyées par celles de tous les secteurs impliqués dans la lutte antitabac. Cette journée a été l'occasion de le rappeler.

L. Boutekdjiret- INSP

LES ETAPES DE LA FILIERE D'ELIMINATION DES DASRI (2)

INTRODUCTION

Les 5 étapes devant impérativement être respectées sont le Tri, le Conditionnement, l'Entreposage, le Transport et le Traitement.

TRI ET CONDITIONNEMENT DES DASRI

Dès leur production, les DASRI doivent être conditionnés dans des emballages spécifiques et normalisés. Ces conditionnements sont à usage unique, résistants et imperméables, de couleur JAUNE dominante, portant un pictogramme de danger biologique.
Leur incinération ne doit pas dégager de chlore. Ils doivent être fermés provisoirement durant leur utilisation et définitivement à l'enlèvement. Un repère horizontal doit indiquer la limite de remplissage.
L'identification du producteur (traçabilité) doit pouvoir être assurée.

1. Tri et conditionnement des DASRI « mous »

Ils seront conditionnés dans des emballages répondant aux normes suivantes :

- Sacs (NFX 30-501) ;
- Cartons avec sac intérieur (NF EN 12740) ;
- Fûts ou jerricans (NF 30-505).

2. Tri et conditionnement des déchets perforants,coupants, tranchants ou autres OPCT

Ils seront conditionnés dans des emballages rigides, résistants à la perforation, munis d'un système de fermeture et répondant aux normes suivantes :

- Boîtes et mini collecteurs pour déchets perforants (NFX 30-500) ;
- Fûts et jerricans en plastique (NF 30-505).

Ces collecteurs devront être adaptés à la taille des déchets et au volume de production, placés à portée de mains et sur un support.

3. Précautions d'utilisation des emballages pour déchets perforants

Une attention particulière doit être portée au remplissage et à la manipulation des collecteurs :

- Ne jamais dépasser la limite de remplissage (2/3) ;
- Ne jamais forcer lors de l'introduction des déchets ;
- Respecter les instructions des fabricants.

4. Gestes proscrits

- Les DASRI ne doivent jamais être compactés ni transvasés ;
- Les collecteurs d'OPCT ne doivent jamais être remplis à plus des 2/3 ;
- Les aiguilles souillées ne doivent jamais être recapuchonnées.

Une fois Triés et conditionnés, les sacs, boîtes, cartons de DASRI sont ensuite placés dans des suremballages pour être entreposés.
Si des DASRI sont mélangés aux déchets ménagers, l'ensemble est considéré comme DASRI.

ENTREPOSAGE ET STOCKAGE

Les déchets conditionnés dans des emballages primaires sont placés dans des conteneurs adaptés à la collecte interne. Ce suremballage ou conteneur peut être un grand récipient pour vrac (GRV) ou un grand emballage.

Le stockage des déchets doit se faire dans des locaux de regroupement répondant aux prescriptions suivantes :

- Exclusivement réservés à l'entreposage des déchets ;
- Ne recevant que des déchets préalablement emballés dans des emballages normalisés ;
- Fermés par une porte ;
- Comportant une affiche d'identification du local sur la porte ;
- Aérés et éclairés ;
- Assurant les fonctions de protection des déchets contre les intempéries et la chaleur ;
- Alimentés en eau ;
- Ayant un point d'évacuation des eaux usées ;
- Munis d'un poste de lavage des mains ;
- Ayant un revêtement des sols et murs adaptés aux produits de nettoyage et de désinfection ;
- implantés, construits, aménagés et exploités de façon à assurer une sécurité optimale contre les risques de dégradation, vol, pénétration des animaux et risque d'incendies ;
- Nettoyés après chaque enlèvement et désinfectés périodiquement.

Délais d'enlèvement (Instruction n°4 du 12 mai 2013)

Le délai maximum d'entreposage des DASRI ne peut être supérieur à :

- 24 heures pour les établissements de santé possédant un incinérateur ;
- 48 heures pour ceux n'en possédant pas.

