

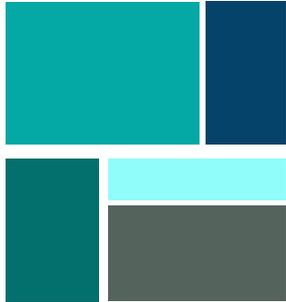


R A P P O R T
D E S A N T É
D E L' O C I
2 0 1 5

ORGANISATION DE COOPÉRATION ISLAMIQUE

CENTRE DE RECHERCHES ÉCONOMIQUES, STATISTIQUES ET
SOCIALES ET DE FORMATION POUR LES PAYS ISLAMIQUES





RAPPORT DE SANTÉ DE L'OCI 2015



ORGANISATION DE COOPERATION ISLAMIQUE
CENTRE DE RECHERCHES STATISTIQUES, ECONOMIQUES ET
SOCIALES ET DE FORMATION POUR LES PAYS ISLAMIQUES

© 2015 le Centre de Recherches Statistiques, Économiques et Sociales et de Formation pour les Pays Islamiques (SESRIC)

Adresse : Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara - Turquie

Téléphone : 0090-312-468 6172

Internet : www.sesric.org

Email : pubs@sesric.org

Tous droits réservés

Des critères élevés ont été appliqués pendant l'étape de traitement et de préparation par le SESRIC pour maximiser l'exactitude des données incluses dans ce travail. Les dénominations et toute autre information non indiquées sur chaque section ou chiffre illustrative n'impliquent aucun jugement de la part du SESRIC au sujet du statut juridique d'aucune entité. Sans compter qu'elle nie aucune responsabilité de toute sorte de discussion politique qui peut surgir lors de l'utilisation des données et de l'information présentées en cette publication. Les frontières et les noms illustrés sur les cartes présentées en cette publication n'impliquent pas l'approbation ou l'acceptation officielle par le SESRIC.

Le matériel présenté en cette publication est protégé par les droits d'auteur. Par la vertu des droits d'auteur qu'il réclame et comme il encourage la diffusion de ses publications dans l'intérêt des Pays Membres de l'OCI, SESRIC accorde l'autorisation de voir, copier, télécharger, et imprimer le matériel présenté à condition que ces matériaux n'aillent pas être réutilisés, sur n'importe quelle condition, pour des buts commerciaux.

Pour la permission de reproduire ou de réimprimer n'importe quelle partie de cette publication, veuillez envoyer une demande avec l'information complète au Département de Publication à l'adresse suivante : Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara - Turquie.

Toutes questions concernant les droits et les permissions devraient être adressées au département de publication, SESRIC, à l'adresse ci-dessus.

ISBN : 978-975-6427-38-5

Conception de couverture par Şavaş Pehlivan du Département de Publication, SESRIC.

SESRIC exprime par la présente sa satisfaction profonde au Département de la Formation, de la Radiodiffusion et des Publications du Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de l'Élevage de la République de Turquie d'avoir fourni des équipements d'impression.

Pour des informations supplémentaires, veuillez contacter le Département de Recherches, SESRIC à travers : research@sesric.org

TABLE DES MATIÈRES

Acronyms	ii
Préface	iii
Résumé Général.....	v
1 Introduction	1
2 Renforcement de Système de Santé	3
2.1 Dépenses et Financement de Santé.....	3
2.2 Financement des Soins de Santé.....	7
2.3 Main d'Œuvre de Santé.....	9
2.4 Dispensaires.....	10
2.5 Lits d'Hôpital.....	12
3 Santé et Nutrition Maternelle, de Nouveau-Né et des Enfants	13
3.1 Mortalité Maternelle.....	13
3.2 Mortalité Infantile et de Nouveau-Née.....	14
3.3 Causes Principales de Mortalité Infantile.....	17
3.4 Services Maternels, Nouveau-Nés et Infantiles de Soins de Santé.....	19
3.5 Prévention et Contrôle des Maladies Infectieuses.....	24
3.6 Nutrition	25
3.7 Carences en Micronutriments.....	29
4 Prévention et Contrôle des Maladies	33
4.1 Espérance de Vie à la Naissance.....	33
4.2 Taux de Mortalité chez les Adultes	35
4.3 Causes du Décès	36
4.4 Maladies Transmissibles.....	38
4.5 Les maladies Non-Transmissibles.....	45
4.6 Facteurs de Risque	51
5 Médecines, Vaccins et Technologies Médicales.....	57
5.1 Industrie Pharmaceutique	57
5.2 Vaccins.....	64
5.3 Technologies Médicales	66
6 Gestion des Risques de Secours pour la Santé	71
6.1 Besoin de Renforcer la Capacité de Système de Santé pour la Gestion de Secours.....	72
6.2 Évaluation des Capacités de Système de Santé pour la Gestion de Secours	77
6.3 Situation Actuelle de Santé de Secteur dans les Pays Touchés par le Conflit.....	80
7 L'Information, la Recherche, l'Éducation et les Recommandations.....	85
7.1 Qualité d'Éducation Sanitaire.....	85
7.2 Sensibilisation du Public	88
8 Remarques Finales et Recommandations de Politique	91
Références	98

ACRONYMES

TMA	Taux de Mortalité chez les Adultes
CSPN	Couverture de Soins Prénatal
MCV	Maladies Cardio-Vasculaires
MT	Maladies Transmissibles
CMP	Centre pour la Lutte Contre la Maladie et la Prévention
GRC	Gestion des Risques de Catastrophe
DTC	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
AEP	L'Asie de l'Est et le Pacifique
EAC	L'Europe et l'Asie Centrale
GRSCS	Gestion des Risques de Secours et de Catastrophe pour la Santé
SMS	Services Médicaux de Secours
PAI	Programme Augmenté sur l'Immunisation
CCLT	Convention-cadre sur la Lutte contre le Tabac
PIB	Produit Intérieur Brut
IS	Installation Sanitaire
ISH	Indice de Sécurité d'Hôpital
CIMS	Conférence Islamique des Ministres de Santé
PID	Personnes Intérieurement Déplacées
PIS	Règlements Internationaux de Santé
TMI	Taux de Mortalité Infantile
ALC	L'Amérique Latine et les Caraïbes
EVN	Espérance de Vie à la Naissance
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
MOAN	Moyen-Orient et l'Afrique du Nord
MMR	Taux de Mortalité Maternelle
MNT	Maladies Non-Transmissibles
OCI	Organisation de Coopération Islamique
OSAP	Organisation de Santé Américaine de Pan
AMP	Assurance Médicale Privée
PSM	Fourniture et Gestion de la Chaîne Logistique
AS	L'Asie du Sud
ASS	Afrique Subsaharienne
UCT	Unité de Control du Tabac
TMS5	Taux de Mortalité au-dessous de 5 ans
UNAIDS	Programme Commun des Nations Unies sur VIH/SIDA
FPNU	Le Fonds de Population des Nations Unies
UNICEF	Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
BM	Banque Mondiale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Remerciements

Ce rapport a été préparé par une équipe de recherche à SESRIC mené par Mazhar Hussain et comprenant Cem Tintin, Nilufer Oba et Kenan Bagci. Le travail a été dirigé sous la supervision générale de Nabil Dabour, Directeur Général Adjoint de SESRIC et Directeur Intérimaire du Département de Recherches, qui a fourni les commentaires et la rétroaction.

PRÉFACE

Le niveau du développement socio-économique d'un pays est fortement influencé par l'état de santé et la qualité des services de santé fournis aux personnes dans ce pays. Les personnes en bonne santé ont le potentiel de contribuer mieux de manière significative au progrès économique, puisqu'elles vivent plus longtemps et sont plus productives. Comme principe de base, toutes les personnes devraient avoir le droit d'accéder aux services de santé également indépendamment de leur statut social ou d'autres circonstances socialement déterminées.

Beaucoup de pays ont récemment prêté l'attention particulière à la question de la santé et au développement des systèmes modernes et viables de santé en allouant plus de ressources dans le secteur de santé qu'au passé. Cependant, alors que les personnes sont aujourd'hui plus saines, plus riches et vivent plus longtemps que 50 ans, beaucoup de pays avancés et moins développés sont toujours sérieusement en retard en termes de progrès réalisés au cours des années dans le secteur de santé comparé aux pays avancés. C'est particulièrement clair dans les régions en développement de l'Asie du Sud et de l'Afrique Subsaharienne, où la couverture de soins de santé et les services de santé sont demeurés significativement pauvres dans beaucoup de pays, incluant la plupart des pays de l'OCI dans ces régions.

Dans le cas des pays de l'OCI, le progrès réalisé dans la couverture de soins de santé universelle est demeuré fortement inégal. Dans plusieurs d'entre eux, le système de santé souffre sérieusement de divers défis liés à ressources financières et à infrastructure appropriées, la main d'œuvre et les politiques sanitaires et les règlements nationaux appropriés. Les dernières évaluations prouvent que les pays de l'OCI assignent, en moyenne, seulement 4,4 pourcent de leur PIB pour la santé et les dépenses de santé représentent seulement 7,9 pourcent de leurs dépenses publiques totales.

Selon les dernières données disponibles, un parmi chaque 15 enfant est mort avant de célébrer son cinquième anniversaire. Presque la moitié (48 pourcent) des femmes enceintes ne reçoivent pas les quatre contrôles prénatals recommandés par l'OMS et plus d'un tiers (38 pourcent) de naissances totales ont lieu sans aide. Chaque année, presque 20 pourcent d'enfants ne reçoivent pas la vaccination contre la Diphtérie-Tétanos-Coqueluche et les deux derniers pays endémiques de poliomyélite dans le monde sont des pays de l'OCI.

À la lumière de ce contexte, le *Rapport de Santé de l'OCI 2015* offre une analyse détaillée de l'état de santé dans les pays de l'OCI en étudiant les dernières données comparables et tendances sur les indicateurs principaux de santé. Le rapport est principalement structuré autour des six domaines thématiques de la coopération identifiés dans le Programme d'Action Stratégique de Santé de l'OCI (OIC-SHPA) 2014-2023, à savoir le Renforcement de Système de Santé ; la Prévention et le Contrôle des maladies ; la Santé et la Nutrition Maternelle, Nouveau-né et Infantile; Médecines, les Vaccins et les Technologies Médicales ; la Réaction et les Interventions de Santé de Secours ; et l'Information, la Recherche, l'Éducation et les Recommandations.

