

# La transition épidémiologique en Algérie

*Leila HOUTI\* et Saada CHOUGRANI\**

**Mots clés :** Transition épidémiologique, Maladies chroniques, Déterminants Socio-économiques, Algérie

## Introduction

La révolution industrielle a marqué un tournant dans la santé de l'humanité. Le développement qui a permis l'amélioration des conditions de vie des populations et l'essor de la médecine, a marqué le recul des maladies infectieuses et des grandes épidémies. En même temps que la baisse de la mortalité des plus jeunes et la chute de la natalité dans les pays développés, l'augmentation de l'espérance de vie a conduit au vieillissement des populations engendrant de nouveaux problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, les cancers et l'obésité. Aujourd'hui, un nombre croissant de pays font face à ce péril, du fait des changements des modes de vie, ou plus précisément des changements de comportement.

Ainsi, le concept de transition épidémiologique développé par Omran depuis 1971, est fondé sur une théorie des démographes selon laquelle le développement socioéconomique entraîne une transition démographique doublée d'une transition épidémiologique (Omran 1971, 1983, 1998). Le modèle de la transition épidémiologique rend compte des progrès sanitaires réalisés dans les pays industriels depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle. Les éléments de ce modèle sont les tendances démographiques de la

---

\* Epidémiologistes, Laboratoire de Recherche sur les Systèmes d'Information en Santé (LABSIS), Université d'Oran

population et la structure des maladies prédominantes qui caractérisent le passage d'une société préindustrielle à une société moderne.

Omran a décrit trois « âges » par lesquels passent toutes les sociétés au cours de leur modernisation :

- « l'âge de la peste et de la famine », où la mortalité était forte, l'espérance de vie se situant, en moyenne, au-dessous de 30 ans,
- « l'âge du recul des pandémies », durant lequel l'espérance de vie augmente fortement, passant de moins de 30 ans à plus de 50
- « l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société », où le recul de la mortalité se ralentit et l'effondrement des maladies infectieuses mettent au premier plan les maladies chroniques.

Les conséquences en matière de santé sont la substitution progressive des maladies chroniques non transmissibles aux maladies infectieuses comme principales causes de décès et dans le domaine de la nutrition, la substitution des problèmes de surcharge pondérale et d'obésité aux problèmes de carences liées à l'alimentation (Maire et al 2002).

Dans ce cadre, trois modèles de la « transition épidémiologique » ont été développés (Omran, 1971) :

- le modèle classique des pays occidentaux avec la baisse progressive de la mortalité et de la fécondité (19<sup>ème</sup> siècle),
- le modèle tardif des pays en développement avec la baisse progressive de la mortalité et une fécondité élevée,
- la variante accélérée du modèle classique caractérisée par la baisse rapide de la mortalité et de la fécondité, la transition s'opérant sur une courte période.

Ce processus, qui a duré deux siècles en Europe et en Amérique du Nord, permettant au fur et à mesure d'adapter les ressources et les moyens de lutte face aux nouvelles situations, se

déroule en quelques décennies dans la plupart des pays en développement où les systèmes de santé doivent s'attaquer simultanément au défi des maladies infectieuses, dites maladies évitables, et au poids des maladies chroniques, malgré la hausse du coût des soins.

En 1991, cette problématique a été élargie en préférant au concept de « transition épidémiologique » celui de « transition sanitaire » pour y englober non seulement l'évolution des caractéristiques épidémiologiques des populations mais aussi celle des réponses des sociétés à cet état sanitaire (Frenk 1997, Meslé 2003).

Au lendemain de son indépendance, l'Algérie a connu des bouleversements économiques et sociaux qui ont conduit certes, à une amélioration des conditions de vie, mais aussi à des modifications profondes de la structure de la population avec un changement du profil des maladies. Nous nous proposons de décrire ici les éléments de cette transition épidémiologique en cours.

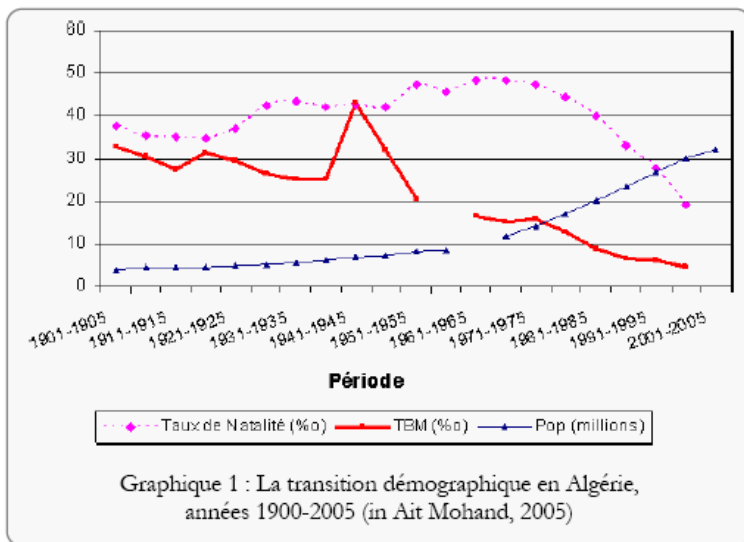
## **La transition en Algérie**

### ***La transition démographique :***

La transition démographique a débuté en Algérie dès l'indépendance avec une baisse importante de la mortalité pendant que la natalité et la nuptialité enregistraient une remontée spectaculaire, phénomène de « récupération classique » observé après guerre.