TRANSPORT

Il doit se faire à l'aide de véhicules adaptés à la nature et aux caractéristiques de danger des déchets transportés, dédiés et réservés exclusivement au transport des DAS, nettoyés et désinfectés après chaque utilisation.
Les Transporteurs devront être titulaires d'une autorisation de transport en cours de validité.

TRAITEMENT

Les DASRI doivent être (Instruction n° 04 du 12 mai 2013) :

- soit incinérés dans des sites spécialement autorisés en rapport avec les normes de protection de l'environnement ;
- soit traités par des appareils de banalisation homologués par les autorités compétentes directement sur le site de production.

CONCLUSION

Par leur nature et les risques d'infection qu'ils présentent, les DASRI sont des déchets dangereux susceptibles d'infecter aussi bien les patients hospitalisés que les personnels de santé et le grand public.
En milieu hospitalier, la gestion des DASRI constitue un des axes fondamentaux du programme de lutte contre les infections associées aux soins. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins.
Dans de nombreuses régions du monde, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la fouille dans les décharges à ordures et le tri manuel des déchets dangereux sont des pratiques courantes.
Une personne blessée par une aiguille utilisée sur un patient infecté a respectivement, 30%, 1,8% et 0,3% de risque d'être infecté par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et le VIH.
En 2010, l'OMS estimait que les injections pratiquées dans de mauvaises conditions de sécurité avaient entraîné dans le monde 1,7 million de cas d'hépatite B, 315 000 cas d'hépatite C et 33 800 nouvelles infections à VIH.

Dr. N. Kaouadji, INSP

CYBERSANTÉ (1)

QU'EST-CE QUE LA CYBERSANTE SELON L'OMS ET L'UNION INTERNATIONALE DES TELECOMMUNICATIONS ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Union Internationale des Télécommunications (UIT) définissent la cybersanté comme l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) en faveur de la santé.

D'une manière générale, la cybersanté s'intéresse à l'amélioration de la circulation des informations par voie électronique afin de soutenir la prestation de services de santé et la gestion des systèmes de santé.

Les TIC présentent de nombreux avantages, non seulement pour la réalisation des objectifs de santé, mais également pour le suivi des résultats obtenus et des coûts engagés.

EXEMPLES D'IMPACTS DE LA CYBERSANTE SUR LES PARTIES PRENANTES

1. Sur les citoyens :

- Prise en charge personnalisée dans l'ensemble du système de santé et tout au long de la vie ;
- Accés aux soins de santé à domicile, au travail ou à l'école (pas seulement à l'hôpital ou à la clinique) ;
- Met l'accent sur la prévention, l'éducation et l'autogestion ;
- Facilite l'accès à des pairs pour des conseils et un soutien.

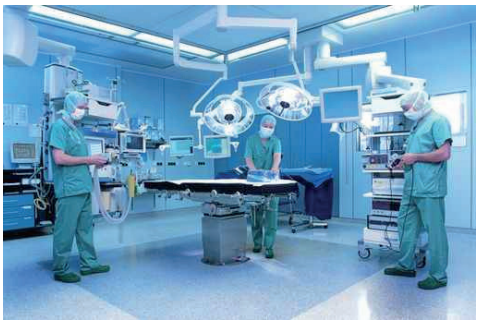
2. Sur les chercheurs et praticiens :

- Accés à des connaissances actuelles, spécialisées et reconnues en matière de soins cliniques, de recherche et de santé publique, et à des travaux de recherche, des publications et des bases de données ;

- Facilite l'accès à un enseignement à distance de grande qualité en vue de la formation initiale et de la formation professionnelle continue ;
- Permet d'organiser des consultations à distance, d'obtenir un 2ème avis et de garder le contact avec les réseaux professionnels.