Amb. Musa Kulaklıkaya
Directeur Général
S E S R I C

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

Renforcement de Système de Santé

Dépenses de Santé et le Financement de Soins de Santé

Le financement de santé est un composant critique des systèmes de santé. On le rapporte principalement avec la génération, l'allocation et l'utilisation des ressources financières pour fournir les services de soins de santé à toutes les personnes à un prix raisonnable et abordable. La dépense totale pour la santé par habitant est un indicateur important qui indique la consommation des biens et les services de santé au niveau micro. En 2013, la moyenne de la dépense totale de santé par habitant dans les pays de l'OCI s'est élevée à 186 dollars des États-Unis. Ceci diffère défavorablement même du chiffre de correspondance pour les pays en développement non membres de l'OCI, qui était 325 dollars des États-Unis. Comme pourcentage de leur PIB total, les dépenses sur la santé dans les pays de l'OCI étaient environ 4,4 pourcent comparés à 6,4 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI et à 10,0 pourcent dans le monde. De façon générale, les dépenses de santé ont représenté seulement 7,9 pourcent de toutes les dépenses publiques dans les pays de l'OCI, comparés à 18,1 pourcent dans les pays avancés, à 15,6 pourcent dans le monde et à 11,0 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI.

Le financement public a couvert 54 pourcent de dépenses totales de santé dans les pays de l'OCI comparés à 59,5 pourcent dans le monde et à 53 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI. Généralement la couverture des plans de paiement d'avance, publics et privés, ont resté très faible dans les pays de l'OCI tandis que, 38 pourcent de dépenses totales de santé ont été financés par des paiements de poche dans ces pays comparés à 19 pourcent dans le monde et à 34 pourcent dans d'autres pays en développement.

Main d'Œuvre de Santé et Dispensaires

Les preuves suggèrent qu'il y ait une corrélation positive forte entre les résultats de densité de main d'œuvre de santé et de couverture et de santé de service dans un pays/région. Avec seulement 8 médecins et 17 infirmières et accoucheuses, la densité des professionnels de la santé dans les pays de l'OCI (25 employés par 10.000 personnes) a été enregistrée juste au-dessus du seuil critique de 23, qui est considéré nécessaire pour fournir les services de santé de base dans un pays/région. Ce ratio a été marqué à 41 pour les pays en développement non membres de l'OCI, à 46 pour le monde et à 118 pour les pays avancés.

En moyenne, il y avait 6,7 centres médicaux par 100.000 personnes dans les pays de l'OCI ; un niveau qui est assez inférieur que la moyenne du monde de 14,8 et la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI (24,4). De même, le nombre moyen de centres médico-sociaux a été marqué à 2,1 par 100.000 personnes dans les pays de l'OCI comparés à 2,9 dans le monde. Avec une moyenne de 0,9 hôpitaux par 100.000 personnes, les pays de l'OCI traînent également derrière les moyennes du monde et des pays en développement non membres de l'OCI (1,3 et 1,5, respectivement) en termes de disponibilité des hôpitaux sectoriels, provinciaux et spécialisés. Le nombre de lits d'hôpital est un indicateur important des ressources disponibles pour le soin des hospitalisés et l'accès général aux services hospitaliers. En 2007-2013, il y avait 9,5 hôpitaux par 100.000 personnes dans les pays de l'OCI comparés à 22,6 dans les pays en développement non membres de l'OCI, à 24,5 dans le monde et à 66,6 dans les pays avancés.

Santé et Nutrition Maternelle, de Nouveau-né et des Enfants

Mortalité Infantile et Maternelle

Au cours des deux dernières décennies, plusieurs pays de l'OCI ont été témoin d'une amélioration significative de la couverture de soins de santé et les services et, par conséquent, ils ont enregistré des tendances diminuants dans les taux de mortalité maternels, nouveau-nés et enfants. Selon les dernières évaluations, à partir d'un taux de base élevé des 520 décès par 100.000 pays des nouveau-nés en 1990 l'OCI ont parvenu pour réduire le taux de mortalité maternelle par 44 pourcent aux 293 décès par 100.000 nouveau-nés en 2013. De même, le taux de mortalité des enfants a également diminué des 125 décès par 1000 nouveau-nés en 1990 à 66 par 1000 nouveau-nés en 2013, correspondant à une baisse de 47 pourcent. Néanmoins, en dépit de cette amélioration, le groupe de l'OCI a accompli un progrès très faible en ce qui concerne la diminution des décès maternels et infantiles depuis 1990. La mortalité infantile maternelle et a diminué à travers les groupes régionaux de l'OCI mais l'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud sont restées les endroits les plus difficiles pour qu'une mère et un enfant survive.

Causes Principales de la Mortalité Infantile

Les causes principales de la mortalité de sous-cinq ans dans les pays de l'OCI sont semblables à ceux dans d'autres pays en développement. En 2013, environ 43 pourcent des décès sous-cinq ans ont été causés par trois maladies infectieuses : pneumonie/septicité (23 pourcent), malaria (11 pourcent), et diarrhée (9 pourcent). Parmi les complications relatives à la grossesse et à la naissance, la prématurité (15 pourcent) est demeurée la cause principale des décès au-dessous de cinq ans suivie d'asphyxie de naissance (11 pourcent) et d'anomalies congénitales (6 pourcent).

Couverture de Soins de Santé

La majorité des décès maternelles, nouveau-nées et infantiles sont évitables par des interventions comme le soin prénatal, l'assistance qualifiée lors de la naissance, l'immunisation, et le soin tôt cherchant pour des maladies infectieuses. La fourniture de soin prénatal de qualité est demeurée un souci important dans plusieurs pays de l'OCI avec 80 pourcent de femmes enceintes totales tirant bénéfice d'un des contrôles prénatals et 56 pourcent tirant bénéfice des quatre contrôles prénatals recommandés. Dans les deux cas, la moyenne de l'OCI est demeurée au-dessous des moyennes de monde et de pays en développement non membres de l'OCI au cours des années 2008-2012. Un nombre significatif de naissances dans les pays de l'OCI ont toujours lieu sans aide car seulement 62 pourcent des accouchements ont été aidés par un médecin, une infirmière ou une accoucheuse en 2008-2012 comparés à 70 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI et à 67 pourcent dans le monde. La vaccination DTP3 a augmenté dans les pays de l'OCI de 67 pourcent en 2000 jusqu'à 80 pourcent en 2013. Bien que la couverture de l'OCI soit demeurée légèrement au-dessous du monde (84 pourcent) et les pays en développement non membres de l'OCI font la moyenne (83 pourcent), ils rattrapent rapidement avec une augmentation de 13 pourcent au cours des années 2000-2013.

Statut Nutritionnel

Les dernières évaluations montrent qu'environ 33 pourcent d'enfants sous-cinq ans dans les pays de l'OCI ont été retardés de croissance en 2009-2013 comparés à 29 pourcent dans d'autres pays en développement et dans le monde. Au cours de la même période, la proportion d'enfants au-dessous de cinq ans qui avaient le poids insuffisant a été enregistrée à 21,3 pourcent dans les pays de l'OCI comparés à 20,8 pourcent dans les autres pays en développement. L'émaciation représente une

forme aiguë de la sous-nutrition avec le risque intensifié de la maladie et de la mort pour les enfants. Mondialement, plus de 50 millions d'enfants au-dessous de 5 ans ont été modérément ou sévèrement émaciés en 2009-2013, représentant environ 10 pourcent d'enfants. La prévalence de l'émaciation est restée plus ou moins de même dans l'OCI et d'autres pays en développement avec un taux de 11,1 pourcent et de 9,4 pourcent, respectivement. Cependant le poids excessif a été avant associé principalement aux pays à revenus élevés, 72 pourcent d'enfants ayant un poids excessif de total du monde de 42 millions vivaient dans des pays de revenu bas et moyen en 2009-2013. Les pays de l'OCI ont représenté 32 pourcent des enfants ayant un poids excessif de total du monde avec un taux de poids excessif de prédominance de 7,4 pourcent comparés à 4,6 pourcent dans d'autres pays en développement.

Pratiques d'Alimentation

L'alimentation appropriée particulièrement au cours des deux premières années de vie est critique pour la survie, la croissance et le développement d'un enfant. Les dernières évaluations sur des pratiques d'alimentation indiquent que malgré son importance cruciale pour le statut nutritionnel des enfants, un nombre significatif de bébés et des enfants ne sont pas allaités. Dans les pays de l'OCI, seulement 42,9 pourcent de bébés ont été mis au sein dans la première heure de la naissance, et 34,9 pourcent ont été exclusivement allaités pendant les six premiers mois de la vie comparés à 44,9 pourcent et à 37,4 pourcent dans le monde. La couverture d'allaiter jusqu'à l'âge de 2 ans est demeurée comparativement mieux dans les pays de l'OCI avec 46,7 pourcent du total des enfants allaités jusqu'à l'âge de 2 ans. Les évaluations pour l'alimentation appropriée des enfants avec la nourriture complémentaire appropriée et sans risques indiquent qu'environ deux tiers des bébés dans les pays de l'OCI ont été nourris avec des aliments solides, semi-solides ou liquides de 6 à 8 mois.

Carences en Micronutriments

Les carences en micronutriments comme les insuffisances de vitamine A, fer, iode, zinc et l'acide folique sont très commun parmi les femmes et les enfants dans des pays en développement de revenu bas, y compris certains pays de l'OCI. Mondialement, au sujet du deux tiers des enfants âgés de 6 à 59 mois a reçu deux doses de vitamine A en 2009-2013 tandis que ce ratio était enregistré à 69 pourcent pour l'OCI et à 61 pourcent pour les pays en développement non membres de l'OCI. Au cours de la même période, 59 pourcent de ménages consommaient le sel iodés en juste proportion dans les pays de l'OCI comparés à 74 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI et à 69 pourcent dans le monde. L'anémie de carence en fer est également demeurée un défi important de santé, affectant plus de 43 pourcent des enfants au-dessous de 5 ans dans le monde en 2011. Tandis que la prédominance de l'anémie était juste 12 pourcent pour les pays avancés, les nombres étaient effarante dans les pays en développement non membres de l'OCI et les pays de l'OCI avec 42 pourcent et 53 pourcent d'enfants souffrant de l'anémie respectivement.