Au milieu des années 80, la transition démographique s'est à nouveau accélérée avec la chute brutale de la fécondité avec un taux d'accroissement naturel en deçà des 3% enregistrés en 1985. A l'origine de ce phénomène, l'action combinée du recul de l'âge au mariage et du programme national de planning familial mis en place en 1983. Entre 1970 et 2002, l'indice synthétique de fécondité a chuté de 7,8 à 2,4 enfants par femme (Ait Mohand 2005).

Ce processus de transition a marqué de nouveau une accélération à partir de 1995. Le taux brut de natalité est passé en 2000 sous la barre des 20 pour 1000 (19,8 ‰). Depuis, l'Algérie fait partie des pays à fécondité modérée. Au 1er janvier 2004, la population algérienne, a été estimée à 32,08 millions habitants (Ait Mohand 2005).



La mortalité générale qui était de 16,45 ‰ en 1970, a connu une réduction importante, passant à 8,2 ‰ en 1986 (Ait Mohand 2005). Après avoir connu une remontée conjoncturelle au cours des années 90 (6,43 ‰ en 1995), le taux brut de mortalité a repris sa tendance à la baisse pour atteindre 4,55 ‰ en 2003 (MSP-RH 2004). Cette baisse des niveaux de mortalité est liée en grande partie à la baisse de la mortalité infantile (EASME 1992, INSP 2001, EASF 2002).

Pour sa part, le taux de mortalité infantile (décès des moins d'un an) estimé à 180 ‰ en 1962, a décliné très fortement jusqu'au début des années 90 (43,7‰ en 1992), et s'est stabilisé jusqu'à 1998 (37,4‰) (PAPFAM2002). En 2002, le taux de mortalité

infantile était de 34,7 pour 1000 naissances vivantes (PAPFAM2002). Cette baisse notable de la mortalité infantile reflète l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène ainsi que de l'impact du programme de lutte contre la mortalité infantile. D'autre part, si les écarts de mortalité entre le milieu urbain (31,4‰) et rural (31,8) ont été réduits, la mortalité des garçons reste plus importante (36,1 ‰) que celle des filles (33,3 ‰) (PAPFAM2002).

**Tableau 1 : Evolution du taux de mortalité infantile en Algérie, années 1992-2002. (Source : Direction de la Population, MSPRH)**

| Année  | Taux de mortalité infantile en ‰ |        |          |
|--|----------------------------------|--------|----------|
|  | Garçons                          | Filles | Ensemble |
| 1992(**)   | 50,8                             | 36,7   | 43,7     |
| 1998*  | 38,7                             | 36,0   | 37,4     |
| 1999*  | 40,2                             | 38,6   | 39,4     |
| 2000*  | 38,4                             | 35,3   | 36,9     |
| 2001*  | 38,9                             | 35,9   | 37,5     |
| 2002*  | 36,1                             | 33,3   | 34,7     |
| (**) : Données EASME (1992)  |                                  |        |          |
| (*) : Données revues et corrigées par les taux de couverture estimés à partir l'enquête EASF - PAFAM 2002. |                                  |        |          |

Mais bien qu'en baisse, la mortalité infantile intéresse encore tout particulièrement la mortalité néonatale (décès des nouveaux nés de moins d'un mois). Celle ci représentait en 2002 près des deux tiers des décès, soit 63,5% (MSP-RH 2004).

Ainsi, bien que rapide, l'accroissement de la population tend vers la stabilité. Il est passé de 2,43% en 1992 à 1,58% en 2003 (ONS 2003).

En conséquence, la structure de la population algérienne s'est modifiée. S'il reste encore une part élevée de la jeunesse qui comprend les 0-19 ans (plus de 50% de la population jusqu'en 1987 contre 48,2% au dernier recensement de 1998), on assiste à un vieillissement progressif de la population. L'augmentation de

l'espérance de vie à la naissance est passée de 52,6 ans en 1970 à 73,9 ans en 2003, se rapprochant ainsi de celle des pays avancés. La part des personnes âgées de 60 ans et plus est de 7,1% de la population générale (ONS 2003).

Il faut toutefois noter que le niveau de la transition démographique est hétérogène et varie selon un gradient nord sud. Les wilayas du nord présentent une transition avancée pendant que les wilayas du sud amorcent difficilement la baisse de la natalité en raison de mauvaises conditions socio-économiques.

