

UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI TIZI OUZOU

**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION DEPARTEMENT DES SCIENCES
ECONOMIQUES**



**Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master en Sciences
Economiques Spécialité : Economie de la Santé**

Thème :

**L'efficacité économique des programmes de
prévention des maladies chroniques cas de diabète**

Présenté par :

MOULA Kenza

Encadré par :

Mme SALMI Samia MAA. UMMTO

Devant le jury composé de :

Présidente : Madame METMAR Dalila MCA. UMMTO

Examineur : Monsieur FERHAT Mohand MAA. UMMTO

Rapporteur : Mme SALMI Samia MAA. UMMTO

Soutenu le : 03/07/2025

Année : 2024-2025

Sommaire

Chapitre 1 : Les maladies chroniques et leur impact sur les systèmes de santé

Section 1 : Compréhension des maladies chroniques

- Définition et caractéristiques des maladies chroniques.....05
- Facteurs de risque et évolutions épidémiologiques en Algérie.....07
- Conséquences sur la qualité de vie des patients.....10

Section 2 : Coûts liés aux maladies chroniques

- Coûts directs : soins, hospitalisations, traitements.....13
- Coûts indirects : perte de productivité, absentéisme, dépendance.....16
- Enjeux économiques pour le système de santé algérien.....19

Chapitre 2 : Prévention et promotion de la santé dans le contexte algérien

Section 1 : Les stratégies de prévention des maladies chroniques

- Types de prévention : primaire, secondaire, tertiaire.....23
- Programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé.....26
- Rôle des institutions sanitaires dans la prévention.....29

Section 2 : Perceptions et participation des acteurs

- Rôle du personnel médical dans les programmes de prévention.....31
- Implication des patients et du grand public.....34
- Freins sociaux, culturels et institutionnels à la prévention.....37

Sommaire

Chapitre 3 : Démarche méthodologique et enquête sur le terrain

Section 1 : Objectifs et population ciblée

- Objectifs de l'enquête sur les perceptions des acteurs.....41
- Description des catégories d'acteurs interrogés42
- Délimitation géographique et contextuelle de l'étude.....42

Section 2 : Méthodes et outils utilisés

- Élaboration du questionnaire43
- Mode d'administration44
- Stratégie d'échantillonnage et nombre de participants.....44

Section 3 : Résultats de l'étude

- Résultats de l'étude et analyse des données.....46
- Recommandations.....92
- Test des hypothèses.....94

Conclusion générale.....97

Introduction

La santé publique repose sur un équilibre entre la prise en charge des maladies et la mise en place de stratégies visant à les éviter. Face à l'augmentation des pathologies non transmissibles, les systèmes de soins doivent évoluer pour réduire la pression sur les infrastructures médicales et garantir une meilleure qualité de vie aux populations. L'augmentation des maladies chroniques, telles que le diabète, les affections cardiovasculaires ou encore les troubles respiratoires, impose une réflexion approfondie sur les mécanismes permettant d'en limiter l'incidence.

La transition épidémiologique, marquée par la diminution des maladies infectieuses et la montée en puissance des affections chroniques, a conduit à une redéfinition des priorités sanitaires. Plutôt que de concentrer les ressources uniquement sur le traitement, les autorités de santé et les chercheurs s'orientent vers des politiques préventives. Ces initiatives s'appuient sur des interventions visant à modifier les comportements individuels et collectifs afin de limiter l'apparition et l'aggravation des pathologies.

Les coûts liés aux maladies chroniques pèsent lourdement sur les finances publiques et les assurances santé. Les traitements prolongés, les hospitalisations répétées et la diminution de la productivité entraînent des dépenses considérables. Dans de nombreux pays, ces pathologies représentent une part majeure des budgets de santé. En parallèle, la perte de capital humain, due à la diminution des capacités physiques et intellectuelles des personnes atteintes, impacte directement l'économie globale¹.

L'augmentation de l'espérance de vie accentue cette tendance. Une population vieillissante, plus exposée aux affections de longue durée, nécessite une prise en charge adaptée, ce qui intensifie la charge financière pour les gouvernements et les employeurs. Une approche préventive apparaît alors comme un levier permettant de contenir ces coûts tout en améliorant la qualité de vie des citoyens.

Face à cette réalité, les programmes de prévention sont conçus pour réduire l'incidence et la sévérité des maladies chroniques. Différents types d'interventions existent : campagnes de sensibilisation, promotion d'une alimentation équilibrée, encouragement à la pratique d'une activité physique régulière et mise en place de dépistages précoces. Ces actions visent à intervenir avant l'apparition des symptômes, limitant ainsi les complications futures et diminuant la dépendance aux traitements curatifs.

Les investissements dans la prévention produisent des effets mesurables. Des études montrent que chaque euro investi dans ces stratégies génère des économies substantielles en matière de soins de santé. Par exemple, la prévention des maladies cardiovasculaires par la promotion d'une meilleure hygiène de vie réduit les hospitalisations et les interventions médicales lourdes. Les campagnes

¹ https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_algerie_salaries (consulté le 15/02/2025)

Introduction

antitabac, en diminuant le nombre de fumeurs, participent également à la baisse des cancers et des affections respiratoires, allégeant ainsi la charge sur les infrastructures médicales.

L'efficacité économique des stratégies préventives repose sur plusieurs facteurs. Tout d'abord, la capacité des gouvernements à intégrer ces actions dans une politique de santé publique cohérente joue un rôle déterminant. Les financements alloués doivent être adaptés pour garantir une mise en œuvre efficace et une accessibilité aux populations les plus vulnérables. Ensuite, la collaboration entre les acteurs du système de santé, les entreprises et les organisations non gouvernementales permet d'amplifier la portée des initiatives et d'assurer leur pérennité.²

Les bénéfices à long terme des programmes de prévention vont au-delà des économies directes. Une population en meilleure santé contribue davantage au développement économique en réduisant l'absentéisme au travail et en augmentant la productivité. De plus, un système de santé moins saturé peut mieux répondre aux besoins des patients souffrant de pathologies aiguës, optimisant ainsi l'allocation des ressources médicales.

Problématiques

"Dans quelle mesure les programmes de prévention des maladies chroniques en Algérie permettent-ils une réduction des coûts de santé et une amélioration du bien-être des patients, selon les perceptions des acteurs du système de soins et des citoyens ?"

Questionnements secondaires

1. Quel est le niveau de connaissance et de perception des citoyens algériens sur les programmes de prévention des maladies chroniques ?
2. Comment les professionnels de santé perçoivent-ils l'efficacité des actions préventives mises en place en Algérie ?
3. Quels sont les obstacles majeurs limitant l'impact des programmes de prévention sur la réduction des coûts de santé publique ?

Hypothèses

1. Une sensibilisation insuffisante du public et un manque de communication institutionnelle limitent l'impact des programmes de prévention.

² <https://www.algerie-eco.com/2025/03/30/maladie-renale-en-algerie>(consulté le 15/02/2025)

Introduction

2. Les professionnels de santé reconnaissent les avantages économiques de la prévention, mais soulignent un manque de ressources et de coordination pour leur mise en œuvre.
3. Les contraintes budgétaires et les difficultés d'accès aux soins préventifs réduisent l'efficacité des politiques de prévention en Algérie.

Motivation du choix de thème

L'évolution des systèmes de soins met en lumière la nécessité d'adopter des approches préventives pour lutter contre la progression des maladies chroniques. En Algérie, la prévalence croissante de pathologies telles que le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires exerce une pression significative sur les infrastructures sanitaires et les finances publiques. Cette situation impose une réflexion approfondie sur les mécanismes permettant d'optimiser la prise en charge et de limiter l'impact économique de ces affections.

L'intérêt pour ce sujet découle de plusieurs constats. D'une part, les dépenses de santé liées aux maladies chroniques augmentent considérablement, mobilisant des ressources importantes qui pourraient être investies dans d'autres priorités sanitaires. D'autre part, les programmes de prévention apparaissent comme une solution efficace pour freiner cette tendance, mais leur mise en œuvre et leur impact économique restent insuffisamment évalués.

L'objectif de ce travail est donc d'analyser l'efficacité économique des stratégies préventives en Algérie, en s'appuyant sur une étude de terrain basée sur un sondage. Cette approche permettra d'obtenir une vision plus précise des perceptions des professionnels de santé et des citoyens concernant ces dispositifs, ainsi que de mieux comprendre les obstacles qui entravent leur efficacité.

Méthodologie de travail

Ce mémoire repose sur une approche méthodologique combinant une analyse documentaire et une enquête de terrain.

1. Analyse documentaire : Une revue de la littérature scientifique et institutionnelle permettra d'examiner les modèles existants de prévention des maladies chroniques, en mettant en évidence leur efficacité économique et leur adaptation aux réalités du système de santé algérien. Des rapports, études statistiques et publications

Introduction

académiques seront mobilisés pour contextualiser le sujet et identifier les tendances actuelles en matière de santé préventive.

2. Enquête de terrain : Un sondage sera réalisé auprès de deux groupes cibles :
 - Les professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens) afin d'évaluer leur perception des stratégies préventives et les défis liés à leur mise en œuvre.
 - Les citoyens afin de mesurer leur niveau de connaissance, leur adhésion aux programmes de prévention et les éventuelles barrières limitant leur engagement dans ces initiatives.
3. Traitement des données : Les résultats du sondage seront analysés à l'aide d'outils statistiques, permettant d'identifier les tendances et les corrélations entre la perception des acteurs de la santé et l'efficacité économique des actions préventives. Cette analyse mettra en lumière les facteurs qui favorisent ou entravent le succès de ces programmes en Algérie.

Introduction :

En Algérie, les maladies chroniques représentent une part croissante des préoccupations sanitaires, tant par leur fréquence que par les répercussions qu'elles engendrent sur les individus et sur le système de santé dans son ensemble. Affections de longue durée, souvent évolutives, elles nécessitent une prise en charge continue et mobilisent des ressources médicales, humaines et financières considérables¹. Ce chapitre vise à définir les caractéristiques des maladies chroniques, à analyser leur évolution dans le contexte algérien, et à évaluer leur poids économique et social sur le système de soins du pays.

Section 1 : Compréhension des maladies chroniques

1.1 Définition et caractéristiques des maladies chroniques

Les maladies chroniques renvoient à des affections durables, souvent évolutives, qui transforment profondément la vie quotidienne des personnes concernées. Elles ne disparaissent pas après un traitement ponctuel. Dans la plupart des cas, elles s'installent dans la durée, exigeant une prise en charge continue. Contrairement aux maladies aiguës, elles s'imposent comme une présence constante qui vient modifier la perception du corps, du temps et des projets de vie.

Les définitions issues de travaux scientifiques s'accordent sur plusieurs points : ces maladies durent dans le temps, ne guérissent que rarement, affectent divers aspects de la vie du patient, et nécessitent une adaptation constante. Qu'il s'agisse du diabète, des maladies cardiovasculaires, des affections respiratoires chroniques ou encore des cancers à évolution lente, ces pathologies transforment radicalement la relation que chacun entretient avec sa propre santé.

La première caractéristique de ces affections réside dans leur durée. Le temps médical, souvent rythmé par les bilans, les traitements et les suivis, devient un marqueur structurant de la vie du patient. Ce dernier apprend à vivre avec un calendrier de soins, à composer avec les effets secondaires, et à reconstruire une routine compatible avec son état.²

¹ Zaheer, S., LeBoff, M., & Lewiecki, E. M. (2015). Denosumab for the treatment of osteoporosis. Expert opinion on drug metabolism & toxicology, P 11.

² ARWIDSON P. (1997). Le développement des compétences psychosociales. In Apprendre la santé à l'école/ B. Sandrin-Berthon. Paris, ESF, p73.

Sur le plan clinique, ces maladies présentent des phases d'aggravation, de stabilisation et parfois de rémission. Cependant, la guérison complète demeure rare. Le patient ne peut envisager la santé comme un retour à l'état antérieur, mais comme une forme de stabilité fragile, qu'il convient de préserver par des efforts constants.

Les répercussions des maladies chroniques dépassent le cadre strictement médical. Elles touchent le fonctionnement global de la personne. Le corps est affecté, parfois limité dans ses fonctions ; la dimension psychologique se trouve fragilisée par l'angoisse, l'incertitude, voire la dépression. La vie sociale s'en trouve souvent réduite, entre retrait relationnel, absentéisme professionnel, et difficultés à participer pleinement à la vie collective.

L'expérience de la maladie ne se limite pas à un diagnostic ou à un protocole thérapeutique. Elle s'accompagne d'une transformation identitaire. La personne atteinte d'une maladie chronique ne se reconnaît plus toujours dans les repères d'avant. Il devient nécessaire de réinventer un rapport à soi, aux autres et au temps, en tenant compte de cette nouvelle donne.³

Contrairement à une vision passive du patient, la gestion d'une maladie chronique repose largement sur sa capacité à s'auto-réguler. Prise de médicaments, suivi du régime alimentaire, activités physiques adaptées, gestion du stress : autant d'actions qui reposent sur l'implication directe du patient. La réussite du suivi ne dépend pas uniquement des prescriptions médicales, mais de la capacité à intégrer ces exigences dans la vie ordinaire.

Cela suppose un accompagnement structuré, à la fois éducatif et psychologique. Les dispositifs d'éducation thérapeutique du patient (ETP) vont dans ce sens, en permettant à chacun de mieux comprendre sa maladie, d'acquérir des compétences pratiques pour mieux vivre avec, et de trouver un soutien dans les moments de découragement.

Le soutien social joue également un rôle déterminant. La solitude aggrave l'impact de la maladie. À l'inverse, l'entourage – qu'il soit familial, amical ou professionnel – peut favoriser l'adhésion aux soins, réduire l'anxiété et contribuer à une meilleure qualité de vie.⁴

³ BANDURA A. (2003), Autoefficacité : le sentiment d'efficacité personnelle, traduit de l'anglais par LECOMTE J., De Boeck-Université, Coll, Ouvertures psychologiques, Paris, P 85

⁴ ARWIDSON P., BURY J., CHOQUET M. et al. (2001), Education pour la santé des jeunes, démarches et méthodes, Edition Inserm, Paris, p247

Au niveau des institutions sanitaires, les maladies chroniques posent un véritable défi de gestion. Contrairement aux pathologies aiguës, leur prise en charge ne se limite pas à une intervention ponctuelle. Elle mobilise des ressources à long terme, en soins de proximité, en consultations spécialisées, en traitements prolongés. Cette continuité de soins implique une organisation différente du système de santé, plus centrée sur la prévention, la coordination des acteurs et le suivi dans la durée.

En Algérie, le poids croissant de ces maladies commence à modifier les priorités sanitaires. L'évolution démographique, les changements de mode de vie et l'urbanisation accélèrent la progression de ces affections. Le système de soins, historiquement conçu pour répondre à des urgences ou à des pathologies infectieuses, doit désormais s'adapter à cette charge chronique qui mobilise des moyens considérables.

La maladie chronique ne se résume pas à un état pathologique. Elle constitue une rupture profonde dans le parcours de vie. Elle oblige à réorganiser les priorités, à revoir certains projets, et parfois à renoncer à certaines aspirations. Toutefois, elle n'empêche pas la construction d'un nouvel équilibre. Nombreux sont les patients qui développent des stratégies de résilience, redéfinissent leur quotidien et parviennent à maintenir un bien-être satisfaisant, malgré les contraintes.

Ce processus reste complexe, incertain, et demande une adaptation constante. Il met en lumière la nécessité de repenser la notion même de santé, non plus comme l'absence de maladie, mais comme la capacité à vivre avec, à s'ajuster, à maintenir un équilibre en mouvement.

1.2 Facteurs de risque et évolutions épidémiologiques en Algérie

En Algérie, les maladies chroniques s'imposent progressivement comme la principale menace pour la santé publique. Ce glissement, souvent discret, résulte d'une accumulation de facteurs de risque comportementaux et physiologiques. Contrairement aux maladies infectieuses dont les signes sont souvent visibles et rapides, les affections non transmissibles progressent lentement. Leur ampleur passe longtemps inaperçue, jusqu'à ce qu'elles deviennent systémiques.

Plusieurs habitudes de vie favorisent l'apparition de ces pathologies. Une alimentation déséquilibrée, trop riche en sucres ajoutés, en graisses saturées et en sel, perturbe le

métabolisme. La consommation de produits transformés, de plus en plus présente dans les foyers urbains, contribue à l'émergence de troubles glyciques, lipidiques et tensionnels.

La sédentarité constitue un autre facteur clé. L'urbanisation rapide, combinée à une réduction drastique de l'activité physique quotidienne, mène à un déclin de la capacité cardiovasculaire. Cette inactivité chronique favorise le surpoids, l'obésité, et renforce la prédisposition au diabète de type 2.⁵

Le tabagisme, bien que connu pour ses effets nocifs, demeure prévalent dans plusieurs couches sociales. Avec une consommation estimée à 16,5%, les produits du tabac alimentent non seulement les pathologies pulmonaires, mais aussi le risque de cancers multiples et de maladies cardiovasculaires.⁶

Ces comportements déclenchent des répercussions biologiques mesurables : hypertension artérielle, hyperglycémie, dyslipidémies. En s'accumulant, ces conditions aggravent les risques de complications graves, parfois invalidantes ou mortelles.

L'Algérie vit une mue sociétale rapide. L'urbanisation, souvent perçue comme un vecteur de modernité, bouleverse les modes de vie. Le déplacement vers les centres urbains modifie les régimes alimentaires, souvent au profit de repas rapides, pauvres en fibres et riches en calories vides. L'accès plus facile aux aliments ultra-transformés remplace progressivement les pratiques culinaires traditionnelles.

Parallèlement, les inégalités sociales accentuent la vulnérabilité de certains groupes. Le manque d'éducation sanitaire, combiné à des ressources financières limitées, empêche l'adoption de comportements préventifs. Dans certains milieux, les consultations médicales restent rares et tardives. Ce retard dans le dépistage et la prise en charge alimente la progression des pathologies chroniques.

Les chiffres disponibles dressent un tableau préoccupant. Le diabète, par exemple, touche près de 14,4% des adultes âgés de 19 à 69 ans. Cette proportion ne cesse de croître, nourrie par la combinaison de facteurs alimentaires, de sédentarité et de stress. L'état prédiabétique, souvent ignoré, concerne plus de 8% de cette population. Sans intervention, ces sujets glissent vers une maladie avérée, avec les complications qui en découlent.⁷

⁵ <https://www.insp.dz/index.php/Non-categorise/maladies-non-transmissibles> (consulté le 01/03/2025)

⁶ <https://www.afro.who.int/> (consulté le 01/03/2025)

⁷ <https://shs.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2020.PDF>, P45 (consulté le 05/03/2025)

Chapitre I : Les maladies chroniques et leur impact sur les systèmes de santé

L'hypertension artérielle affecte environ 14,8% des adultes. Beaucoup ignorent leur condition, car l'absence de symptômes perceptibles retarde le diagnostic. Faute de traitement, les risques d'accidents vasculaires ou d'insuffisance cardiaque augmentent.⁸

Le surpoids et l'obésité touchent une fraction croissante de la population, notamment chez les femmes et les jeunes. Ces problèmes métaboliques s'ancrent dès l'enfance, dans un environnement où l'activité physique devient marginale et les aliments sains coûtent cher.

Les maladies cardiovasculaires, les cancers et les affections respiratoires chroniques représentent aujourd'hui les premières causes de décès dans le pays. Cette situation reflète le passage d'une épidémiologie de la contagion à une épidémiologie des comportements.

La charge induite par les maladies chroniques pèse sur les structures hospitalières et les professionnels de santé. Les soins prolongés, la nécessité d'un suivi régulier, la gestion des complications secondaires épuisent les capacités du système. Les coûts dérivent aussi vers les familles, qui doivent supporter les traitements, les examens et les régimes spécifiques.

Ce contexte génère un double fardeau : la cohabitation des pathologies infectieuses persistantes avec les affections chroniques grandissantes. L'Algérie se trouve à un carrefour sanitaire, entre deux modèles épidémiologiques. Cette tension appelle à une adaptation des politiques de santé publique.

La progression des maladies chroniques ne se limite pas au domaine médical. Elle s'inscrit dans une transformation profonde de la société. Les modes de consommation, la structure des villes, les conditions de travail et l'accès à l'information influencent directement l'état de santé des citoyens.

L'enjeu dépasse donc la sphère sanitaire pour toucher la sphère économique, sociale et culturelle. Les réponses apportées devront être à la hauteur de cette complexité. La compréhension des facteurs de risque et de leurs interactions avec l'environnement permettra de mieux cerner les dynamiques à l'œuvre, en vue de freiner la progression de ces maladies et d'améliorer la qualité de vie des populations.

⁸ <https://www.afro.who.int/> op.cit

1.3 Conséquences sur la qualité de vie des patients

Les maladies chroniques modifient en profondeur le quotidien des personnes touchées. Leurs effets se manifestent à plusieurs niveaux, s'accumulent dans la durée, et altèrent le bien-être général. Loin d'être de simples affections prolongées, ces pathologies transforment les rapports que les individus entretiennent avec leur corps, leur environnement et leur entourage.

La dimension physique constitue souvent le premier front affecté. Les douleurs persistantes, l'essoufflement, la fatigue constante ou les troubles moteurs réduisent les capacités habituelles. Monter un escalier, porter un sac, se déplacer dans un espace public deviennent des épreuves. Ces gestes auparavant anodins se heurtent à des limites imposées par la maladie.

Certaines affections, comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou les douleurs neuropathiques liées au diabète, entravent l'autonomie. Ce recul de l'indépendance alimente un sentiment d'impuissance, parfois difficile à exprimer, mais profondément ressenti. La restriction des activités conduit souvent à un isolement progressif, à mesure que les sorties se font rares et les contacts sociaux s'étiolent.⁹

Les traitements eux-mêmes ne sont pas sans effets. Certains médicaments provoquent des effets secondaires contraignants : nausées, prise de poids, troubles du sommeil. D'autres exigent une rigueur qui empêche toute spontanéité, imposant des horaires fixes, des régimes stricts ou des précautions particulières.

Les répercussions psychologiques des maladies chroniques s'installent insidieusement. Vivre avec une affection permanente implique de composer quotidiennement avec l'incertitude, la peur des complications, ou encore la perspective d'une dégradation irréversible. Ce climat intérieur affecte l'humeur, fragilise la motivation, et altère progressivement la perception de soi.

L'anxiété s'intensifie à chaque nouveau symptôme. La dépression guette lorsque les perspectives d'amélioration s'amenuisent. Les patients décrivent souvent un sentiment d'abandon, de solitude ou de non-reconnaissance. L'entourage ne saisit pas toujours la

⁹ <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/limpact-sur-la-sante-des-maladies-chroniques-est-reparti-de-facon-toujours-plus-inequitable> (consulté le 05/03/2025)

complexité de ce vécu, notamment lorsque la maladie n'est pas visible. L'incompréhension renforce le repli sur soi.

À cela s'ajoute une perte de confiance. Lorsqu'un corps échappe à son contrôle, lorsqu'il devient imprévisible, la sécurité intérieure vacille. Ce trouble de la relation à soi-même rejaillit sur la qualité des interactions humaines. Par peur de gêner ou de décevoir, certains patients se taisent, évitent les discussions ou refusent les invitations.

Le champ social subit aussi les contrecoups de la chronicité. La fatigue, les rendez-vous médicaux récurrents ou les phases d'exacerbation limitent la capacité à maintenir une scolarité ou un emploi. Chez les actifs, les arrêts répétés ou l'inadaptation aux exigences du poste peuvent mener à la rupture du contrat de travail.

Dans de nombreux cas, la déscolarisation précoce, la reconversion forcée ou la mise à l'écart professionnelle réduisent les perspectives économiques et sociales. La maladie devient alors un facteur d'appauvrissement, non seulement financier, mais aussi relationnel et culturel. Les cercles d'amis se réduisent, les occasions de rencontres se font rares, la vie sociale s'étirole.

L'environnement n'est pas toujours en mesure de compenser ces ruptures. L'accessibilité aux lieux publics, le transport, l'organisation des soins à domicile ou la disponibilité des services sociaux restent souvent insuffisants. Cela limite encore davantage la possibilité d'une vie digne et participative.

Toutes les catégories sociales ne vivent pas la maladie de la même manière. Les populations défavorisées rencontrent davantage d'obstacles dans l'accès aux soins, la compréhension des consignes médicales ou l'adoption de comportements adaptés. Un logement mal isolé, une alimentation de moindre qualité ou une exposition au stress permanent rendent la gestion de la pathologie plus difficile.

Les dispositifs de soutien sont parfois méconnus ou inaccessibles. Le manque de transport, l'absence de suivi de proximité ou la surcharge des structures publiques accentuent les ruptures de parcours de soins. Les patients en situation de précarité cumulent ainsi plusieurs vulnérabilités, sans pouvoir mettre en place des stratégies d'adaptation efficaces.

Cette situation génère une spirale défavorable : la maladie fragilise, l'environnement aggrave, et le manque de soutien empêche de remonter la pente. L'espérance de vie en bonne

santé se réduit, non pas uniquement à cause de la pathologie, mais aussi en raison du contexte dans lequel elle évolue.

De nombreux patients ne souffrent pas d'une seule affection, mais de plusieurs simultanément. Cette multimorbidité accentue les contraintes quotidiennes et complexifie les prises en charge. Le diabète peut coexister avec l'hypertension, l'insuffisance cardiaque ou les troubles articulaires. Chaque pathologie exige des soins spécifiques, parfois incompatibles entre eux.

La multiplicité des rendez-vous, la diversité des traitements, les interactions médicamenteuses et les injonctions contradictoires fatiguent le patient. Celui-ci se retrouve dans la posture d'un gestionnaire de sa propre santé, souvent sans les outils ni le soutien nécessaires pour faire face à cette charge. L'erreur, la confusion ou le découragement deviennent alors inévitables.

Ces conditions multiplient les hospitalisations non planifiées, allongent les durées de séjour, et perturbent l'organisation familiale. Les aidants, lorsqu'ils existent, s'épuisent. La dynamique familiale s'en trouve bouleversée, parfois jusqu'à la rupture.

Au-delà de la souffrance individuelle, les maladies chroniques engendrent des coûts considérables. Le prix des médicaments, les consultations spécialisées, les actes techniques ou encore les adaptations du domicile représentent des charges durables. Même lorsque l'assurance sociale couvre une partie des frais, les dépenses dites « indirectes » (transport, perte de revenus, aides à domicile) pèsent lourdement sur les budgets familiaux.

Le stress lié à ces contraintes financières se mêle à la charge psychologique de la maladie. Dans certaines familles, le budget santé prend le pas sur d'autres besoins fondamentaux, comme l'éducation ou le logement. Cette pression quotidienne accentue les tensions, favorise l'endettement et réduit la capacité de projection dans l'avenir.

À l'échelle collective, la chronicité fragilise la soutenabilité du système de santé. La récurrence des soins, l'accumulation des cas complexes et l'allongement de la durée de vie en mauvaise santé saturent les dispositifs. Cette pression compromet l'équité dans l'accès aux soins et mobilise des ressources qui manquent pour d'autres secteurs.

Section 2 : Coûts liés aux maladies chroniques

Au-delà de leurs impacts sanitaires et sociaux, les maladies chroniques génèrent des dépenses considérables, tant pour les individus que pour la collectivité. Leur caractère prolongé, les soins continus qu'elles nécessitent et les complications qu'elles entraînent imposent une charge financière lourde. Ces coûts, souvent sous-estimés, pèsent sur les ménages, déséquilibrent les budgets de santé publique et influencent directement les capacités du système à répondre à d'autres priorités sanitaires.

2.1 Coûts directs : soins, hospitalisations, traitements

Les maladies chroniques ne se contentent pas d'épuiser les corps : elles pèsent aussi lourdement sur les finances. Leur évolution lente mais persistante oblige à une prise en charge médicale régulière, parfois à vie, générant des dépenses massives à l'échelle individuelle et collective. Le poids économique de ces affections dépasse la simple addition de soins et de traitements : il structure, voire fragilise, l'organisation des systèmes de santé contemporains. Dans de nombreux pays, les coûts associés aux maladies chroniques constituent la part la plus élevée du budget sanitaire.

2.1.1 Soins médicaux et hospitalisations

Une maladie chronique engage le patient dans un parcours de santé dense, marqué par des consultations régulières, des examens fréquents, des bilans, mais aussi des séjours hospitaliers parfois longs. Ces soins s'accumulent et finissent par former un socle de dépenses incompressibles. Contrairement aux épisodes aigus, une affection chronique n'a pas de fin définie. Chaque mois, chaque année, une part du budget est allouée à la surveillance, au suivi et à la prévention des complications.

Dans certains pays, ces soins absorbent une majorité des dépenses publiques de santé. En France, par exemple, plus de 62 % du budget de l'Assurance Maladie en 2020 a été consacré aux maladies chroniques, touchant environ 24 millions d'assurés. Cette proportion n'est pas marginale : elle montre à quel point ces pathologies redéfinissent les priorités de la politique sanitaire. L'hôpital, déjà sous tension, devient le théâtre d'un traitement continu où la place occupée par les patients chroniques ne cesse de croître.

En parallèle, la consultation spécialisée devient la norme. Cardiologues, endocrinologues, néphrologues ou encore oncologues entrent dans la vie des patients comme

des figures constantes. Cette régularité, bien qu'indispensable à la stabilisation de l'état de santé, alourdit considérablement les coûts directs.