Prévention et Contrôle des Maladies

Fardeaux des Maladies

La prévention et le contrôle des maladies et des pandémies est l'un des secteurs les plus significatifs à adresser dans le domaine de la santé. Un regard aux tendances générales dans la morbidité cause-spécifique et la mortalité (c.-à-d. la prédominance des décès dues aux maladies contagieuses et non-transmissibles, aussi bien qu'aux blessures) indique que dans les pays de l'OCI les maladies non-transmissibles (MNT) ont causé 55,3 pourcent de tous les décès en 2012. Chaque année, un nombre

croissant de personnes meurt des maladies non-transmissibles dans les pays de l'OCI provenant des tendances positives observés dans les facteurs de risque (par exemple l'utilisation néfaste de l'alcool et de l'obésité). Dans les pays de l'OCI, les maladies transmissibles étaient responsables de 33,8 pourcent de tous les décès en 2012, qui était lointain dépassant la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI (27,5 pourcent) et la moyenne du monde (25,4 pourcent). Comme les niveaux de développement des pays de l'OCI montent ; Les MNT deviennent de plus en plus un problème grave dans le groupe de l'OCI en général. Cependant, un nombre significatif de pays de l'OCI continuent à lutter contre les épidémies des maladies transmissibles, qui sont évitables.

Espérance de Vie à la Naissance

Bien que l'espérance de vie moyenne à la naissance (EVN) dans les pays de l'OCI ait suivi une tendance positive au cours des dernières décennies, on l'a enregistré à 66,3 ans en 2013 ; un taux qui était lointain au-dessous de la moyenne des pays en développement non membres de l'OCI (70,1).

Les Maladies Contagieuses et Non-Transmissibles

Comparé aux années 1990, les cas de VIH/SIDA ont montré une tendance à la hausse dans les pays de l'OCI. En 2013, 1,44 pourcent de toute la population dans le groupe de l'OCI a été diagnostiquée avec VIH. En moyenne, 64,4 pourcent de population avec l'accès peuvent atteindre les installations sanitaires améliorées et 82,1 pourcent de population avec l'accès peuvent employer des sources d'eau améliorées à partir de 2012 dans les pays de l'OCI. Ces chiffres impliquent que plusieurs d'enfants et adultes sont en danger de mort due à la diarrhée qui provient principalement de l'eau non potable et de l'hygiène moins hygiénique. Le nombre de personnes avec la malaria a également augmenté dans le groupe de l'OCI. Tous les cas de malaria marqués dans les pays de l'OCI ont augmenté d'environ 14,1 millions en 2001 à 20,4 millions en 2013. En revanche, le nombre de cas de tuberculose dans les pays de l'OCI a suivi une tendance négative. L'incidence de la tuberculose a chuté de 144,3 (par 100.000 personnes) en 1990 à 125,5 en 2013. En 2015, seulement deux pays à savoir l'Afghanistan et le Pakistan, deux pays de l'OCI, restent poliomyélite-endémiques dans le monde. Une analyse sur les mortalités causées par les MNT a montré une image mélangée pour des pays de l'OCI. Par exemple, alors que le taux de mortalité causé par des maladies cardio-vasculaires était 378 en 2000, ce taux a diminué à 337 (pour les deux sexes) en 2012. Entre 2000 et 2012, cependant, les pays de l'OCI ont enregistré une petite augmentation de 40 à 42 dans le taux de mortalité causé par le diabète.

Facteurs de Risque

Un message alarmant pour la prévention générale de situation et de maladie de santé et le contrôle pour le groupe de l'OCI ont émergé en raison d'une analyse sur les facteurs de risque se sont étendus de l'utilisation néfaste de l'alcool à l'obésité. L'utilisation néfaste de l'alcool dans les pays de l'OCI montre une tendance à la hausse avec la consommation d'alcool moyenne par habitant a augmenté de 1,95 litres en 2001 jusqu'à 2,38 en 2011. Bien qu'il y ait une tendance décroissante dans l'utilisation du tabac, le tabagisme reste comme un facteur de risque important particulièrement parmi la population masculine dans les pays de l'OCI. En outre, en moyenne, la prédominance de l'activité physique insuffisante dans les pays de l'OCI était la plus élevée (27,8 pourcent) parmi tous les groupes de pays. À mesure qu'un résultat naturel d'activité physique insuffisante et de régime malsain, la prédominance de l'obésité a augmenté de 15,2 pourcent en 2010 jusqu'à 17 pourcent en 2014 dans les pays de l'OCI. En particulier, les pays à revenus élevés de l'OCI souffrent bien de l'obésité.

Médecines, Vaccins et Technologies Médicales

Médecines et Vaccins

En 2013, le marché pharmaceutique du monde a été évalué à 989 milliards dollars des États-Unis avec un taux de croissance de 2,5 pourcent au cours de l'année précédente. En 2014, les exportations pharmaceutiques de l'OCI ont été évaluées à 0,7 milliards dollars des États-Unis comparées à 0,5 milliards dollars des États-Unis en 2010, correspondant à une augmentation de 40 pourcent. Le MOAN est resté en tête des pays exportateurs de la région de l'OCI avec une part de 38 pourcent en 2014. D'autre part, les importations pharmaceutiques de l'OCI ont été témoin d'une tendance à la hausse et ont augmenté de 4,5 milliards dollars des États-Unis en 2010 à 6 milliards dollars des États-Unis en 2013 avant une diminution de 4,8 milliards dollars des États-Unis en 2014. La disponibilité médiane des médecines génériques choisies pour le secteur de la santé public s'est classée entre 35 pourcent et 96,7 pourcent (avec une moyenne globale de 71,9 pourcent) (Schéma 5.2). De même, pour le secteur privé de santé, les pays de l'OCI ont représenté une structure hétérogène, avec la disponibilité médiane se classant de 57,8 pourcent à 96,7 pourcent (avec une moyenne globale de 77,6 pourcent). La capacité de production de vaccins est également demeurée très faible à travers les pays de l'OCI. Selon les dernières évaluations, seulement deux pays de l'OCI à savoir : l'Indonésie et l'Iran ont de bonnes capacités de production tandis que d'autres producteurs de vaccins comme le Sénégal, l'Ouzbékistan, le Bangladesh, la Tunisie et l'Égypte sont caractérisées par de faibles capacités de production. L'Indonésie est restée la vedette avec la part de 10 pourcent de la production de vaccins mondiale et c'est le tiers - le plus grand producteur de vaccins après la Chine et l'Inde.

Technologies Médicales

En 2013, 19 sur 44 pays de l'OCI (43 pourcent) ont une politique nationale de technologie de santé. Cependant, 25 sur 44 pays de l'OCI (57 pourcent) n'ont rien. Les unités de balayage de tomodensitométrie (CT) des secteurs public et privé représentent une haute densité des dispositifs médicaux entre les pays de l'OCI avec 151 unités de balayage de tomodensitométrie par million de populations.

Gestion des Risques de Secours pour la Santé

Pays affectés par le Conflit et Santé

Les pays Touchés par le conflit éprouvent des conséquences graves dans des services et des résultats de santé. Bien que certains pays de l'OCI aient accompli le progrès dans des risques de gestion de catastrophe et réactions associées à la santé, les capacités de pays demeurent extrêmement variables. Les systèmes de gestion des risques de santé et de secours faibles, l'insécurité continue due au conflit et le manque d'accès aux ressources et la technologie sont parmi les facteurs principaux affectant les capacités. Cette section fournit également de brèves informations au sujet d'approche de groupe de santé, des hôpitaux sans risques et l'intégration des équipes médicales étrangères dans le mécanisme de réponse général.

Capacités pour des Services de Santé de Secours

Tandis qu'il n'y a aucune donnée de niveau du pays pour évaluer et comparer les capacités existantes et les besoins des pays dans des services de santé de secours, il y a seulement une étude mondiale d'évaluation entreprise par l'OMS dans ce secteur en 2008 et peu de rapports d'évaluation de pays individuel préparés par le bureau de l'OMS de l'Europe. Ces rapports reflètent qu'il y a de

grandes anomalies à travers les pays en termes de capacité de gestion sanitaire de secours. Afin de faire une analyse générale sur les capacités existantes de pays de l'OCI, il y a un besoin d'études d'évaluation pour chaque pays. La boîte à outils développée par l'OMS pour évaluer les capacités de gestion de secours peut être employée par les pays de l'OCI pour évaluer leurs capacités existantes et pour adresser les lacunes.

Information, Recherche, Éducation et Recommandation

Qualité de l'Éducation Sanitaire

Il y a un lien fort entre le niveau de l'information, l'éducation et la recommandation et les résultats de santé dans un pays. Un bon diagnostic et un traitement effectif peuvent sauver des millions de personnes dans les pays de l'OCI et dans d'autres régions du monde. La discussion dans cette section indique que plusieurs pays de l'OCI, particulièrement ceux situés dans l'Afrique Subsaharienne, souffrent du nombre insuffisant de professionnels de la santé. En outre, en raison des changements des caractéristiques des patients et des développements dans la technologie a soulevé des inquiétudes sur la qualité de la formation de santé des professionnels de la santé Mondialement. Les pays de l'OCI ne sont pas une exception de ce fait. Dans ce contexte, plusieurs pays de l'OCI doivent améliorer la qualité de l'éducation sanitaire fournie aux établissements d'enseignement.