### ***La transition épidémiologique***

Depuis l'indépendance, la situation en Algérie a été marquée par l'amélioration des conditions de vie, le développement du système de santé basé sur l'accès aux soins et la mise en œuvre de programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention des maladies prévalentes, ce qui a eu pour effet de modifier le profil épidémiologique des maladies dans la population. Les maladies infectieuses les plus répandues ont régressé, voire disparu, laissant place aux maladies non transmissibles. Au même moment, nous assistons à l'émergence et la réémergence de certaines maladies infectieuses.

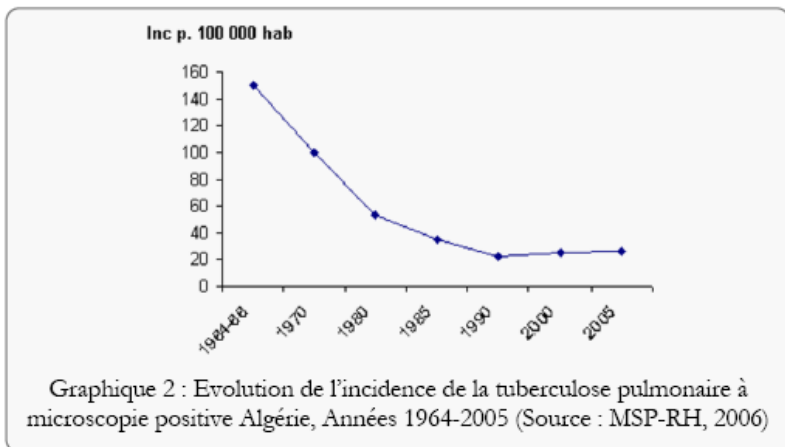
#### ***1. Les maladies transmissibles***

Les programmes de vaccination, l'accès à l'eau potable, l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, et la lutte antivectorielle ont permis de réduire notablement les maladies transmissibles.

Le paludisme est la première maladie à avoir fait l'objet d'un programme d'éradication, basé sur le dépistage actif des cas, le traitement de masse et la désinsectisation. Ce programme est aujourd'hui à sa phase de consolidation, et à sa phase d'entretien au Sud où persiste un foyer avec des cas autochtones (infection transmise localement). 99 cas ont été enregistrés en 2004 contre 427 en 2003 (MSP-RH 2004). Actuellement, le paludisme

d'importation domine la situation épidémiologique, coïncidant avec l'accroissement des échanges commerciaux avec les pays sub-sahariens.

La tuberculose était et demeure à ce jour une priorité de santé publique. Le programme national de lutte contre la tuberculose instauré en 1965 et qui a servi de modèle à l'Organisation Mondiale de la Santé, a permis la réduction des cas par le dépistage actif des malades et l'instauration d'un traitement délivré gratuitement, selon un schéma thérapeutique standardisé. Depuis les années 70, ces actions ont permis une réduction importante de la maladie. De 150 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (ou cracheurs de bacilles) pour 100 000 habitants entre 1964-1966, l'incidence de la tuberculose pulmonaire est descendue graduellement pour se stabiliser à 22 cas pour 100 000 habitants au cours de la décennie 90 (MSP-RH 2006). Depuis 2000, on assiste à une nouvelle ascension de ce taux qui oscille autour de 25 cas pour 100 000 habitants soulevant des questions pour les autorités sanitaires : la maladie connaît une réelle recrudescence ou bénéficie-t-elle d'une amélioration de la surveillance épidémiologique (MSP-RH 2006) ?



Grâce à l'instauration obligatoire des vaccinations depuis 1969, et aux efforts consentis dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination, les maladies de l'enfance responsables de la mortalité des moins de cinq ans, ont connu un recul remarquable. Aucun cas de polio n'a été déclaré depuis 1997, et si la rougeole a connu des épidémies printanières en 2002 et 2003, son taux d'incidence est passé de 7,46 cas pour 100 000 habitants en 1990 à 50,02 en 2003 puis à 9,14 en 2004 (MSP-RH 2004).

Si les maladies à transmission hydrique connaissent à leur tour un recul remarquable, les toxi-infections alimentaires collectives connaissent une nette recrudescence du fait du développement de la restauration collective et des fast food avec un taux d'incidence à 10,53 pour 100 000 habitants en 2004 contre 9,95 en 2003 (MSP-RH 2004). La fièvre typhoïde, bien qu'en baisse, et les hépatites virales sévissent encore sous une forme endémo épidémique. En 2004, la ville de Batna a connu une épidémie explosive de fièvre typhoïde avec 340 cas (MSP-RH 2004). Nous notons aussi l'absence de cas de choléra depuis 1996, en dépit des foyers d'Afrique sub-saharienne (MSP-RH 2004).