2.1.2 Traitements médicamenteux prolongés

Le recours aux médicaments dans le cadre d'une maladie chronique n'est pas ponctuel. Il s'inscrit dans une logique de traitement à long terme, souvent à renouvellement mensuel. Certaines pathologies exigent des combinaisons thérapeutiques, parfois avec des posologies complexes. À mesure que les connaissances médicales avancent, de nouveaux traitements apparaissent, souvent plus ciblés, mais aussi nettement plus coûteux.

En 2023, au Canada, les traitements du diabète représentaient à eux seuls 17,3 % des dépenses pharmaceutiques totales. Ce chiffre illustre l'impact d'une seule catégorie de maladie chronique sur l'ensemble du système médicamenteux. D'autres pathologies, comme les cancers ou les maladies auto-immunes, bénéficient désormais de biothérapies ou d'immunothérapies innovantes, dont les prix dépassent parfois les dizaines de milliers de dollars par an.¹⁰

Lorsque les médicaments sont mal remboursés ou non pris en charge, la charge financière repose directement sur les patients et leurs familles. Cette situation peut mener à des arbitrages difficiles : certains choisissent de réduire les doses, de sauter des prises, voire d'abandonner le traitement. Ces décisions, souvent dictées par la contrainte économique, augmentent le risque de décompensation et de complications sévères.

2.1.3 Une dynamique de hausse constante

Le fardeau économique des maladies chroniques ne se stabilise pas. Il suit une courbe ascendante, alimentée par plusieurs facteurs : vieillissement de la population, augmentation du nombre de cas, complexification des traitements, mais aussi hausse du coût des soins spécialisés. Dans les pays à revenu intermédiaire, cette évolution rapide se heurte à des systèmes de santé encore centrés sur les soins aigus et hospitaliers.

Les données recueillies dans certains contextes nationaux révèlent une dynamique préoccupante. En Suisse, une étude a estimé à 52 milliards de francs les coûts directs des

¹⁰ Comité directeur sur l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé de l'Agence de la santé publique du Canada, L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada : Rapport de 2023 présenté par l'Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; 2023

Chapitre I : Les maladies chroniques et leur impact sur les systèmes de santé

maladies non transmissibles dès 2011, soit près de 80 % des dépenses totales de santé. Loin d'être un cas isolé, cette réalité se répète dans de nombreux pays, où les affections chroniques remplacent les maladies infectieuses comme principaux vecteurs de dépense.¹¹

L'introduction de technologies médicales avancées et de nouveaux médicaments de pointe entraîne également une augmentation du budget nécessaire à leur administration. Dans le domaine de l'oncologie, par exemple, certains traitements coûtent plus de 100 000 euros par an et par patient. Ces montants ne tiennent pas compte des examens préalables, du suivi biologique, ni des soins de support.

Les systèmes de couverture sociale ne sont pas équivalents d'un pays à l'autre. Dans certaines régions, l'accès à une prise en charge intégrale reste théorique. Les patients doivent avancer les frais, acheter leurs médicaments ou encore payer les examens spécialisés. Cette part supportée directement par les malades accentue les inégalités sociales de santé.

Les ménages à revenus faibles sont souvent les plus exposés. Moins assurés, vivant dans des zones médicalement désertées, ils doivent parcourir de longues distances pour accéder aux soins, acheter des traitements au prix fort ou consulter en secteur privé, faute d'alternative. Ces contraintes engendrent un stress financier durable, auquel s'ajoutent les conséquences psychologiques de la maladie elle-même.

L'accumulation des dépenses médicales dans le temps érode la capacité d'épargne. Certains patients se retrouvent en situation de dette médicale, phénomène courant dans les pays où l'assurance santé reste partielle. L'effet domino peut s'avérer dévastateur : perte de travail, interruption de traitement, aggravation de l'état de santé.

Le coût des maladies chroniques n'est pas une abstraction. Il se traduit par une pression directe sur les budgets publics, mais aussi par des conséquences concrètes pour les patients, les familles, les employeurs et les assureurs. Chaque hospitalisation, chaque renouvellement de traitement, chaque consultation spécialisée se répercute sur les ressources disponibles.

Cette pression génère des tensions budgétaires dans les systèmes de santé, qui doivent jongler entre la gestion des urgences, la prévention, la santé mentale et la prise en charge chronique. La part du budget dédiée aux maladies non transmissibles absorbe progressivement celle des autres priorités sanitaires. Ce déséquilibre compromet la capacité

¹¹ <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/couts-economiques-des-mnt> (consulté le 05/03/2025)

d'innovation, ralentit l'amélioration de l'offre de soins et laisse peu de marge pour les investissements structurels.

Par ailleurs, le coût des maladies chroniques ne s'arrête pas aux soins. Il englobe aussi les arrêts de travail prolongés, les pensions d'invalidité, l'adaptation des lieux de vie ou des postes professionnels. Ces coûts indirects, bien qu'exclus du champ de cet article, sont intimement liés aux dépenses médicales directes et en amplifient la portée.

2.2 Coûts indirects des maladies chroniques

Les maladies chroniques, bien au-delà de leur impact clinique, s'accompagnent de conséquences économiques peu visibles mais particulièrement lourdes. Elles affectent non seulement les individus mais également les structures sociales et professionnelles. À mesure que ces pathologies deviennent plus répandues, leurs effets indirects s'intensifient, générant des perturbations qui dépassent le strict cadre médical. La perte de productivité, l'absentéisme, le présentéisme, la dépendance et les incapacités liées à ces affections constituent un fardeau silencieux qui fragilise les économies modernes.

2.2.1 Perte de productivité et absentéisme prolongé

Une personne atteinte d'une maladie chronique est souvent confrontée à des épisodes de fatigue, de douleurs, ou d'incapacités temporaires qui perturbent son activité quotidienne. Le maintien dans l'emploi devient alors complexe, ponctué par des interruptions fréquentes et des reprises difficiles. Dans les entreprises, l'absentéisme des salariés atteints de ces pathologies s'accompagne de conséquences multiples : baisse d'efficacité, surcharge pour les collègues, désorganisation des équipes, retards dans les livraisons ou les projets.

Les données issues des milieux professionnels indiquent qu'un salarié fréquemment absent peut coûter jusqu'à 30 % de son salaire annuel à l'entreprise. Cette charge s'alourdit lorsque l'employé occupe un poste stratégique. Dans ce cas, la perte estimée peut atteindre 200 % de son salaire annuel, compte tenu de la valeur de son expertise, du coût de son remplacement et du ralentissement global de la structure.¹²

Le caractère imprévisible de l'évolution des maladies chroniques empêche souvent une planification efficace. Le remplacement temporaire est parfois insuffisant, et le personnel

¹² <https://www.ghr.fr/malakoff-mederic/les-couts-de-l-absenteisme> (consulté le 06/03/2025)

en poste doit absorber une charge de travail supplémentaire. Cette réorganisation constante fatigue les équipes et fragilise la cohésion.

2.2.2 Présentéisme : une efficacité réduite sur le long terme

Moins visible que l'absence, le présentéisme a un impact tout aussi significatif. Un salarié atteint d'une affection chronique, bien que physiquement présent sur son lieu de travail, peut fonctionner à capacité réduite. Douleurs chroniques, troubles du sommeil, effets secondaires des traitements ou inconfort psychologique ralentissent les gestes, perturbent la concentration, et freinent la prise de décision.¹³

Contrairement à l'absentéisme, ce phénomène échappe souvent aux indicateurs de gestion. Pourtant, selon plusieurs études, le présentéisme générerait jusqu'à trois fois plus de perte de productivité que l'absentéisme. Les entreprises ne s'en rendent pas toujours compte, mais leurs résultats sont directement affectés. Projets ralentis, erreurs répétées, baisse de la qualité, relations client dégradées : tout concourt à une performance déclinante.

Les employés, de leur côté, ressentent une pression psychologique accrue. Ils tentent de compenser, de masquer leur fatigue, de maintenir une façade de normalité, ce qui aggrave leur état de santé. Ce cercle vicieux mène parfois à des arrêts prolongés, voire à une sortie anticipée du monde du travail.

2.2.3 Coûts liés au remplacement et à la formation

Remplacer un salarié souffrant d'une maladie chronique ne se limite pas à publier une offre d'emploi. Le processus est long, incertain, et souvent coûteux. La perte de savoir-faire interne, le temps nécessaire à la formation d'un nouveau collaborateur, et les erreurs liées à la période d'adaptation génèrent des frais supplémentaires pour l'entreprise.

Les personnes recrutées en urgence ne possèdent pas toujours les compétences requises, ce qui oblige à investir dans des formations spécifiques. Parfois, l'organisation choisit de redistribuer les tâches en interne, exposant les autres salariés à une surcharge qui peut elle-même générer de nouvelles absences. Dans ce cas, la chaîne des coûts indirects s'étend, impliquant plusieurs niveaux hiérarchiques et fonctionnels.

La gestion administrative de ces transitions consomme également des ressources importantes. Congés maladie, suivis médicaux, ajustement des plannings, renouvellement des

¹³ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833024001613> (consulté le 05/03/2025)

contrats temporaires : autant de tâches supplémentaires qui mobilisent les services RH et allongent les délais opérationnels.

2.2.4 Dépendance et invalidité : un éloignement durable du marché du travail

Certaines maladies chroniques évoluent vers des formes plus invalidantes. Le maintien en activité devient alors de plus en plus difficile, jusqu'à devenir impossible. Des salariés quittent prématurément leur poste, basculant dans une situation de dépendance partielle ou totale. Les conséquences de cette rupture ne se limitent pas au domaine professionnel : elles touchent aussi la structure familiale, les finances personnelles, et le tissu économique.

Un salarié contraint d'interrompre sa carrière perd non seulement un revenu régulier, mais aussi les avantages sociaux liés à l'ancienneté, les opportunités d'évolution, les droits à la retraite. La précarisation guette, surtout lorsque le statut d'invalidité ne permet pas une indemnisation équivalente au salaire perdu. De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques se retrouvent ainsi exclues de la dynamique sociale, dépendantes d'aides ponctuelles, parfois contraintes de revoir à la baisse leur mode de vie.¹⁴

Les proches deviennent alors des aidants : conjoints, enfants, amis, réorganisent leur quotidien pour compenser l'autonomie perdue. Cette charge invisible affecte également leur santé, leur carrière et leur équilibre personnel. Le coût de cette solidarité informelle, rarement reconnu dans les statistiques officielles, est pourtant considérable.

2.2.5 Conséquences sur les parcours professionnels

Vivre avec une maladie chronique signifie souvent devoir renoncer à certaines ambitions. Les possibilités de mobilité professionnelle se réduisent, les formations longues deviennent inaccessibles, et les responsabilités supplémentaires sont évitées, faute d'énergie ou de sécurité sanitaire. Les personnes concernées voient leur carrière stagner, ou même décliner. Certains sont écartés de projets, non sollicités pour des promotions, et finissent par être marginalisés dans leur environnement de travail.

Ce ralentissement a des conséquences financières directes. Un revenu bloqué, combiné à des dépenses médicales croissantes, crée une pression constante sur le budget personnel. Les projets d'achat immobilier, de voyages, ou de développement personnel sont repoussés ou

¹⁴ LETHIELLEUX Laetitia, « L'essentiel de la gestion des ressources humaines », 5^{ème} Ed Lextenso, 2011-2012, Le lieu non cité 6 P59

annulés. Ce phénomène alimente un sentiment d'exclusion, d'inutilité, voire d'échec, qui affecte le moral et la qualité de vie.¹⁵

Dans certains cas, les discriminations sont plus explicites. Des recrutements sont refusés en raison de la pathologie, des contrats ne sont pas renouvelés, ou des conditions de travail sont volontairement rendues plus difficiles, dans l'espoir de provoquer un départ volontaire. Ces pratiques, bien que interdites, restent présentes dans plusieurs milieux professionnels.

2.3 Enjeux économiques pour le système de santé algérien

Le système de santé algérien traverse une période de transition marquée par des pressions budgétaires persistantes, une évolution des besoins médicaux et une nécessité de transformation structurelle. L'émergence croissante des maladies chroniques dans un contexte de vieillissement de la population accentue la complexité de la gestion sanitaire nationale. Cette situation impose une réorganisation en profondeur, tant sur le plan financier que sur le plan opérationnel.

2.3.1 Dépenses publiques en hausse et pressions sur le budget de l'État

Depuis plusieurs années, les autorités algériennes ont consenti des efforts financiers significatifs dans le domaine de la santé. Le budget alloué à ce secteur a atteint 850 milliards de dinars en 2024, soit une augmentation de 19 % par rapport à l'exercice précédent. Ce choix politique reflète une volonté d'améliorer les infrastructures, mais surtout de répondre à la montée en puissance des affections de longue durée, telles que le diabète, l'hypertension ou encore les maladies cardiovasculaires.¹⁶

Ces affections, qui affectent durablement les patients, entraînent une consommation continue de soins et mobilisent des ressources médicales sur le long terme. La gestion de ces pathologies nécessite des consultations fréquentes, des examens de suivi, des traitements médicamenteux chroniques et des hospitalisations régulières. Le tout représente une charge financière croissante pour les comptes publics. En 2025, les dépenses de santé devraient représenter environ 6,6 % du PIB, avec un volume budgétaire dépassant les 7,6 milliards de dollars.¹⁷

¹⁵ MONNEUSE Denis, « L'absentéisme au travail », Ed Afnor, Paris, 2009

¹⁶ Besoins sociaux à l'horizon 2025, Bachir Boulahbel, 2025, P31

¹⁷ <https://37degres.dz/index.php/2025/04/06/health-impact-forum-2025> (consulté le 21/03/2025)

Cette dynamique engendre un effet de ciseau budgétaire : d'un côté, la demande de soins augmente fortement ; de l'autre, les ressources restent limitées dans un contexte économique fragile, marqué par les fluctuations des recettes pétrolières et gazières.

2.3.2 Poids économique des maladies chroniques sur le système

Le fardeau économique des maladies chroniques dépasse le cadre purement médical. Ces affections, en particulier lorsqu'elles ne sont pas prises en charge de manière précoce et structurée, engendrent des coûts exponentiels pour l'État. En Algérie, environ 15 % de la population adulte est atteinte de diabète, ce qui implique des besoins constants en insuline, en matériel de surveillance glycémique, en soins de suivi et en hospitalisations en cas de complications.

Les dépenses associées à ces pathologies ne cessent de croître, affectant la capacité du système à financer d'autres domaines tels que la prévention, la santé mentale, ou encore la pédiatrie. Le risque à terme est d'aboutir à un modèle déséquilibré, où la quasi-totalité des ressources disponibles est absorbée par quelques pathologies lourdes. Le manque de prévention efficace aggrave cette situation en favorisant la progression silencieuse de maladies évitables.¹⁸

Le vieillissement de la population, combiné à une urbanisation rapide et à des habitudes de vie de plus en plus sédentaires, accentue le phénomène. Le nombre de patients souffrant d'affections métaboliques, respiratoires ou articulaires ne cesse d'augmenter, mettant à mal la pérennité financière du système.

2.3.3 Modernisation, innovation et numérisation : des leviers à exploiter

Face à cette réalité, la réponse ne peut reposer uniquement sur l'augmentation des dépenses. Il devient impératif d'intégrer l'innovation technologique et d'adopter des approches organisationnelles capables d'améliorer l'efficacité. L'introduction de solutions numériques dans la gestion des dossiers médicaux, le suivi des patients ou encore la coordination entre les différents niveaux de soins permettrait d'optimiser l'usage des ressources.

¹⁸ <https://www.tdmsanteinov.dz/linnovation-sante-moteur-du-developpement-socio-economique/> (consulté le 21/03/2025)

La télémédecine, en particulier dans les régions éloignées, constitue un outil prometteur. Elle faciliterait l'accès aux soins spécialisés tout en réduisant les coûts de déplacement et les charges hospitalières. De même, l'intégration du diagnostic moléculaire et des thérapies ciblées offre la perspective d'une médecine plus personnalisée, limitant les erreurs de prescription et les traitements inutiles.

Cependant, l'adoption de ces technologies suppose un investissement initial conséquent, que tous les établissements ne peuvent assumer. L'absence de politiques claires en matière de gouvernance numérique ou de maintenance du matériel biomédical freine encore l'élan vers la modernisation. Sans cadre réglementaire stable, l'innovation reste confinée à des projets pilotes éphémères.

2.3.4 Ressources humaines sous tension et disparités territoriales

L'un des défis les plus urgents reste la gestion des ressources humaines en santé. Malgré la formation de nombreux professionnels chaque année, les départs à l'étranger se multiplient. Le manque de perspectives de carrière, la surcharge de travail et les conditions salariales peu attractives poussent médecins et paramédicaux à quitter le pays.

Cette hémorragie génère un déséquilibre territorial criant. Dans certaines wilayas, le ratio médecins-habitants demeure très bas, tandis que les grandes agglomérations concentrent l'essentiel des spécialistes. Les zones rurales ou montagneuses se trouvent ainsi confrontées à un déficit chronique d'accès aux soins, qui accentue les inégalités et provoque des retards dans les diagnostics. Ce phénomène engendre à son tour une hausse des complications médicales, donc des coûts évitables.¹⁹

La politique de santé publique gagnerait à intégrer une stratégie de fidélisation des professionnels dans les zones défavorisées, notamment à travers des incitations financières ou des conditions de travail améliorées. L'enjeu ne se limite pas à la répartition géographique : la formation continue reste un point faible du système, rendant difficile l'actualisation des compétences face aux évolutions technologiques et thérapeutiques.

Un système de santé qui fonctionne efficacement ne se contente pas de soigner. Il soutient également le développement économique en améliorant la productivité des

¹⁹ Economie de la santé, Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales ; Organisation mondiale de la Santé ; Juillet 2003. P11

travailleurs, en réduisant l'absentéisme, et en allégeant les charges sociales associées à l'incapacité ou à la dépendance.

Les maladies chroniques, en affectant les capacités physiques et cognitives, fragilisent l'appareil productif. Chaque journée d'absence, chaque baisse de rendement, chaque départ anticipé à la retraite induit un manque à gagner pour les entreprises comme pour l'État. Par effet domino, la protection sociale doit intervenir davantage, alourdissant les comptes publics.

En revanche, investir dans la prévention, dans la formation des professionnels, et dans des outils de suivi efficaces représente une stratégie rentable à moyen terme. Un patient diagnostiqué tôt, correctement orienté, et accompagné dans la gestion de sa maladie coûte bien moins au système que celui dont la pathologie évolue sans contrôle.

L'impact se mesure aussi au niveau macroéconomique. Une population en meilleure santé participe davantage à l'activité économique, consomme plus, épargne davantage, et sollicite moins les dispositifs d'assistance. Une telle dynamique contribue à stabiliser les finances publiques tout en renforçant la cohésion sociale.

Conclusion :

Les maladies chroniques exercent une pression durable et croissante sur les systèmes de santé, tant sur le plan financier qu'organisationnel. Leur gestion exige des ressources continues, une coordination renforcée des soins et des stratégies de prévention à long terme. En l'absence de réponses structurées, ces pathologies risquent de fragiliser l'équilibre budgétaire et de compromettre l'accès équitable aux soins. Répondre à ce défi impose une transformation profonde des politiques sanitaires, intégrant innovation, anticipation et justice territoriale.

La prévention et la promotion de la santé occupent une place centrale dans les politiques publiques algériennes, face aux défis majeurs posés par la transition démographique et épidémiologique du pays. Depuis plusieurs décennies, l'Algérie a multiplié les efforts pour améliorer l'état de santé de sa population, en mettant l'accent sur l'équité d'accès aux soins, la gratuité des services de santé et la mise en œuvre de programmes nationaux de prévention, tels que la vaccination, la lutte contre les maladies transmissibles et la protection des groupes vulnérables

Cependant, ces actions s'inscrivent dans un contexte marqué par des contraintes socio-économiques et des inégalités persistantes, nécessitant une adaptation constante des stratégies de santé publique. La promotion de la santé vise ainsi à donner aux citoyens les moyens de maîtriser et d'améliorer leur propre santé, tout en réduisant les écarts entre les différentes régions et groupes sociaux. Ce chapitre explore les fondements, les enjeux et les perspectives de la prévention et de la promotion de la santé dans le contexte algérien, en mettant en lumière les politiques adoptées, les réalisations, ainsi que les défis à relever pour garantir un système de santé plus performant et équitable.

Section 1 : Les stratégies de prévention des maladies chroniques

La prévention des maladies chroniques constitue un enjeu majeur de santé publique en Algérie, où l'incidence de pathologies telles que le diabète, l'hypertension artérielle et les affections cardiovasculaires ne cesse d'augmenter. Face à cette tendance, les autorités sanitaires ont élaboré des stratégies nationales multisectorielles visant à réduire les facteurs de risque communs, tels que la sédentarité, la mauvaise alimentation ou encore le tabagisme¹. Ces stratégies s'appuient sur une approche intégrée, mobilisant différents secteurs (santé, éducation, agriculture, transports, etc.) et privilégiant la promotion d'un mode de vie sain auprès de la population, tout en renforçant le dépistage précoce et la prise en charge adaptée. Cette section présente les fondements, les axes prioritaires et les dispositifs mis en place pour prévenir efficacement la survenue et l'aggravation des maladies chroniques en Algérie.

1.1 Types de prévention

En Algérie, la prise en charge des questions sanitaires repose de plus en plus sur des approches orientées vers la **prévention** et la **promotion de la santé**, en complément de la

¹ PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2015 - 2019

médecine curative. Le système de santé cherche à réduire la charge des maladies évitables, à travers des actions ciblées qui s'inscrivent dans une logique de long terme. Ces actions s'articulent autour de trois axes complémentaires : la **prévention primaire**, la **prévention secondaire** et la **prévention tertiaire**. Chaque niveau intervient à une étape distincte du parcours de santé, depuis les efforts pour éviter l'apparition des maladies jusqu'aux interventions visant à limiter les séquelles et à améliorer la qualité de vie après la maladie.²

1.1.1 La prévention primaire : agir en amont du risque

En Algérie, la prévention primaire constitue un levier fondamental dans la lutte contre les pathologies chroniques et infectieuses. Elle intervient avant même que la maladie ne se manifeste, en s'attaquant aux facteurs de risque qui en favorisent l'apparition. Cette approche mobilise plusieurs dimensions de la santé publique, comme la vaccination, l'éducation sanitaire ou encore l'aménagement de l'environnement. L'objectif n'est pas de soigner, mais de réduire l'exposition aux risques, qu'ils soient liés aux comportements individuels, aux conditions de vie ou à l'environnement.

La promotion de modes de vie sains, tels qu'une alimentation équilibrée, la pratique régulière d'une activité physique, l'arrêt du tabac ou la réduction de la consommation d'alcool, figure parmi les axes centraux de cette stratégie. Des campagnes nationales sont régulièrement mises en place pour sensibiliser la population, en particulier les jeunes, à ces enjeux. En parallèle, des efforts sont déployés pour améliorer les conditions d'habitat, l'accès à l'eau potable et la qualité de l'air, autant de dimensions qui influencent directement l'état de santé des citoyens.

1.1.2 La prévention secondaire : dépister pour intervenir plus tôt

La prévention secondaire repose sur la détection précoce des maladies ou de leurs premiers signes. Cette approche permet d'intervenir rapidement, avant que la pathologie ne progresse ou n'entraîne des complications. Le dépistage du cancer du sein, du diabète ou de l'hypertension artérielle s'inscrit dans ce cadre. En permettant une prise en charge rapide, ces actions améliorent considérablement le pronostic des patients, tout en réduisant les coûts liés aux traitements lourds à un stade avancé.

En Algérie, cette forme de prévention reste confrontée à plusieurs défis. L'accès aux tests de dépistage demeure inégal selon les régions, avec une concentration des moyens dans

² Introduction à la Santé Publique, Dr. DALI-ALI Abdessamad. PDF, P19

les grandes villes. Dans certaines zones rurales, l'éloignement des structures sanitaires et le manque de personnel médical limitent l'efficacité de ces campagnes. Par ailleurs, la méfiance face aux actes médicaux ou le manque d'information sur les bénéfices d'un dépistage précoce freinent encore la participation de certains groupes à ces programmes. Pour répondre à ces enjeux, les autorités sanitaires cherchent à renforcer les campagnes d'information et à mieux intégrer ces services dans les structures de soins de première ligne.³

1.1.3 La prévention tertiaire : limiter les conséquences de la maladie

Une fois la maladie installée, la prévention tertiaire intervient pour réduire les conséquences à long terme, éviter les rechutes et favoriser la récupération. Cette approche est particulièrement pertinente dans le cadre des maladies chroniques, qui requièrent une prise en charge continue et une attention soutenue. En Algérie, les pathologies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les affections respiratoires chroniques mobilisent d'importantes ressources dans ce domaine.

La rééducation fonctionnelle, l'adaptation de l'environnement de vie, le suivi psychologique ou la réinsertion professionnelle participent de cette logique. Il ne s'agit plus d'éviter la maladie, ni même de la détecter à temps, mais bien d'aider la personne à retrouver un équilibre et à préserver son autonomie dans la durée. Les structures spécialisées, bien que peu nombreuses, jouent un rôle central dans cette démarche. Toutefois, de nombreuses familles assurent elles-mêmes une part importante de ce suivi, parfois sans bénéficier de l'accompagnement ou des moyens nécessaires.

1.1.4 Une stratégie globale face à des défis persistants

La coexistence de ces trois niveaux de prévention permet d'agir de manière cohérente sur l'ensemble du parcours de santé. Néanmoins, dans le contexte algérien, plusieurs obstacles ralentissent l'efficacité des politiques préventives. Les disparités territoriales, le déficit en formation du personnel paramédical, le manque de coordination intersectorielle ou encore la faiblesse de la couverture médiatique sur les enjeux de santé publique compliquent la généralisation de ces approches.

Par ailleurs, la prévention reste souvent perçue comme une démarche secondaire par rapport à la médecine curative. Cette perception, encore largement ancrée dans les mentalités, constitue un frein à l'engagement collectif. Les campagnes de promotion de la santé, bien que

³ Hassan Ramaoun, *L'Algérie : histoire, société et culture*, Alger, Casbah Editions, 2000, 351

plus fréquentes ces dernières années, peinent parfois à susciter une réelle adhésion, notamment dans les segments les plus défavorisés de la population.

Une transformation durable du système de santé suppose une valorisation accrue des approches préventives, ainsi qu'un investissement soutenu dans l'éducation à la santé, l'accès équitable aux soins et la mobilisation des acteurs de proximité. La santé publique ne peut progresser sans une participation active des communautés concernées et une volonté politique affirmée de créer un environnement propice à la santé pour tous.

1.2 Programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé

En Algérie, les transformations du paysage sanitaire liées à la transition épidémiologique ont amené les autorités à accorder davantage d'attention à la prévention des maladies chroniques et à la promotion des comportements favorables à la santé. La recrudescence des affections non transmissibles, telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou les maladies cardiovasculaires, constitue un défi pour la soutenabilité du système de soins. Face à cette réalité, les actions de sensibilisation et d'éducation à la santé ont été renforcées, avec une ambition : réduire l'incidence des maladies évitables et améliorer la qualité de vie des citoyens.⁴

1.2.1 Une approche fondée sur la responsabilisation

La démarche adoptée repose sur une conviction partagée au sein des milieux professionnels de la santé : les individus, s'ils disposent des bonnes informations et s'ils sont accompagnés de manière continue, sont capables de prendre des décisions bénéfiques pour leur propre bien-être. C'est dans cette optique que se développent, depuis plusieurs années, des programmes ciblant les facteurs de risque comportementaux. Le tabagisme, la malbouffe ou la sédentarité ne sont plus perçus comme de simples habitudes individuelles, mais comme des éléments modifiables à travers l'action collective et la diffusion de messages adaptés.

Les campagnes menées dans les établissements scolaires, les centres de santé ou les médias visent à rendre visibles les liens entre comportements quotidiens et santé à long terme. Ces actions cherchent à déclencher une prise de conscience durable, sans recourir à la culpabilisation. Loin de se limiter à l'affichage de messages généraux, elles s'appuient sur des relais locaux : enseignants, professionnels de santé, animateurs sociaux et associations communautaires.

⁴ <https://www.aps.dz/sante-science-technologie/tag/Maladies%20chroniques> (consulté le 18/04/2025)

1.2.2 L'éducation thérapeutique du patient

Dans le cadre des maladies chroniques, l'éducation à la santé prend une dimension particulière avec le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Cette approche ne repose pas uniquement sur la transmission de connaissances médicales, mais sur la construction d'un parcours individualisé. Les patients sont encouragés à mieux comprendre leur pathologie, à identifier les signaux d'alerte et à ajuster leur mode de vie en fonction de leur situation.

Ce type d'accompagnement s'appuie sur un dialogue constant entre patients et soignants. Loin du modèle paternaliste, l'ETP valorise les savoirs expérientiels des personnes vivant avec une maladie chronique. En partageant leurs expériences, ces patients deviennent capables de gérer les traitements, d'anticiper les difficultés et de renforcer leur autonomie.