Sensibilisation Publique et Santé

L'importance de la sensibilisation du public pour avoir les sociétés en bonne santé est bien reconnue. Selon l'OMS, la majorité de maladies cardiaques, attaques, diabète type 2 et les cas de cancer pourraient être empêchés juste en instruisant et en informant des personnes au sujet de l'alimentation sanitaire, de l'activité physique/exercice et le non-utilisation du tabac. Comme leurs homologues en développement, plusieurs pays de l'OCI souffrent du niveau pauvre de l'information et de la conscience de santé. La situation est particulièrement critique dans les pays de revenu bas où beaucoup de mythes et de tabous règnent, qui mènent à la faible utilisation des services de soins de santé qui sont critiques pour la survie saine des personnes.

INTRODUCTION

1

La santé est un facteur crucial dans le bien-être de l'humanité. Elle a les contributions importantes au progrès économique car les personnes en bonne santé vivent plus longtemps et sont plus productives. Beaucoup et divers facteurs influencent l'état de santé et la capacité d'un pays afin de fournir des services de santé de qualité pour ses personnes. Les ministères de la Santé jouent une fonction clé pour la prestation des services de santé ; cependant, les organismes gouvernementaux et les institutions donatrices, et les sociétés civiles contribuent également au fonctionnement général du secteur de santé.

Au cours des dernières décennies, la question de la santé a gagné une plus grande importance comme conducteur important de progrès socio-économique dans le monde entier, avec plus de ressources que jamais étant investi dans ce secteur. Observant la situation de manière plus générale, aujourd'hui les gens sont en meilleure santé, plus riches et vivent au-dessus de 50 ans. Les dernières évaluations prouvent que si les enfants mouraient toujours aux taux de 1990, il y aurait eu 4,5 millions de décès dans les pays de l'OCI en 2013 (où le chiffre réel était 2,9 millions). Cette différence de 1,6 millions signifie que les 4.372 vies des enfants ont été sauvées chaque jour. Cependant, en dépit de ce progrès remarquable, les pays de l'OCI comme un groupe ont marqué moins de gains dans la diminution des décès maternels et infantiles depuis 1990. En conséquence, plusieurs pays de l'OCI vont manquer la cible des 5 objectifs du Millénaire pour le développement (OMD 5) de trois quarts de diminutions de mortalité maternelle et la cible des OMD4 de deux troisième de diminutions de mortalité infantile d'ici vers la fin de 2015.

Les gens vivant dans plusieurs pays de l'OCI, particulièrement dans les régions de l'Asie du Sud et de l'Afrique Subsaharienne, souffrent toujours des services pauvres de soins de santé principalement dus au manque de ressources financières appropriées et viables, l'insuffisance des infrastructures de santé et de main d'œuvre qualifiée. La nature et l'importance de ces défis principaux exigent un énorme engagement des gouvernements pour mettre en tête de la liste le secteur de santé aux agendas de développement national et établir l'infrastructure et donner de la formation de la main d'œuvre de santé pour rencontrer les demandes actuelles et futures pour les services de santé. À cet égard, on s'attend à ce que le Programme d'Action Stratégique de Santé de l'OCI (OCI-SHPA) 2014-2023, qui a été préparé par le SESRIC en collaboration avec les pays de l'OCI et les organismes internationaux appropriés, et adopté par la 4ème Conférence Islamique des ministres de santé, joue une fonction clé en renforçant et en augmentant la coopération et la collaboration sur les divers problèmes de santé dans les pays de l'OCI.

Dans cette perspective, le Rapport de Santé de l'OCI 2015 étudie l'état de santé dans les pays de l'OCI dans une perspective comparative. Pour préparer le terrain, la section 2 du rapport évalue la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCI en soulignant certains des blocs constitutifs les plus importants comme les dépenses et les financements de santé, la main d'œuvre de santé et l'infrastructure de santé. La section 3 discute l'état actuel de santé maternel, nouveau-né et infantile et la nutrition en accentuant les tendances actuelles maternelles et de mortalité infantile vis-à-vis l'exécution recommandée des interventions de l'OMS comme les contrôles prénatals, la

vaccination, l'assistance qualifiée lors de l'accouchement, et l'allaitement etc. pour raccourcir la mortalité et la malnutrition des MNC. Les tendances récentes dans la prédominance des maladies contagieuses et non-transmissibles, de leur fardeau de mort et de progrès vers adresser des facteurs de risque majeur sont discutées et analysées dans la section 4. La section 5 élabore sur le statut de médecines, vaccins et la production de technologies et la fourniture des mécanismes médicaux dans les pays de l'OCI avec la disponibilité des médecines essentielles. La section 6 accentue les ressources et les capacités actuelles pour la réaction et les interventions de santé de secours dans les pays de l'OCI avec quelques lacunes communes dans la réaction humanitaire de secteur de santé connexe avec la gestion et l'analyse de l'information, la planification stratégique et la coordination et la prestation de service. La section 7 se concentre sur les liens entre le niveau de l'information, l'éducation et la recommandation et les résultats de santé dans les pays de l'OCI en étudiant la qualité de l'éducation sanitaire et le niveau de la conscience au sujet des effets indésirables des médicaments et de l'utilisation irrationnelle des médecines. Les résultats principaux du rapport sont récapitulés dans la section 8. Le rapport conclut avec des recommandations de politique visant à augmenter l'exécution des interventions soit au niveau national et soit au niveau de l'intra-OCI et au niveau de coopération internationale pour améliorer l'état de santé dans les pays de l'OCI.

RENFORCEMENT DE SYSTÈME DE SANTÉ

2

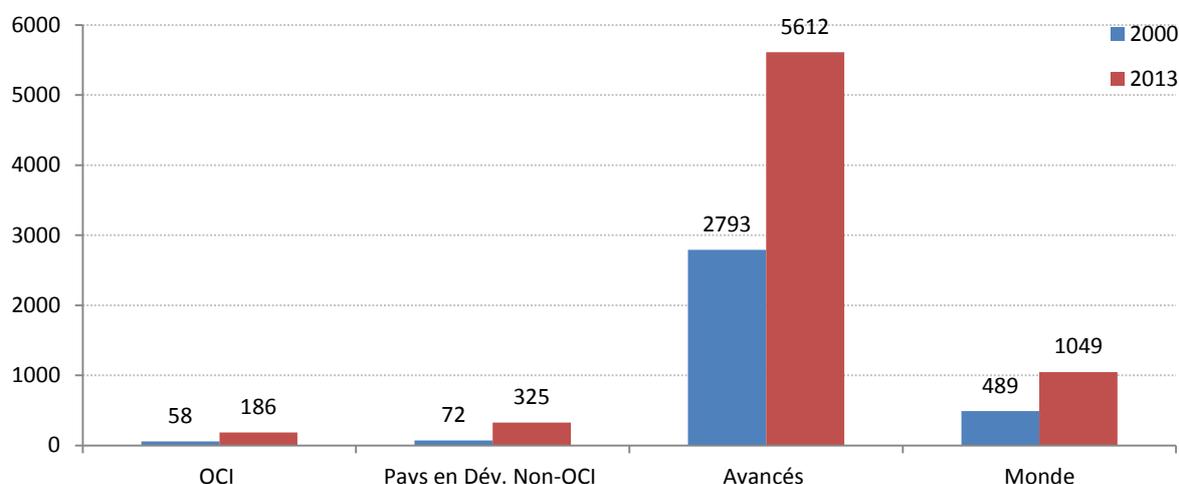
Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, un système de santé est le grand total de tous les organismes, institutions et ressources qui sont disponibles avec le but principal d'améliorer l'état de santé. Un système fiable de santé prépare le terrain à une population en bonne santé, à une société en bonne santé et à une économie saine. Afin de fournir, cependant, le système de santé exige un mécanisme de financement fort, une main d'œuvre bien formée et suffisamment payée, l'information fiable sur lesquels pour on peut baser des décisions et des politiques, des équipements bien-maintenus et logistique pour fournir les médecines et les technologies de qualité (OMS, 2014). Généralement le système de santé comprend toutes ces actions, activités et mesures qui visent à améliorer la situation concernant les blocs constitutifs mentionnés ci-dessus du système de santé dans un pays/région. À la lumière de cette compréhension, cette section évalue les résultats des systèmes de santé dans les pays de l'OCI en termes de financement, de la main d'œuvre et de l'infrastructure de santé.

2.1 Dépenses et Financement de santé

2.1.1 Dépenses de Santé par Habitant

La dépense totale de santé par habitant est un indicateur important concernant la consommation des biens et des services de santé au niveau micro. Suivant les indications du schéma 2.1, les dépenses totales de santé par habitant (en termes de dollars des Etats-Unis courants) ont augmenté à travers le monde entre 2000 et 2013. En 2013, toute la dépense de santé par habitant dans les pays de l'OCI s'est élevée à 186 dollars des États-Unis. Ceci diffère défavorablement même du chiffre de correspondance pour les pays en développement non membres de l'OCI, qui était 325 dollars des États-Unis. Les dépenses pour la santé par habitant enregistrée dans les pays avancés étaient 30 fois plus élevées que la moyenne de l'OCI en 2013. Cependant, il vaut mieux noter que la dépense de santé par habitant dans les pays de l'OCI a triplé en 2013 de son niveau de 58 dollars des États-Unis en 2000.