Nous relevons ces dernières années une recrudescence des zoonoses, notamment la brucellose (2766 cas en 2003, 3385 cas en 2004) et la leishmaniose cutanée qui a connu une flambée en 2003 (14571 cas) et qui a enregistré de nouveaux foyers (MSP-RH 2004). La wilaya d'Oran a enregistré une épidémie de peste bubonique en 2003 (MSP-RH 2004) alors que celle-ci avait disparu depuis 50 ans. Le développement de ces maladies est lié à l'insuffisance de mise en œuvre sur le terrain de mesures intersectorielles dans les domaines de l'environnement et de la santé animale.

Les cas cumulés de SIDA en juin 2004 sont 2292 cas (Ait Mohand, 2005).



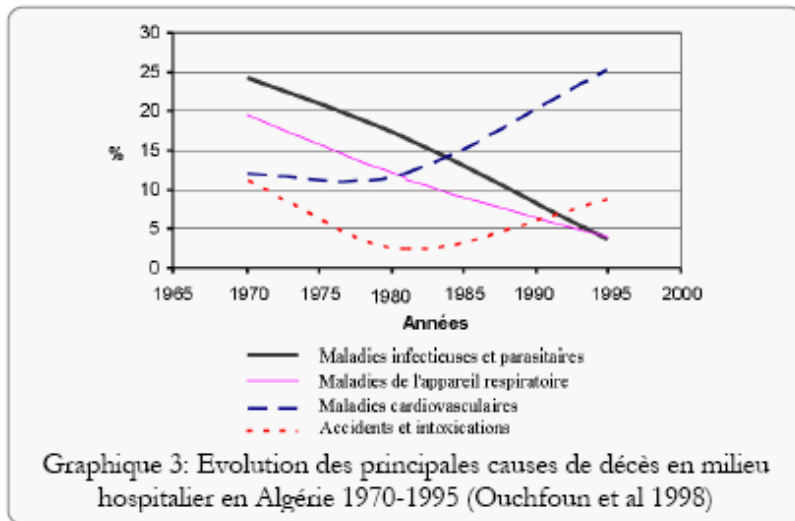
## 2. Les maladies non transmissibles

Parallèlement au recul des maladies infectieuses, nous avons assisté au cours de ces décennies à l'émergence des maladies non transmissibles. Les maladies chroniques, diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires chroniques et maladies mentales constituent l'essentiel de la facture de santé en Algérie. D'un autre côté les accidents de la circulation et les traumatismes liés à la violence prennent des proportions alarmantes.

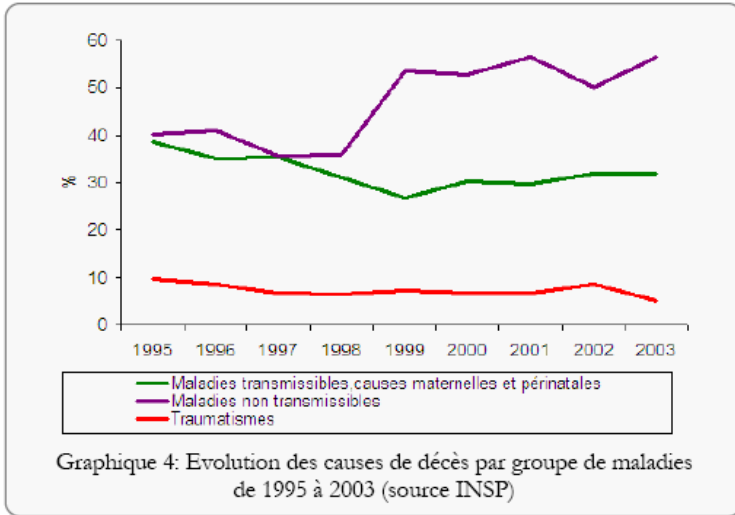
L'étude de la mortalité en milieu hospitalier confirme entre 1970 et 1995, cette tendance du déclin des maladies transmissibles et de l'accroissement des maladies non transmissibles, principalement les maladies cardiovasculaires, et des accidents (Ouchfoun et al 1998).

**Tableau 2 : Evolution des principales maladies infectieuses en Algérie de 1990-2004, Incidence pour 100 000 habitants (sources : MSPRH et INSP)**