Certaines structures hospitalières algériennes ont mis en place des sessions régulières d'ETP, notamment pour les patients diabétiques ou hypertendus. Des infirmiers formés à cette approche coordonnent les séances, en lien avec les médecins traitants. Les résultats observés montrent souvent une meilleure observance des traitements, une réduction des hospitalisations évitables et un regain de confiance chez les malades.⁵

1.2.3 Une implication croissante des acteurs locaux

Pour donner de l'ampleur à ces initiatives, une mobilisation large a été encouragée. Le système de santé ne peut assumer seul la responsabilité de la prévention. C'est pourquoi des partenariats ont été noués avec les collectivités locales, les établissements scolaires, les mosquées et les ONG. Cette approche multisectorielle favorise une meilleure appropriation des messages par la population. Des campagnes antitabac ont ainsi été déployées dans les lycées avec la participation de psychologues et d'imams, tandis que des séances de sensibilisation à l'alimentation équilibrée sont organisées dans les marchés populaires avec le soutien de diététiciens et de bénévoles.

Dans certaines wilayas, les directions de la santé ont instauré des comités de coordination pour harmoniser les efforts des différents intervenants. Ces structures permettent d'adapter les contenus pédagogiques aux spécificités locales et d'éviter la redondance des actions. L'efficacité de ce travail collectif dépend néanmoins de la régularité des échanges et de la clarté des missions confiées à chacun.

⁵ <https://feas-algerie.com/p/20/quest-ce-que-letp/> (consulté le 18/04/2025)

1.2.4 Une dynamique encadrée par des dispositifs institutionnels

La légitimité de ces actions de sensibilisation repose également sur l'existence de cadres réglementaires et politiques conçus pour en garantir la pérennité. Le Plan National de Prévention et de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles prévoit des axes prioritaires en matière d'éducation à la santé. Il accorde une attention particulière aux populations dites vulnérables, notamment les femmes enceintes, les personnes âgées et les habitants des zones enclavées.

Par ailleurs, les lignes directrices du ministère de la Santé insistent sur la nécessité de produire des outils pédagogiques accessibles, validés scientifiquement et rédigés dans une langue claire. L'usage de supports visuels, de vidéos explicatives ou de mises en situation facilite la compréhension, notamment pour les publics peu alphabétisés. Ces supports sont désormais disponibles en arabe, en tamazight et parfois en français, selon les régions concernées.

Les structures de soins primaires, comme les polycliniques et les salles de soins, sont de plus en plus appelées à jouer un rôle de proximité dans cette stratégie. En plus de leurs missions curatives, elles deviennent des lieux de prévention, où des consultations éducatives peuvent être proposées. Ce glissement progressif nécessite cependant des formations adaptées pour les équipes soignantes, ainsi qu'une meilleure reconnaissance de leur travail de prévention.

1.2.5 Des défis persistants face à la généralisation

Malgré les avancées, plusieurs obstacles limitent encore l'impact de ces programmes. Le manque de coordination entre les ministères concernés, les difficultés logistiques liées au territoire et la faiblesse des financements alloués freinent parfois la mise en œuvre des actions sur le terrain. La dispersion des initiatives, leur caractère ponctuel ou leur faible évaluation en termes d'impact réel posent également problème.

Dans certains contextes, la méfiance envers les messages institutionnels ou l'absence d'adhésion des bénéficiaires conduit à un désintérêt progressif. La réussite d'une stratégie de prévention repose en grande partie sur la capacité à construire un lien de confiance, à écouter les attentes des citoyens et à s'ajuster à leurs réalités quotidiennes. Lorsque les actions sont perçues comme déconnectées des besoins concrets, elles peinent à produire des changements durables.

Enfin, la formation des intervenants reste inégale. Tous les professionnels de santé ne disposent pas des outils ou de l'expérience nécessaire pour animer une séance d'éducation à la santé. Certains d'entre eux expriment un manque de temps ou de reconnaissance dans leurs fonctions, ce qui limite leur engagement dans ces démarches.

1.3 Rôle des institutions sanitaires dans la prévention

1.3.1 L'Institut National de Santé Publique (INSP)

Créé en 1964, l'INSP est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle du ministère de la Santé . Il a pour missions principales de recueillir, traiter et diffuser les données sanitaires, de mettre en place des dispositifs de surveillance épidémiologique, et de proposer des programmes de lutte et de prévention adaptés aux maladies prévalentes dans le pays. L'INSP collabore également aux programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, et organise des formations au profit des professionnels de la santé

1.3.2 Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS)

Depuis 1995, l'INSP est doté d'annexes dénommées Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), implantés à Alger, Oran, Constantine, Béchar, Tamanrasset et Ouargla . Leur mission découle de celle de l'INSP, adaptée aux spécificités régionales. Ils réalisent des travaux d'étude et de recherche en santé publique, et sont consultés comme experts pour la définition et la mise en œuvre des politiques de santé au sein des régions.

1.3.3 Les Directions de la Santé et de la Population (DSP)

Au niveau de chaque wilaya, les Directions de la Santé et de la Population (DSP) sont chargées de veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans tous les domaines liés aux activités de santé. Elles assurent la mise en œuvre des programmes sectoriels, la salubrité, et la lutte contre les fléaux sociaux. Elles jouent un rôle de coordination entre les différents acteurs du secteur de la santé et la société civile, dans le but de créer un environnement favorable à la santé pour tous.⁶

⁶ dsp-oran.dz (consulté le 18/04/2025)

1.3.4 Les établissements publics de santé

Les établissements publics de santé de proximité (EPSP) et les établissements publics hospitaliers (EPH) participent à la prévention en assurant la prise en charge intégrée, la promotion de la santé reproductive, la mise en œuvre des programmes nationaux et la formation continue des personnels de santé . Ils constituent le maillon opérationnel du système de santé, en assurant des services de prévention, de diagnostic et de traitement au plus près des populations.⁷

1.3.5 Le Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) : Une surveillance continue

Présent dans chaque structure de soins, le Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) est chargé de la surveillance, de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que du contrôle des normes d'hygiène en collaboration avec les bureaux d'hygiène communale. Il intervient à différents niveaux, aussi bien dans la formation médicale, paramédicale et autre, que dans l'action sanitaire des services de santé de proximité au CHU et institutions de recherches.⁸

1.3.6 Un cadre législatif structurant

La loi sanitaire algérienne institue un cadre légal qui engage les autorités locales, les services de santé et les organismes publics à mettre en œuvre des mesures de prévention, de surveillance et de riposte rapide face aux maladies transmissibles et non transmissibles . Elle s'appuie sur des réseaux de surveillance et des programmes multisectoriels intégrés, favorisant la coordination entre les différents acteurs du secteur de la santé et la société civile.

1.3.7 L'Institut Pasteur d'Algérie : Une expertise en maladies infectieuses

L'Institut Pasteur d'Algérie contribue à la surveillance épidémiologique, à la promotion de l'hygiène, à la formation des personnels et à la distribution des vaccins, renforçant ainsi la capacité du système à prévenir les maladies infectieuses. Il joue un rôle central dans la détection et la réponse aux épidémies, en fournissant des analyses de laboratoire et en participant à la recherche en santé publique.

⁷ epspbejaia.com(consulté le 18/04/2025)

⁸ semep25chu.weebly.com(consulté le 18/04/2025)

Section 2 : Perceptions et participation des acteurs

La perception et la participation des acteurs dans le domaine de la santé en Algérie constituent des leviers essentiels pour le succès des politiques de prévention et de promotion de la santé. Ces acteurs, qui incluent les professionnels de santé, les élus locaux, les institutions publiques, ainsi que la société civile, jouent un rôle clé dans la mise en œuvre des stratégies sanitaires. Leur engagement et leur collaboration intersectorielle favorisent une meilleure appropriation des programmes, une adaptation aux réalités locales et une mobilisation collective autour des enjeux de santé publique. Des forums nationaux organisés récemment ont mis en lumière l'importance de renforcer cette synergie entre les différents intervenants afin de promouvoir une approche intégrée et durable, centrée sur la santé dans toutes les politiques.

2.1 Rôle du personnel médical dans les programmes de prévention

Le système sanitaire algérien repose sur des structures, des protocoles et une organisation hiérarchisée. Toutefois, sans l'engagement quotidien du personnel médical, aucune mesure de prévention ne peut atteindre son plein effet. Présents sur tout le territoire, dans des zones urbaines comme rurales, les professionnels de santé assurent une veille continue contre les risques infectieux et les pathologies chroniques.

2.1.1 Une surveillance active au quotidien

Dans les structures de santé publique, chaque professionnel engagé dans les unités de soins primaires contribue à la détection précoce des maladies. Cette vigilance s'exerce par le biais de dépistages systématiques, à travers des examens cliniques et des analyses biologiques ciblées. Les maladies transmissibles telles que la tuberculose, les hépatites ou le VIH sont suivies avec rigueur, conformément aux obligations nationales relatives à la déclaration des cas suspects ou confirmés. Ce processus permet non seulement une prise en charge rapide, mais aussi la mise en place de dispositifs d'isolement ou de surveillance, réduisant ainsi les chaînes de transmission.⁹

Dans le même ordre d'idées, les affections non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète, font l'objet d'un suivi basé sur des

⁹ <https://www.communityhealthdeliverypartnership.org/> (consulté le 18/04/2025)

indicateurs bien définis. Ce suivi s'appuie sur les consultations médicales régulières, les bilans biologiques et les examens d'imagerie prescrits selon les antécédents du patient ou son profil de risque.

2.1.2 Une implication concrète dans les campagnes nationales

L'efficacité des campagnes de vaccination ne repose pas uniquement sur les directives ministérielles. Elle s'incarne dans les gestes répétés du personnel de terrain. Chaque acte de vaccination, chaque formulaire rempli, chaque flacon manipulé témoigne d'un effort constant visant à protéger la population contre les épidémies. En dehors des périodes de crise sanitaire, les professionnels assurent une continuité dans la couverture vaccinale infantile et adulte, notamment contre la poliomyélite, la rougeole, le tétanos ou la coqueluche.

Les actions de sensibilisation organisées dans les établissements de santé, les établissements scolaires ou les centres culturels ne se limitent pas à des présentations théoriques. Elles s'accompagnent de discussions, de démonstrations et parfois de consultations gratuites. Le personnel médical y intervient comme interlocuteur de confiance, répondant aux doutes, apaisant les peurs et corrigeant les idées reçues.

2.1.3 Un lien permanent avec la communauté

Dans les zones rurales, les équipes soignantes ne se contentent pas d'attendre les patients dans les centres de santé. Elles organisent des sorties sur le terrain, visitent les familles, identifient les personnes à risque et évaluent les conditions sanitaires locales. Ces actions de proximité favorisent la prévention communautaire. Elles permettent également d'anticiper les foyers épidémiques, d'intervenir en cas de rupture de traitement ou de détecter des comportements à risque.

Ce maillage territorial repose largement sur les infirmiers, les médecins généralistes, les sages-femmes et les agents de santé communautaire. Ces derniers disposent souvent d'un ancrage local et d'une connaissance fine des dynamiques sociales. Grâce à cette relation de proximité, la population adhère plus facilement aux recommandations sanitaires.

Les établissements scolaires, les mosquées et les associations locales servent souvent de relais. Les professionnels de santé s'y rendent régulièrement pour mener des actions

éducatives, promouvoir les pratiques hygiéniques, expliquer les modes de transmission des infections ou encore inciter au dépistage volontaire.

2.1.4 Une éducation thérapeutique au cœur des pratiques

La gestion des maladies chroniques nécessite une approche plus large que le simple traitement médical. Le personnel médical prend le temps d'expliquer aux patients le fonctionnement de leur pathologie, les effets attendus du traitement, les signes d'alerte et les erreurs à éviter. Cette éducation thérapeutique vise à responsabiliser le malade dans la gestion de sa santé.

Les consultations sont alors perçues comme des moments d'échange, durant lesquels les soignants ajustent les conseils selon le niveau de compréhension, les contraintes sociales ou les croyances du patient. Cette démarche favorise l'observance thérapeutique, réduit les complications évitables et améliore la qualité de vie.

2.1.5 Des conditions de travail mieux encadrées

La pression constante liée aux missions de prévention, l'exposition régulière à des pathologies contagieuses et les tensions parfois observées avec certains usagers ont conduit les autorités à renforcer le cadre juridique de la protection du personnel médical. Des textes récents encadrent la sécurité des soignants et sanctionnent les actes d'agression à leur encontre. Cette évolution contribue à restaurer une forme de sérénité dans l'exercice professionnel, condition indispensable à la pérennité des actions préventives.

Ce nouveau cadre législatif protège aussi bien les médecins que les infirmiers, aides-soignants ou agents paramédicaux. Chacun peut désormais exercer ses fonctions en bénéficiant d'une couverture juridique adaptée, ce qui encourage une meilleure implication dans les activités de terrain.

Dans les hôpitaux et les cliniques, le personnel paramédical occupe une position stratégique dans la prévention des infections nosocomiales. Les protocoles de désinfection, la gestion des déchets biomédicaux, le contrôle des équipements stériles et le respect des chaînes aseptiques relèvent de leurs prérogatives. Chaque geste mal exécuté peut entraîner des conséquences dramatiques, d'où l'attention particulière portée à la formation continue et à la supervision des procédures.

Les mesures d'hygiène mises en œuvre au quotidien limitent la circulation de bactéries résistantes, évitent la contamination croisée entre patients, et protègent le personnel lui-même. Cette responsabilité implique rigueur, discipline et réactivité.

2.2 Implication des patients et du grand public

Les stratégies de prévention sanitaire menées en Algérie ne s'élaborent plus uniquement dans les sphères administratives ou médicales. Une dynamique locale s'est installée depuis plusieurs années, dans laquelle les citoyens, les associations et les groupes communautaires occupent une place de plus en plus visible. Cette participation ne se résume pas à une réception passive de messages, mais prend la forme d'un engagement direct, sur le terrain, dans les quartiers, les écoles ou les lieux publics.

2.2.1 Des relais communautaires au cœur des dynamiques de sensibilisation

L'action des organisations de la société civile ne passe plus inaperçue. Dans les zones urbaines comme dans les zones rurales, ces structures interviennent là où les services publics n'arrivent pas toujours à s'ancrer durablement. Grâce à une proximité géographique et sociale, elles parviennent à établir une relation de confiance avec les habitants. Des bénévoles formés participent à la diffusion d'informations sanitaires compréhensibles, loin du jargon médical souvent peu accessible.¹⁰

Les campagnes sur les infections sexuellement transmissibles, le diabète, l'hypertension ou encore les addictions bénéficient du travail quotidien de ces acteurs. En distribuant des brochures, en animant des discussions de groupe ou en accompagnant les personnes vers des centres de santé, ils facilitent l'accès aux soins. Ce maillage social crée une forme de continuité dans l'information, en particulier dans les contextes où la stigmatisation constitue un frein à la prévention.

2.2.2 Une réponse adaptée aux besoins des groupes marginalisés

Certains publics n'entrent que difficilement dans les circuits classiques du système de santé. Les migrants, les personnes en situation de précarité ou vivant avec une maladie chronique rencontrent des obstacles multiples, qu'ils soient administratifs, linguistiques ou

¹⁰ <https://www.mtess.gov.dz/fr/sante-et-securite-au-travail/> (consulté le 18/04/2025)

sociaux. Pour contourner ces freins, des initiatives communautaires ont vu le jour, portées par des éducateurs pairs, souvent issus des mêmes milieux que les bénéficiaires.

Ces intervenants utilisent leur vécu pour briser les barrières. Par leurs témoignages, leurs connaissances et leur disponibilité, ils permettent une identification directe qui renforce l'adhésion aux messages de prévention. La parole circule, les idées reçues s'effacent peu à peu, et les individus prennent des décisions mieux éclairées concernant leur santé.

Ces démarches ne se substituent pas à l'offre médicale classique. Elles la complètent intelligemment, en tenant compte des réalités sociales et culturelles. Cette complémentarité améliore la couverture préventive, surtout dans les territoires où la densité médicale reste faible.¹¹

2.2.3 Une participation citoyenne encore inégalement structurée

Bien que les initiatives locales se multiplient, la formalisation de la participation citoyenne aux politiques de santé demeure partielle. La mise en place de cadres officiels de concertation reste rare. Toutefois, des expériences ponctuelles montrent que cette participation peut produire des effets tangibles. À travers des réunions consultatives, des forums de santé ou des enquêtes participatives, certains services de santé publique ont pu ajuster leurs interventions.

Les besoins exprimés localement influencent alors les choix d'implantation des campagnes de dépistage, les horaires d'ouverture des centres ou la nature des supports utilisés pour les messages sanitaires. Lorsque les usagers se sentent entendus, l'adhésion s'en trouve renforcée. Ce lien de confiance repose sur une écoute réciproque et sur la reconnaissance des savoirs expérientiels.

Toutefois, cette dynamique ne s'observe pas de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. Des disparités subsistent, en lien avec les ressources disponibles, les profils des responsables locaux ou le degré de mobilisation de la société civile. Certaines régions disposent d'un tissu associatif dense, d'autres peinent à maintenir des structures viables, faute de financements ou de soutien institutionnel.

¹¹ <https://www.communityhealthdeliverypartnership.org/> (consulté le 18/04/2025)

2.2.4 Des politiques publiques en soutien à la prévention participative

Face à ces réalités contrastées, les autorités sanitaires nationales ont intégré progressivement la notion de responsabilisation citoyenne dans les documents stratégiques. Des textes officiels appuient désormais l'idée d'une prévention construite avec les populations. Des formations à destination des intervenants communautaires ont été organisées dans certaines wilayas, en partenariat avec des organismes internationaux.

La communication institutionnelle s'oriente également vers un langage plus accessible, en intégrant des témoignages de terrain, des illustrations concrètes et des formats variés (vidéo, théâtre forum, caravane de sensibilisation). Ce changement de ton reflète une volonté d'ouverture, même si des efforts restent à déployer pour toucher l'ensemble des groupes sociaux, y compris les moins alphabétisés.

Certaines campagnes utilisent les médias locaux et les réseaux sociaux pour relayer des messages adaptés à chaque contexte. Les plateformes numériques permettent de diffuser rapidement des contenus ciblés, interactifs et souvent conçus avec la participation d'acteurs de terrain. Ce mode de communication, plus horizontal, favorise la circulation de l'information et réduit la distance entre institutions et citoyens.

Les lieux du quotidien jouent un rôle structurant dans la diffusion des messages de prévention. Les établissements scolaires, les lieux de culte et les marchés deviennent des points de contact privilégiés avec la population. Des enseignants, des imams ou des commerçants engagés peuvent contribuer à normaliser certains comportements préventifs : port du masque en période épidémique, hygiène alimentaire, surveillance de la tension artérielle, etc.

Cette approche s'inscrit dans une logique de familiarité. Lorsque les messages sont portés par des figures locales respectées, leur réception s'en trouve facilitée. Les campagnes menées dans les mosquées durant le mois de Ramadan ou dans les écoles à l'approche de la rentrée permettent de cibler des moments stratégiques, où l'écoute est plus attentive et les gestes de prévention plus facilement adoptés.

La rue elle-même devient un espace d'action. Des stands de dépistage, des animations culturelles ou des démonstrations pratiques installées dans des places publiques attirent des

passants, provoquent des discussions, suscitent parfois des prises de conscience. Ces événements permettent une appropriation collective des enjeux sanitaires.

2.3 Freins sociaux, culturels et institutionnels à la prévention

La mise en œuvre d'une prévention sanitaire efficace en Algérie demeure confrontée à une multitude de freins qui dépassent largement la seule sphère médicale. Si les politiques publiques ont progressivement intégré la prévention dans leurs orientations générales, la réalité du terrain révèle des blocages d'ordre social, culturel et institutionnel qui en limitent la portée. Ces freins, souvent interconnectés, ralentissent la dynamique de transformation attendue dans le champ de la santé publique.¹²

2.3.1 Des représentations sociales défavorables à l'adhésion préventive

Dans de nombreuses régions, les messages de prévention ne trouvent pas toujours un écho favorable auprès des populations. Cette situation s'explique en grande partie par des habitudes profondément enracinées qui façonnent les attitudes face aux discours sanitaires. La santé reste perçue, dans une large frange de la société, comme une affaire individuelle relevant de la fatalité ou du destin, plus que comme un domaine soumis à des choix comportementaux.

Certains gestes simples, comme le lavage fréquent des mains, le port de masque en cas de grippe ou la participation volontaire à des campagnes de dépistage, peinent à s'imposer. La prévention souffre d'un déficit de légitimité sociale, souvent alimenté par une méconnaissance des enjeux médicaux ou une défiance vis-à-vis des autorités publiques. Ce rejet s'intensifie lorsqu'aucune pédagogie n'accompagne les mesures prises.

Les tabous culturels accentuent ces résistances. Parler publiquement de certaines maladies, en particulier les infections sexuellement transmissibles ou les troubles mentaux, demeure délicat. Le silence, la honte et le déni prennent le pas sur la prévention active. Les rares campagnes menées sur ces sujets sont parfois perçues comme intrusives ou déplacées, car elles se heurtent à des normes sociales qui valorisent la discrétion et le respect de la sphère privée.

¹² <https://www.chu-mustapha.dz/>(consulté le 18/04/2025)

2.3.2 Des inégalités géographiques persistantes

Les efforts de sensibilisation, bien que réels, ne couvrent pas de manière homogène l'ensemble du territoire. La répartition déséquilibrée des structures sanitaires entre zones urbaines et zones rurales renforce les écarts d'accès à la prévention. Les grandes villes bénéficient de centres de santé équipés, de professionnels disponibles et de campagnes régulières, tandis que certaines régions périphériques manquent de moyens logistiques et humains pour assurer des interventions continues.

La mobilité limitée des populations rurales, faute de transports publics adaptés ou de moyens financiers suffisants, réduit considérablement les possibilités de participation aux actions de dépistage ou aux séances d'éducation sanitaire. En l'absence d'un réseau de proximité solide, de nombreuses familles renoncent à consulter pour des motifs préventifs, ne se déplaçant que lorsque la maladie est déclarée.¹³

Le recours aux soins repose souvent sur des logiques d'urgence, laissant peu de place à l'anticipation ou à l'accompagnement. Cette dynamique pénalise les stratégies de prévention, qui exigent au contraire une régularité dans les consultations et un suivi dans le temps.

2.3.3 Une approche institutionnelle encore fragmentée

Sur le papier, les politiques sanitaires algériennes affichent une volonté d'assurer l'équité d'accès aux services de prévention. Dans les faits, des obstacles structurels compliquent la mise en œuvre d'actions cohérentes et durables. Le cloisonnement entre les institutions empêche une réponse collective aux défis sanitaires actuels.

La coordination intersectorielle reste insuffisante. Les ministères concernés, bien qu'identifiés dans les textes, travaillent souvent en silos. La santé, l'éducation, les affaires religieuses, la jeunesse et les collectivités locales ne développent que rarement des projets conjoints. Cette dispersion nuit à la construction d'un environnement favorable à la prévention. Sans synergie, les messages se multiplient sans cohérence, les actions se chevauchent, et les ressources s'épuisent dans des initiatives sans impact réel.

¹³ <https://www.aps.dz/sante-science-technologie>(consulté le 18/04/2025)

Les procédures administratives lourdes découragent aussi l'innovation locale. Monter une campagne de sensibilisation, même à petite échelle, demande souvent des autorisations complexes, un circuit de validation long et une multitude de justificatifs. De nombreux acteurs de terrain, notamment associatifs, renoncent à s'engager faute de réponses rapides ou de mécanismes de soutien adaptés.¹⁴

Les supports utilisés pour promouvoir les gestes préventifs s'appuient fréquemment sur un discours technique et descendant, peu accessible à une large part de la population. L'usage excessif de termes médicaux, l'absence de contextualisation ou le choix de formats peu adaptés (affiches figées, conférences formelles) nuisent à l'appropriation des messages.

Le manque de consultation préalable avec les communautés génère des campagnes déconnectées des réalités locales. Dans certains cas, les affiches présentent des messages génériques, traduits dans un arabe classique éloigné des usages quotidiens, voire uniquement en français. Cette distance linguistique et culturelle crée un sentiment d'exclusion et d'incompréhension.

Les publics jeunes, pourtant très présents sur les réseaux sociaux, reçoivent peu de contenus adaptés à leurs usages numériques. Les campagnes officielles, lorsqu'elles existent sur ces plateformes, souffrent d'un ton rigide, peu engageant, souvent perçu comme moralisateur. Le potentiel des influenceurs communautaires, des artistes ou des sportifs locaux reste largement sous-exploité, alors qu'ils disposent d'un capital d'écoute important.

2.3.4 La question sensible des infections associées aux soins

Au-delà des barrières sociétales et des failles organisationnelles, la qualité des soins prodigués dans certaines structures hospitalières pose question. Des cas répétés d'infections nosocomiales, de défauts d'hygiène ou de ruptures de matériel contribuent à éroder la confiance du public envers les établissements de santé. Lorsque des patients sortent d'un hôpital avec de nouveaux problèmes de santé liés à des conditions inadéquates, l'adhésion aux démarches préventives s'affaiblit.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que la population s'informe de plus en plus. Des récits d'expériences négatives circulent sur les réseaux, amplifiant les craintes et les

¹⁴ <https://www.chu-mustapha.dz/>(consulté le 18/04/2025)

réticences. Certaines familles préfèrent se tourner vers des solutions alternatives, voire renoncer complètement au recours aux soins, par peur des complications ou des négligences.

Les efforts pour améliorer l'hygiène hospitalière, bien que lancés dans plusieurs établissements, restent inégaux selon les régions. Les investissements dans la formation du personnel, le suivi des procédures ou la rénovation des équipements sanitaires avancent lentement. Le manque de transparence sur les données liées aux infections hospitalières complique aussi l'établissement d'un dialogue de confiance avec les usagers.

Conclusion

La prévention et la promotion de la santé en Algérie se heurtent à des réalités sociales, culturelles et institutionnelles qui en freinent l'efficacité. Malgré une volonté politique affichée, les pratiques restent souvent fragmentées, et les actions peinent à s'ancrer durablement dans les comportements. Face à des enjeux sanitaires de plus en plus complexes, une approche plus inclusive, adaptée aux réalités locales et mieux coordonnée entre les différents acteurs s'impose pour espérer des résultats tangibles sur le long terme.

Section 1 : Objectifs et population ciblée

1.1 Objectifs de l'enquête sur les perceptions des acteurs

L'enquête menée auprès d'un échantillon de 30 personnes atteintes de diabète avait pour finalité de mieux comprendre les perceptions, les attentes et les difficultés rencontrées par les patients dans le cadre des politiques et pratiques de prévention du diabète en Algérie. Plus précisément, cette enquête poursuivait les objectifs suivants :

1.1.1. Évaluer le niveau de sensibilisation du public aux campagnes de prévention

L'un des objectifs principaux était d'analyser la visibilité et la compréhension des campagnes de prévention mises en œuvre par les institutions de santé. L'enquête visait à déterminer si les patients étaient exposés à des messages éducatifs, par quels canaux, et s'ils jugeaient ces messages clairs et utiles.

1.1.2. Mesurer l'accès aux dispositifs de suivi et aux soins préventifs

Il s'agissait de recueillir des données sur l'accessibilité réelle des outils de prévention, notamment les dispositifs de mesure de la glycémie (glucomètres, bandelettes), les consultations spécialisées, et les ateliers ou programmes d'éducation thérapeutique. L'objectif était aussi de comprendre si les freins économiques influençaient cet accès.

1.1.3. Comprendre les comportements préventifs des patients

L'enquête visait à identifier dans quelle mesure les patients **adoptent des pratiques préventives**, telles que :

- Le suivi médical régulier,
- L'adoption d'un régime alimentaire adapté,
- La pratique d'une activité physique appropriée.

Elle cherchait aussi à savoir si ces comportements étaient **encouragés ou encadrés** par les professionnels de santé.

1.1.4. Apprécier la perception de l'impact de la prévention sur la santé et les dépenses

L'étude cherchait à cerner dans quelle mesure les patients estiment que la prévention :

- Améliore leur état de santé,
- Réduit les complications à long terme,
- Diminue les coûts de santé individuels.

1.1.5. Identifier les obstacles à une prévention efficace

Enfin, l'enquête visait à mettre en évidence les freins structurels, organisationnels et financiers limitant l'efficacité des politiques de prévention en place. Cela inclut notamment :

- La pénurie ou l'inaccessibilité de certains dispositifs,
- Le manque de coordination entre les professionnels de santé,
- L'insuffisance des efforts de communication institutionnelle,
- Et la perception critique du système de santé dans sa capacité à prévenir les maladies chroniques.

1.2 Description des catégories d'acteurs interrogés

L'enquête a été menée auprès de 30 personnes atteintes de diabète résidant dans la ville de Tizi Ouzou, une wilaya située au nord de l'Algérie. Le choix de cette population permet d'obtenir un aperçu localisé des perceptions et expériences des usagers vis-à-vis des actions de prévention du diabète dans un contexte urbain, avec un accès variable aux structures de santé.

1.3 Délimitation géographique et contextuelle de l'étude

L'étude s'inscrit dans un cadre géographique et social bien défini : la ville de Tizi Ouzou, située dans la région de Kabylie, au nord de l'Algérie. Ce territoire urbain, relativement dense, dispose d'un certain nombre de structures sanitaires publiques et privées, dont des hôpitaux, des polycliniques, des centres de santé et quelques cabinets spécialisés (diabétologie, nutrition, endocrinologie). Toutefois, la qualité, la disponibilité et l'accessibilité effective des soins préventifs y demeurent variables, notamment en raison des contraintes budgétaires, des disparités sociales et d'une organisation sanitaire parfois inadaptée aux besoins des patients chroniques.