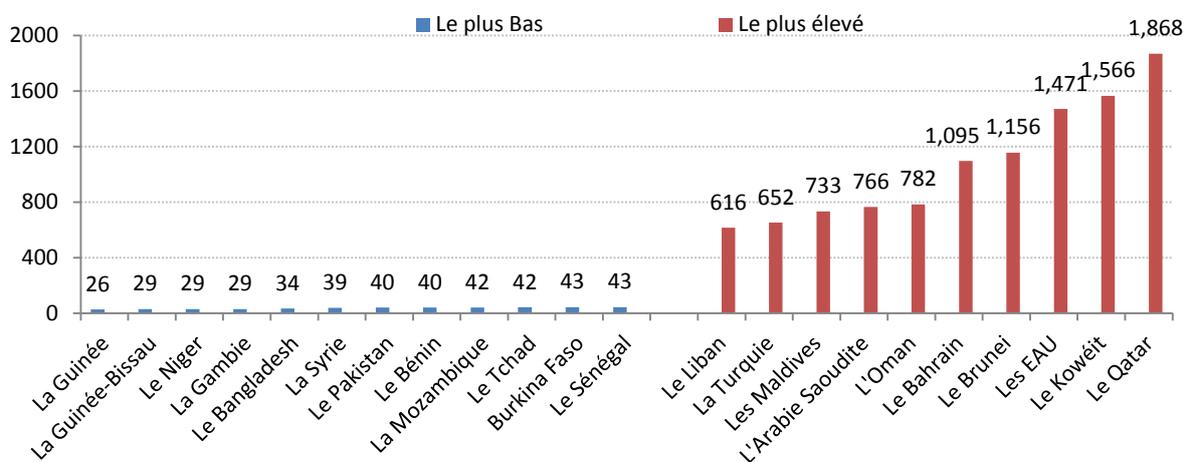
Schéma 2. 1: Dépenses de Santé par Habitant (Dollars US Courants)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

On peut observer beaucoup de variation des niveaux de dépense de santé dans les pays de l'OCI (Schéma 2.2), se classant du Qatar avec une santé totale par habitant dépensant 1868 dollars des États-Unis en Guinée avec la dépense de seulement 26 dollars des États-Unis. Généralement par habitant les dépenses de santé sont demeurées les plus élevées dans les pays de l'OCI dans la région du MOAN. Entre ces pays, le Qatar a marqué toutes les dépenses de santé par habitant les plus élevées suivies du Koweït et des Émirats Arabes Unis. D'autre part, la majorité des pays de l'OCI dans la région de l'Afrique Subsaharienne ont été classées parmi les plus mauvais pays d'exécution. La situation est demeurée particulièrement critique en Gambie, au Niger, en Guinée-Bissau et en Guinée, avec les dépenses de la santé par habitant moins que 30 dollars des États-Unis. En 2013, les dépenses pour la santé par habitant sont demeurées au-dessous de la moyenne de l'OCI pour 30 pays de l'OCI.

Schéma 2.2 : Pays de l'OCI avec les Dépenses de Santé par Habitant les Plus Bas et les Plus Élevées, 2013



Source : OMS, Référentiel de données

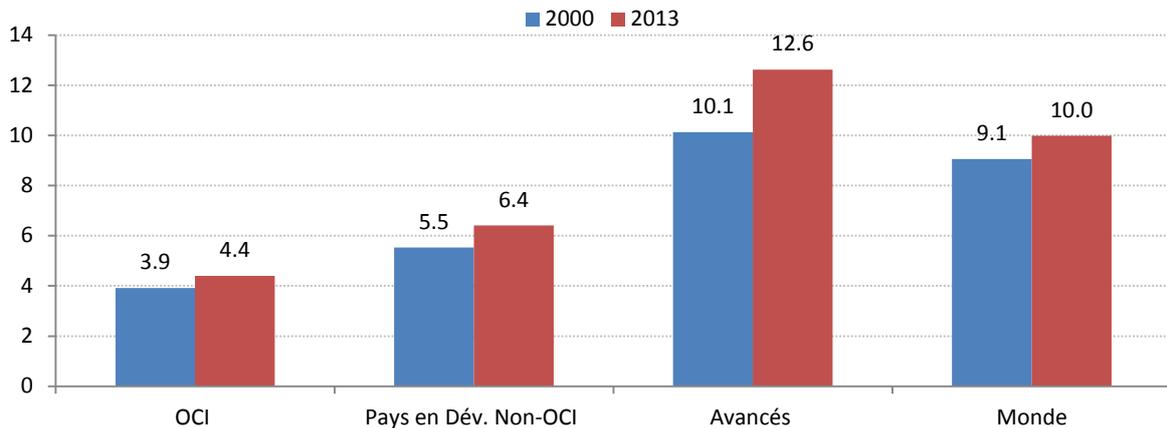
2.1.2 Dépenses de Santé comme Pourcentage de PIB

Les dernières évaluations montrent que le monde a dépensé un total de 7375 milliards dollars des États-Unis sur des soins de santé en 2013. La répartition géographique des ressources financières pour la santé est inégale et la dépense mondiale de santé est demeurée fortement concentrée dans les pays avancés qui ont représenté 76 pourcent de dépense de santé de total du monde. La dépense de santé est demeurée un souci important dans les pays de l'OCI. Tout en représentant presque un quart de la population mondiale, les pays de l'OCI ont compté seulement pour 4,0 pourcent de la dépense mondiale de santé. Suivant les indications du schéma 2.3, toute la dépense sur la santé dans les pays de l'OCI était environ 4,4 pourcent de leur PIB en 2013 comparée à 6,4 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI. C'est également lointain au-dessous des moyennes mondiales et de pays avancés de 10,0 pourcent et de 12,6 pourcent, respectivement. Entre 2000 et 2013, la part du PIB assignée à la santé a augmenté par seulement un demi-point de pourcentage dans les pays de l'OCI, alors qu'elle augmentait de 0,9 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI et dans le monde. Au cours de la même période, les pays avancés ont marqué une augmentation de 2,5 pourcent (Schéma 2.3).

Dans la majorité de pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, la dépense totale de santé s'est marquée de 4,0 pourcent à 7,0 pourcent de PIB. Suivant les indications du schéma 2.4, le Sierra Leone et les Maldives sont les dépensiers supérieurs de santé avec 12 pourcent et 11 pourcent du PIB, respectivement, consacré pour la santé. Tous les 5 premiers dépensiers sont des pays de revenu bas excepté le Djibouti et les Maldives, qui sont des pays de revenu moyen inférieur et de

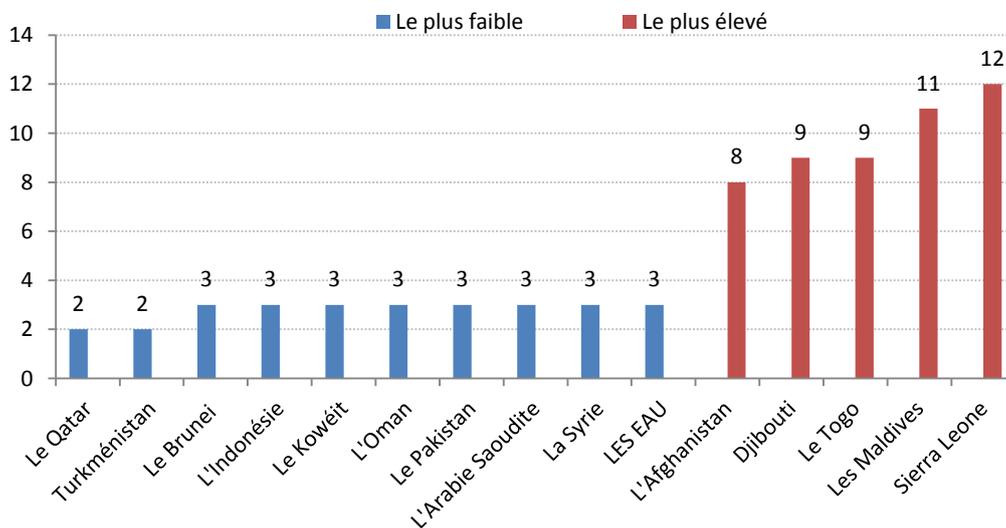
revenu supérieur moyen, respectivement. Du côté opposé de l'échelle, les dépenses de santé ont représenté seulement 2 pourcent de PIB au Turkménistan, aux Émirats Arabes Unis et au Qatar. Entre 2000 et 2013, la part de dépenses de santé dans le PIB a augmenté dans 35 pays de l'OCI, se classant d'une augmentation de 1.0 pourcent des Émirats Arabes Unis à l'augmentation de 4,0 pourcent des Maldives, du Togo, de l'Algérie, du Soudan et de l'Irak. En attendant, elle a diminué entre 1,0 à 4,0 pourcent dans 10 pays de l'OCI. Le Liban et le Surinam ont marqué une diminution plus élevée de 4,0 pourcent suivis de la Jordanie avec une diminution de 3,0 pourcent.

Schéma 2. 3: Dépenses de Santé comme Pourcentage de PIB



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Schéma 2. 4: Pays de l'OCI avec la Part de Dépenses de Santé la plus Basse et la Plus Elevée dans le PIB, 2013



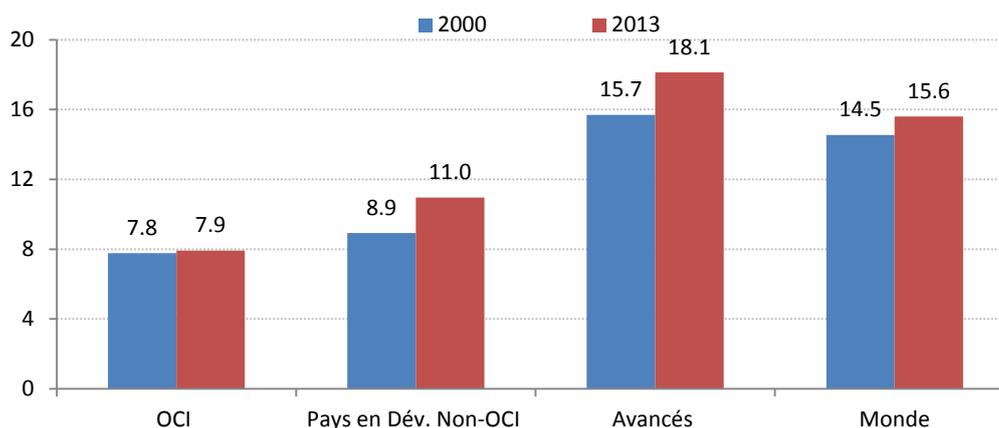
Source : OMS, Référentiel de données

2.1.3 Dépenses Publiques pour la Santé

La part de dépenses de santé de gouvernement dans sa dépense totale est un indicateur important sur l'importance relative du secteur de santé à l'agenda de développement national et, ainsi, à l'ampleur de l'aide financière de gouvernement pour le système de santé. Comme représenté sur le schéma 2.5, les dépenses du gouvernement sur la santé dans les pays de l'OCI étaient seulement 7,9 pourcent de dépenses publiques totales en 2013, comparés à 18,1 pourcent dans les pays avancés, à 15,6 pourcent dans le monde et à 11,0 pourcent dans les pays en développement non membres de

l'OCI. La part basse de dépense de santé aux budgets des pays de l'OCI n'est pas simplement due aux contraintes financières publiques mais est également due à la priorité basse accordée au secteur de santé. Les dépenses d'administrations publiques dans ces pays représentent une part relativement élevée (30 pourcent) de leur PIB, indiquant l'espace fiscal disponible pour la dépense croissante sur la santé. Entre 2000 et 2013, la part de dépenses publiques totales assignée à la santé a augmenté de seulement 0,1 pourcent dans les pays de l'OCI, alors qu'elle augmentait de 2,0 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI et de 1,6 pourcent dans le monde (Schéma 2.5). Au cours de la même période, les pays avancés ont marqué une augmentation de 2,4 pourcent.