| Maladies                                | 1990  | 1995  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| <b>Rougeole</b>                         | 7,46  | 34,51 | 11,28 | 8,97  | 18,88 | 50,02 | 9,14 |
| <b>Tétanos*</b>                         | 38    | 34    | 10    | 20    | 17    | 7     | -    |
| <b>Diphtérie</b>                        | 0,12  | 3,49  | 0,01  | 0,01  | 0,00  | 0,02  | 0,02 |
| <b>Coqueluche</b>                       | 0,10  | 0,04  | 0,10  | 0,46  | 0,18  | 0,07  | 0,02 |
| <b>Maladies à transmission hydrique</b> | 42,2  | 39,76 | 26,87 | 25,58 | 20,46 | 16,18 | -    |
| <b>Choléra</b>                          | 6,6   | 0,018 | 0,0   | 0,0   | 0,0   | 0,0   | 0,0  |
| <b>Fièvre typhoïde</b>                  | 17,62 | 15,08 | 8,52  | 4,96  | 7,65  | 2,13  | 2,64 |
| <b>Hépatites virales</b>                | 15,69 | 11,85 | 8,94  | 9,01  | 7,46  | 6,57  | -    |
| <b>Dysenteries</b>                      | 7,25  | 11,62 | 8,65  | 9,36  | 7,50  | 6,11  | -    |
| <b>Brucellose</b>                       | 0,66  | 9,3   | 10,97 | 10,42 | 9,92  | 8,79  | -    |
| <b>Leishmaniose</b>                     | 8,39  | 5,4   | 14,44 | 14,03 | 23,45 | 43,45 | -    |



En population générale, l'analyse des certificats de décès parvenant à l'INSP (Institut National de Santé Publique- Alger) (Belamri 1998) selon la classification mise au point par l'OMS et la Banque Mondiale (GBD study) qui répartit les causes de décès en trois groupes principaux (Murray et Lopez 1994), montre que les décès attribués aux maladies transmissibles, causes maternelles et périnatales sont en baisse, pendant que les maladies non transmissibles sont en augmentation. Les décès par traumatismes sont stabilisés.



Cette tendance a été à nouveau confirmée par l'enquête TAHINA qui a analysé la mortalité en population générale pour l'année 2002 sur un échantillon représentatif de 13358 certificats recueillis sur 12 Wilayates (Atek, 2005). Selon GBD, les maladies non transmissibles représentent 58,6%, les maladies transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles représentent 22,7%, les traumatismes 10,6% et les causes de mortalité mal définies et inconnues 8,1%. Les maladies de l'appareil circulatoire occupent la première place parmi les causes de décès, toutes causes confondues confirmant la situation de transition épidémiologique en Algérie.

**Tableau 3 : Répartition des causes de décès par maladies non transmissibles au niveau d'un échantillon de 12 wilayas en Algérie, année 2002, Projet Tahina (Atek 2005)**

| Affections non transmissibles (7829 décès) | %    |
|--|------|
| Maladies cardio-vasculaires                | 44,5 |
| Tumeurs malignes                           | 16,0 |
| Affections des voies respiratoires         | 7,6  |
| Diabète sucré                              | 7,4  |
| Maladies de l'appareil digestif            | 5,1  |
| Anomalies Congénitales                     | 4,4  |
| Maladies de l'appareil uro-génital         | 4,4  |
| Affections neuropsychiatriques             | 2,5  |
| Troubles nutritionnels et endocriniens     | 1,9  |
| autres affections NT                       | 6,0  |

Concernant la morbidité en population générale, l'Enquête Nationale Santé de 1990 (MSP 1992b) a montré que 29,4% des maladies sont attribuées aux maladies chroniques, avec en tête l'hypertension artérielle (17,2%) suivie du diabète (6,9%). En 2003, l'enquête STEP-OMS réalisée dans les wilayas de Mostaganem et Sétif a montré un accroissement de ces deux pathologies phares des maladies cardiovasculaires, 29,1 et 8,9% (MSP-RH 2004b).

**Tableau 4 : Evolution des principales maladies chroniques de 1990 à 2003, ENS 1990 et STEP 2003 (source MSPSRH)**

| Maladies chroniques   | ENS 1990 | STEP 2003 |
|-----------------------|----------|-----------|
| Hypertension          | 17,2     | 29,1      |
| Maladies articulaires | 11,1     |           |
| Asthme                | 10,1     |           |
| Diabète               | 6,9      | 8,9       |
| Bronchite chronique   | 6,2      |           |
| Cardiopathies         | 5,3      |           |
| Cancers, tous types   | 0,6      |           |

Quant aux tumeurs, les registres de cancer mis en place dans de nombreuses régions d'Algérie ont montré une incidence des cancers de 104,3 pour 100 000 hommes et 80,7 pour 100 000 femmes à Alger en 2004 et une incidence de 148,3 pour 100 000 hommes et 94,6 pour 100 000 femmes à Oran entre 1996 et 2004 (MSP-RH 2005)

### ***3. La transition nutritionnelle***

En accompagnement à cette transition démographique et épidémiologique, nous observons au cours de ces décennies, une modification du mode de vie des algériens et plus particulièrement des schémas de consommation alimentaire, principalement dans le Nord et en milieu urbain. Les changements socio-économiques, l'urbanisation et le travail ont permis à la restauration rapide hors domicile et la restauration collective de se développer de manière importante dans les villes. L'alimentation traditionnelle à base de couscous et de légumes frais, est progressivement substituée par une alimentation déséquilibrée qui comprend davantage de produits d'origine animale, riche en produits gras et sucrés, et en produits de type industriel (conserves alimentaires, produits surgelés). Dans certaines couches de population, l'alimentation tend à devenir excessive par rapport aux besoins énergétiques nécessaires à la vie sédentaire.