1.3.1 Contexte sanitaire et socio-économique

L'enquête s'est déroulée dans un contexte national marqué par une augmentation continue des maladies chroniques, notamment le diabète, en lien avec l'évolution des modes de vie (sédentarité, alimentation déséquilibrée, stress) et une transition démographique accélérée.

En Algérie, la prise en charge du diabète reste encore largement orientée vers le curatif, au détriment d'une vraie stratégie de prévention durable. L'enquête prend ainsi place dans un moment où les questions d'éducation thérapeutique, d'autogestion de la maladie et de communication médicale deviennent cruciales, mais ne bénéficient pas encore de dispositifs institutionnels solides.

Sur le plan économique, une part importante des personnes interrogées rencontre des difficultés financières, ce qui influe directement sur leur capacité à acheter le matériel de surveillance, suivre un régime adapté, participer à des activités éducatives ou consulter des

spécialistes. Le contexte inflationniste et la précarisation progressive d'une partie de la population accentuent ces inégalités de santé.

Section 2 : Méthodes et outils utilisés

2.1 Élaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire a suivi une démarche structurée, visant à garantir la pertinence, la clarté et la fiabilité des données recueillies auprès des personnes diabétiques interrogées dans la ville de Tizi Ouzou. L'objectif principal était de sonder les perceptions, les expériences et les difficultés rencontrées par ces patients face aux actions de prévention du diabète et à leur propre prise en charge.

2.1.1 Construction des items

Le questionnaire a été composé de questions fermées afin de faciliter l'analyse statistique et d'assurer une cohérence des réponses. Ces questions ont été conçues de manière à couvrir plusieurs dimensions essentielles :

- Compréhension et clarté des campagnes de prévention (ex : "Ces campagnes vous semblent-elles claires et compréhensibles ?").
- Information disponible sur les complications (ex : "Trouvez-vous que l'information disponible est suffisante pour comprendre comment prévenir les complications liées au diabète ?").
- Participation à des actions de sensibilisation.
- Fréquence des campagnes de prévention perçue.
- Suivi médical régulier et consultation de spécialistes.
- Accès aux dispositifs de surveillance de la glycémie.
- Application d'un régime alimentaire prescrit.
- Pratique d'une activité physique adaptée.
- Conseils reçus de la part du médecin traitant.
- Perception de l'impact préventif sur la santé et les dépenses.
- Accessibilité globale des soins préventifs.
- Renoncements aux soins pour raisons financières.
- Rareté ou absence de matériel médical.
- Disponibilité du personnel soignant et qualité des explications reçues.
- Efficacité des professionnels dans le domaine de la prévention.
- Efficience du système de santé et des programmes de prévention existants.

Chaque question a été formulée de manière simple, sans jargon médical, pour garantir l'accessibilité à des personnes de tous niveaux d'instruction.

2.1.2 Format et modalités de réponse

Les réponses proposées suivaient des formats standardisés :

- Oui / Non ou Oui / Non / Moyennement pour les questions d'opinion ou de perception.
- Échelles de fréquence (souvent, parfois, jamais) pour mesurer les comportements.
- Choix multiples fermés pour les questions d'accès aux soins (ex : "Oui gratuitement / Oui mais à vos frais / Non").

Ce format a permis d'éviter les réponses ouvertes, difficilement exploitables dans une enquête à visée statistique, tout en limitant les biais d'interprétation.

2.1.3 Pré-test du questionnaire

Avant sa diffusion finale, le questionnaire a été pré-testé auprès d'un petit échantillon de personnes diabétiques afin d'identifier :

- Les questions ambiguës ou mal comprises.
- La pertinence des options de réponse proposées.
- Le temps moyen nécessaire pour y répondre.

À l'issue de ce pré-test, quelques ajustements mineurs ont été apportés, notamment en simplifiant certaines formulations et en ajoutant une option "Je ne sais pas" à plusieurs items, afin de ne pas forcer une réponse incertaine.

2.2 Méthode d'administration

Le questionnaire a été administré en face à face, dans différents points de la ville de Tizi Ouzou (centres de santé, pharmacies, lieux de passage), en tenant compte des conditions sanitaires et du respect de la confidentialité.

2.3 Stratégie d'échantillonnage et nombre de participants

L'enquête a été menée auprès de personnes diabétiques résidant dans la ville de Tizi Ouzou, avec pour objectif de comprendre leurs perceptions, leurs comportements et leurs difficultés face à la prévention du diabète. Afin de garantir une certaine représentativité locale tout en prenant en compte les contraintes logistiques, une stratégie d'échantillonnage raisonnée a été adoptée.

2.3.1. Type d'échantillonnage : échantillonnage non probabiliste raisonné

Le choix de l'échantillon n'a pas été réalisé de manière aléatoire. L'étude a reposé sur un échantillonnage non probabiliste dit "raisonné", aussi appelé échantillonnage par choix raisonné ou de convenance. Ce type de méthode a été privilégié en raison :

- Des moyens limités (temps, ressources humaines, mobilité).
- De la difficulté d'obtenir une liste exhaustive des diabétiques de la ville.

- De la nécessité d'interroger des personnes volontaires et disponibles, dans des lieux accessibles comme les centres de santé, les pharmacies, les marchés ou les arrêts de transport en commun.

Ainsi, les participants ont été sélectionnés en fonction de leur accessibilité sur le terrain, mais aussi en prenant soin de varier les profils socio-économiques et les tranches d'âge afin de refléter, autant que possible, la diversité des situations vécues.

2.3.2. Critères d'inclusion

Les personnes retenues devaient remplir les conditions suivantes :

- Être diagnostiquées diabétiques, quel que soit le type de diabète.
- Résider à Tizi Ouzou.
- Avoir plus de 18 ans.
- Être capables de comprendre les questions posées, avec ou sans assistance.

2.3.3. Taille de l'échantillon

L'échantillon final se compose de 30 participants. Bien que ce nombre ne permette pas une généralisation des résultats à l'ensemble de la population diabétique de la région ou du pays, il constitue un point de départ significatif pour dégager des tendances et nourrir la réflexion sur les freins structurels et comportementaux à la prévention du diabète.

Ce nombre a été jugé suffisant pour :

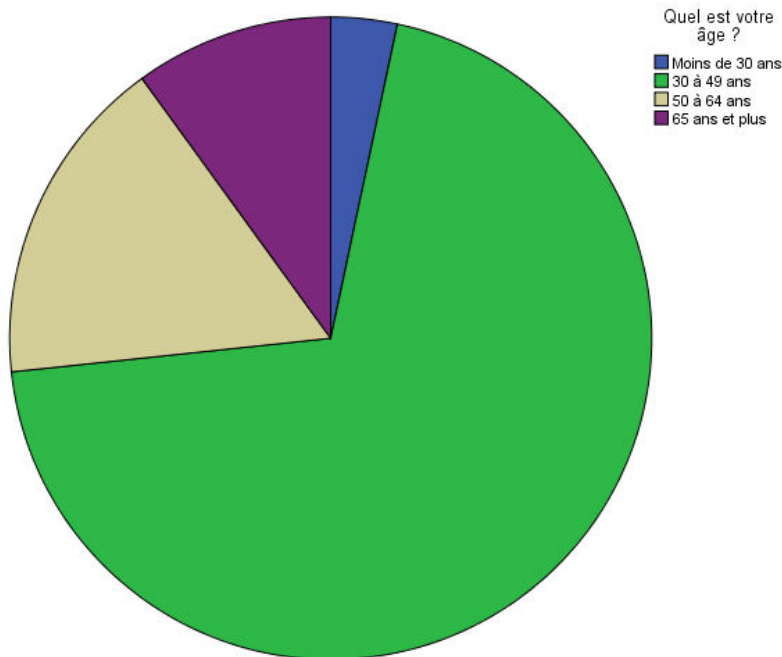
- Mettre en évidence des perceptions récurrentes.
- Identifier les principaux obstacles rencontrés dans l'accès aux soins et à la prévention.
- Tester les hypothèses formulées en amont.

Section 3 : Résultats de l'étude

3.1 Résultats de l'étude et analyse des données

Quel est votre âge ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Moins de 30 ans	1	3,3
	30 à 49 ans	21	70,0
	50 à 64 ans	5	16,7
	65 ans et plus	3	10,0
	Total	30	100,0



Les résultats montrent que 70 % des répondants diabétiques sont âgés de 30 à 49 ans, ce qui correspond à une tranche d'âge généralement considérée comme active professionnellement et socialement. Cette donnée est significative à plusieurs niveaux :

- Implication économique : Les coûts de santé liés au diabète dans cette tranche d'âge peuvent avoir un impact direct sur la productivité du pays et sur les dépenses sociales. L'efficacité des programmes de prévention à ce niveau pourrait donc jouer un rôle stratégique pour réduire les coûts à long terme.

- Réceptivité à la prévention : Les adultes d'âge moyen sont souvent plus réceptifs aux actions de prévention, car ils sont confrontés à la nécessité de concilier santé, travail et vie familiale. Cela peut influencer positivement sur l'adoption des comportements préventifs si les campagnes sont bien ciblées.

Seul un répondant (3,3 %) a moins de 30 ans. Cette faible représentation peut s'interpréter de deux manières :

- Début plus tardif de la maladie : Le diabète de type 2, souvent lié au mode de vie, se manifeste en général à un âge plus avancé, ce qui peut expliquer ce résultat.
- Peu de sensibilisation ciblée sur les jeunes : Cela peut aussi révéler une insuffisance des programmes de prévention auprès des jeunes adultes, alors même que cette tranche d'âge est clé pour instaurer des habitudes de vie saines sur le long terme.

Les personnes âgées de 50 à 64 ans (16,7 %) et de 65 ans et plus (10 %) représentent ensemble environ un quart de l'échantillon (26,7 %). Cette donnée souligne que :

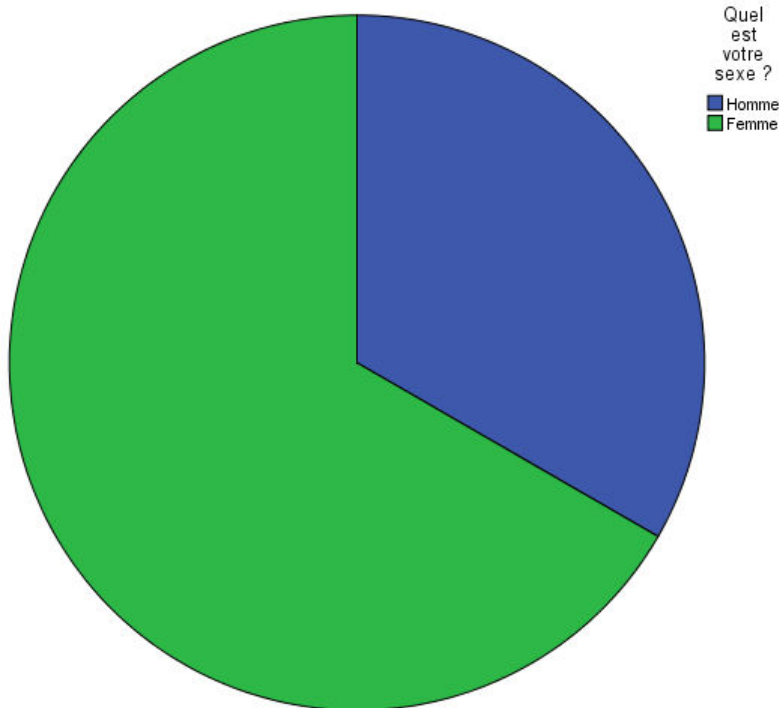
- Les complications liées au diabète deviennent plus fréquentes avec l'âge, entraînant un alourdissement des coûts de santé. Cela met en lumière l'importance des mesures de prévention en amont pour éviter ou retarder l'apparition de ces complications.
- Les perceptions des personnes plus âgées sur les programmes de prévention peuvent être influencées par leur vécu médical, leur niveau de littératie en santé et leur relation avec le système de soins.

Les données indiquent que les programmes de prévention doivent répondre aux besoins spécifiques d'une population adulte majoritairement active, tout en renforçant les actions précoces chez les plus jeunes et en accompagnant les plus âgés dans la gestion des complications. Ces résultats sont en lien direct avec notre problématique, car :

- Ils permettent d'évaluer si les programmes actuels ciblent adéquatement les groupes d'âge concernés.
- Ils offrent un éclairage sur les attentes et les perceptions des citoyens en fonction de leur âge, notamment en matière de bien-être et de réduction des dépenses de santé.
- Ils posent la question de l'efficacité des actions de prévention intergénérationnelles, et de leur adaptation aux profils démographiques réels des personnes atteintes de maladies chroniques.

Quel est votre sexe ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Homme	10	33,3
	Femme	20	66,7
	Total	30	100,0



Les femmes représentent 66,7 % de l'échantillon, contre 33,3 % d'hommes. Ce déséquilibre peut être interprété de plusieurs manières :

Il est possible que cette répartition reflète en partie une plus forte prévalence déclarée du diabète chez les femmes dans le contexte de notre enquête. Toutefois, il faut aussi considérer qu'il peut s'agir d'un biais lié à la participation :

- Les femmes sont souvent plus disponibles ou plus enclines à participer à des enquêtes liées à la santé.
- Elles peuvent être davantage impliquées dans le suivi de leur état de santé, ce qui se traduit par une plus grande réceptivité aux questionnaires.

Cette surreprésentation féminine offre des pistes de réflexion sur l'efficacité ciblée des programmes de prévention :

- Les campagnes de sensibilisation et les dispositifs de prévention pourraient être davantage visibles ou accessibles aux femmes, ce qui mérite d'être analysé.
- Si les hommes participent moins, cela peut traduire une moindre sensibilisation ou un moindre engagement de leur part vis-à-vis de leur santé, ce qui constitue un défi pour les politiques publiques.

Dans le cadre de notre problématique, qui s'intéresse au bien-être des patients et aux perceptions des citoyens, le genre peut influencer plusieurs aspects :

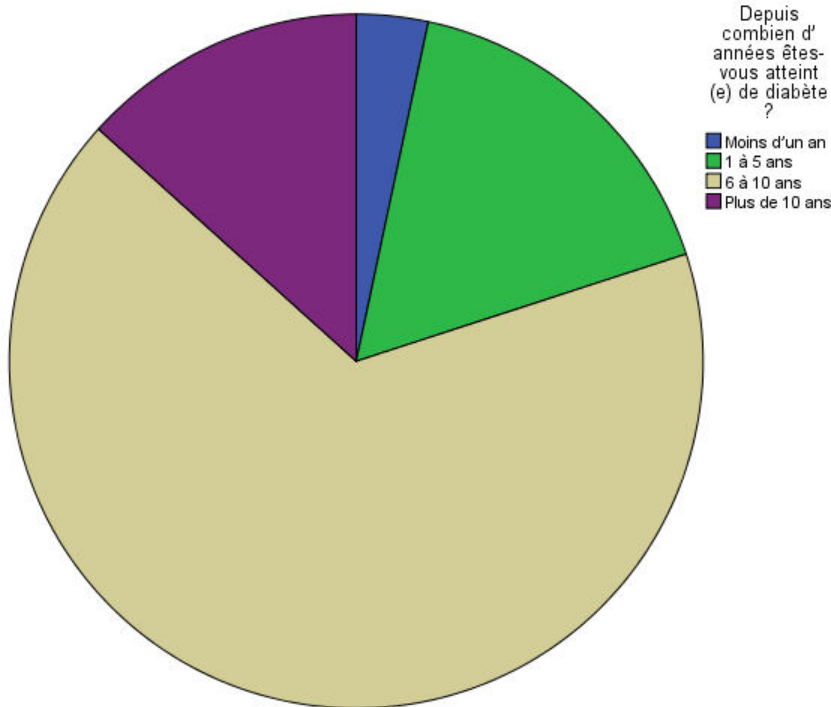
- Les femmes peuvent exprimer différemment leur rapport à la maladie, à la prévention et aux soins, ce qui affecte leur évaluation des programmes existants.
- Le ressenti du bien-être est également susceptible de varier selon le sexe, notamment en lien avec la charge mentale, les rôles sociaux et les attentes culturelles dans le contexte algérien.

La répartition par sexe soulève des questions sur l'équité d'accès et l'adaptation des programmes de prévention :

- Sont-ils pensés de manière genrée pour toucher de façon équilibrée les deux sexes ?
- Existe-t-il des freins spécifiques à la participation des hommes à ces programmes (tabous sociaux, manque d'information, difficultés d'accès aux soins, etc.) ?
- Faut-il renforcer des stratégies différenciées pour impliquer davantage les hommes dans la prévention et l'autogestion des maladies chroniques ?

Depuis combien d'années êtes-vous atteint(e) de diabète ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Moins d'un an	1	3,3
	1 à 5 ans	5	16,7
	6 à 10 ans	20	66,7
	Plus de 10 ans	4	13,3
	Total	30	100,0



La tranche « 6 à 10 ans » concentre 66,7 % des répondants, soit les deux tiers de l'échantillon. Cela signifie que la majorité des personnes interrogées vivent avec le diabète depuis une période ni trop récente ni très avancée, ce qui implique plusieurs éléments :

- Ces patients ont accumulé une expérience significative avec la maladie, tout en étant encore relativement jeunes dans leur parcours de soin, notamment par rapport aux complications de long terme.
- Ils sont généralement en phase de gestion active du diabète (traitement régulier, contrôles fréquents, ajustement du mode de vie).

- Leur retour d'expérience sur les dispositifs de prévention est particulièrement précieux, car ils peuvent juger l'évolution de leur bien-être, l'impact des interventions préventives et l'efficacité des recommandations médicales reçues au fil du temps.

Seul 1 patient (3,3 %) a été diagnostiqué depuis moins d'un an, et 5 patients (16,7 %) depuis 1 à 5 ans. Ensemble, ces deux groupes représentent 20 % de l'échantillon. Ces résultats soulignent que :

- La part des nouveaux cas dans cet échantillon est relativement faible, ce qui peut indiquer soit un recrutement de patients déjà insérés dans le parcours de soins, soit une difficulté à atteindre les personnes récemment diagnostiquées.
- Les patients les plus récents peuvent offrir une perspective intéressante sur les premières étapes de la prévention, notamment sur :
 - La rapidité de la prise en charge après le diagnostic ;
 - L'accessibilité des programmes éducatifs ;
 - Leur degré d'information et d'adhésion aux recommandations médicales.

Cela pourrait aussi soulever des interrogations sur l'efficacité du dépistage précoce dans les structures de santé algériennes.

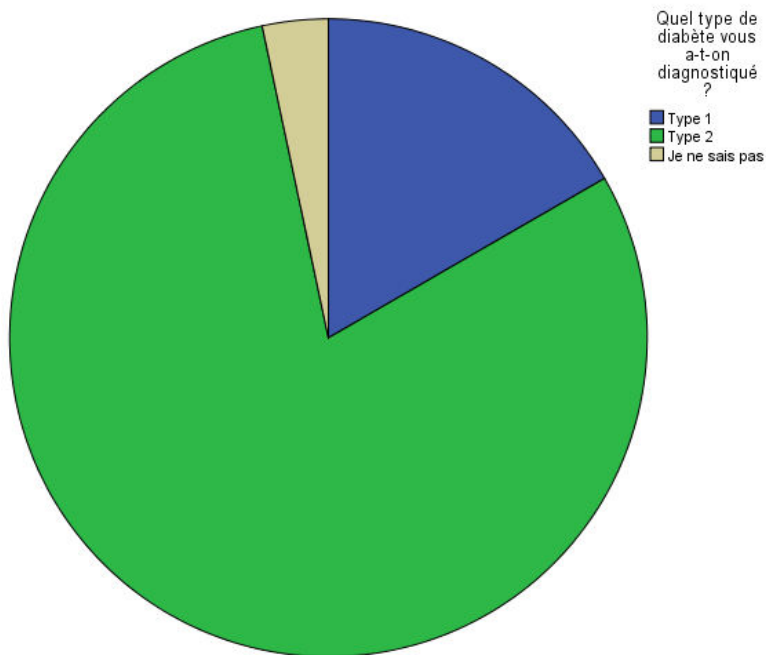
Les patients atteints de diabète depuis plus de 10 ans représentent 13,3 % de l'échantillon. Leur expérience peut être précieuse pour évaluer :

- L'effet cumulatif ou à long terme des programmes de prévention, en particulier sur la prévention des complications (neuropathies, rétinopathies, insuffisance rénale...).
- Leur niveau d'adhésion à l'autogestion de la maladie ;
- Leur perception de l'évolution du système de santé algérien en matière de prévention au fil des années.

Ce sont souvent des patients confrontés à une poly-médication ou à des consultations spécialisées, ce qui les rend plus sensibles aux questions de coût de santé, et potentiellement plus critiques vis-à-vis de l'efficacité des politiques publiques.

Quel type de diabète vous a-t-on diagnostiqué ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Type 1	5	16,7
	Type 2	24	80,0
	Je ne sais pas	1	3,3
	Total	30	100,0



L'analyse de la question « Quel type de diabète nous a-t-on diagnostiqué ? » permet de mieux cerner les caractéristiques médicales de la population enquêtée, ce qui oriente directement la compréhension des besoins en matière de prévention, de suivi et de qualité de vie.

Les résultats montrent que le diabète de type 2 représente la très grande majorité des cas avec 24 personnes sur 30, soit 80 % de l'échantillon. Cette prédominance est cohérente avec les données épidémiologiques mondiales et régionales, le diabète de type 2 étant plus fréquent chez les adultes et souvent lié à des facteurs tels que l'alimentation, le manque d'activité physique, le surpoids ou encore les antécédents familiaux. Cela signifie que les réponses recueillies à travers le questionnaire concernent essentiellement une population confrontée à une maladie chronique pouvant, dans de nombreux cas, être prévenue ou retardée par des actions ciblées sur les comportements et l'environnement. Cette répartition donne

donc un intérêt particulier à l'évaluation des programmes de prévention dans leur capacité à accompagner les individus dans la gestion des facteurs de risque.

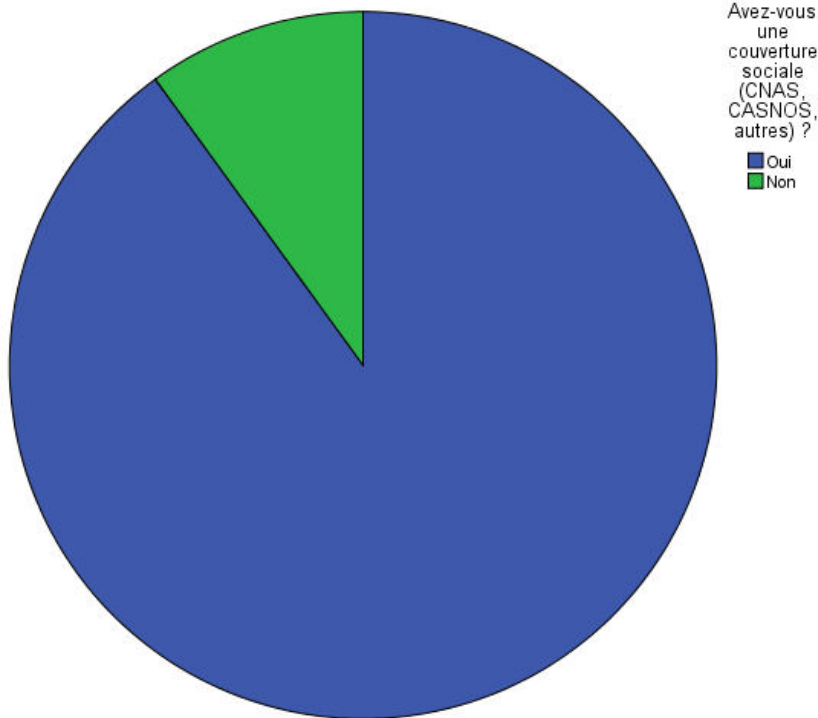
Par ailleurs, 5 personnes (16,7 %) déclarent avoir un diabète de type 1. Ce type de diabète, généralement diagnostiqué plus tôt dans la vie, implique une prise en charge plus lourde et une dépendance quotidienne à l'insuline. Bien que ces patients soient minoritaires dans l'échantillon, leur expérience reste importante à prendre en compte, notamment en ce qui concerne la continuité des soins, l'éducation thérapeutique et l'accès à un suivi médical spécialisé.

Enfin, 1 personne (3,3 %) indique ne pas savoir quel type de diabète elle a. Ce chiffre, bien que faible, soulève des questions importantes sur la clarté de l'information délivrée au moment du diagnostic. Cela pourrait indiquer un déficit dans la communication entre les professionnels de santé et les patients, ou encore un manque d'accompagnement dans le processus d'apprentissage de la maladie. Un patient mal informé est moins à même de s'approprier les démarches de prévention et de suivre correctement les recommandations thérapeutiques.

Dans l'ensemble, cette répartition confirme que les efforts de prévention doivent être majoritairement orientés vers les personnes atteintes de diabète de type 2, tout en maintenant des dispositifs adaptés pour les patients de type 1. Elle souligne également la nécessité d'une meilleure information des patients dès le diagnostic, pour garantir une implication active dans la gestion de la maladie.

Avez-vous une couverture sociale (CNAS, CASNOS, autres) ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	27	90,0
	Non	3	10,0
	Total	30	100,0



L'analyse des réponses à la question « Quel type de diabète nous a-t-on diagnostiqué ? » permet de mieux comprendre la composition de l'échantillon sur le plan clinique et d'en tirer des éléments essentiels pour évaluer l'impact des programmes de prévention.

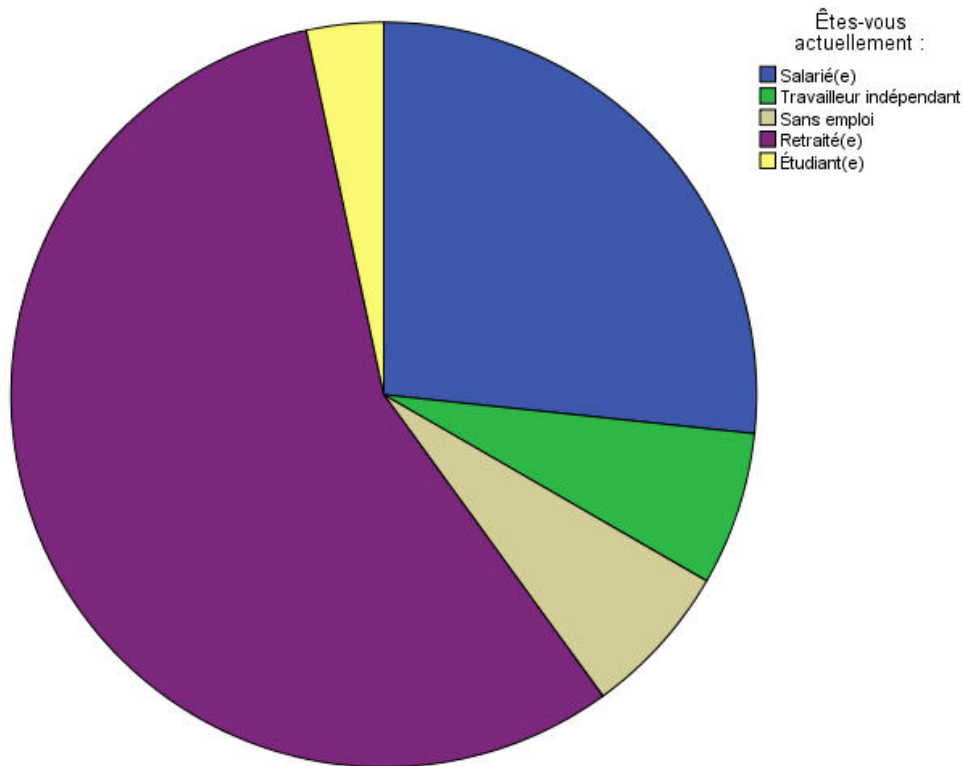
Une très large majorité des personnes interrogées, soit 24 sur 30, ont déclaré être atteintes de diabète de type 2, ce qui représente 80 % de l'ensemble. Ce résultat est en accord avec les tendances observées à l'échelle nationale et internationale, le type 2 étant le plus fréquent, notamment chez les adultes, et souvent associé à des habitudes de vie modifiables comme l'alimentation, l'activité physique ou la sédentarité. Cela signifie que notre enquête concerne principalement des personnes qui pourraient bénéficier directement de programmes de prévention centrés sur la modification des comportements de santé. Ces patients sont souvent confrontés à des enjeux liés à l'éducation thérapeutique, au suivi nutritionnel et à la gestion des facteurs de risque cardiovasculaires.

Cinq personnes, soit 16,7 %, sont atteintes de diabète de type 1. Cette forme auto-immune, souvent diagnostiquée à un âge plus jeune, exige une gestion rigoureuse avec insulinothérapie quotidienne. Même si elles sont minoritaires, les personnes atteintes de diabète de type 1 apportent une perspective précieuse sur la manière dont elles vivent leur parcours de soin, en particulier concernant l'accès aux ressources médicales spécialisées, le coût des traitements, ou encore le soutien psychosocial. Leur perception peut aussi révéler si les politiques de prévention prennent suffisamment en compte les besoins particuliers des diabétiques insulinodépendants.