3. Sur les Hôpitaux, Institutions Universitaires et de Santé Publique :

- Permet de contrôler la qualité et la sécurité, d'améliorer les processus de soins et de réduire le risque d'erreur médicale ;



- Favorise la mobilité des citoyens et de leurs dossiers médicaux, permettant d'accéder aux informations sur les patients au moment et à l'endroit voulus ;
- Ouvre de nouvelles perspectives dans le domaine de la recherche fondamentale et appliquée ;
- Développe la collaboration et le partage des ressources informatiques ;
- Permet d'assurer la prestation de services malgré les obstacles liés à la distance et au temps ;
- Standardise le traitement des commandes et des livraisons de médicaments et de fournitures.

4. Sur les activités liées à la santé :

- Envisage l'information médicale comme un outil pour le grand public et les professionnels de santé ;
- Facilite la recherche et le développement de nouveaux produits et services: dossiers de santé électroniques, systèmes d'information et registres cliniques ;
- Permet la promotion large et rentable des produits et services de santé auprès des entreprises et des gouvernements, au niveau local ou international.

5. Sur les gouvernements :

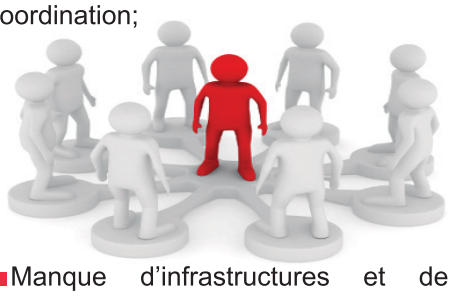
- Améliore la fiabilité, la réactivité et la rapidité des rapports sur la santé publique, tandis que la santé occupe une place croissante dans l'économie, la sécurité, les affaires étrangères et les relations internationales ;
- Permet d'identifier les tendances relatives aux maladies et aux facteurs de risque, d'analyser les données démographiques, sociales et sanitaires, et de modéliser les maladies au sein des populations ;
- Génère des environnements propices plutôt que des limitations technologiques ;
- Offre de nouveaux rôles aux parties prenantes (professionnels de santé, autorités, citoyens et autres acteurs).

CONDITIONS FAVORABLES NATURELLES AU DEVELOPPEMENT DE LA CYBERSANTE CONSTATEES SUR LE TERRAIN

- Accélération des avancées dans le domaine des TIC;
- Accès toujours plus grand à la téléphonie mobile et à la connexion Internet large bande (grande vitesse);
- Etablissement des partenariats entre des institutions telles que l'OMS, l'Union Internationale des Télécommunications, la Banque Mondiale, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, etc… ;
- Engouement naturel des personnes par rapport aux nouvelles technologies.

ENTRAVES POSSIBLES AU DEVELOPPEMENT DE LA CYBERSANTE CONSTATEES SUR LE TERRAIN

- Faible niveau de leadership et de coordination;



- Manque d'infrastructures et de services TIC;
- Faiblesses des systèmes de suivi et d'évaluation;
- Les taux de couverture et d'utilisation d'Internet peuvent ne pas être assez élevés surtout dans les zones rurales;
- Très peu de pays disposent d'une connexion « haut débit » par câble à fibre optique ou par satellite. La lenteur de la connectivité peut dissuader l'usager et même compromettre la sécurité du patient (dans le cas de la télémédecine) ;
- Connaissances limitées en matière de cybersanté : Les responsables politiques, les autorités sanitaires et les professionnels de la santé peuvent ne pas connaitre suffisamment les avantages potentiels de l'utilisation des TIC pour la santé ;
- Insuffisance des capacités humaines pour planifier et appliquer des solutions de cybersanté : Les agents de santé ne sont pas systématiquement formés à l'utilisation des TIC.

Ou en est l'Algérie par rapport à la cybersanté?

La réponse à cette question vous sera donnée dans le prochain numéro de ce bulletin.