Cette alimentation déséquilibrée, associée à l'inactivité physique, est responsable de la survenue de surpoids facteur de risque par excellence de diabète, hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires. L'enquête STEP 2003 a montré un taux de surpoids (surcharge pondérale et obésité) de 46,6% chez les 25-64 ans, soit un individu sur deux, avec une fréquence plus élevée en milieu urbain (51,8% versus 43,3% en milieu rural) (MSP-RH 2004b). L'obésité à elle seule totalise 16,4%, selon le même rapport urbain-rural (19,8% vs 14,3%). En ville, un adulte sur cinq est obèse. Ce gradient ville-campagne confirme

l'influence du milieu dans les changements des comportements alimentaires.

En ce qui concerne la nutrition des nourrissons, l'allaitement maternel a connu un déclin considérable à la faveur du lait artificiel. En induisant une croissance plus rapide chez les enfants, le lait artificiel réduit l'immunité aux infections notamment la diarrhée, favorise les allergies essentiellement alimentaires. Au cours de l'enfance et l'âge adulte, il contribue au développement du surpoids, du diabète, de l'hypertension artérielle et de la mortalité cardiovasculaire.

Avec l'objectif d'atteindre un taux d'allaitement exclusif de 80% à 4 mois pour réduire la mortalité infantile et la malnutrition, le programme de promotion de l'allaitement maternel mis en œuvre au cours des années 1990, ne connaît que peu de succès. Ce taux, évalué à 48% en 1995 (EDG 95), a chuté à 15,9% en 2000 (EDG 2000).

### ***Les déterminants socio-économiques de la transition***

Pour l'OMS, trois éléments jouent un rôle déterminant dans le développement de la transition épidémiologique : l'évolution du niveau des revenus, celui du niveau d'instruction, la production et l'utilisation de nouvelles connaissances (Bruker, 2000). Il est sous-entendu par ces nouvelles connaissances tant les éléments de la vie moderne que le développement des services de santé. Ainsi une multitude de facteurs socio-économiques associés à l'impact du système de santé ont concouru à cette transition sanitaire en Algérie.

Au lendemain de l'indépendance, le potentiel agricole algérien autrefois d'une grande capacité, s'est effondré au profit d'une politique d'industrialisation qui a rapidement échoué. Au final, les revenus économiques qui proviennent essentiellement des hydrocarbures (98%), ont connu une forte embellie dans les années 70, et se sont effondrés au cours des années 80 engrangeant une grave crise économique et sociale. Ils connaissent à nouveau une embellie depuis la fin des années 90.

Toutefois, ces revenus ont permis de classer notre pays parmi les pays à revenu intermédiaire selon les données du PNUD.

L'effet immédiat du revenu des hydrocarbures a été d'améliorer globalement le revenu et le niveau de vie des ménages. Ils ont permis également de mener une politique sociale basée sur l'éducation par la scolarisation intensive des 6-12 ans, notamment les filles, de mener une politique de santé axée sur la prévention des maladies, et de mettre en œuvre une politique démographique visant à réduire la natalité.

Parmi les effets positifs de la politique de santé, l'accès aux soins pour tous dans le cadre des soins de santé primaire (Ouchefoun 2003) et la mise en œuvre des programmes nationaux ont permis de répondre aux besoins de santé élémentaires de la population et de réduire notablement un certain nombre de maladies infectieuses. D'autres facteurs liés au marché des soins tels que la multiplication des moyens diagnostics et thérapeutiques, et l'augmentation de la population médicale contribuent à la croissance de la demande en soins. Il est à noter qu'actuellement l'exode des spécialistes du secteur public alimente le secteur libéral. Parallèlement, la pression des médias et des laboratoires pharmaceutiques encourage les exigences de la population en matière de soins.

Ainsi, les recettes d'hydrocarbures qui ont permis le développement de la société algérienne, ne parviennent pas à effacer les inégalités sociales et économiques. Ces inégalités sont principalement d'ordre géographique et enregistrent un gradient Nord-Sud, urbain-rural et urbain-périurbain. Le Sud reste démuné au point de vue économique et des structures sociales. Au centre de ces inégalités, le chômage, l'explosion démographique, l'analphabétisme et la forte urbanisation comptent parmi les contraintes qui font obstacle à un développement socio-économique harmonieux.

Au plan démographique, le rythme d'accroissement démographique reste trop contraignant pour satisfaire la demande sociale.

En raison de la crise et de la difficile relance économique, l'accès à l'emploi est de plus en plus difficile et la population en chômage de plus en plus jeune et qualifiée. Entre 1966 et 2001, la population active a été multipliée par quatre, pour atteindre 9,073 millions de personnes, avec un taux d'activité de 29,3%, dont 15% de femmes. Avec un taux de chômage de 27,3% en 2001, la baisse du revenu des ménages et la paupérisation sont une évidence ((MSP-RH 2004).