Enfin, une personne, soit 3,3 % de l'échantillon, a répondu ne pas connaître le type de diabète dont elle est atteinte. Ce chiffre, bien que faible, soulève des interrogations sur la qualité de l'information transmise au moment du diagnostic. Un patient qui ignore le type de sa maladie pourrait avoir des difficultés à suivre un traitement adapté ou à comprendre les mesures de prévention qui le concernent. Cela peut révéler un déficit dans la communication entre professionnels de santé et patients, ou une insuffisance de suivi éducatif.

Êtes-vous actuellement :

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Salarié(e)	8	26,7
	Travailleur indépendant	2	6,7
	Sans emploi	2	6,7
	Retraité(e)	17	56,7
	Étudiant(e)	1	3,3
	Total	30	100,0



La majorité des personnes interrogées, soit 17 sur 30 (56,7 %), sont retraitées. Cette donnée est cohérente avec le fait que le diabète, en particulier de type 2, touche plus fréquemment les adultes avancés en âge. Cela implique que plus de la moitié des répondants ont un rythme de vie moins contraint professionnellement, ce qui peut leur offrir plus de temps pour suivre les soins, participer à des programmes d'éducation thérapeutique ou adopter un mode de vie plus sain. Toutefois, cette situation peut aussi traduire une dépendance à une pension de retraite souvent modeste, limitant parfois l'accès à certains soins non pris en charge, ou à des activités physiques encadrées.

Par ailleurs, 8 répondants (26,7 %) déclarent être salariés. Ce groupe actif est souvent confronté à des contraintes temporelles qui peuvent compliquer l'adhésion régulière à des suivis médicaux ou à des ateliers de prévention. Leur accès aux soins dépend en grande partie de l'organisation de leur emploi du temps et de la flexibilité offerte par leur environnement professionnel. Néanmoins, leur affiliation au régime de sécurité sociale des salariés (CNAS) leur garantit en principe un bon niveau de couverture médicale.

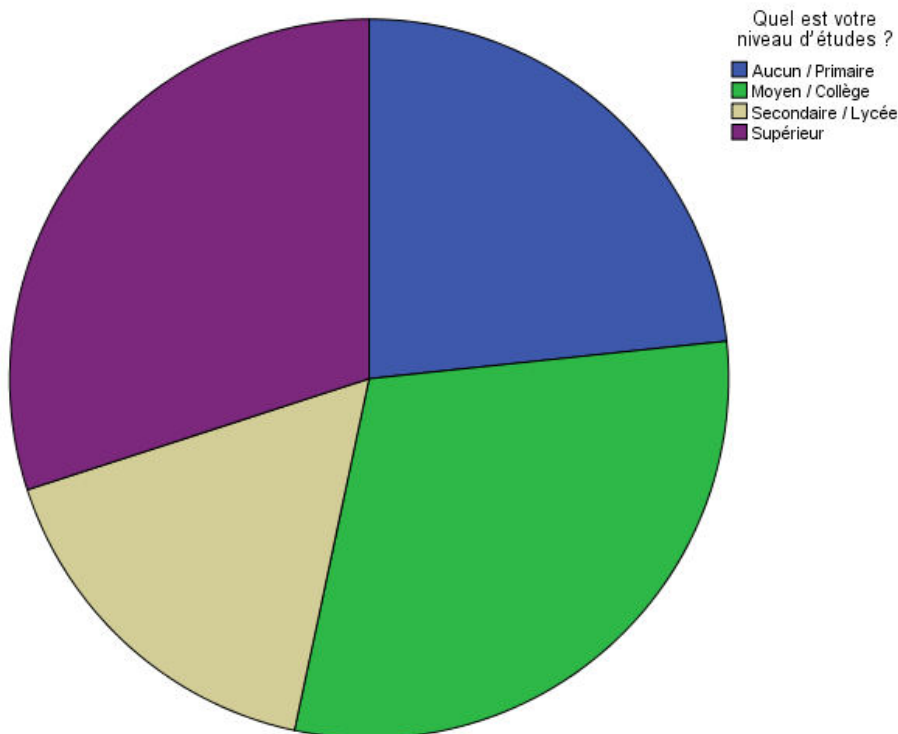
Les travailleurs indépendants sont représentés par 2 personnes (6,7 %). Leur statut suppose une relative autonomie dans la gestion de leur temps, mais s'accompagne souvent d'une couverture sociale moins généreuse (CASNOS), et de charges financières plus lourdes pour les soins, surtout en l'absence de mutuelle. Ils peuvent être moins bien suivis s'ils négligent leurs propres besoins de santé au profit de leur activité professionnelle.

Deux autres répondants, soit 6,7 %, sont sans emploi. Ce groupe représente une population plus exposée à la précarité, ce qui peut affecter à la fois l'accès aux soins, l'adhésion aux traitements, et le moral général du patient. Les programmes de prévention doivent, dans ce cas, être accessibles gratuitement et adaptés aux réalités sociales difficiles.

Enfin, une seule personne (3,3 %) est étudiante, ce qui suggère un début de maladie relativement précoce, probablement liée à un diabète de type 1. Ce profil particulier nécessite un accompagnement adapté, surtout en milieu universitaire, avec un soutien médical et psychologique spécifique.

Quel est votre niveau d'études ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Aucun / Primaire	7	23,3
	Moyen / Collège	9	30,0
	Secondaire / Lycée	5	16,7
	Supérieur	9	30,0
	Total	30	100,0



Sur l'ensemble de l'échantillon, 9 personnes (30,0 %) déclarent avoir suivi des études supérieures. Ce groupe constitue une proportion non négligeable et représente un profil de patients généralement mieux informés, susceptibles d'avoir une meilleure compréhension de leur maladie, des comportements de santé à adopter, ainsi que des enjeux liés à la prévention. Leur capacité à décrypter les conseils médicaux, à suivre des recommandations ou à rechercher des informations fiables peut favoriser une meilleure implication dans les programmes éducatifs et de suivi thérapeutique.

Ces individus possèdent en général les compétences de base nécessaires pour comprendre les consignes médicales et interagir avec les professionnels de santé. Toutefois, ce niveau peut parfois limiter la capacité à appréhender des messages de prévention complexes, surtout s'ils sont exprimés dans un langage trop technique ou abstrait. L'efficacité des programmes de prévention dans ce cas dépendra fortement de la qualité de la communication utilisée : clarté des supports, recours à des outils visuels, interactions orales, etc.

Cinq personnes (16,7 %) ont un niveau secondaire / lycée, ce qui représente un niveau intermédiaire. Ces patients ont en principe les acquis suffisants pour comprendre les enjeux de la gestion du diabète, tout en ayant un bagage éducatif qui permet une certaine autonomie dans la prise de décision en matière de santé. Ce groupe constitue souvent une cible intéressante pour les actions de sensibilisation en raison de leur profil socioculturel accessible et leur relative proximité avec les institutions.

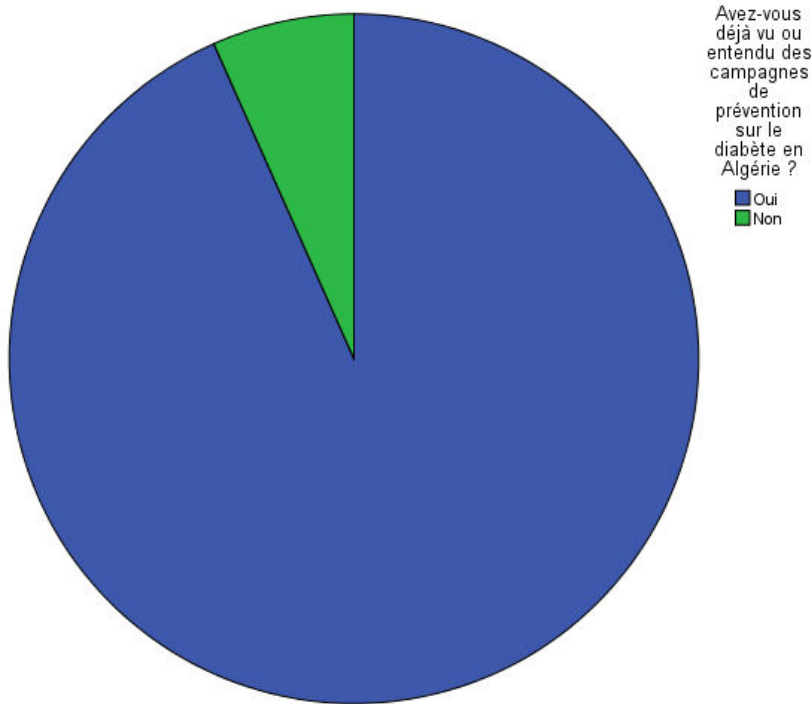
Enfin, 7 répondants (23,3 %) n'ont reçu aucune instruction ou seulement un niveau primaire. Ce groupe représente une catégorie plus vulnérable sur le plan de l'accès à l'information sanitaire. Ils sont potentiellement confrontés à des difficultés de lecture, de compréhension, voire de méfiance vis-à-vis des structures médicales. Cela peut se traduire par une moindre capacité à suivre les prescriptions médicales ou à évaluer les risques liés à une mauvaise hygiène de vie. Pour ces personnes, les programmes de prévention doivent impérativement s'adapter, en utilisant des outils simples, des approches orales, voire des relais communautaires (infirmiers de proximité, associations locales, etc.).

Ainsi, la répartition des niveaux d'instruction dans notre échantillon montre une diversité importante, qui impose une adaptation fine des messages de prévention. Si les programmes sont trop standardisés ou mal ciblés, ils risquent de ne pas atteindre certains groupes, notamment les moins alphabétisés. À l'inverse, une approche différenciée, tenant compte du niveau éducatif des patients, peut favoriser une meilleure appropriation des

recommandations et, à terme, contribuer à une réduction des complications liées au diabète et des coûts pour le système de santé.

Avez-vous déjà vu ou entendu des campagnes de prévention sur le diabète en Algérie ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	28	93,3
	Non	2	6,7
	Total	30	100,0



Les réponses à la question révèlent un taux d'exposition très élevé à ce type de communication sanitaire, ce qui constitue un indicateur positif en matière de diffusion des messages de santé publique.

En effet, 28 répondants sur 30, soit 93,3 %, affirment avoir été exposés à au moins une campagne de prévention sur le diabète. Cela suggère que les autorités sanitaires, les associations ou les médias ont su déployer des actions de communication suffisamment visibles pour atteindre une grande majorité de la population concernée. Cette forte visibilité peut provenir de différents canaux : télévision, radio, affichage public, réseaux sociaux, interventions en milieu scolaire ou professionnel, ou encore lors des journées de dépistage. Elle indique également que la thématique du diabète bénéficie d'une certaine reconnaissance au sein de l'opinion publique.

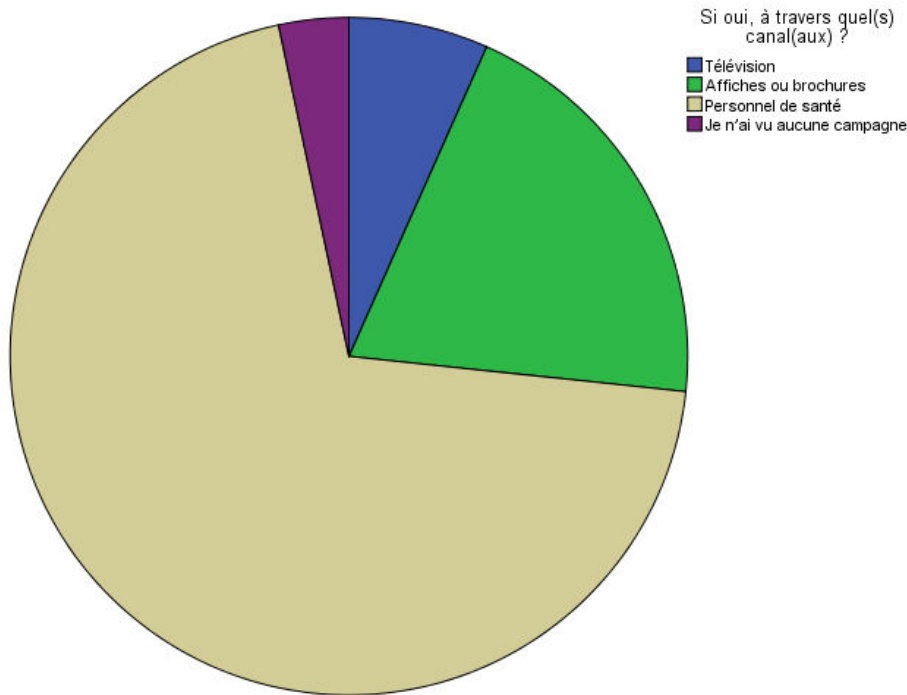
Cette exposition massive à des campagnes n'implique cependant pas automatiquement leur efficacité. Il est nécessaire de s'interroger sur la qualité des messages transmis, leur accessibilité linguistique, leur pertinence culturelle, ou encore leur capacité à inciter au changement de

comportement. En d'autres termes, voir ou entendre une campagne ne signifie pas que le contenu a été compris, intégré ou qu'il a suscité une réaction concrète. Il conviendrait, dans une analyse plus approfondie, d'évaluer l'impact perçu de ces campagnes : ont-elles modifié nos habitudes alimentaires ? Ont-elles favorisé la pratique d'une activité physique ? Ont-elles amélioré notre adhésion au suivi médical ?

Par ailleurs, 2 personnes (6,7 %) déclarent n'avoir jamais vu ni entendu de telles campagnes. Même s'il s'agit d'une minorité, cela souligne l'existence de poches de non-exposition. Ces individus peuvent résider dans des zones rurales mal desservies en infrastructures de communication, ou appartenir à des catégories sociales peu connectées aux canaux d'information classiques. Cette absence de contact avec les messages de prévention constitue un angle mort dans les politiques de santé publique, et pourrait expliquer en partie certaines inégalités en matière de prise en charge.

Si oui, à travers quel(s) canal(aux) ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Télévision	2	6,7
	Affiches ou brochures	6	20,0
	Personnel de santé	21	70,0
	Je n'ai vu aucune campagne	1	3,3
	Total	30	100,0



La très grande majorité des répondants (70 %) indique avoir entendu parler des campagnes via le personnel de santé. Cela confirme que le contact direct avec les professionnels joue un rôle central dans la transmission des informations : consultations médicales, séances d'éducation thérapeutique, entretiens infirmiers ou actions menées lors de campagnes de dépistage constituent des occasions privilégiées pour sensibiliser, expliquer et motiver les patients. Ce canal favorise également les échanges personnalisés, l'ajustement des conseils en fonction du profil de chaque patient et la possibilité de répondre immédiatement à leurs questions.

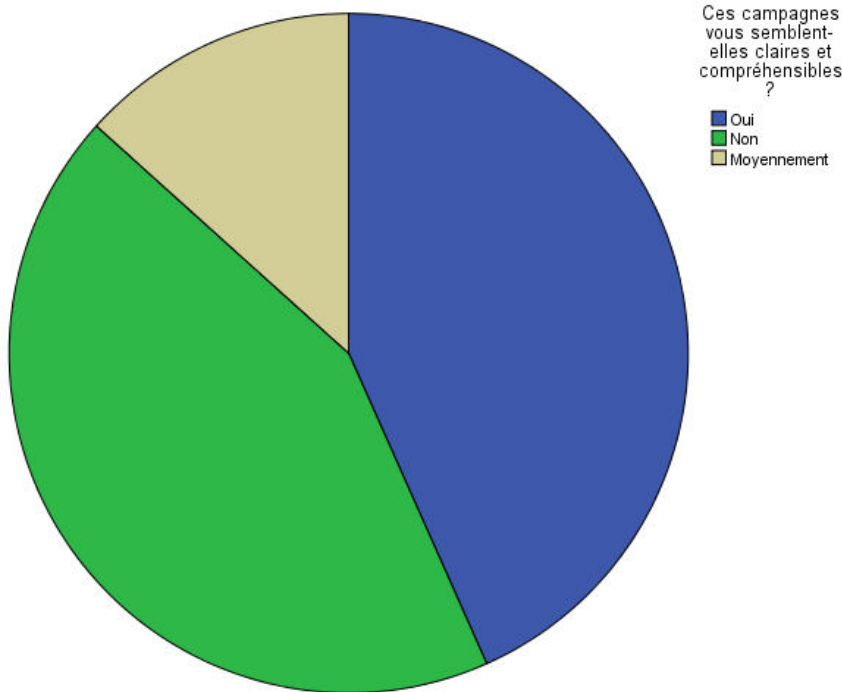
Vient ensuite l'usage de supports imprimés (affiches ou brochures) pour 20 % des répondants. Ces outils demeurent utiles, notamment dans les salles d'attente, les centres de santé de proximité ou lors d'événements spécialisés. Leur rôle est de rappeler les grands messages de prévention et de fournir des repères pratiques (régime alimentaire, repères d'activité physique, suivi glycémique). Toutefois, leur efficacité dépend de la qualité du design, de la lisibilité et de la disponibilité des lieux de diffusion.

La télévision ne constitue qu'un vecteur secondaire, cité par 6,7 % des personnes interrogées. Ce faible taux peut indiquer que les campagnes télévisées sont peu nombreuses, mal programmées ou peu mémorisées par les publics concernés. Or, la télévision reste un média à fort potentiel de couverture, y compris dans les zones rurales, et pourrait être davantage mobilisée pour relayer des messages grand public ou des témoignages de patients.

Enfin, 3,3 % des répondants affirment n'avoir vu aucune campagne, malgré une exposition globale élevée. Cela suggère l'existence de poches d'invisibilité (zones géographiques isolées, manque de relais communautaires, personnes moins engagées dans le parcours de soins) qu'il convient d'identifier et de cibler spécifiquement.

Ces campagnes vous semblent-elles claires et compréhensibles ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	13	43,3
	Non	13	43,3
	Moyennement	4	13,3
	Total	30	100,0



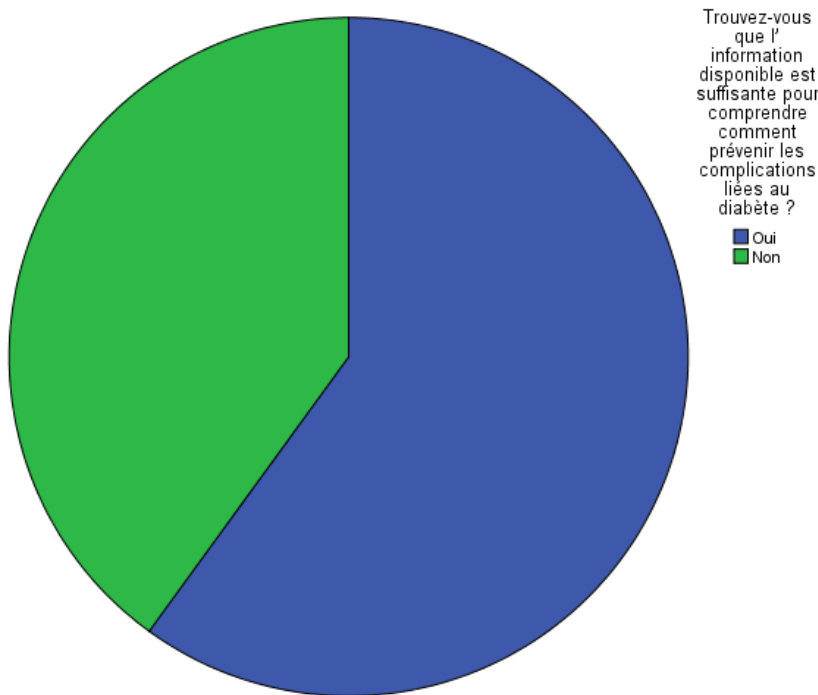
Sur les 30 personnes interrogées, 13 (43,3 %) estiment que les campagnes sont claires, ce qui témoigne d'un certain succès en matière de communication. Pour ce groupe, les messages véhiculés sont vraisemblablement formulés dans un langage accessible, structurés de manière pédagogique et accompagnés d'éléments concrets ou visuels qui facilitent leur compréhension. Ces répondants sont probablement ceux qui ont pu bénéficier d'un accompagnement explicatif de la part du personnel soignant ou qui disposent d'un niveau d'instruction suffisant pour interpréter facilement les contenus diffusés.

Toutefois, 13 autres répondants (43,3 %) déclarent que les campagnes ne sont pas compréhensibles, ce qui représente un frein sérieux à l'atteinte des objectifs préventifs. Ce résultat met en lumière un défaut d'adaptation des messages à une partie du public cible. Les obstacles peuvent être de plusieurs ordres : langage trop technique, manque de contextualisation, absence de traduction dans des dialectes locaux, supports inadaptés à des personnes peu alphabétisées, ou encore diffusion dans des formats peu engageants. Cette incompréhension compromet non seulement l'adhésion aux conseils de prévention, mais aussi la capacité des patients à prendre en charge leur santé de manière autonome.

Enfin, 4 personnes (13,3 %) expriment une compréhension partielle, indiquant que les campagnes leur paraissent moyennement claires. Ce groupe intermédiaire pourrait basculer dans un sens ou l'autre selon l'évolution des méthodes de communication et la disponibilité d'un accompagnement personnalisé. Ces répondants constituent donc un levier stratégique : des efforts ciblés à leur égard pourraient améliorer sensiblement leur perception et leur implication dans les actions de prévention.

Trouvez-vous que l'information disponible est suffisante pour comprendre comment prévenir les complications liées au diabète ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	18	60,0
	Non	12	40,0
	Total	30	100,0



Une majorité relative (60 %) des personnes interrogées considère que l'information disponible est suffisante. Cela traduit une perception positive de l'environnement informationnel : ces patients semblent avoir accès à des ressources claires, pertinentes et adaptées à leurs besoins. Cette information peut provenir de plusieurs sources : conseils prodigués par les médecins, séances d'éducation thérapeutique, brochures distribuées dans les centres de soins, émissions de sensibilisation ou campagnes ciblées. Ce groupe paraît en mesure de comprendre les gestes de prévention à adopter, les comportements à éviter, ainsi que l'importance du suivi médical pour éviter les complications telles que les neuropathies, les troubles rénaux ou cardiovasculaires.

Cependant, 12 répondants (40 %) expriment un manque d'information. Cette proportion importante révèle une faille dans le dispositif de communication et d'accompagnement. Les causes de ce déficit perçu peuvent être diverses : insuffisance des contenus explicatifs, rareté de campagnes locales, mauvaise accessibilité aux consultations spécialisées ou encore absence d'un accompagnement individualisé. Ce ressenti pourrait aussi être lié à des barrières éducatives ou sociales, limitant la capacité à comprendre ou à intégrer les informations disponibles, même lorsque celles-ci existent.

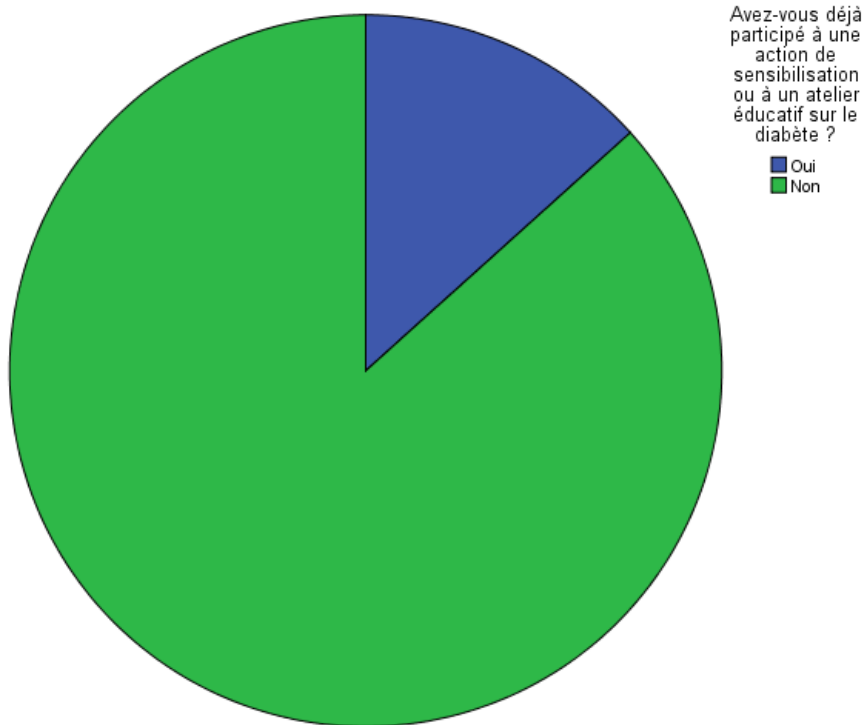
Ce clivage suggère que, bien que les efforts en matière d'information soient reconnus par une partie des malades, ils ne parviennent pas encore à toucher l'ensemble des patients de manière équitable. Cela a des conséquences directes sur la prévention des complications du diabète, puisque l'efficacité des stratégies repose en grande partie sur une bonne

compréhension des risques et des mesures à adopter au quotidien : équilibre alimentaire, activité physique régulière, surveillance glycémique, respect des prescriptions.

Pour améliorer cette situation, il serait pertinent de renforcer les dispositifs d'éducation thérapeutique, de diversifier les formats d'information (audio, vidéo, en dialectes locaux, etc.) et de former les acteurs de santé à une communication adaptée à différents profils de patients. L'objectif serait de permettre à tous les malades, quel que soit leur niveau de scolarité ou leur situation socio-économique, de disposer des clés nécessaires pour prévenir les complications de leur pathologie.

Avez-vous déjà participé à une action de sensibilisation ou à un atelier éducatif sur le diabète ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	4	13,3
	Non	26	86,7
	Total	30	100,0



Les résultats de cette question révèlent une sous-participation marquée aux actions de sensibilisation ou aux ateliers éducatifs consacrés au diabète. En effet, seuls 4 répondants sur 30 (13,3 %) déclarent y avoir participé, tandis que 26 (86,7 %) affirment n'avoir jamais pris

part à ce type d'initiative. Cette disparité interpelle directement la mise en œuvre concrète des programmes de prévention en Algérie, en particulier leur accessibilité et leur visibilité.

Ce très faible taux de participation peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Il est possible que ces actions soient rares ou peu fréquentes, notamment dans certaines régions, ou qu'elles soient mal diffusées au niveau local, échappant ainsi à l'attention du public concerné. D'autres obstacles peuvent être liés à l'emploi du temps, à la mobilité réduite de certains patients, à une méconnaissance de l'intérêt de ces dispositifs, ou encore à des freins culturels ou sociaux à la participation à des événements collectifs autour de la santé.

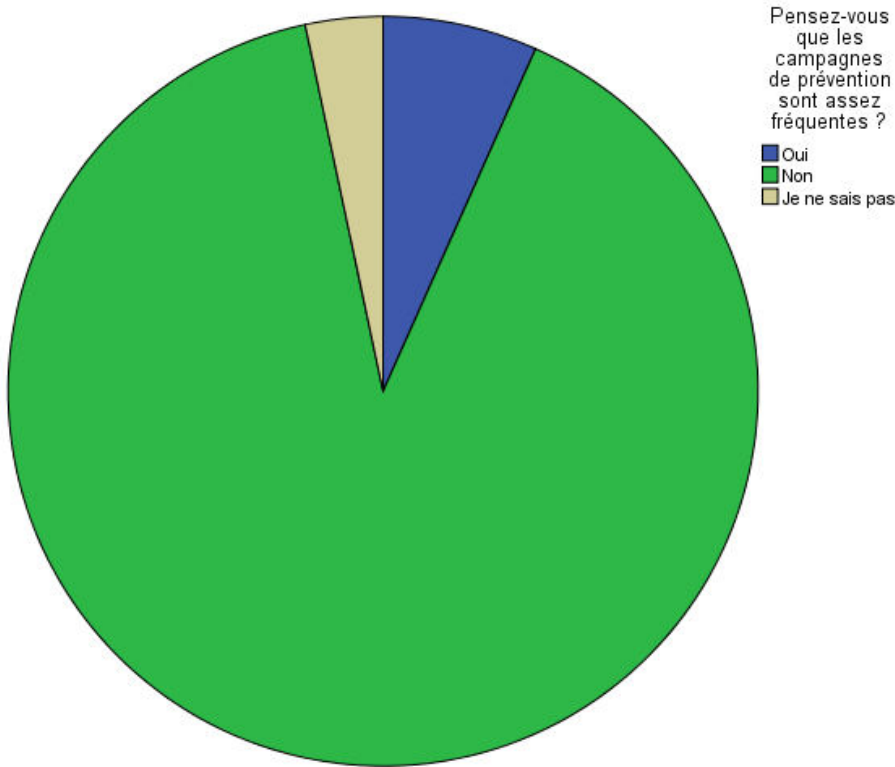
Par ailleurs, ce chiffre pose la question de la portée réelle des politiques de prévention sur le terrain : même si des campagnes sont menées à travers les médias ou via les professionnels de santé, leur traduction en actions concrètes de proximité reste insuffisante selon les perceptions exprimées ici. Il semble que le passage d'une sensibilisation passive (réception d'information) à une prévention active (implication dans des ateliers) ne soit pas encore généralisé.