Mr. M E A Djaker
Spécialiste des TIC, OMS Algérie

AMELIORATION DU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

1- INTRODUCTION

En Algérie, l'année 2015 a été marquée dans le domaine de la santé par la mise en place du Plan National Cancer 2015 - 2019 pour l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le cancer en général et les cancers les plus incidents en particuliers.
L'objectif principal de ce Plan Cancer est la réduction de la mortalité et de la morbidité par cancer, et parmi les huit axes stratégiques et focus de ce plan, l'axe stratégique 2 a pour objet l'amélioration du dépistage de certains cancers, en particulier le cancer du sein.

En Algérie, depuis plus de 10 ans, le cancer est devenu un grand problème de santé publique. Avec un taux d'incidence de plus de 130 nouveaux cas pour 100 000 habitants (Plan National Cancer 2015-2019), plus de 55.000 nouveaux cas de cancers sont enregistrés chaque année. Le cancer du sein, avec plus de 54 nouveaux pour 100 000 femmes (Chaoui. N. 9th Stop Cervical Brest & Prostate cancer in Africa conference : dépistage des cancers génitaux (sein & col) en Algérie, communication au Kenya, 2015.), prend une ampleur épidémiologique importante : plus de 11.000 nouveaux cas surviennent annuellement et sont majoritairement diagnostiqués à des stades avancés. Il est le premier cancer féminin et le premier cancer toutes localisations confondues. Il survient chez la femme relativement jeune, l'âge médian est de 47 ans (Registre des tumeurs, INSP 2010).

Lorsque le diagnostic et le traitement de ce cancer sont précoces (cancer in situ ou tumeur de moins de 10 mm), le taux de survie à 5 ans est de prés de 100%. Il est de 60% pour les cancers infiltrants et chute à 18% en cas de métastase, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce. Ce dernier est possible grâce à l'imagerie (mammographie-échographie) couplée à l'examen histopathologique ou cytologique.

La mammographie permet la découverte de foyers de microcalcifications et d'opacités de très petite taille (inférieur à 10 mm) conduisant à l'identification de nombreuses lésions infracliniques. L'échographie permet de faire le diagnostic de kystes et d'orienter le diagnostic d'une lésion solide.

La spécificité de la mammographie étant faible, des techniques de prélèvements guidés par l'imagerie (biopsie et cytoponction mammaires) ont été développées afin d'améliorer le dépistage de ce cancer et de limiter le nombre d'exérèses chirurgicales pour des lésions bénignes.

2- LA BIOPSIE MAMMAIRE

La biopsie mammaire constitue un outil fiable pour l'analyse et le diagnostic des lésions dépistées par la mammographie.
Il existe deux types de biopsie mammaire, la macrobiopsie et la microbiopsie.
Le choix de la méthode se fera principalement suivant la nature et la taille de la lésion.
La biopsie mammaire a pour avantages de permettre un diagnostic histologique, une étude immuno-histochimique et de biologie moléculaire. La macrobiopsie peut également être curative.
L'indication principale de la biopsie mammaire est représentée par la catégorie des images radiologiques indéterminées ou suspectes classées ACR4.

La macrobiopsie

C'est une technique de biopsie utilisant un dispositif assisté par aspiration (Mammotome) avec une aiguille, particulièrement indiquée dans le cadre des microcalcifications. Ces lésions n'ont pas de traduction clinique ; la mammographie permet de les détecter, la macrobiopsie permet de les prélever et l'examen histopathologique permet de confirmer la malignité (Fig. 1) et de réaliser une étude immuno-histochimique permettant ainsi une prise en charge rapide et adaptée d'un cancer détecté précocement.