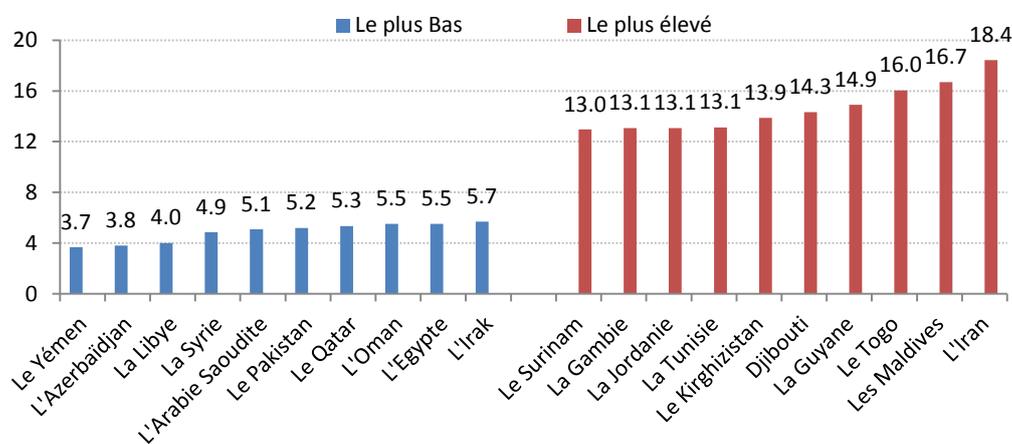
Schéma 2. 5: Pourcentage de Dépenses de Santé du Total de Dépenses Publiques de Gouvernement



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Au niveau du pays individuel, 20 pays de l'OCI ont assigné plus de 10 pourcent de leurs budgets de l'État pour le secteur de santé en 2013. Parmi ces pays, l'Iran, les Maldives et le Togo ont marqué les chiffres les plus élevés de 18,4 pourcent, 16,7 pourcent et 16,0 pourcent, respectivement (Schéma 2.6). Du côté opposé de l'échelle, quatre pays de l'OCI ont assigné même moins de 5 pourcent de leurs budgets totaux pour le secteur de santé en 2013. Parmi ces pays, le Yémen a marqué la part la plus basse (3,7 pourcent) suivie de l'Azerbaïdjan (3,8 pourcent) et de la Libye (4,0 pourcent). Entre 2000 et 2013, la part de dépenses de santé dans les dépenses du gouvernement a augmenté dans 35 pays de l'OCI, se classant d'une augmentation de 0,6 pourcent en Malaisie à une augmentation de 7,9 pourcent au Togo. En attendant, elle a diminué entre 0,1 à 7,5 pourcent dans 18 pays de l'OCI, avec la Mozambique, le Tchad et le Turkménistan marquant la diminution la plus élevée de 7,5, 5,7 et 5,3 pourcent, respectivement.

Schéma 2. 6: Les Pays de l'OCI avec la part de Santé au Budget la Plus Basse et la Plus Élevée, 2013



Source : OMS, Référentiel de données

2.2 Financement des Soins de Santé

Le financement de santé est un composant critique du système de santé. On le rapporte principalement avec la génération, l'allocation et l'utilisation des ressources financières afin de fournir des services de soins de santé à toutes les personnes à un coût raisonnable et abordable. La dépense totale de santé comporte les sources publiques et privées pour les soins de santé. Le financement public inclut principalement des fonds de budget de gouvernement et de systèmes de sécurité sociale par contre le financement privé inclut des paiements privés et de poche surtout les maladies d'assurance médicale. La part relative de ces sources dans des dépenses totales de santé a beaucoup d'implications pour l'accès, les capitaux propres et la durabilité financière des services de soins de santé dans un pays. Il y a des preuves mondiales indiquant que pour atteindre le but de la couverture maladie universelle, il est nécessaire de produire d'une importante quantité de ressources financières pour pouvoir fournir des services de santé par des contributions payées d'avance et mises en commun comme le financement basé sur l'impôt, l'assurance médicale pour les maladie sociale et l'assurance médicale pour les maladie privée ; considérant que la part de dépense directe de poche sur la santé doit être réduite (OMS, 2005).

Dans le monde entier, le secteur public est la source principale de financement de santé. Cependant, généralement le financement de santé publique est demeuré tout à fait plus élevé dans les pays avancés et de revenus élevés comparés aux pays en développement et de revenu bas. Comme indiqué sur le schéma 2.7, le secteur public a représenté 59,5 pourcent de santé mondiale dépensant en 2013, avec la contribution principale des systèmes de sécurité sociale (37 pourcent). On a pu également observer une situation semblable dans le cas des pays avancés. Néanmoins, le financement public a couvert seulement les 54 et 53 pourcent de dépenses totales de santé dans les pays en développement de l'OCI et non membres de l'OCI, respectivement. La sécurité sociale ou l'assurance médicale des maladies sociales est l'une des sources de financement les plus importantes pour réaliser la couverture maladie universelle. Selon les dernières évaluations, elle est très utilisée dans les pays avancés (41 pourcent) et c'est la deuxième source principale de financement de soins de santé dans ces pays. La contribution relative des systèmes de sécurité sociale au financement de santé est demeurée significativement faible dans les pays de l'OCI. En 2013, les plans payés d'avance basés de sécurité sociale ont représenté 14 pourcent de dépenses totales de santé et environ 26 pourcent de dépenses d'administrations publiques pour la santé dans les pays de l'OCI.

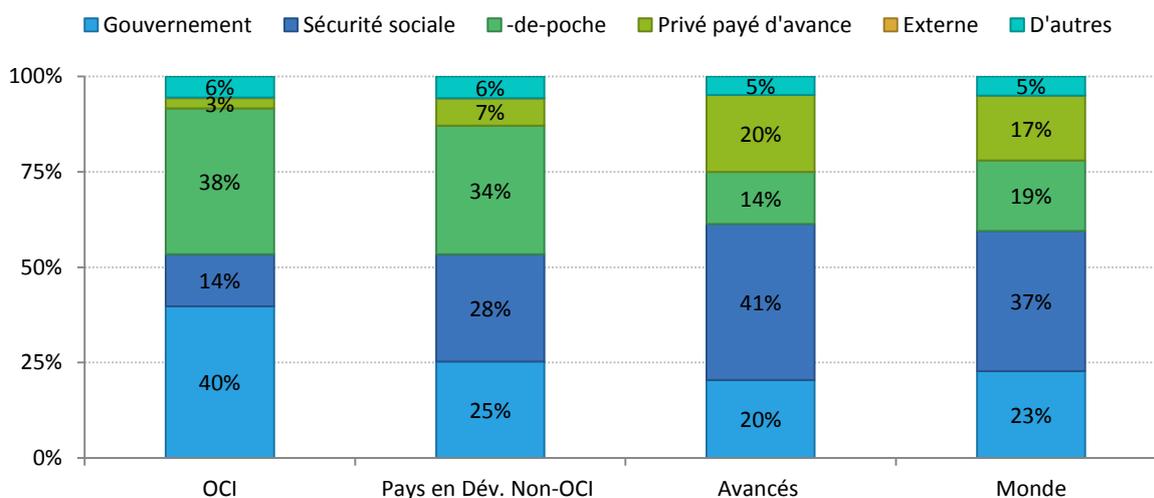
En fait, les sources privées particulièrement les dépenses de poche jouent un rôle significatif au financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCI. En 2013, les dépenses de poche ont représenté approximativement 82 pourcent de dépenses privées de santé, ou environ 38 pourcent de toute la dépense de santé dans les pays de l'OCI. Comparé moyennes à d'autres groupes les', la part de dépense de santé de poche dans des dépenses totales de santé sont demeurées les plus élevées dans les pays de l'OCI (Schéma 2.7). Ceci indique la dépendance lourde des pays de l'OCI en ce qui concerne les paiements de poche, qui est la manière la plus régressive du financement de santé et a la variété de conséquences néfastes particulièrement pour les revenus bas et les pauvres ménages. Mondialement, 100 millions de personnes environ est poussé vers la pauvreté chaque année quand ils payent les services de santé par poche (OMS, 2014).

Au niveau du pays individuel, les paiements de poche font la partie principale de financement de santé dans 17 pays de l'OCI. Parmi ces pays, la dépense de poche représente 79,3 pourcent de dépenses totales de santé au Yémen, 74,7 pourcent en Afghanistan et 70,8 pourcent au Soudan. D'autre part, moins d'un quart de dépenses totales de santé ont été financés par des paiements de poche dans 13 pays de l'OCI. Parmi ces pays, les paiements de poche ont représenté même moins de 10 pourcent de dépense totale de santé en Mozambique, au Brunei Darussalam et au Qatar (Schéma 2.8).