Pourtant, la participation à des ateliers éducatifs peut s'avérer particulièrement bénéfique. Ces moments permettent aux patients de renforcer leur connaissance de la maladie, de poser des questions en lien avec leur propre vécu, et de partager des expériences avec d'autres malades, ce qui favorise à la fois l'adhésion thérapeutique et le bien-être psychologique. De plus, de telles actions contribuent indirectement à réduire les coûts de santé, en diminuant les complications dues à une mauvaise gestion de la maladie.

Face à ce constat, il paraît indispensable de développer des initiatives éducatives de proximité, en s'appuyant sur les centres de santé, les associations de patients, ou même les collectivités locales. Il s'agirait également de mieux communiquer sur l'existence de ces dispositifs, d'en adapter les horaires et les formats aux contraintes des usagers, et de valoriser la participation par des approches conviviales, interactives et adaptées au contexte socioculturel algérien.

Pensez-vous que les campagnes de prévention sont assez fréquentes ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	2	6,7
	Non	27	90,0
	Je ne sais pas	1	3,3
	Total	30	100,0



Les réponses à la question « Pensez-vous que les campagnes de prévention sont assez fréquentes ? » mettent en évidence un sentiment généralisé d'insuffisance en matière de fréquence des actions de prévention liées au diabète en Algérie. Sur les 30 participants, 27 (90,0 %) estiment que ces campagnes ne sont pas assez fréquentes, contre seulement 2 personnes (6,7 %) qui les jugent suffisantes. Un seul répondant (3,3 %) n'a pas su se prononcer.

Cette perception largement négative témoigne d'un décalage entre les besoins des patients et la régularité des actions de prévention menées dans le pays. Même si des campagnes existent, elles semblent trop espacées, irrégulières ou peu visibles pour avoir un impact durable sur les comportements de santé et la gestion quotidienne du diabète. Ce constat peut également refléter une absence de continuité dans les dispositifs de communication, qui rend difficile l'ancrage des messages de prévention dans les habitudes du public concerné.

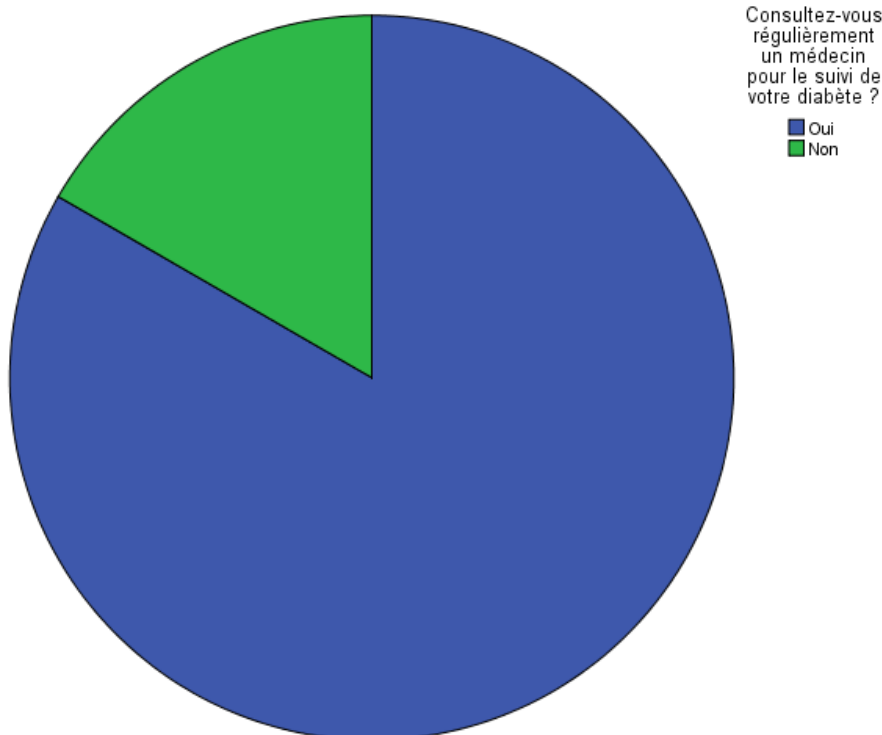
La faible proportion de réponses positives (6,7 %) peut suggérer que certaines campagnes ponctuelles ont laissé une impression favorable, mais ces exemples paraissent isolés ou limités à des zones géographiques précises. Il est donc probable que l'offre préventive actuelle n'atteint pas l'ensemble des citoyens de manière équitable. Cette situation représente un frein majeur à la sensibilisation, à la fois pour prévenir l'apparition du diabète chez les populations à risque et pour aider les malades à mieux gérer

leur pathologie. En l'absence de rappels réguliers et de nouvelles campagnes d'information, l'adhésion aux bonnes pratiques de prévention peut s'affaiblir avec le temps, et les comportements à risque persister ou réapparaître.

Pour répondre à cette attente forte exprimée par les répondants, il serait pertinent d'envisager une stratégie de communication continue, déployée tout au long de l'année, avec des formats variés (médias, réseaux sociaux, campagnes locales, interventions en milieu scolaire ou professionnel, etc.). Ces campagnes devraient également s'adapter aux réalités locales et tenir compte des spécificités culturelles et linguistiques pour maximiser leur portée.

Consultez-vous régulièrement un médecin pour le suivi de votre diabète ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	25	83,3
	Non	5	16,7
	Total	30	100,0



Les résultats montrent que la majorité des personnes interrogées (83,3 %) déclarent consulter régulièrement un médecin pour le suivi de leur diabète, tandis qu'un groupe minoritaire de 16,7 % affirme ne pas avoir de suivi médical régulier.

Cette proportion élevée de suivi médical est un indicateur encourageant, car elle suggère que pour beaucoup d'entre nous, la prise en charge médicale du diabète est bien

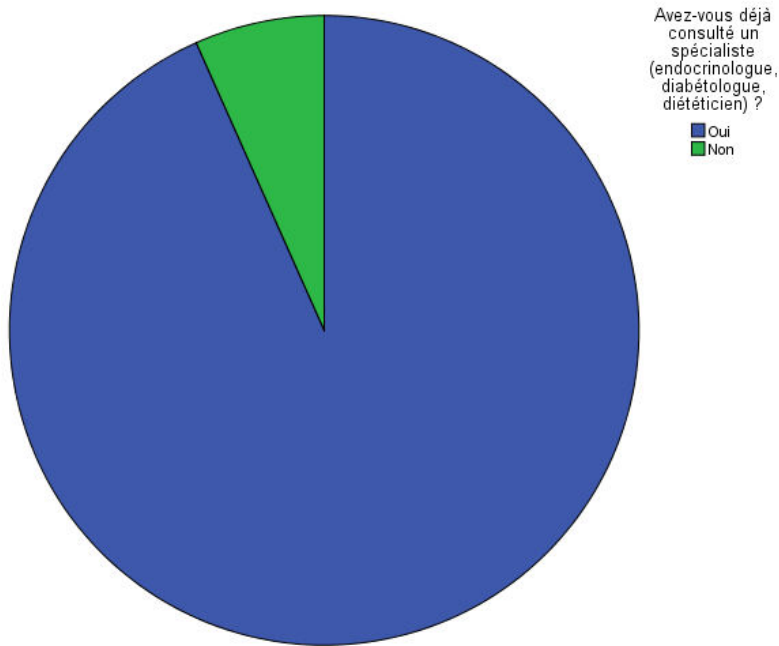
intégrée dans la routine de soins. Ce suivi régulier est fondamental pour adapter le traitement, prévenir les complications (comme les atteintes rénales, cardiaques ou ophtalmiques), et renforcer l'éducation thérapeutique. Il reflète également une certaine accessibilité des structures de santé pour les patients concernés.

Cependant, les 5 personnes qui ne bénéficient pas de ce suivi (16,7 %) posent question. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette absence : difficultés d'accès aux soins (géographiques, économiques ou logistiques), manque d'information sur l'importance du suivi, ou désengagement lié à la lassitude ou au découragement face à la maladie. Cette absence de suivi régulier pourrait exposer ces patients à une dégradation plus rapide de leur état de santé, et in fine, à une augmentation des coûts médicaux liés à la prise en charge des complications.

Ce contraste entre les répondants met donc en évidence un double enjeu pour les politiques de prévention en Algérie : maintenir et renforcer le suivi pour ceux qui le pratiquent déjà, tout en mobilisant davantage ceux qui sont en rupture avec le système de soins. Il serait pertinent de cibler ce groupe minoritaire dans les campagnes futures, en insistant sur les risques d'une absence de suivi et en facilitant l'accès aux consultations, notamment en milieu rural ou pour les personnes à revenus limités.

Avez-vous déjà consulté un spécialiste (endocrinologue, diabétologue, diététicien) ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	28	93,3
	Non	2	6,7
	Total	30	100,0



Les données révèlent que 93,3 % des répondants (soit 28 personnes) déclarent avoir déjà consulté un spécialiste tel qu'un endocrinologue, un diabétologue ou un diététicien. Ce taux très élevé traduit une forte exposition à une prise en charge spécialisée, ce qui est un signal positif dans le contexte de la lutte contre les maladies chroniques comme le diabète.

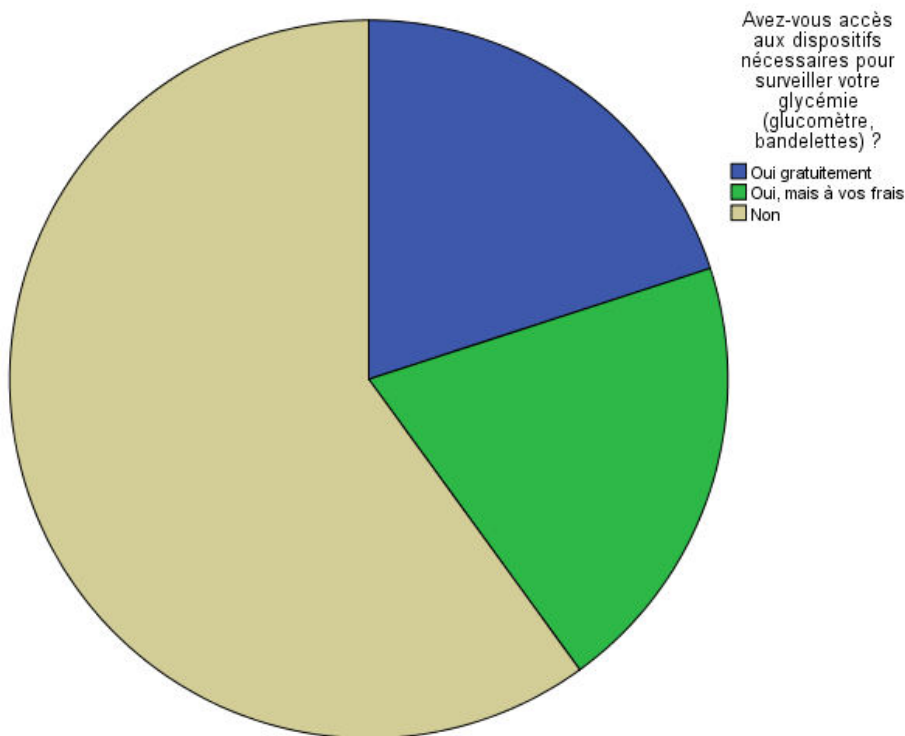
Cela signifie que pour la grande majorité d'entre nous, l'accès à un suivi spécialisé fait partie du parcours de soins, ce qui peut favoriser une meilleure gestion de la maladie, une adaptation plus précise des traitements et une compréhension approfondie des enjeux nutritionnels et comportementaux liés au diabète. Ce type de consultation est d'autant plus bénéfique qu'il permet un accompagnement personnalisé, souvent difficile à obtenir dans le cadre de soins généralistes.

En revanche, 2 personnes (6,7 %) n'ont jamais consulté de spécialiste. Ce chiffre, bien que marginal, souligne l'existence d'un accès inégal aux soins spécialisés, potentiellement dû à des obstacles structurels (manque de spécialistes dans certaines régions, délais d'attente longs, coûts non pris en charge, etc.) ou à un manque d'information sur le rôle et l'intérêt des spécialistes dans le suivi du diabète. Il est également possible que certaines personnes, malgré un diagnostic confirmé, n'aient pas été orientées vers un spécialiste par leur médecin traitant.

Cette donnée met en lumière un aspect essentiel : si la couverture spécialisée semble satisfaisante, il reste pertinent de garantir une orientation systématique des personnes diabétiques vers ce type de professionnels, notamment pour les nouveaux cas ou les patients issus de milieux défavorisés.

Avez-vous accès aux dispositifs nécessaires pour surveiller votre glycémie (glucomètre, bandelettes) ?

	Fréquence	Pourcentage
Valide		
Oui gratuitement	6	20,0
Oui, mais à vos frais	6	20,0
Non	18	60,0
Total	30	100,0



Les résultats indiquent que seulement 40 % des répondants déclarent avoir accès aux dispositifs nécessaires pour surveiller leur glycémie, que ce soit gratuitement (20 %) ou à leurs propres frais (20 %). En revanche, une majorité préoccupante de 60 % d'entre nous n'y a pas accès.

Ce constat soulève des enjeux critiques pour la prévention des complications du diabète. La surveillance glycémique régulière constitue l'un des piliers de l'autogestion de la maladie. Sans accès à un glucomètre et aux consommables (bandelettes, lancettes), il devient difficile pour un patient diabétique de suivre l'évolution de son taux de sucre, d'ajuster son alimentation, son traitement ou encore d'éviter des crises d'hypo ou d'hyperglycémie.

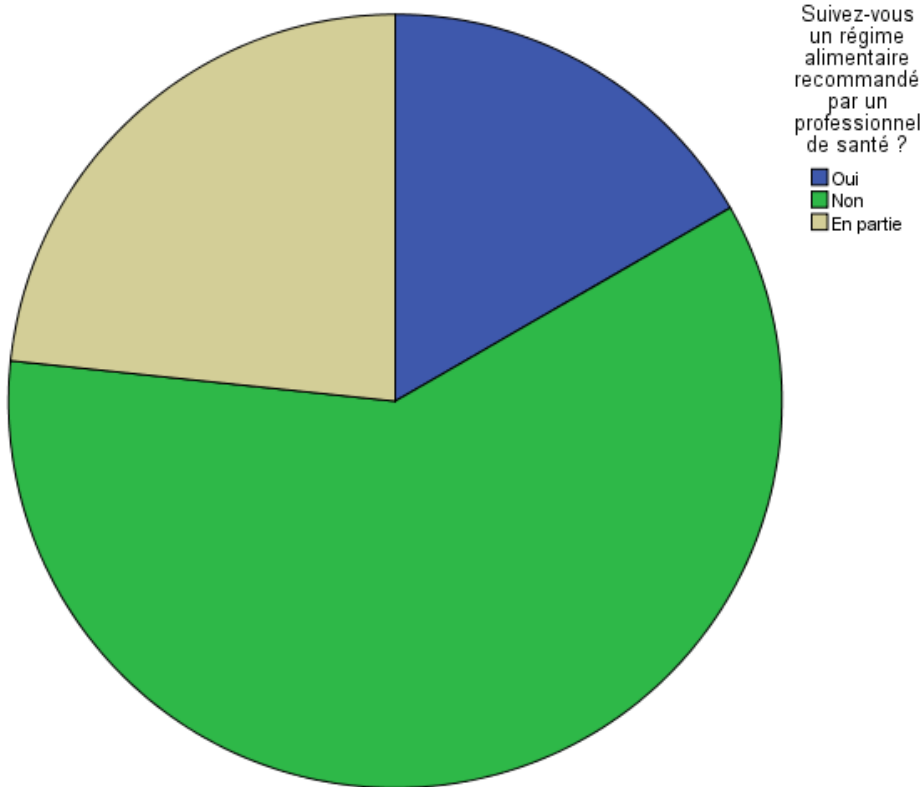
L'absence d'accès pour 60 % des personnes interrogées souligne un manque d'équité dans la disponibilité des outils de suivi, pourtant essentiels. Ce chiffre est d'autant plus préoccupant que ces dispositifs sont souvent peu coûteux comparés aux traitements lourds nécessaires en cas de complications avancées. Ce déséquilibre peut ainsi entraîner un cercle vicieux : faute de moyens pour suivre sa glycémie, la maladie s'aggrave, et les coûts de santé augmentent pour le patient comme pour le système de soins.

Parmi ceux qui y ont accès, seulement un cinquième le fait sans frais, ce qui peut refléter la limite des dispositifs publics de prise en charge ou de remboursement. L'autre moitié, contrainte de payer elle-même, pourrait à terme réduire la fréquence des mesures ou abandonner complètement la surveillance, par souci d'économie.

Ces résultats mettent en lumière un angle mort dans les programmes de prévention du diabète en Algérie. Si les consultations médicales et l'accès aux spécialistes sont relativement répandus, l'autogestion au quotidien, pourtant décisive, reste très inégalement soutenue. Pour être efficaces, les politiques de santé doivent inclure la gratuité ou le remboursement partiel de ces dispositifs, particulièrement pour les personnes en situation de précarité ou les patients atteints de diabète de longue durée.

Suivez-vous un régime alimentaire recommandé par un professionnel de santé ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	5	16,7
	Non	18	60,0
	En partie	7	23,3
	Total	30	100,0



Les résultats montrent que seulement 16,7 % d'entre nous suivons un régime alimentaire recommandé par un professionnel de santé. La majorité (60 %) ne suit pas du tout de régime, tandis que 23,3 % le font partiellement.

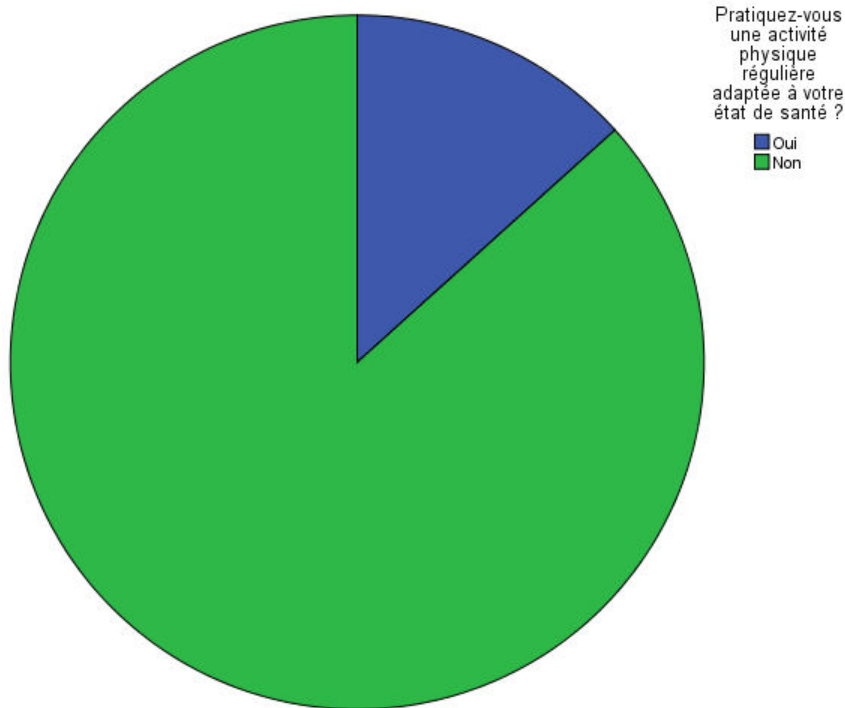
Cette tendance met en évidence une lacune importante dans la gestion quotidienne du diabète, alors même que l'alimentation représente un levier essentiel pour éviter les déséquilibres glycémiques et prévenir les complications. Le fait que plus de la moitié des personnes interrogées ne suivent pas de régime encadré suggère une faible intégration des conseils nutritionnels dans le parcours de soin, malgré leur impact reconnu.

Le taux faible de suivi (16,7 %) peut s'expliquer par plusieurs facteurs : manque d'accompagnement par des diététiciens, consultations spécialisées trop rares, coût des aliments adaptés, ou encore difficultés culturelles et sociales à modifier les habitudes alimentaires. De plus, le groupe des 23,3 % qui suivent un régime "en partie" illustre une forme d'adhésion partielle aux recommandations, peut-être par manque d'information, par difficulté à maintenir les efforts dans le temps, ou par absence de suivi personnalisé.

Ce constat invite à renforcer les programmes de prévention à travers des actions ciblées sur l'éducation nutritionnelle. Il ne suffit pas d'informer les patients ; encore faut-il leur offrir un encadrement régulier, des outils pratiques, et parfois un soutien psychologique ou communautaire pour transformer durablement leurs habitudes

Pratiquez-vous une activité physique régulière adaptée à votre état de santé ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	4	13,3
	Non	26	86,7
	Total	30	100,0



Les données révèlent que seulement 13,3 % d'entre nous pratiquons une activité physique régulière adaptée à notre état de santé, tandis que 86,7 % déclarent ne pas en pratiquer du tout. Ce résultat met en évidence une insuffisance nette de l'intégration de l'activité physique dans la gestion quotidienne du diabète, malgré les nombreuses études démontrant ses bienfaits sur la régulation de la glycémie, la réduction des risques cardiovasculaires et l'amélioration du bien-être général.

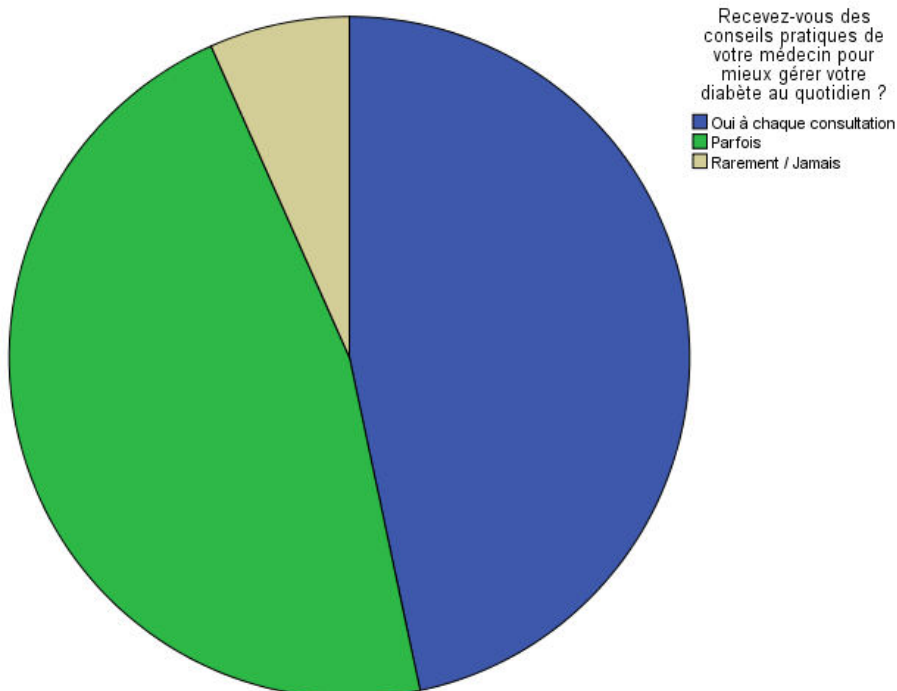
Ce très faible taux de pratique peut être interprété comme le reflet de plusieurs obstacles : un manque d'information sur les exercices recommandés, l'absence d'encadrement adapté, des problèmes de santé limitant la mobilité, ou encore un environnement social et urbain peu propice à l'exercice régulier. Il est également possible que certaines personnes considèrent à tort que seule la médication suffit à gérer leur diabète, sans percevoir l'utilité complémentaire de l'activité physique.

L'écart entre les pratiques recommandées et la réalité de terrain montre que les campagnes de prévention ne parviennent pas à instaurer des habitudes durables dans ce domaine, ou qu'elles ne ciblent pas suffisamment les freins réels rencontrés par les patients. La pratique physique reste pourtant une composante accessible, peu coûteuse, et à fort impact dans les politiques de prévention des maladies chroniques, à condition qu'elle soit adaptée aux capacités de chacun.

Pour inverser cette tendance, il serait nécessaire de développer des programmes d'accompagnement personnalisés, de former les professionnels de santé à prescrire de l'activité physique adaptée, et de promouvoir l'exercice à travers des initiatives communautaires ou des ateliers pratiques, notamment en milieu urbain ou dans les structures de santé locales.

Recevez-vous des conseils pratiques de votre médecin pour mieux gérer votre diabète au quotidien ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui à chaque consultation	14	46,7
	Parfois	14	46,7
	Rarement / Jamais	2	6,7
	Total	30	100,0



Les résultats indiquent que 46,7 % d'entre nous recevons des conseils pratiques à chaque consultation, tandis qu'un pourcentage identique déclare en recevoir seulement de manière occasionnelle. Enfin, 6,7 % affirment ne presque jamais bénéficier de tels conseils.

Ce partage équitable entre les deux premières catégories souligne une présence globale des recommandations médicales, mais également une irrégularité dans leur transmission ou leur contenu. La moitié des répondants semble bénéficier d'un accompagnement structuré et constant, tandis que l'autre moitié est exposée à une prise en charge moins systématique, ce qui peut conduire à des lacunes dans la gestion quotidienne du diabète.

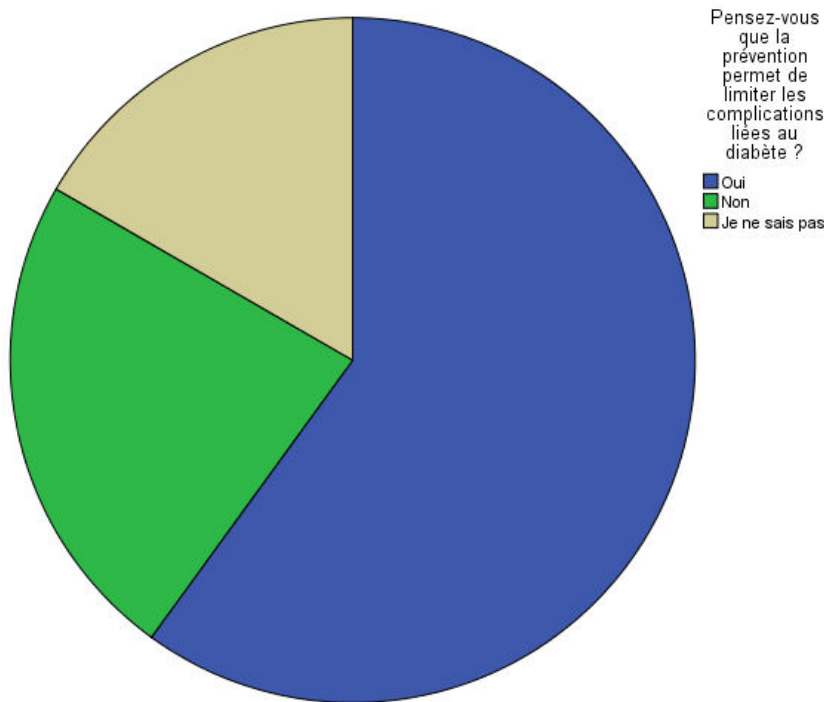
Le fait que seuls deux patients sur trente n'aient que rarement ou jamais reçu de conseils pratiques est un signal positif en soi : la majorité des professionnels de santé impliqués dans le suivi semble transmettre des recommandations. Cependant, la régularité et la qualité de ces conseils restent à améliorer pour garantir une meilleure autonomisation des personnes atteintes.

Cette hétérogénéité peut résulter de plusieurs facteurs : charge de travail des médecins, durée limitée des consultations, absence de protocole éducatif structuré, ou encore variabilité dans la formation des praticiens en matière d'éducation thérapeutique. De plus, l'efficacité des conseils dépend aussi de leur forme : les messages oraux brefs peuvent manquer d'impact s'ils ne sont pas accompagnés de supports écrits, démonstrations pratiques ou suivis personnalisés.

Ainsi, pour renforcer l'impact des programmes de prévention, il serait bénéfique de mettre en place des outils de standardisation et d'accompagnement du conseil médical, ainsi que des sessions d'éducation thérapeutique en complément des consultations. Cela favoriserait une meilleure compréhension et un engagement plus actif dans la gestion de la maladie.

Pensez-vous que la prévention permet de limiter les complications liées au diabète ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	18	60,0
	Non	7	23,3
	Je ne sais pas	5	16,7
	Total	30	100,0



Les résultats révèlent que 60 % d'entre nous considèrent que la prévention permet de limiter les complications liées au diabète, tandis que 23,3 % pensent le contraire et 16,7 % ne savent pas quoi en penser. Cette majorité favorable montre qu'une partie importante des personnes interrogées reconnaît l'utilité des actions préventives, ce qui constitue un terrain favorable au renforcement de leur mise en œuvre.