Dans le domaine de l'éducation, les efforts consentis par l'état n'ont pas complètement résorbé l'analphabétisme dans la population âgée de 15 ans et plus. Bien que le taux d'analphabètes a été réduit de 75 % en 1966 à 32 % en 2001, des disparités persistent encore avec 35 % d'analphabètes chez les femmes contre 18,2 % chez les hommes en 2002 (CNES 2003). Ainsi, si la scolarisation des 6-14 ans, a enregistré un taux de 93,4% en 2002 (CNES 2003), ce taux tend aujourd'hui à baisser, principalement dans les campagnes, en périphérie des grandes villes, chez les filles et après 14 ans.

Au point de vue de la structure de la population, l'exode rural massif qui a dépeuplé les campagnes et l'outil de production agricole au lendemain de l'indépendance, a eu pour conséquence une urbanisation forte et en augmentation continue. En 35 ans, le ratio urbain-rural s'est totalement inversé. La population urbaine est passée de 31% en 1966 à 61% en 2001 soit 19,3 millions d'habitants (ONS 2003). L'Algérie compte 32 agglomérations urbaines de plus de 100 000 habitants (ONS 2003). Cette urbanisation qui subit le poids de l'exode rural et de l'explosion démographique, s'est souvent faite de manière sauvage, accroissant les poches de pauvreté en périphérie des grandes villes. En règle générale, ces conditions de vie accroissent le stress et la malvie propices à l'apparition des maladies chroniques. Les



comportements à risque tels que le tabagisme et la toxicomanie prolifèrent sur ce terrain de précarité.

Un autre problème majeur que connaissent les algériens après l'emploi, est celui de la crise du logement, qui se résorbe difficilement en dépit des nombreux programmes promotionnels qui lui sont accordés. Le taux d'occupation par logement est passé de 5,3 au début des années 1960 à 7,2 à la fin des années 1980 (Ait Mohand 2005).

Par conséquent, sur le plan environnemental, la dégradation de l'hygiène publique, l'insuffisance de l'eau potable, la pollution industrielle, la pollution automobile dans les mégapoles, concourent à détériorer l'environnement. Ces facteurs contribuent à la persistance de certaines maladies à transmission hydrique, et à la recrudescence des intoxications alimentaires collectives et des zoonoses.

Au plan nutritionnel, la politique agro-alimentaire assure le développement de l'agriculture et de l'industrie agro-alimentaire avec de meilleures conditions d'approvisionnement pour les ménages. Mais la pauvreté, les prix relatifs des denrées alimentaires, l'installation de multinationales dans le domaine, le foisonnement de la restauration rapide dans les villes en réponse au chômage des jeunes, contribuent à une alimentation de qualité moindre parmi la population. Le changement des comportements alimentaires selon un modèle occidental favorise l'accroissement de l'obésité et des maladies cardiovasculaires.

Dans les villes, l'absence d'espaces verts et de loisirs, l'insécurité, la multiplication du parc roulant et la dégradation de la qualité de vie n'encouragent pas les populations à la pratique de l'exercice physique bénéfique à la santé. En clair, il n'existe pas de politique de la ville répondant à des objectifs de promotion de la santé. D'autres phénomènes comme la mondialisation, et notamment la parabole accessible à tous les foyers, contribuent à ce changement des modes de vie.

Paradoxalement, face à ce développement anarchique peu propice à la bonne santé, l'état a entrepris de réduire sa participation au financement de la santé, aggravant davantage la précarité des couches les plus pauvres.

## **Conclusion**

La transition épidémiologique est aujourd'hui une évidence sanitaire en Algérie. Si les maladies transmissibles ont connu un déclin très net, les maladies chroniques dominent le tableau épidémiologique. Le premier symptôme de cette transition et de son lot de maladies, est le développement de l'obésité, qui bien qu'ayant pris des proportions alarmantes, ne fait l'objet d'aucune préoccupation de la part des acteurs. En amont de ces phénomènes, il apparaît clairement que des changements du mode de vie, des comportements alimentaires et de l'activité physique, et de l'environnement en général, se sont opérés.

Il faut redéfinir aujourd'hui les priorités et les enjeux en terme de santé, et mettre au point des indicateurs pour mesurer les inégalités et les nouveaux besoins de santé de la population (Brucker 2000). Les structures de soins inhérentes, y compris la prise en charge des handicaps et les soins palliatifs, sont à mettre en œuvre. Les programmes de lutte contre les maladies chroniques restent entièrement à mettre en place. De nouvelles pistes de travail telles que la nutrition, la sécurité alimentaire, la santé mentale et les études analytiques dans le domaine des cancers, sont à explorer. Si le système de santé est face à de nouvelles priorités, il a encore à renforcer les programmes de lutte contre les maladies transmissibles ainsi que la politique nationale de population.