Généralement la couverture des plans de paiement d'avance, publics et privés, ont resté très faible à travers les pays de l'OCI. Selon les dernières évaluations disponibles, les systèmes de sécurité sociale ont représenté moins de 10 pourcent de dépenses totales de santé dans 22 sur 33 pays pour lesquels

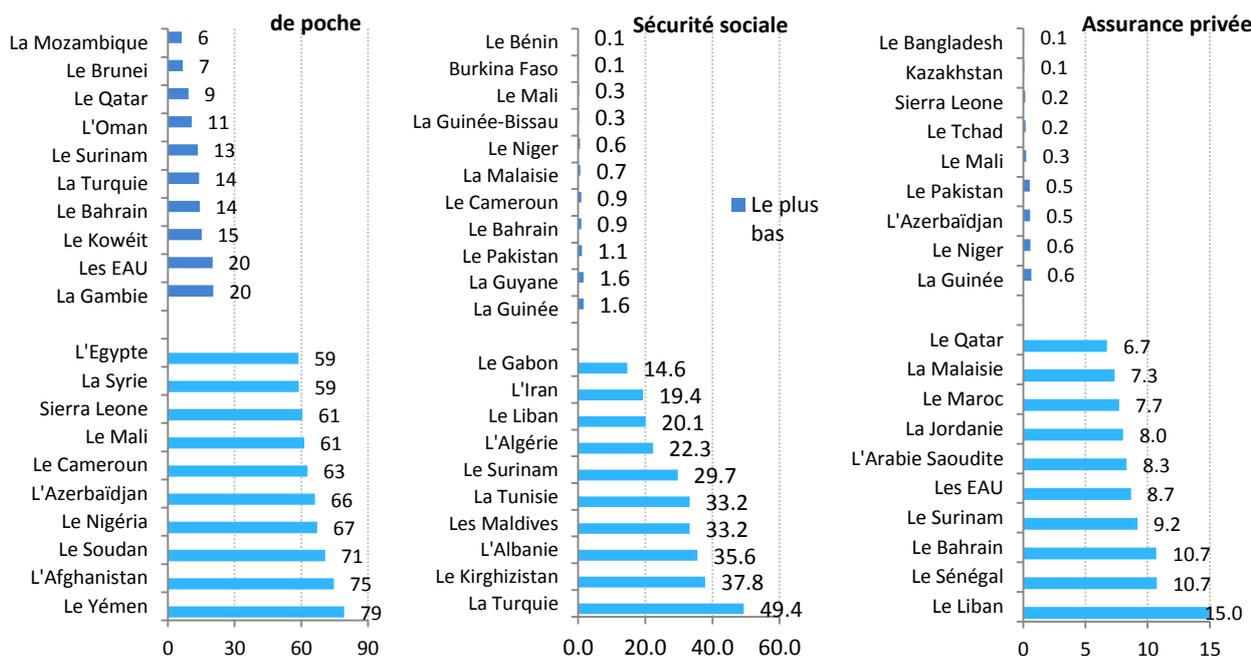
les données sont disponibles en 2013. Suivant les indications du schéma 2.8, la Turquie a marqué la part la plus élevée de fardeaux sociaux dans les dépenses totales de santé suivie du Kirghizistan, de l'Albanie et des Maldives. Du côté opposé de l'échelle, ces plans ont représenté même moins d'un pourcent de dépenses totales de santé dans 8 pays de l'OCI, avec la plus basse action (0,1 pourcent) marquée par le Bénin et le Burkina Faso. La contribution des plans privés d'assurance médicale des maladies dans les dépenses totales de santé montre également une tendance semblable. Parmi les 38 pays de l'OCI pour lesquels les données sont disponibles l'assurance médicale privée des maladies a fourni moins de 5 pourcent de financement de santé dans 28 pays. Au Liban, au Sénégal et au Bahreïn, la dépense d'assurance médicale privée des maladies représente 15 pourcent et 10,7 pourcent de toutes les dépenses de santé, respectivement ; considérant que ce rapport a été marqué à seulement 0,1 pourcent au Bangladesh et au Kazakhstan (Schéma 2.8).

Schéma 2. 7: Sources de Financement de Santé, 2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Schéma 2. 8: Pays de l'OCI avec les Actions au Financement de Santé les Plus Bas et les Plus Élevées, 2013



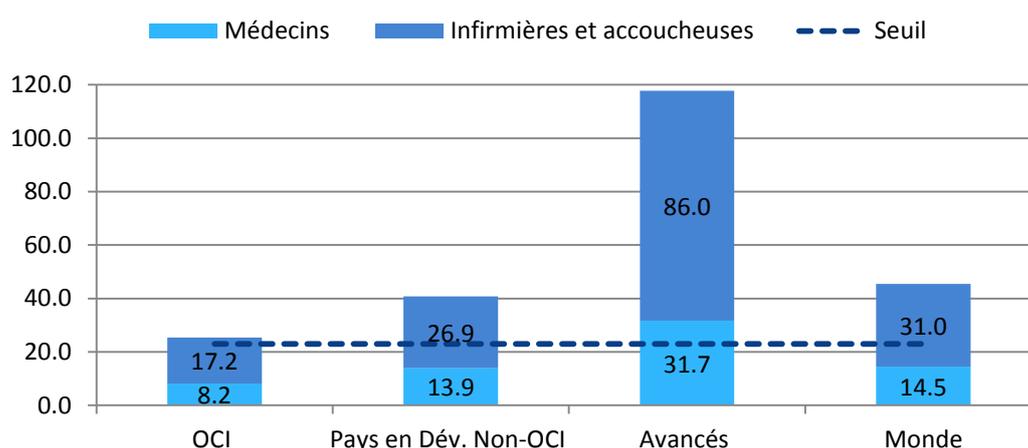
Source : OMS, Référentiel de données

2.3 Main d'Œuvre de Santé

Aujourd'hui, c'est un fait bien-reconnu que la taille, le mélange des compétences, la répartition géographique et la productivité des professionnels de la santé jouent un rôle important dans la livraison rapide et efficace des soins de santé de haute qualité. Les professionnels de la santé, en particulier des médecins et des infirmières, sont l'épine dorsale du système de santé. Selon les dernières estimations, dans 165 pays dans le monde entier, là étaient environ 32,4 millions de médecins, d'infirmières, et d'accoucheuses en 2007-2013. La répartition géographique de ces professionnels de la santé est demeurée à forte asymétrie vers les pays en développement, qui ont représenté environ 72 pourcent du total du monde. Avec 4,2 millions de médecins, des infirmières, et des accoucheuses, les pays de l'OCI ont représenté seulement 13 pourcent du total du monde. En conformité avec la tendance mondiale, les infirmières et les accoucheuses dépassent les médecins en nombre dans les pays de l'OCI, avec une part de 68 pourcent qui est semblable au monde et aux actions des pays en développement non membres de l'OCI.

De façon générale, il y a une corrélation positive forte entre la densité de main d'œuvre de santé et la couverture de service de santé et des résultats dans un pays/région. La densité des professionnels de la santé (médecins, infirmières et accoucheuses par 10, 000 personnes) varie considérablement à travers le monde. Suivant les indications du schéma 2.9, il y avait environ 15 médecins et 31 infirmières par 10,000 personnes dans le monde en 2007-2013. Bien que les pays avancés aient représenté seulement 28 pourcent des médecins, des infirmières et des accoucheuses de total du monde, il y avait 32 médecins et 86 infirmières par 10,000 personnes dans ces pays comparés à 14 médecins et 27 infirmières dans d'autres pays en développement. La densité soit des médecins et soit des infirmières et accoucheuses est demeurée comparativement très faible dans les pays de l'OCI car il y avait seulement huit médecins et 17 infirmières et accoucheuses par 10.000 personnes en 2007-2013. En fait, la densité des professionnels de la santé dans les pays de l'OCI (25 par 10.000 personnes) a été enregistrée juste au-dessus du seuil critique de 23, qui est considéré nécessaire pour fournir les services de santé de base dans un pays/région.

Schéma 2. 9: Professionnels de la Santé par 10.000 Personnes, 2007-2013

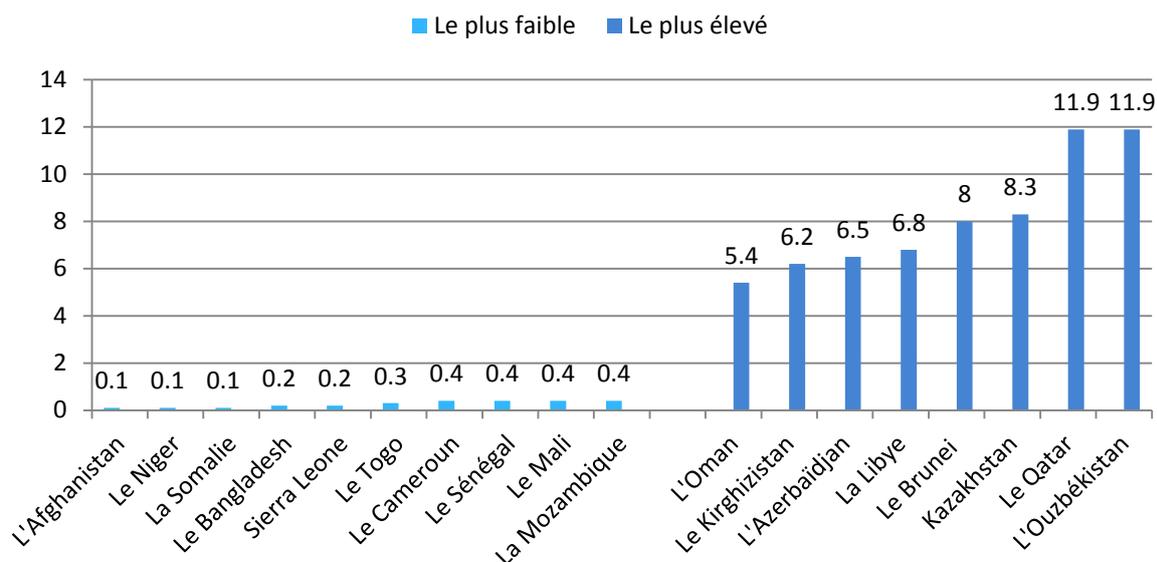


Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Plusieurs pays de l'OCI relèvent toujours des défis considérables en ce qui concerne la quantité, la diversité et la compétence de la main d'œuvre de santé. Les pénuries de main d'œuvre de santé sont particulièrement sérieuses dans les pays situés dans les régions de l'Asie du Sud et de l'Afrique Subsaharienne. Parmi les 52 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, 27 pays font face à la pénurie critique de professionnels de la santé à moins de 23 médecins, infirmières et

accoucheuses par 10.000 personnes. La densité des professionnels de la santé était même moins de 10 par 10.000 dans 19 pays avec les pénuries critiques, 15 d'entre eux de l'Afrique Subsaharienne et deux de l'Asie du Sud. Suivant les indications du schéma 2.10, le nombre le plus élevé de médecins, des infirmières et des accoucheuses par 10.000 personnes ont été enregistrés au Qatar (196) suivi de l'Ouzbékistan (144) et de Kazakhstan (119). Du côté opposé de l'échelle, il y avait seulement un professionnel de la santé par 10.000 personnes en Guinée, au Niger et en Somalie.

