**Aperçu épidémiologie sur les maladies chroniques en Algérie**

**Introduction**

 La transition épidémiologique est une réalité dans beaucoup de régions dans le monde notamment dans les pays en développement. L’Algérie vit une double phase épidémiologique ou persistent les affections transmissibles et émerge en force les pathologies non transmissibles, comme les cancers, le diabète, les affections cardiovasculaires, rénales, neurologiques et respiratoires chroniques,…Ces affections reformulent de plus en plus le profil de morbidité (Lakehal, A., 2015).

 L’Algérie vit depuis trente ans une accélération de la une transition épidémiologique avec un recul spectaculaire des maladies épidémiques et une montée des maladies chroniques  sous jacente à une combinaison de deux transitions : une transition démographique avec l’augmentation de l’espérance de vie et le vieillissement de la population et une transition socio-économique avec un changement dans le mode de vie et une progression de la sédentarité[[1]](#footnote-1).

**Définition**

 Les Maladies Non Transmissibles (MNT) ont en communes, plusieurs facteurs de risque qui interagissent ensembles. Ces maladies ne sont pas contagieuses ou liées à un traumatisme, elles sont d’évolution longue, ou chroniques, le plus souvent évoluent lentement, elles sont souvent incurables et disposant en général un large éventail de traitement. Elles impliquent un traitement systématique et à long terme (Lakehal, A., 2015).

 Presque toutes ces maladies chroniques augmente avec l’âge, en ce sens qu’à masure que la population vieillit, voit son espérance de vie s’allonger, ce qui augmente le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Ces affections occasionnent une augmentation des limitations fonctionnelles et des activités quotidiennes ou essentielles associée à une dégradation de la qualité de vie[[2]](#footnote-2).

**Caractères épidémiologiques**

 Les principales maladies non transmissibles sont représentées par les Maladies cardiovasculaires (AVC, cardiopathies ischémiques,...), les Maladies respiratoires (Asthmes, BPCO,...), les Maladies métaboliques (Surpoids et obésité, Diabète de type 2, ...), les Cancers, les Pathologies mentales (dépression et schizophrénie,...), les Troubles musculo-squelettiques et rhumatismaux, les Multimorbidité,...

 Selon une étude de l’OMS (2011), l’Algérie, en 2008, comptait une mortalité liée aux MNT de 63%. La structure par toutes causes confondues de décès était la suivante : Diabète 4%, affections respiratoires 7%, Traumatismes 8%, Cancers 12%, MCV 28%, affections transmissibles maternelles, périnatales et nutritionnelles 38%, autres MTN 12%.

 Selon l**’OMS, citée par** Lakehal (2015),  **au niveau mondial, l**es MNT étaient les principales causes de décès avec plus de 36 millions de décès/an et évoluent de façon constante. Près de 80% des décès dus aux MNT, survenaient dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les maladies cardiovasculaires étaient responsables du plus grand nombre de décès dus aux MNT, 17.3 millions / an, suivies des cancers (7,6 millions), des maladies respiratoires (4,2 millions) et du diabète (1,3 million).

**Les Facteurs de Risque**

 Un facteur de risque se définit comme un état physiologique (âge, sexe, hérédité), un état pathologique (Hypertension, hypercholestérolémie), une habitude de vie (tabac, alimentation),...qui s’associés entrainent une augmentation de l’incidence de la maladie. L’implication de ces facteurs de risques dans la production des maladies non transmissible est largement prouvée par de nombreuses études épidémiologiques étiologiques (Lakehal, A., 2015).

 Les facteurs de risques peuvent être de niveau individuel ou de niveau collectif, ils sont aussi non modifiables ou alors modifiables, soit à un niveau individuel ou à un niveau collectif.

**Les FR individuels**

Liés aux facteurs de risque de base : âge, sexe, niveau d'éducation et constitution génétique;

Liés aux facteurs de risque comportementaux : tabagisme, alimentation malsaine et inactivité physique

Liés aux facteurs de risque intermédiaires : taux élevé de lipides dans le sang, diabète, tension artérielle élevée et surpoids/obésité.

**Les FR collectifs**

Liés au contexte socioéconomique : pauvreté, emploi et composition de la famille;

Liés à l’environnement : climat ou pollution atmosphérique;

Liés aux aspects culturels : pratiques, normes et valeurs

Liés à l’urbanisation : qui a des effets sur le logement, l'accès aux produits et aux services[[3]](#footnote-3).

**La Transition épidémiologique**

Marquée par l’émergence des maladies chroniques qui touchent près de 60% de la population selon le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) au détriment des maladies transmissibles.

**1. Les maladies transmissibles**

On distingue 5 catégories de maladies : Les maladies à transmission hydrique (MTH), Les maladies bénéficiant de programme élargi de vaccination (MPEV), Les maladies à transmission vectorielle, Les zoonoses, Les maladies sexuellement transmissibles (MEKALT, K., BRAHAMIA, B).

**2. Les maladies non transmissibles.**

Selon une enquête de l'Institut national de santé publique (INSP), en 2007 60% de la population serait touchée par les maladies chroniques.

**Les déterminants de la transition épidémiologique**

 Le développement des maladies chroniques ou dégénératives, de longues durées et surtout mortelles, sont liées à d’autres transitions. Dans ce registre, la société algérienne a connue plusieurs mutations d’ordre épidémiologique, social et économique caractérisées par l’allongement de l’espérance de vie à la naissance, la dégradation de l’hygiène alimentaire et de vie, l’urbanisation, l’alphabétisation accrue et la baisse de la fécondité.