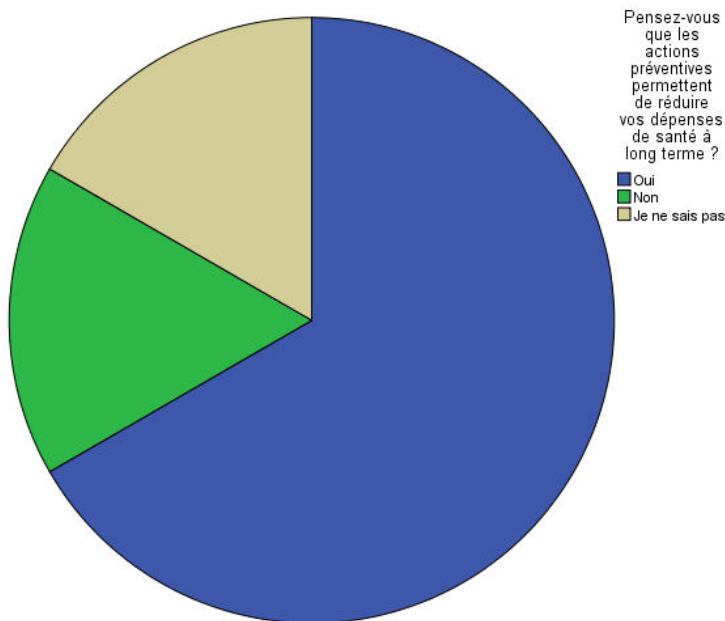
Toutefois, le fait qu'un quart des participants exprime un doute ou une opinion négative souligne l'existence d'un manque de sensibilisation, de compréhension ou d'expérience positive vis-à-vis des mesures préventives proposées. Ce constat questionne directement la manière dont la prévention est conçue, diffusée et relayée auprès des malades.

L'existence d'un taux aussi élevé d'indécision ou de scepticisme peut être liée à plusieurs facteurs : une absence de résultats visibles sur leur propre santé, un défaut de suivi ou d'encadrement, ou encore une prévention perçue comme théorique, inaccessible ou peu adaptée aux réalités du quotidien. Il est également possible que certaines personnes associent la prévention à des injonctions peu motivantes, plutôt qu'à un accompagnement concret et progressif.

Cela montre qu'au-delà de la diffusion de messages, les programmes de prévention doivent aussi prouver leur efficacité de manière tangible auprès des patients. Autrement dit, il ne suffit pas de savoir que la prévention existe ; il faut en ressentir les bénéfices pour y croire pleinement. Cela suppose une stratégie plus individualisée, intégrée au parcours de soins, et axée sur la valorisation des résultats.

Pensez-vous que les actions préventives permettent de réduire vos dépenses de santé à long terme ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	20	66,7
	Non	5	16,7
	Je ne sais pas	5	16,7
	Total	30	100,0



Les résultats de cette question montrent que 66,7 % d’entre nous pensent que les actions préventives permettent de réduire les dépenses de santé à long terme, tandis que 16,7 % ne partagent pas cette opinion et 16,7 % ne savent pas se prononcer. Ce résultat majoritaire traduit une prise de conscience assez nette des bénéfices économiques liés à la prévention, notamment dans le contexte du diabète, où les soins curatifs — hospitalisations, complications aiguës, traitements lourds — peuvent engendrer des coûts élevés pour les patients comme pour le système de santé.

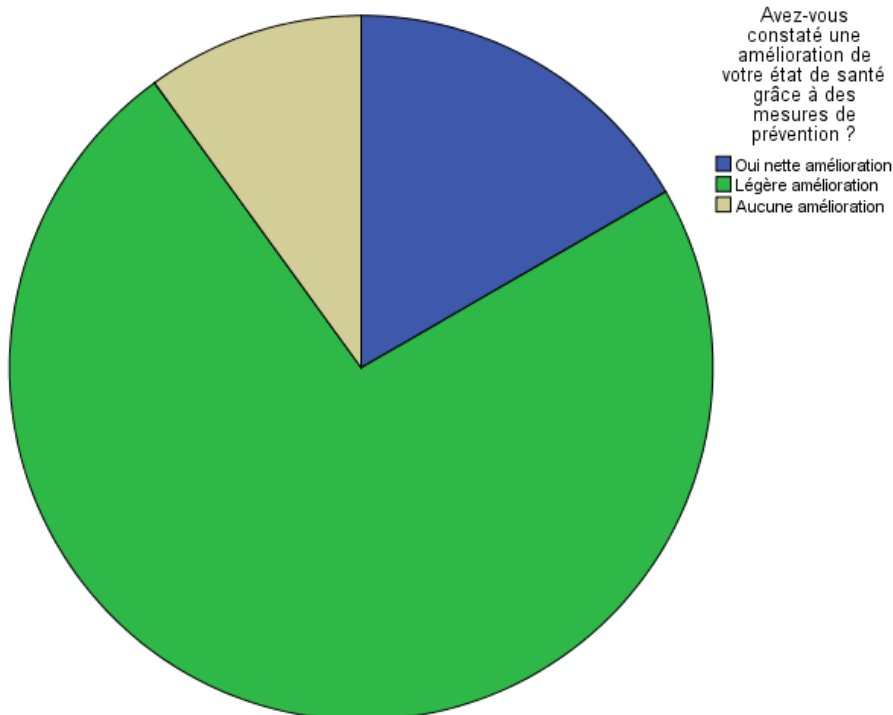
Ce jugement positif témoigne probablement d’une expérience concrète ou d’une observation claire : une meilleure gestion de la maladie, via des mesures préventives, permet d’éviter certaines dépenses liées à des complications (ulcères, amputations, insuffisance rénale, etc.) ou à une aggravation de l’état de santé. Il est donc probable que ceux d’entre nous ayant adopté un suivi rigoureux, une alimentation contrôlée ou une automesure régulière de la

glycémie aient constaté une diminution des consultations d'urgence ou des prescriptions coûteuses.

Le fait que un tiers des répondants (33,4 %) expriment une incertitude ou un désaccord avec cette idée montre que les retombées économiques de la prévention ne sont pas toujours visibles ni immédiates pour tout le monde. Cela peut résulter d'un manque de soutien dans l'accès aux dispositifs préventifs (par exemple : glucomètres, conseils nutritionnels, éducation thérapeutique), ou encore du fait que certaines dépenses de prévention restent à la charge des patients (consultations spécialisées, alimentation spécifique, matériel médical), rendant leur rentabilité difficile à percevoir dans l'immédiat.

Avez-vous constaté une amélioration de votre état de santé grâce à des mesures de prévention ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui nette amélioration	5	16,7
	Légère amélioration	22	73,3
	Aucune amélioration	3	10,0
	Total	30	100,0



Les réponses à cette question indiquent que 90 % d'entre nous déclarent avoir constaté une amélioration de leur état de santé grâce aux mesures de prévention, dont 16,7 % évoquent une amélioration nette et 73,3 % une amélioration légère. Seuls 10 % estiment n'avoir observé aucun changement positif.

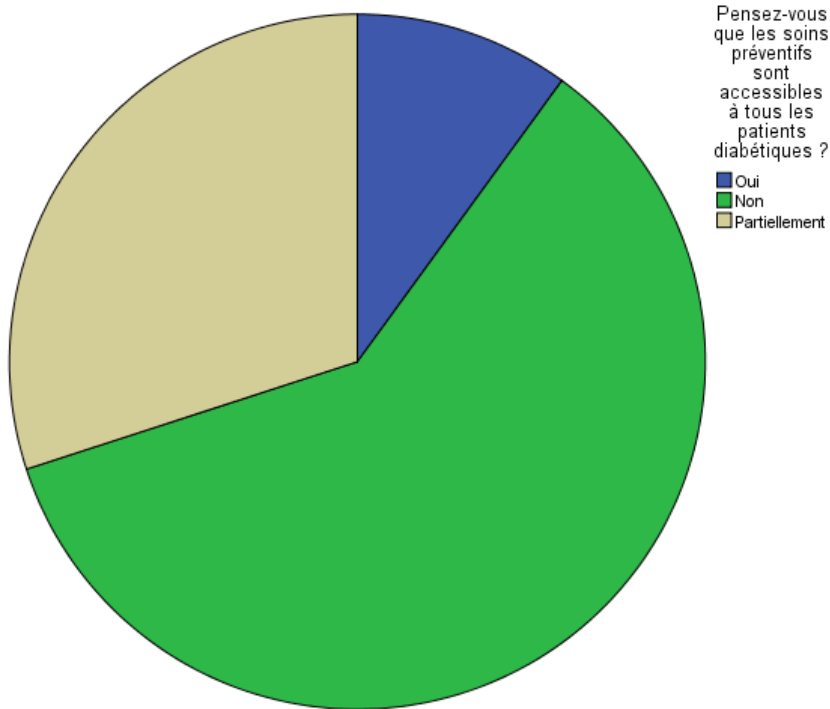
Ces résultats traduisent une perception globalement favorable de l'impact des démarches préventives sur la santé individuelle, même si cette amélioration reste modérée pour une grande majorité. Cette nuance entre « nette » et « légère » amélioration suggère que, si les mesures préventives (alimentation adaptée, suivi médical, éducation à la maladie, activité physique...) apportent un certain confort ou une stabilisation de la maladie, elles ne suffisent pas toujours à générer un changement radical ou visible à court terme.

Plusieurs interprétations peuvent être envisagées. D'une part, la prévention semble efficace pour ralentir la progression du diabète ou éviter l'apparition de complications majeures, ce qui constitue déjà une forme d'amélioration significative. D'autre part, les attentes des patients peuvent être élevées, certains espérant un retour à une santé quasi normale ou des résultats immédiats, ce qui pourrait expliquer pourquoi la majorité perçoit les effets comme « légers ».

Le fait que seulement trois personnes sur trente n'aient constaté aucune amélioration montre toutefois que les démarches préventives ne sont pas perçues comme inutiles ou inefficaces dans l'ensemble. Cela souligne l'intérêt de renforcer ces actions, mais aussi d'en améliorer le suivi, la régularité et l'adaptation à chaque profil de patient pour en maximiser les bénéfices.

Pensez-vous que les soins préventifs sont accessibles à tous les patients diabétiques ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	3	10,0
	Non	18	60,0
	Partiellement	9	30,0
	Total	30	100,0



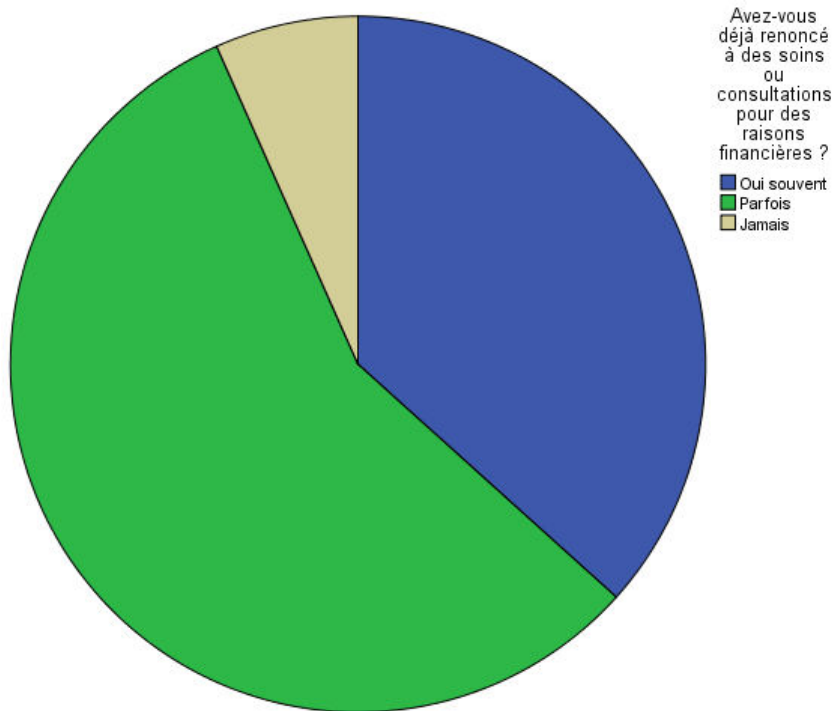
Les réponses à cette question révèlent que la majorité d'entre nous (60 %) estime que les soins préventifs ne sont pas accessibles à tous les patients diabétiques, tandis que seulement 10 % considèrent qu'ils le sont pleinement. Par ailleurs, 30 % jugent qu'ils sont partiellement accessibles, ce qui traduit une réalité nuancée mais globalement insatisfaisante. Cette perception majoritaire d'un accès limité ou inégal aux soins préventifs met en lumière des barrières structurelles ou sociales qui peuvent freiner la participation des patients aux actions de prévention. Ces obstacles peuvent prendre plusieurs formes : insuffisance des centres de santé de proximité, coût des dispositifs de surveillance, manque de personnel formé, absence de programmes adaptés dans certaines régions, ou encore méconnaissance des droits en matière de couverture sanitaire.

Le fait qu'un tiers d'entre nous considère que les soins sont *partiellement* accessibles montre cependant qu'il existe des efforts dans ce domaine, mais ces dispositifs semblent ne pas répondre à tous les besoins ni atteindre toutes les catégories de patients, notamment ceux vivant dans des zones rurales, à faibles revenus ou faiblement alphabétisés.

Ce ressenti renforce l'idée que, pour que la prévention soit réellement efficace à l'échelle nationale, elle doit être soutenue par une politique équitable d'accès aux soins. Cela inclut à la fois la gratuité ou le remboursement effectif des outils de prévention (comme les glucomètres ou les consultations spécialisées), une sensibilisation plus large et ciblée, ainsi que la multiplication des campagnes éducatives dans des formats compréhensibles et adaptés aux réalités locales.

Avez-vous déjà renoncé à des soins ou consultations pour des raisons financières ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui souvent	11	36,7
	Parfois	17	56,7
	Jamais	2	6,7
	Total	30	100,0



Les résultats à cette question montrent que la quasi-totalité d'entre nous (93,4 %) a déjà renoncé à des soins ou consultations pour des raisons financières, que ce soit de façon ponctuelle (56,7 %) ou fréquente (36,7 %). Seuls 2 personnes (6,7 %) déclarent n'avoir jamais été confrontées à ce type de renoncement.

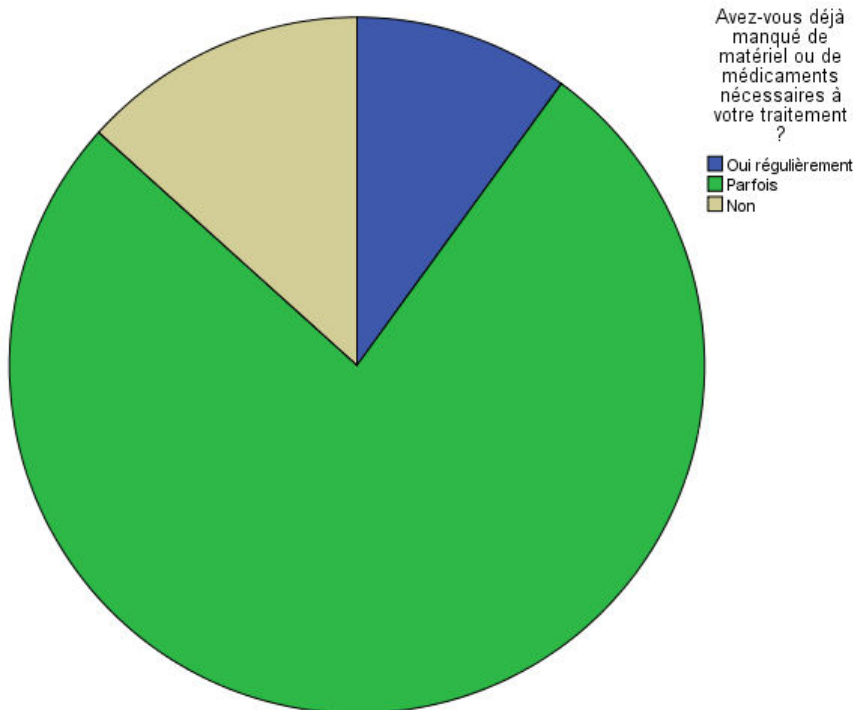
Ces données révèlent une réalité préoccupante, où les contraintes économiques pèsent lourdement sur l'accès aux soins. Lorsque plus d'un tiers d'entre nous affirme renoncer souvent à des consultations ou traitements, cela traduit un niveau de précarité sanitaire élevé, qui risque d'aggraver l'état de santé des patients diabétiques à moyen et long terme. Le fait que plus de la moitié ait déjà renoncé "parfois" illustre que même en dehors des cas

les plus critiques, l'instabilité financière peut devenir un obstacle récurrent à la continuité des soins. Or, dans le cadre d'une maladie chronique comme le diabète, la régularité du suivi médical, des bilans, de l'éducation thérapeutique et de l'accès aux dispositifs de surveillance est essentielle pour éviter les complications.

Ce constat met aussi en lumière un manque d'équité dans la prise en charge, malgré le fait que la grande majorité d'entre nous dispose d'une couverture sociale. Cela peut indiquer soit une couverture partielle des soins nécessaires, soit des délais, des démarches administratives ou des frais indirects (déplacements, médicaments, matériel de suivi non remboursé) qui découragent les patients.

Avez-vous déjà manqué de matériel ou de médicaments nécessaires à votre traitement ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui régulièrement	3	10,0
	Parfois	23	76,7
	Non	4	13,3
	Total	30	100,0



Les réponses à cette question mettent en évidence un manque d'accès récurrent aux ressources médicales essentielles pour gérer le diabète. En effet, 26 d'entre nous sur 30 (86,7 %) déclarent avoir déjà manqué de matériel ou de médicaments nécessaires à leur traitement, que ce soit parfois (76,7 %) ou régulièrement (10,0 %). Seules 4 personnes (13,3 %) indiquent n'avoir jamais connu ce type de pénurie.

Ces résultats soulignent une fragilité dans la chaîne d'approvisionnement ou dans la prise en charge des patients diabétiques, qui peut avoir des conséquences graves sur notre

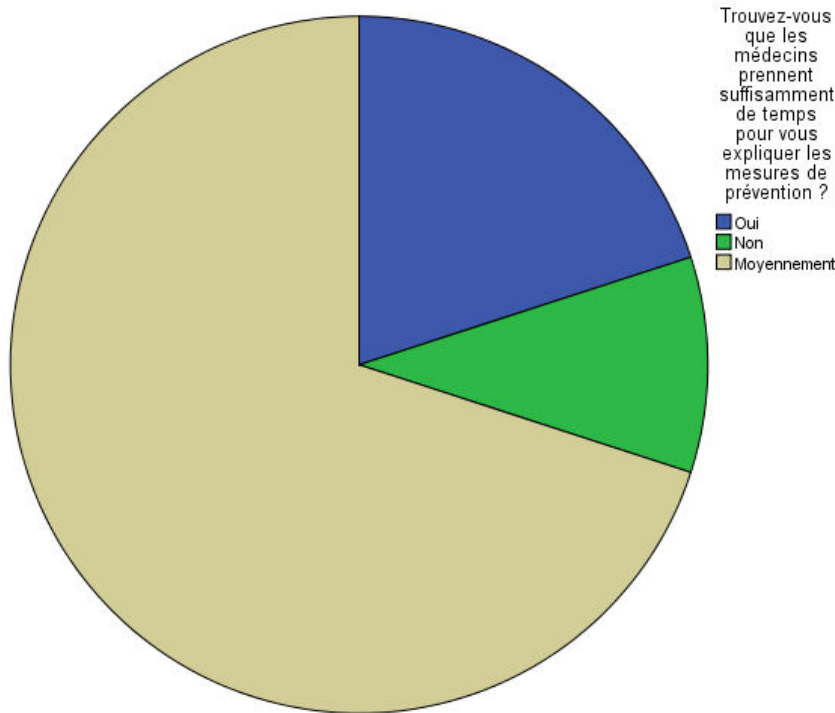
santé. Le diabète exige un suivi rigoureux, une médication constante et un accès permanent aux outils de surveillance comme les glucomètres, bandelettes, seringues, stylos à insuline ou antidiabétiques oraux. Le moindre manque ou retard dans l’approvisionnement peut compromettre l’équilibre glycémique et provoquer des complications à court ou long terme.

Le fait que la majorité d’entre nous rapporte des manques ponctuels indique que ce problème n’est pas isolé mais constitue une difficulté partagée par une large portion de patients. Cela peut refléter plusieurs réalités : retards dans les remboursements, ruptures de stock, indisponibilité dans les pharmacies, coût trop élevé de certains dispositifs ou médicaments, ou encore insuffisance du panier de soins pris en charge par la sécurité sociale.

Ce constat rejoint les réponses précédentes sur le renoncement aux soins pour raisons financières : l’accessibilité théorique aux traitements ne garantit pas leur disponibilité réelle ni leur pérennité. Par ailleurs, ces interruptions d’accès peuvent réduire les bénéfices attendus des programmes de prévention, puisque la gestion quotidienne du diabète repose sur la continuité du traitement et du suivi.

Trouvez-vous que les médecins prennent suffisamment de temps pour vous expliquer les mesures de prévention ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	6	20,0
	Non	3	10,0
	Moyennement	21	70,0
	Total	30	100,0



Les réponses à cette question révèlent une situation ambivalente quant à la qualité de la communication entre médecins et patients diabétiques concernant les mesures de prévention. Une large majorité d’entre nous (70 %) estime que les médecins prennent moyennement le temps d’expliquer ces mesures, ce qui laisse entendre que les explications sont parfois données, mais de façon partielle, rapide ou peu approfondie. Seules 6 personnes (20 %) considèrent que le temps consacré par les médecins à ces explications est suffisant. À l’inverse, 3 personnes (10 %) affirment clairement ne pas bénéficier de ce temps d’échange.

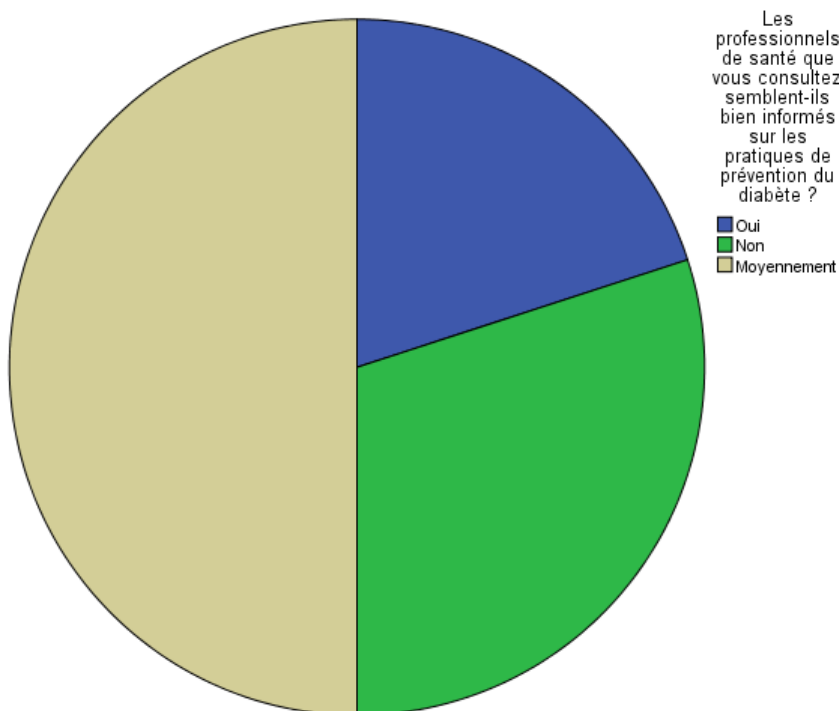
Cette répartition suggère que si la volonté d’informer est présente, elle se heurte peut-être à des contraintes structurelles telles que le manque de temps lors des consultations, la surcharge des professionnels de santé, ou encore un déséquilibre entre les priorités curatives et préventives dans la pratique médicale. Le caractère “moyennement” satisfaisant des explications laisse également penser que les messages ne sont pas toujours adaptés au niveau de compréhension ou au vécu des patients, ou qu’ils manquent de répétition et de pédagogie.

Dans le cadre d’un programme de prévention efficace, il est pourtant essentiel que chacun de nous puisse comprendre clairement les gestes à adopter, les risques à prévenir et l’impact à long terme des comportements de santé. Une communication médicale de qualité constitue une condition de réussite pour toute stratégie de réduction des complications liées au diabète.

Les résultats de cette question renforcent donc l'idée que les efforts de prévention doivent aussi passer par une amélioration de la relation soignant-soigné, en particulier sur le plan éducatif. Cela suppose des consultations plus longues ou des temps dédiés à l'éducation thérapeutique, ainsi qu'une formation des professionnels à la communication claire et adaptée aux besoins réels des patients.

Les professionnels de santé que vous consultez semblent-ils bien informés sur les pratiques de prévention du diabète ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	6	20,0
	Non	9	30,0
	Moyennement	15	50,0
	Total	30	100,0



Les réponses à cette question mettent en évidence une perception mitigée quant au niveau d'information des professionnels de santé sur les pratiques de prévention du diabète. Seule une minorité d'entre nous (20 %) estime que les professionnels sont bien informés, ce qui traduit une confiance limitée dans leur capacité à transmettre des recommandations préventives efficaces et actualisées.

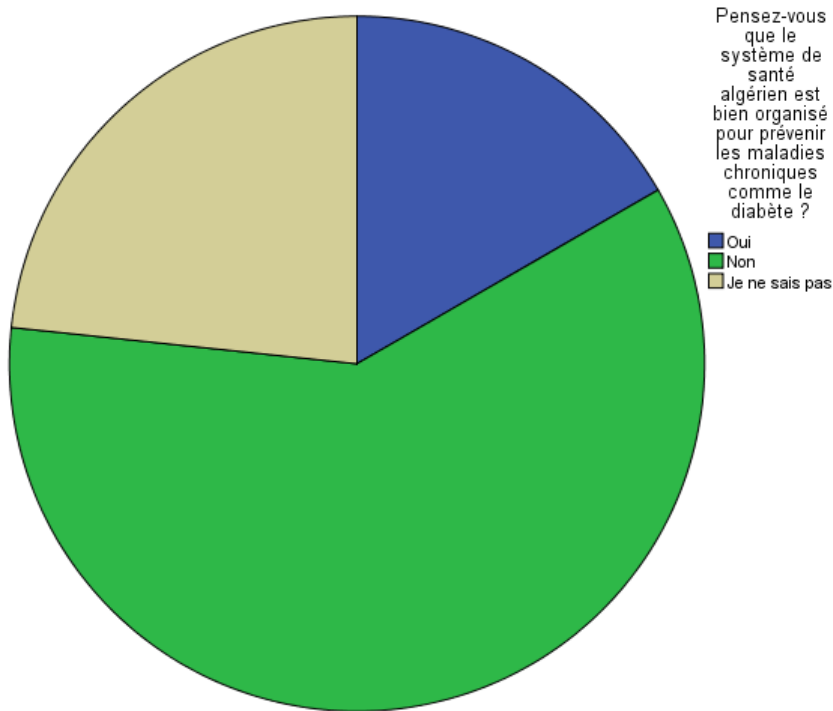
La moitié des répondants (50 %) considère que les professionnels sont moyennement informés. Cette perception suggère que ces derniers possèdent une connaissance de base, mais ne maîtrisent pas toujours les outils ou les messages les plus récents liés à la prévention, ou encore qu'ils ne mettent pas suffisamment en pratique cette dimension dans leur accompagnement quotidien. Ce résultat pourrait également traduire une forme de manque d'engagement visible des soignants en matière de prévention, ce qui rend leur niveau d'information difficile à évaluer avec précision par les patients.

Par ailleurs, 30 % d'entre nous jugent que les professionnels ne sont pas bien informés, ce qui soulève une inquiétude réelle : dans un contexte où les complications liées au diabète représentent un coût humain et économique important, une telle perception renforce l'idée d'un écart entre les exigences de santé publique et la réalité du terrain.

Ces résultats traduisent un besoin clair : pour que les actions de prévention soient perçues comme crédibles et utiles, les professionnels de santé doivent apparaître comme des référents fiables, à la fois formés, engagés et pédagogues. Cela pose la question de la formation continue des soignants, de leur accès à des ressources actualisées, mais aussi du temps et des moyens qui leur sont accordés pour exercer leur rôle préventif. Car si les messages passent mal ou apparaissent incertains, la prévention perd en efficacité, et le sentiment de confiance entre soignants et patients peut s'éroder.

Pensez-vous que le système de santé algérien est bien organisé pour prévenir les maladies chroniques comme le diabète ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	5	16,7
	Non	18	60,0
	Je ne sais pas	7	23,3
	Total	30	100,0



Les réponses à cette question montrent une insatisfaction majeure vis-à-vis de l'organisation du système de santé algérien dans la prévention des maladies chroniques telles que le diabète. Une large majorité, soit 60 % d'entre nous, considère que le système n'est pas bien organisé pour répondre efficacement à cet enjeu de santé publique. Ce jugement traduit un sentiment de défaillance structurelle, que ce soit en termes de moyens, de coordination, d'accessibilité ou de continuité des soins préventifs.