La transition épidémiologique soulève également d'autres questions, tels que le choix de la politique sanitaire, la pratique médicale, les comportements alimentaires et la coordination avec les autres secteurs de la vie socio-économique. Elle pose aussi le

problème de la prise en main de l'individu de sa propre santé (Ben Romdhane, 2002).

Il est évident que le contexte économique et social actuel qui est le déterminant majeur de cet état de santé, reste mal adapté à la transition épidémiologique en Algérie. Il apparaît aussi clairement que l'amélioration des conditions de vie, une politique de promotion de la santé et du concept « villes-santé » sont les démarches prioritaires à entreprendre.

Ces enjeux ne peuvent pas être une préoccupation limitée au seul ministère de la santé. Il est nécessaire de mettre en œuvre une stratégie globale, intégrée et multisectorielle pour limiter les effets de la transition épidémiologique et prévenir les maladies chroniques. La santé est un facteur déterminant du développement. Le développement durable ne peut s'accomplir sans une santé durable. Promouvoir un meilleur état de santé, c'est favoriser l'essor économique et social de la population.

### **Références bibliographiques**

1. Ait Mohand, A., *Transition sanitaire Caractéristiques et conséquences sur les besoins et les priorités de santé en Algérie : Essai d'analyse*. Mémoire de Master en Santé Publique. IMT Anvers, 2005.
2. Belamri, S., *Situation de la mortalité en Algérie au cours des années 1995-1997*. REM, N° 9, 1998.
3. Ben Romdhane, H., Khaldi, R., Oueslati, A., Skhiri, H., *Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie*, CIHEAM-Options Méditerranéennes, Sér. B, n°4, 2002, pp. 7-27.
4. Brucker, G, Canestri, A., *Epidémiologie des priorités de santé dans les pays pauvres*, ADSP, N°30, 2000, pp. 20-23
5. Conseil National Economique et Social (2003). Quatrième rapport national sur le développement humain, année 2002. CNES, Alger, (document visible sur : [www.cnes.dz](http://www.cnes.dz))

6. Frenk, J., *Transiciones : vidas, instituciones, ideas*. Salud pública Méx, mar. / abr., 39 (2), 1997, pp. 144-150.

7. Institut National de Santé Publique (2003). Situation épidémiologique de l'année 2003. REM, annuel 2003.

8. Atek et all, janvier 2005. Les causes de décès Algérie en 2002: analyse au niveau d'un échantillon de 12 wilayas. Projet Tahina, Algerie (visible sur : [www.ands.dz](http://www.ands.dz))

9. Maire, B., Lioret, S., Gartner, A. & Delpuech, F., « Transition nutritionnelle et maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation dans les pays en développement ». *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 12 (1), (2002), pp. 45-55

10. Meslé, F., « La transition sanitaire, progrès et résistances en Afrique ». In *Questions de population au Mali : des enjeux internationaux aux perspectives locales*, Janvier 2003. (Document visible sur : <http://www.ined.fr/rencontres/seminaires/mali2003/commfm.pdf>)

11. Ministère de la Santé et de la Population (1992). Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME - PAPchild). Alger.

12. Ministère de la Santé et de la Population (1992b). Enquête Nationale Santé. Année 1990. Fascicule 1.

13. Ministère de la Santé et de la Population (2001). Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie. Santé Mères et Enfants. MICS 2. EDG 2000 (visible sur : [www.ands.dz](http://www.ands.dz))

14. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2002). Enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF – projet PPFAM). Alger (visible sur : [www.ands.dz](http://www.ands.dz))

15. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2004). La santé des algériennes et des algériens en 2003. Alger, décembre 2004. (Document visible sur : <http://www.ands.dz/sante-algeriens/sante-algerienmesDec-2004.PDF>)

16. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2004b). Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step « wise » de l'OMS). Rapport préliminaire.

17. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2005). Registre des tumeurs d'Alger. 2004(visible sur : [www.ands.dz](http://www.ands.dz))

18. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2006). Situation épidémiologique de la Tuberculose en Algérie. Année 2005 (visible sur : [www.ands.dz](http://www.ands.dz))

19. Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. Global comparative assessment in the health sector – Disease Burden, expenditures and intervention packages, OMS, 1994.

20. Omran, A.R., « The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change». *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 1971, pp. 509–538.

21. Omran, A.R., « The epidemiologic transition theory: A preliminary update». *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 29, 1983.

22. Omran, A.R., « The epidemiologic transition theory revisited thirty years later». *Wld Hlth Statist*, Quart, 51, 1998.

23. Ouchfoun, A., Atek, M. & Soukehal, A. *Transition ou stagnation sanitaire en Algérie– essai d'analyse*. REM, N° 4, 1998.

24. Ouchfoun, A., Développement des soins de santé primaires en Algérie. Texte d'une conférence lue au séminaire national sur le développement des soins de santé de base, Zéralda, 9-11 mars 2003.