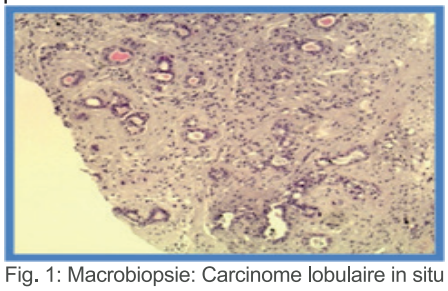


Fig. 1: Macrobiopsie: Carcinome lobulaire in situ

La microbiopsie

C'est une technique de prélèvement qui s'effectue par aspiration à l'aide d'un pistolet. Elle trouve toute sa place dans les nodules infracliniques radioguidés. Dans ces cas, sa fiabilité avoisine les 98% (Fig. 2).

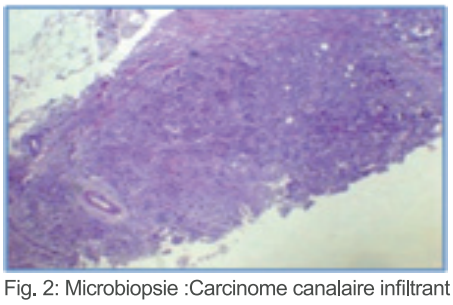


Fig. 2: Microbiopsie :Carcinome canalaire infiltrant

3- LA CYTOPONCTION MAMMAIRE

A coté de la biopsie, la cytoponction mammaire contribue aussi au dépistage du cancer mammaire par le diagnostic des lésions infracliniques radioguidées. Il s'agit d'une technique simple permettant une réponse rapide et raccourcissant les délais de prise en charge du cancer. C'est un outil de diagnostic fiable pour distinguer les lésions malignes (Fig. 3) des lésions bénignes. Elle est très utile dans le diagnostic des lésions non palpables. Sa sensibilité est augmentée grâce à son intégration au « triplet diagnostic, clinique et radiologique »

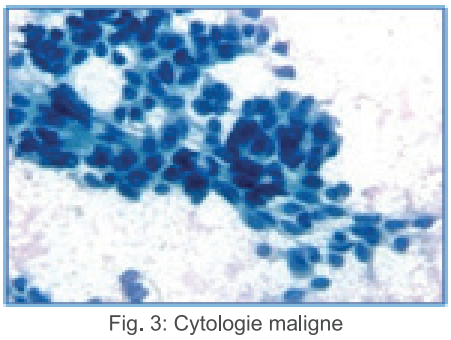


Fig. 3: Cytologie maligne

4- CONCLUSION

La glande mammaire est un organe externe permettant un accès facile aux lésions. La détection de lésions cancéreuses précoces grâce à l'imagerie et au prélèvement de ces lésions par macrobiopsie, microbiopsie et cytoponction, permet un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adaptée. Ceci contribuera à l'amélioration du dépistage de ce cancer. Par conséquent, il est nécessaire d'encourager et de généraliser ces méthodes de dépistage du cancer du sein.

A. Kaddouri, F/Z. Benserai, N. Chaoui, K. Bendisari

IMPORTANT

La rédaction d' "Info'Santé" a le plaisir de vous informer que tous les numéros du bulletin sont accessibles sur internet et téléchargeables en format pdf à partir du site: insp.dz. Pour toute contribution, nous contacter au 021 94 53 01 (article écrit en word sur 2 pages en Arial 12 illustrations comprises (tableaux, graphes ou autres).

Infos Santé: Bulletin d'Information de Santé Publique - Publication éditée par l'Institut National de Santé Publique
Adresse: "Infos Santé", INSP, 4 Chemin El Bakri, El-Biar, Alger - Téléphone de la Rédaction: 021 94 53 01
Directeur et Responsable de la Publication: Dr M.E.K. Kellou, Directeur Général de l'INSP
Comité de lecture: Dr S. Abrouk, Pr A. Dif, Pr J.P Grangaud, Dr B. Hadj-Lakehal, Dr D. Hammadi, Pr D. Hammouda, Pr N. Ouadahi
Responsable Technique et Rédacteur en chef: Dr. L. Boutekdjiret - Infographie: Mme L. Hadjer.