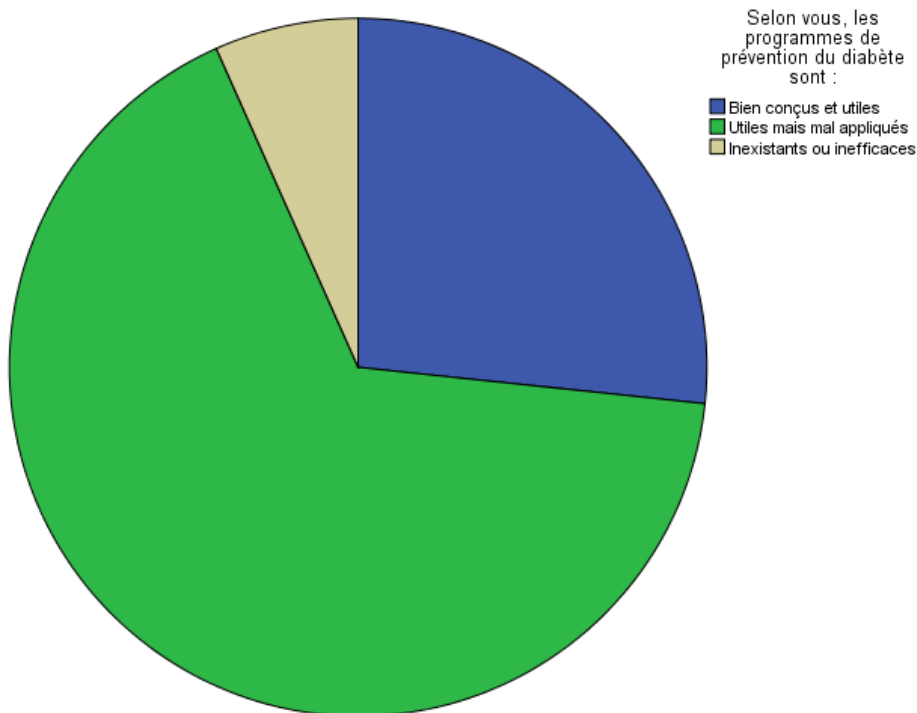
Seulement 5 personnes (16,7 %) estiment que le système de santé est bien organisé, ce qui révèle une confiance relativement faible dans les capacités institutionnelles à gérer la prévention de manière satisfaisante.

Enfin, près d'un quart des répondants (23,3 %) restent indécis, ce qui peut refléter une certaine méconnaissance du fonctionnement global du système ou un sentiment de confusion face à la complexité des services proposés.

Cette perception souligne l'importance d'améliorer la structuration des programmes de prévention, l'intégration des différents acteurs de santé, et la visibilité des actions menées. Pour renforcer l'efficacité de la prévention, il est essentiel que les patients perçoivent un système coordonné, accessible et capable d'accompagner durablement les malades chroniques. Ces résultats appellent à un effort accru pour renforcer la gouvernance sanitaire, les ressources humaines, ainsi que les infrastructures dédiées à la prévention en Algérie.

Selon vous, les programmes de prévention du diabète sont :

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Bien conçus et utiles	8	26,7
	Utiles mais mal appliqués	20	66,7
	Inexistants ou inefficaces	2	6,7
	Total	30	100,0



Les réponses recueillies montrent une perception critique mais nuancée concernant les programmes de prévention du diabète. Une majorité significative, soit 66,7 % d'entre nous, estime que ces programmes sont utiles mais mal appliqués. Cela révèle un consensus sur la pertinence des initiatives, mais aussi une frustration liée à leur mise en œuvre, qui ne permet pas d'atteindre pleinement les objectifs espérés.

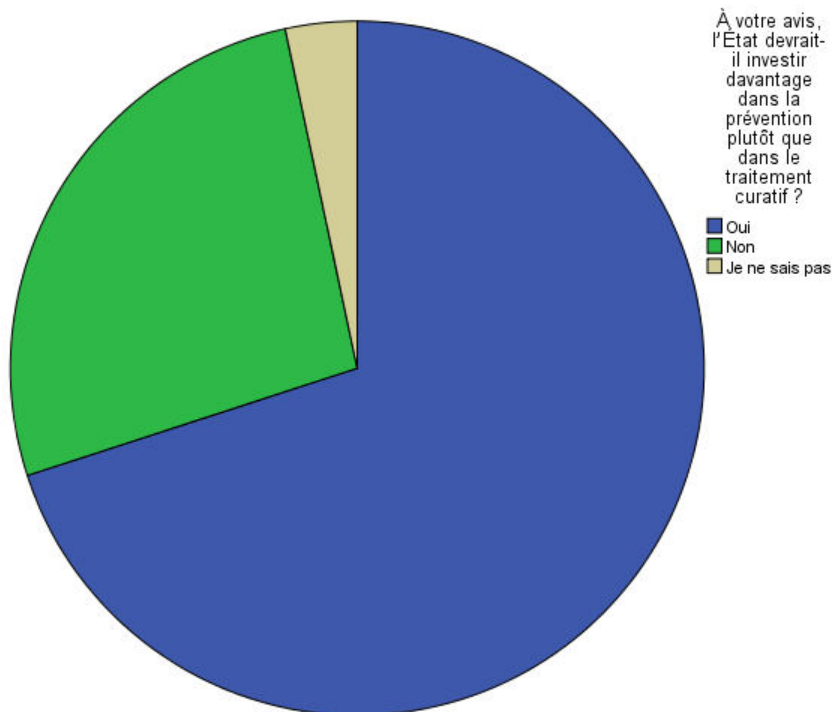
Seuls 8 participants (26,7 %) jugent que les programmes sont bien conçus et utiles, ce qui reflète une appréciation positive mais minoritaire. Ce résultat peut indiquer que certains bénéficient d'un accompagnement satisfaisant ou qu'ils reconnaissent l'effort de conception des programmes, même si leur application reste perfectible.

Enfin, une faible proportion, 6,7 %, considère que ces programmes sont inexistantes ou inefficaces. Cette opinion souligne néanmoins une méfiance ou un sentiment d'abandon pour une partie des patients, renforçant l'idée que l'accès et la qualité des actions préventives ne sont pas homogènes.

Au total, ces perceptions mettent en lumière un besoin d'amélioration non seulement dans la conception, mais surtout dans la mise en œuvre pratique des programmes, afin qu'ils deviennent réellement efficaces et accessibles à tous. Une meilleure coordination, un suivi rigoureux, ainsi qu'une adaptation aux réalités locales apparaissent indispensables pour renforcer l'impact de la prévention du diabète en Algérie.

À votre avis, l'État devrait-il investir davantage dans la prévention plutôt que dans le traitement curatif ?

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	21	70,0
	Non	8	26,7
	Je ne sais pas	1	3,3
Total		30	100,0



Les réponses à cette question montrent un fort consensus en faveur d'un investissement accru de l'État dans la prévention plutôt que dans le traitement curatif. En

effet, 70 % d'entre nous estiment que la prévention doit être priorisée, ce qui reflète une prise de conscience claire de l'importance d'agir en amont pour limiter l'apparition et la progression des maladies chroniques comme le diabète.

Cette majorité souligne la conviction que des ressources mieux orientées vers la prévention pourraient non seulement améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi contribuer à une réduction durable des coûts liés aux soins de santé.

Toutefois, près d'un quart des répondants (26,7 %) restent attachés à l'importance du traitement curatif, ce qui peut traduire une crainte que la prévention ne suffise pas à elle seule, ou un attachement à la prise en charge immédiate des complications.

Enfin, une minorité marginale (3,3 %) se montre indécise, reflétant peut-être un manque d'information ou une hésitation face à ce dilemme budgétaire.

Ces résultats appellent donc à une réorientation stratégique des politiques de santé, favorisant la prévention tout en assurant un équilibre avec les soins curatifs, afin de répondre efficacement aux besoins des patients et maîtriser les dépenses sanitaires.

Synthèse des résultats

1. Suivi médical et accompagnement professionnel

La majorité des personnes interrogées consultent régulièrement un médecin pour le suivi de leur diabète (83,3 %), et une très grande proportion a déjà consulté un spécialiste (endocrinologue, diabétologue ou diététicien) (93,3 %). Cependant, seulement 46,7 % reçoivent systématiquement des conseils pratiques à chaque consultation, tandis que 6,7 % déclarent n'en recevoir que rarement, voire jamais.

2. Accès aux dispositifs de surveillance et soins préventifs

L'accès au matériel de contrôle de la glycémie est très inégal :

- 60 % n'ont pas accès aux dispositifs (glucomètre, bandelettes),
- Seulement 40 % en disposent, dont la moitié à leurs frais personnels.

Cela témoigne d'un défaut d'accès équitable aux outils de prévention de base, ce qui affaiblit l'autonomie des patients dans le suivi de leur état.

3. Adoption des comportements de prévention

Les habitudes de prévention sont peu ancrées :

- Seuls 16,7 % suivent un régime recommandé par un professionnel.
- 86,7 % ne pratiquent pas d'activité physique adaptée.

Ce constat révèle une faible mise en œuvre des comportements préventifs, souvent en lien avec un accompagnement professionnel insuffisant ou un manque de ressources.

4. Représentations et perception de la prévention

La perception de l'utilité de la prévention est globalement positive :

- 60 % estiment qu'elle peut limiter les complications du diabète.
- 66,7 % pensent qu'elle permet de réduire les dépenses de santé à long terme.
- 90 % des répondants ont observé une amélioration de leur état de santé, même légère, grâce à certaines mesures préventives.

Malgré cela, beaucoup jugent la prévention mal appliquée ou inaccessible, avec seulement 10 % estimant qu'elle est accessible à tous.

5. Obstacles financiers et logistiques

Les contraintes économiques apparaissent comme un obstacle majeur :

- 93,4 % ont déjà renoncé à des soins pour raisons financières (souvent ou parfois).
- 86,7 % ont déjà manqué de matériel ou de médicaments.
- 70 % trouvent que les médecins prennent moyennement le temps d'expliquer les mesures de prévention, ce qui suggère une communication imparfaite.

6. Opinion sur le système de santé et les politiques publiques

Le système de santé algérien est perçu comme mal organisé pour prévenir les maladies chroniques :

- 60 % des répondants jugent qu'il n'est pas adapté à cette mission.
- 66,7 % considèrent les programmes de prévention utiles mais mal appliqués.
- Enfin, 70 % pensent que l'État devrait investir davantage dans la prévention que dans le traitement curatif.

3.2 Recommandations

À la lumière des résultats analysés et des hypothèses confirmées, plusieurs recommandations peuvent être formulées en vue d'améliorer l'efficacité des programmes de prévention du diabète en Algérie :

1. Renforcer les campagnes de sensibilisation ciblées et accessibles

Les résultats montrent un déficit de compréhension et une faible fréquence perçue des campagnes de prévention. Il serait pertinent de :

- Diversifier les canaux de communication (radio, télévision, réseaux sociaux, affiches communautaires, SMS informatifs).
- Adapter le langage utilisé à différents niveaux scolaire, notamment dans les zones rurales ou défavorisées.
- Impliquer les associations locales, les leaders religieux et communautaires pour élargir la portée des messages de prévention.

- Mettre en place des campagnes régulières, coordonnées à l'échelle nationale, et évaluables en termes d'impact sur les comportements.

2. Intégrer la prévention dans les soins de routine

Une prévention efficace doit être intégrée au parcours de soins :

- Généraliser les consultations éducatives dans les centres de santé primaires, incluant des séances sur l'alimentation, l'exercice physique et l'autosurveillance.
- Former systématiquement les professionnels de santé à la communication en éducation thérapeutique du patient (ETP).
- Inclure dans le suivi régulier des patients diabétiques des objectifs individualisés de prévention, discutés et suivis dans le temps.

3. Rendre les dispositifs et soins préventifs accessibles à tous

L'accessibilité économique reste un obstacle majeur :

- Mettre à disposition gratuitement ou à tarif réduit les dispositifs de suivi glycémique (glucomètres, bandelettes).
- Subventionner les consultations de nutritionnistes, diabétologues et psychologues pour les patients diabétiques.
- Créer un panier de soins préventifs pris en charge par les dispositifs publics ou mutualistes.

4. Déployer des programmes communautaires d'accompagnement

Au-delà des consultations médicales, il est nécessaire de :

- Organiser des ateliers collectifs gratuits, animés par des professionnels ou des patients formés en éducation par les pairs.
- Soutenir les groupes d'entraide pour renforcer l'adhésion aux comportements de prévention.
- Créer des espaces de marche, de sport adapté ou des partenariats avec les associations sportives pour favoriser l'activité physique.

5. Mieux structurer la coordination entre acteurs

Une prévention efficace suppose une organisation cohérente :

- Renforcer la **coordination intersectorielle** entre les ministères de la santé, de l'éducation, de la jeunesse et des collectivités locales.
- Créer des **protocoles de suivi préventif standardisés**, partagés entre professionnels.
- Évaluer régulièrement les programmes mis en place pour les ajuster aux réalités locales.

Limites de l'étude et pistes d'amélioration

1. Taille de l'échantillon réduite

L'étude repose sur un échantillon de 30 personnes, ce qui limite la portée des généralisations. Bien que les résultats soient riches en enseignements, une taille plus importante permettrait de mieux représenter la diversité des profils de patients diabétiques en Algérie (âge, milieu rural/urbain, statut socioéconomique, type de diabète, etc.).

Piste d'amélioration : Réaliser une enquête plus large au niveau régional ou national, avec des sous-échantillons représentatifs.

2. Absence de données qualitatives

Les réponses sont exclusivement quantitatives, ce qui ne permet pas de comprendre en profondeur les motivations, les blocages ou les expériences personnelles des patients vis-à-vis de la prévention.

Piste d'amélioration : Compléter cette étude par des entretiens semi-directifs ou des focus groups avec les patients et professionnels de santé, pour enrichir l'interprétation des résultats chiffrés.

3. Auto-déclaration des réponses

Les données recueillies reposent sur la déclaration des patients, ce qui peut introduire des biais (oubli, désir de donner des réponses perçues comme attendues, méconnaissance de certains termes).

Piste d'amélioration : Croiser les réponses avec des données médicales réelles (dossiers médicaux anonymisés, taux d'HbA1c, prescriptions) ou intégrer un volet observationnel.

4. Absence de segmentation selon le type de diabète

Les résultats ne distinguent pas les patients selon leur type de diabète (type 1 ou type 2), alors que les besoins et les pratiques de prévention diffèrent sensiblement entre les deux.

Piste d'amélioration : Segmenter les analyses pour identifier des recommandations spécifiques à chaque profil de diabète.

Test des hypothèses :

Hypothèse 1 : Une sensibilisation insuffisante du public et un manque de communication institutionnelle limitent l'impact des programmes de prévention.

Confirmée par les données.

- **93,3 % des répondants** déclarent avoir **déjà vu ou entendu des campagnes de prévention**, ce qui témoigne d'une certaine présence des messages de santé publique.

- Cependant, seuls **43,3 % jugent ces campagnes claires**, tandis que **43,3 % les trouvent confuses**, et **13,3 % seulement moyennement compréhensibles**.
- Quant aux **canaux utilisés**, **70 % déclarent avoir reçu des messages uniquement via le personnel de santé**, contre seulement **6,7 % via la télévision** et **20 % via des supports visuels (affiches/brochures)**. Cela suggère un **défaut de diversité et d'accessibilité des supports de communication**.
- De plus, **90 % estiment que les campagnes ne sont pas assez fréquentes**, ce qui indique une **insuffisance en matière de répétition, de visibilité ou d'intensité** des actions de prévention.

Conclusion : Le problème ne réside pas tant dans l'inexistence des campagnes, mais plutôt dans **leur clarté, leur fréquence et leur accessibilité**, ce qui valide l'hypothèse.

Hypothèse 2 : Les professionnels de santé reconnaissent les avantages économiques de la prévention, mais soulignent un manque de ressources et de coordination pour leur mise en œuvre.

Partiellement confirmée par les perceptions des patients.

- 66,7 % des participants pensent que la prévention réduit les dépenses de santé à long terme, ce qui montre que la population diabétique perçoit l'intérêt économique des actions préventives.
- Par ailleurs, 60 % pensent que la prévention peut limiter les complications, renforçant l'idée que les patients et, par extension, les professionnels de santé, comprennent les bénéfices globaux.
- Cependant, seuls 20 % trouvent que les médecins prennent suffisamment de temps pour expliquer les mesures de prévention, et 50 % jugent les professionnels moyennement informés sur la prévention, tandis que 30 % pensent qu'ils le sont mal.
- De plus, 46,7 % des patients ne reçoivent des conseils pratiques que parfois, et 6,7 % rarement ou jamais.

Conclusion : Les résultats suggèrent que les professionnels ont des connaissances de base sur la prévention mais sont limités dans leur capacité à les transmettre, faute de temps, de formation approfondie ou de coordination structurée, ce qui corrobore l'hypothèse.

Hypothèse 3 : Les contraintes budgétaires et les difficultés d'accès aux soins préventifs réduisent l'efficacité des politiques de prévention en Algérie.

Fortement confirmée par les données.

- 60 % des patients n'ont pas accès aux dispositifs de contrôle glycémique, et seuls 20 % y ont accès gratuitement, ce qui représente une barrière économique majeure.

- 86,7 % des répondants n'ont jamais participé à un atelier éducatif ou une action de sensibilisation, ce qui révèle une faible accessibilité concrète aux soins préventifs.
- Concernant le suivi nutritionnel, seulement 16,7 % suivent un régime professionnel, et 86,7 % ne pratiquent aucune activité physique régulière, deux éléments pourtant centraux dans la prévention.
- 93,3 % ont déjà renoncé à des soins pour des raisons financières (souvent ou parfois).
- Enfin, 76,7 % ont manqué de matériel ou de médicaments nécessaires à leur traitement, ce qui montre une insécurité thérapeutique persistante.
- 60 % estiment que les soins préventifs ne sont pas accessibles à tous, et 30 % les jugent seulement partiellement accessibles.

Conclusion : L'ensemble des données pointe un accès inégal et souvent insuffisant aux soins préventifs, souvent conditionné par des moyens financiers personnels, ce qui confirme sans équivoque l'hypothèse 3.

Les trois hypothèses sont validées par les résultats, avec une confirmation particulièrement forte pour les hypothèses 1 et 3. La prévention semble aujourd'hui mal exploitée, mal communiquée et peu accessible, malgré la conscience collective de son efficacité. Les freins résident à la fois dans la pauvreté des stratégies de diffusion, dans la faible implication systématique des professionnels, et surtout dans les limites structurelles et économiques du système de santé.

Ces constats suggèrent une nécessité urgente de réformer les politiques de prévention du diabète, en investissant davantage dans la formation, les dispositifs gratuits, la communication ciblée, et en améliorant l'organisation du parcours de soins en matière de chronicité.

Conclusion générale

L'étude menée auprès de personnes diabétiques dans la ville de Tizi Ouzou permet de dégager une vision nuancée, mais globalement préoccupante, de l'état actuel de la prévention du diabète en Algérie. À travers l'enquête réalisée, il ressort que si une part significative des répondants reconnaît l'utilité des mesures préventives pour limiter les complications liées à la maladie et réduire les dépenses de santé à long terme, les conditions de mise en œuvre de ces actions restent largement insuffisantes, tant du point de vue institutionnel que du vécu quotidien des patients.

Les résultats montrent que les campagnes de sensibilisation sont jugées peu fréquentes, peu accessibles et souvent mal relayées par les canaux officiels. La télévision et les brochures, lorsqu'elles existent, n'ont qu'un impact marginal. C'est surtout le personnel de santé qui reste la source principale d'information, mais cette mission d'éducation thérapeutique semble souffrir d'un manque de temps, de moyens, voire de formation adéquate. La majorité des patients interrogés n'a jamais participé à un atelier éducatif ni à une action collective de prévention, ce qui traduit un déficit d'approche communautaire et participative dans les politiques actuelles.

L'étude confirme également que les inégalités d'accès aux soins et aux outils de suivi (comme les glucomètres ou les bandelettes) persistent. Un nombre significatif de patients déclare avoir déjà renoncé à des soins ou manqué de matériel médical pour des raisons financières, mettant en évidence les contraintes économiques structurelles qui minent les efforts individuels de prévention. Cette réalité rejoint la perception partagée par les répondants selon laquelle les soins préventifs ne sont pas véritablement accessibles à tous, et que le système de santé n'est pas suffisamment organisé pour répondre aux exigences de la prévention des maladies chroniques.

En ce sens, les hypothèses avancées dans cette recherche se voient confirmées : le manque de communication institutionnelle, la faible coordination des professionnels de santé autour des actions préventives, et les contraintes budgétaires freinent significativement l'impact des stratégies actuelles. Si la majorité des patients exprime une volonté d'améliorer leur état de santé et reconnaît les bienfaits des mesures préventives, leur mise en œuvre se heurte à de nombreux obstacles.

Dès lors, ce mémoire met en lumière la nécessité d'un investissement plus soutenu dans la prévention, en intégrant une stratégie multisectorielle : sensibilisation de masse, formation continue des professionnels de santé, amélioration de l'accessibilité aux dispositifs

Conclusion générale

médicaux, et accompagnement personnalisé des malades. Il s'agit de passer d'une prévention théorique à une prévention opérationnelle, intégrée et équitable, capable de transformer durablement les comportements et d'alléger le poids du diabète sur les individus comme sur le système de santé.

En définitive, la prévention du diabète à Tizi Ouzou, comme dans d'autres régions du pays, ne pourra produire ses effets qu'à condition d'être pensée comme une priorité de santé publique, portée par une volonté politique claire, des financements adaptés, et une implication effective des premiers concernés : les patients eux-mêmes.

Bibliographie

Bibliographie :

- ARWIDSON P. (1997). Le développement des compétences psychosociales. In Apprendre la santé à l'école/ B. Sandrin-Berthon. Paris, ESF
- BANDURA A. (2003), Autoefficacité : le sentiment d'efficacité personnelle, traduit de l'anglais par LECOMTE J., De Boeck-Université, Coll, Ouvertures psychologiques, Paris
- Besoins sociaux à l'horizon 2025, Bachir Boulahbel, 2025
- Comité directeur sur l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé de l'Agence de la santé publique du Canada, L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada : Rapport de 2023 présenté par l'Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada
- Economie de la santé, Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales ; Organisation mondiale de la Santé ; Juillet 2003
- Hassan Ramaoun, L'Algérie : histoire, société et culture, Alger, Casbah Editions, 2000
- Introduction à la Santé Publique, Dr. DALI-ALI Abdessamad
- LETHIELLEUX Laetitia, « L'essentiel de la gestion des ressources humaines », 5^{ème} Ed Lextenso, 2011-2012, Le lieu non cité
- MONNEUSE Denis, « L'absentéisme au travail », Ed Afnor, Paris
- PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2015
- Zaheer, S., LeBoff, M., & Lewiecki, E. M. (2015). Denosumab for the treatment of osteoporosis. Expert opinion on drug metabolism & toxicology

Bibliographie

Webographie

- dsp-oran.dz
- epspebejaia.com
- <https://37degres.dz/index.php/2025/04/06/health-impact-forum-2025>
- <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/monam/couts-economiques-des-mnt>
- <https://www.afro.who.int>
- <https://www.aps.dz/sante-science-technologie>
- <https://www.aps.dz/sante-science-technologie/tag/Maladies%20chroniques>
- <https://www.chu-mustapha.dz>
- <https://www.chu-mustapha.dz/>
- <https://www.communityhealthdeliverypartnership.org>
- <https://www.communityhealthdeliverypartnership.org>
- <https://www.ghr.fr/malakoff-mederic/les-couts-de-l-absenteisme>
- <https://www.insp.dz/index.php/Non-categorise/maladies-non-transmissibles>
- <https://www.mtess.gov.dz/fr/sante-et-securite-au-travail/>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833024001613>
- <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/limpact-sur-la-sante-des-maladies-chroniques-est-reparti-de-facon-toujours-plus-inequitable>
- <https://www.tdmsanteinov.dz/linnovation-sante-moteur-du-developpement-socio-economique>
- semep25chu.weebly.com

I. Informations générales

1. Quel est votre âge ?
 - Moins de 30 ans
 - 30 à 49 ans
 - 50 à 64 ans
 - 65 ans et plus
2. Quel est votre sexe ?
 - Homme
 - Femme
3. Depuis combien d'années êtes-vous atteint(e) de diabète ?
 - Moins d'un an
 - 1 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - Plus de 10 ans
4. Quel type de diabète vous a-t-on diagnostiqué ?
 - Type 1
 - Type 2
 - Je ne sais pas
5. Avez-vous une couverture sociale (CNAS, CASNOS, autres) ?
 - Oui
 - Non
6. Êtes-vous actuellement :
 - Salarié(e)
 - Travailleur indépendant
 - Sans emploi
 - Retraité(e)
 - Étudiant(e)
7. Quel est votre niveau d'études ?
 - Aucun / Primaire
 - Moyen / Collège
 - Secondaire / Lycée
 - Supérieur

II. Accès à l'information et sensibilisation

8. Avez-vous déjà vu ou entendu des campagnes de prévention sur le diabète en Algérie ?
 - Oui
 - Non
9. Si oui, à travers quel(s) canal(aux) ? (*choix multiple possible*)
 - Télévision
 - Radio
 - Réseaux sociaux
 - Affiches ou brochures
 - Personnel de santé
 - Je n'ai vu aucune campagne
10. Ces campagnes vous semblent-elles claires et compréhensibles ?
 - Oui

- Non
- Moyennement

11. Trouvez-vous que l'information disponible est suffisante pour comprendre comment prévenir les complications liées au diabète ?

- Oui
- Non
- Moyennement

12. Avez-vous déjà participé à une action de sensibilisation ou à un atelier éducatif sur le diabète ?

- Oui
- Non

13. Pensez-vous que les campagnes de prévention sont assez fréquentes ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

III. Pratiques et accès aux soins préventifs

14. Consultez-vous régulièrement un médecin pour le suivi de votre diabète ?

- Oui
- Non

15. Avez-vous déjà consulté un spécialiste (endocrinologue, diabétologue, diététicien) ?

- Oui
- Non

16. Avez-vous accès aux dispositifs nécessaires pour surveiller votre glycémie (glucomètre, bandelettes) ?

- Oui gratuitement
- Oui, mais à vos frais
- Non

17. Suivez-vous un régime alimentaire recommandé par un professionnel de santé ?

- Oui
- Non
- En partie

18. Pratiquez-vous une activité physique régulière adaptée à votre état de santé ?

- Oui

- Non

19. Recevez-vous des conseils pratiques de votre médecin pour mieux gérer votre diabète au quotidien ?

- Oui à chaque consultation
- Parfois
- Rarement / Jamais

IV. Perception des effets de la prévention

20. Pensez-vous que la prévention permet de limiter les complications liées au diabète ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

21. Pensez-vous que les actions préventives permettent de réduire vos dépenses de santé à long terme ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

22. Avez-vous constaté une amélioration de votre état de santé grâce à des mesures de prévention ?

- Oui nette amélioration
- Légère amélioration
- Aucune amélioration

23. Pensez-vous que les soins préventifs sont accessibles à tous les patients diabétiques ?

- Oui
- Non
- Partiellement

24. Avez-vous déjà renoncé à des soins ou consultations pour des raisons financières ?

- Oui souvent
- Parfois
- Jamais

25. Avez-vous déjà manqué de matériel ou de médicaments nécessaires à votre traitement ?

- Oui régulièrement
- Parfois
- Non

V. Perception du système de soins et des professionnels

26. Trouvez-vous que les médecins prennent suffisamment de temps pour vous expliquer les mesures de prévention ?

- Oui
- Non
- Moyennement

27. Les professionnels de santé que vous consultez semblent-ils bien informés sur les pratiques de prévention du diabète ?

- Oui
- Non
- Moyennement

28. Pensez-vous que le système de santé algérien est bien organisé pour prévenir les maladies chroniques comme le diabète ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

29. Selon vous, les programmes de prévention du diabète sont :

- Bien conçus et utiles
- Utiles mais mal appliqués
- Inexistants ou inefficaces

30. À votre avis, l'État devrait-il investir davantage dans la prévention plutôt que dans le traitement curatif ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Résumé

Ce mémoire analyse l'efficacité économique des programmes de prévention des maladies chroniques en Algérie, en prenant le diabète comme cas d'étude. Face à l'augmentation de ces pathologies, le système de santé est confronté à une hausse des coûts directs (soins, hospitalisations) et indirects (perte de productivité).

La prévention apparaît comme un levier essentiel pour réduire ces dépenses tout en améliorant la qualité de vie des patients. L'étude examine les différentes stratégies de prévention ainsi que les programmes de sensibilisation mis en place. Elle s'appuie sur une analyse documentaire et une enquête de terrain auprès de professionnels de santé et de citoyens.

Les résultats montrent que, malgré leur potentiel économique, ces programmes restent limités par un manque de sensibilisation, de coordination et de ressources. Le mémoire conclut que le renforcement des politiques préventives est indispensable pour assurer la durabilité du système de santé.

Mots clés

Diabète, Prévention en santé, Économie de la santé, Coûts de santé (directs et indirects), Efficacité économique, Système de santé algérien, Sensibilisation, Éducation à la santé, Diabète, Prévention en santé Coûts de santé, Système de santé algérien

Abstract

This thesis examines the economic efficiency of chronic disease prevention programs in Algeria, focusing on diabetes as a case study. With the increasing prevalence of non-communicable diseases, the healthcare system faces rising direct costs (medical care, hospitalizations) and indirect costs (loss of productivity).

Prevention is considered a key strategy to reduce these costs while improving patients' quality of life. The study explores different prevention approaches and health awareness programs implemented in Algeria. It is based on a combination of literature review and field research involving healthcare professionals and citizens.

The findings highlight that, despite their economic benefits, prevention programs remain limited due to insufficient public awareness, lack of coordination, and resource constraints. The study concludes that strengthening preventive policies is essential to ensure the sustainability and efficiency of the Algerian healthcare system

Keywords

Diabetes, Health prevention, Health economics, Health costs (direct and indirect), Economic efficiency, Algerian health system, Awareness, Health education, Diabetes, Health prevention, Health costs, Algerian health system