**1. La transition démographique.**

La dimension de la transition démographique que connait l’Algérie se caractérise par l’allongement de l’espérance de vie à la naissance, soutenu par l’inversement de la pyramide des âges, un taux de natalité faible et un taux de mortalité aussi faible, la population algérienne tend à vieillir.

En 2014, l’indice synthétique de fécondité est passé de plus de 7 en 1970 à 2.78, le taux de croissance démographique s’est stabilisé autour de 20‰, l’espérance de vie à la naissance s’approche de 75 ans, l’indice de vieillissement avoisine les 10% avec des prévisions d’atteindre 30% d’ici 2050 (MEKALT, K., BRAHAMIA, B).

**2. La transition socio-économique.**

La transition socio-économique se manifeste par le changement de plusieurs indicateurs socio-économiques caractérisant la population algérienne :

* La sédentarité ;
* Le changement des habitudes alimentaires ;
* Le chamboulement du marché de l’emploi ;
* L’amélioration du niveau de vie des algériens :   l’IDH algérien[[4]](#footnote-4) est passé de moins de 0,5 en 1980 à plus de 0,7 en 2014 grâce à l’amélioration de l’espérance de vie à la naissance, au taux de scolarisation et d’alphabétisation et l’augmentation du PIB par habitant (estimé à près de 7500 $par habitant en 2014)
* L’offre de soins: le système de soins en augmentant les effectifs des personnels soignants et développant les infrastructures de soins a permis l’accès aux soins au plus grand nombres de patients, ceci encouragés par un système de sécurité sociale généreux (MEKALT, K., BRAHAMIA, B).

**Politiques de Prévention**

Les politiques de préventions relatives aux maladies non transmissibles se caractérisent par une surveillance et un dépistage de ces affections et une action de prévention proprement dite par l’action sur les facteurs de risques.

**1. Surveillance et dépistage**

Le dépistage peut être exhaustif en ciblant l’ensemble de la population d’intérêt ou sentinelle par échantillonnage.

Le dépistage peut être Individuel ou c’est la personne fait la démarche individuellement ou alors organisé, ici la personne participe à un programme de dépistage organisé (TERKI, K).

**2. La Prévention**

La Stratégies de prévention peut être soit collective ou individuelle, le plus souvent ces deux stratégies sont complémentaires.

Démarche collective : c’est agir sur les facteurs de risque pour en modifier les effets sur la population ou les groupes à risques.

Démarche individuelle : ici l’action est dirigée vers les sujets qui présentent un risque élevé de maladie (Lakehal, A., 2015).

**La prévention s’exerce à plusieurs niveaux**

**La prévention primaire :**

Elle consiste à prévenir la survenue de pathologies chez des sujets ou des populations sensibles en modifiant les facteurs de risque et les déterminants environnementaux et comportementaux par l’éducation sanitaire (régime alimentaire, exercice, abstinence de drogues, activité physique régulière, tolérance sociale, choix de loisirs, hygiène personnelle, etc.…) et des actions non médicales sur l’environnement (l’assainissement de l’environnement, étude de sa qualité, milieu du travail, élimination des produits toxiques, assainissement social,…).

**La prévention secondaire :**

Ce sont les activités de dépistage précoce des maladies pour ralentir ou d’arrêter sa progression.

**La prévention tertiaire :**

C’est la prévention des complications par des contrôles stricts, à l’éducation et la sensibilisation et l’observance d’un traitement efficace (Lakehal, A., 2015).

**Conclusion**

 L’incidence des maladies chroniques augmente très fortement avec l’âge. L’épidémie mondiale des maladies chroniques gagne du terrain et pourrait avoir des conséquences désastreuses sur la qualité de vie et un impacte négatif considérable sur les systèmes de santé. D’où l’urgence d’une stratégie globale de prévention et de lutte pour l’identification et la maîtrise des risques afin d’adapter et rendre plus efficientes les stratégies et les méthodes de lutte contre ces maladies non transmissibles. De ce fait les MNT constituent un réel problème de sante publique majeur. Le contrôle des MNT implique aussi bien la participation de l’individu qu’une approche systémique.

**Références Bibliographiques**

Épidémiologie des maladies non transmissibles, Approches transversales. Repéré à : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/Chapitre_1.html%20-%20titre_n2_8>. Consulté le 07/01/2021.

Lakehal, A., 2015. Épidémiologie des maladies non transmissibles. Département de pharmacie

Faculté de médecine de Constantine.

MEKALT, K., BRAHAMIA, B. Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement.

Organisation mondiale de la Santé - MNT Profils de pays, 2011.

TERKI, K. Epidémiologie des maladies non transmissibles. elearn.univ-oran1.

1. MEKALT, K., BRAHAMIA, B. Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement.   [↑](#footnote-ref-1)
2. Épidémiologie des maladies non transmissibles, Approches transversales. Repéré à : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/Chapitre_1.html%20-%20titre_n2_8>. Consulté le 07/01/2021 [↑](#footnote-ref-2)
3. TERKI, K., .Epidémiologie des maladies non transmissibles. elearn.univ-oran1, consulté le 26/02/2021 [↑](#footnote-ref-3)
4. La banque mondiale, citée par MEKALT, K., BRAHAMIA, B [↑](#footnote-ref-4)