Schéma 2. 10: Les Pays de l'OCI avec la Densité des Professionnels de la Santé le Plus Élevé et le Plus Bas, 2007-2013

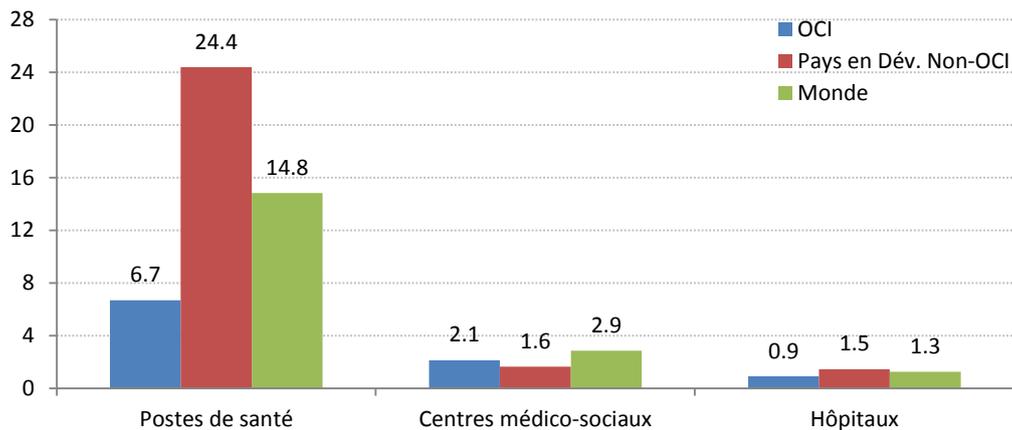


Source : OMS, Référentiel de données

2.4 Dispensaires

Les dispensaires comme des hôpitaux et des centres médicaux sont les composants critiques d'un système de santé décisif et effectif. Dans la majorité des pays en développement, les centres médicaux constituent le premier niveau du contact entre le système de santé et les communautés. En 2013, suivant les indications du schéma 2.11, le nombre moyen de centres médicaux dans 34 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, était 6,7 par 100.000 personnes ; un niveau qui est assez inférieur que la moyenne du monde de 14,8 et la moyenne des pays en développement non membres de l'OCI (24,4). De même, le nombre moyen de centres médico-sociaux a été marqué à 2,1 par 100.000 personnes dans les pays de l'OCI comparés à 2,9 dans le monde. Avec une moyenne de 0,9 hôpitaux par 100.000 personnes, les pays de l'OCI traînent également derrière les moyennes du monde et des pays en développement non membres de l'OCI en termes de disponibilité des hôpitaux sectoriels, provinciaux et spécialisés.

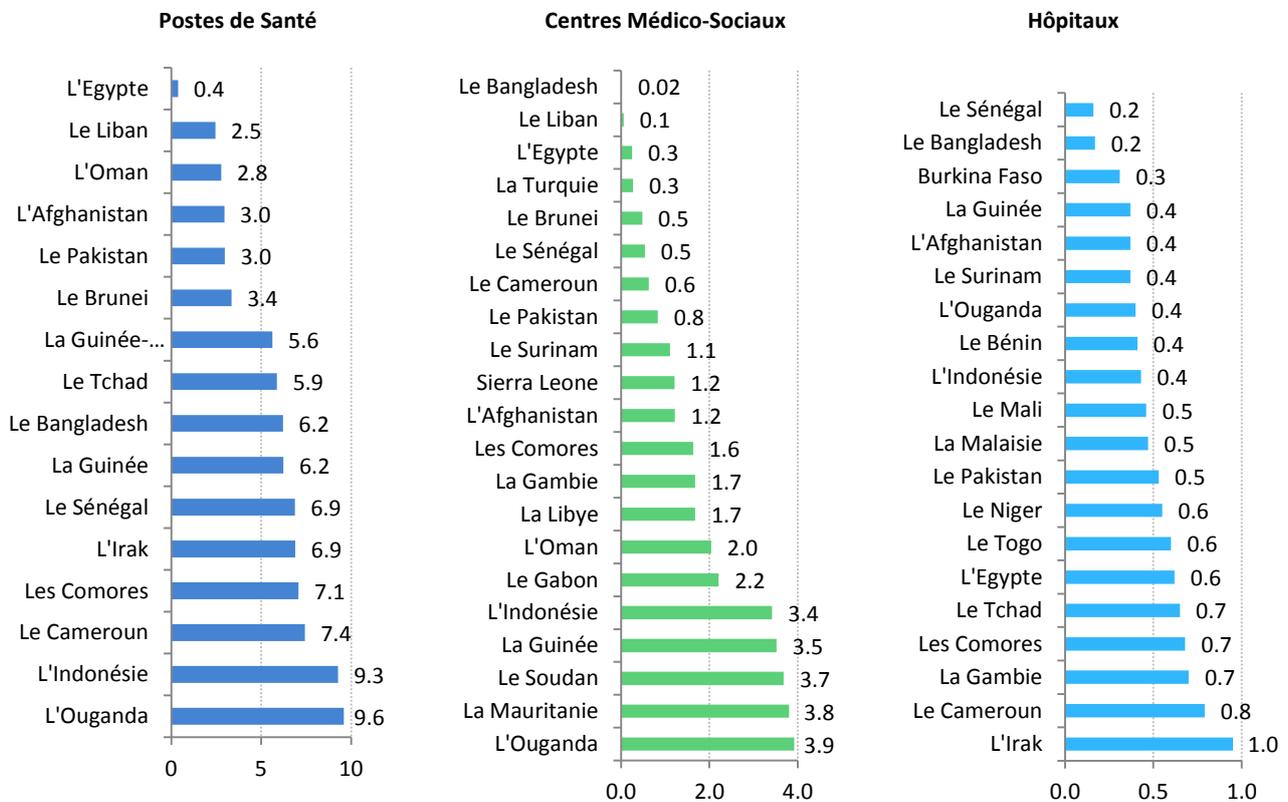
Schéma 2. 11: Nombre d'Installations Sanitaires par 100.000 Personnes, 2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l’OMS, Référentiel de données

Au niveau du pays individuel, 17 pays de l’OCI ont marqué plus de 10 centres médicaux par 100.000 personnes. Le Surinam a enregistré le plus haut densité des centres médicaux (45,3 par 100.000 personnes) suivis du Gabon (29,4) et de la Libye (29,3). Du côté opposé de l’échelle, même moins de cinq centres médicaux étaient disponibles pour 100.000 personnes dans six pays de l’OCI, avec le chiffre le plus bas marqué en Égypte (0,4) et au Liban (2,5). De même, 26 pays de l’OCI ont moins de 10 centres médico-sociaux par 100.000 personnes, et 29 pays de l’OCI ont moins de deux hôpitaux par 100.000 personnes en 2013.

Schéma 2. 12: Pays de l’OCI avec le Nombre le Moins Élevé d'Installations Sanitaires par 100.000 Personnes, 2013



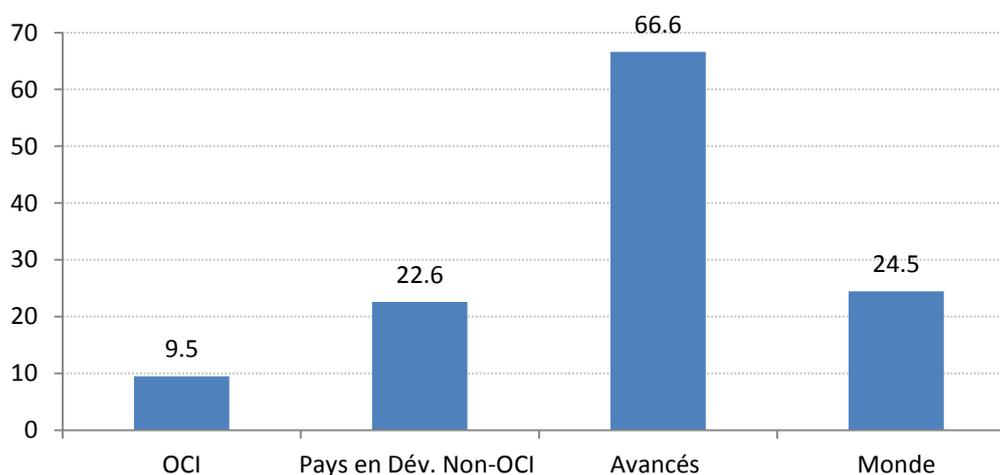
Source : OMS, Référentiel de données

2.5 Lits d'Hôpital

Le nombre de lits d'hôpital est un indicateur important des ressources disponibles pour le soin des hospitalisés et l'accès global aux services hospitaliers. Suivant les indications du schéma 2.13, Mondialement il y avait 24,5 lits par 10.000 personnes en 2007-2013. La densité des lits d'hôpital est demeurée tout à fait plus élevée dans les pays avancés où 66,6 lits d'hôpital étaient disponibles pour 10.000 personnes ; considérant que dans le groupe de pays en développement non membres de l'OCI il y avait juste 22,6 lits d'hôpital disponibles pour 10.000 personnes. La disponibilité des lits d'hôpital est demeurée comparativement très faible dans les pays de l'OCI, car il y avait seulement 9,5 lits d'hôpital pour 10.000 personnes en 2007-2013 (Schéma 2.13).

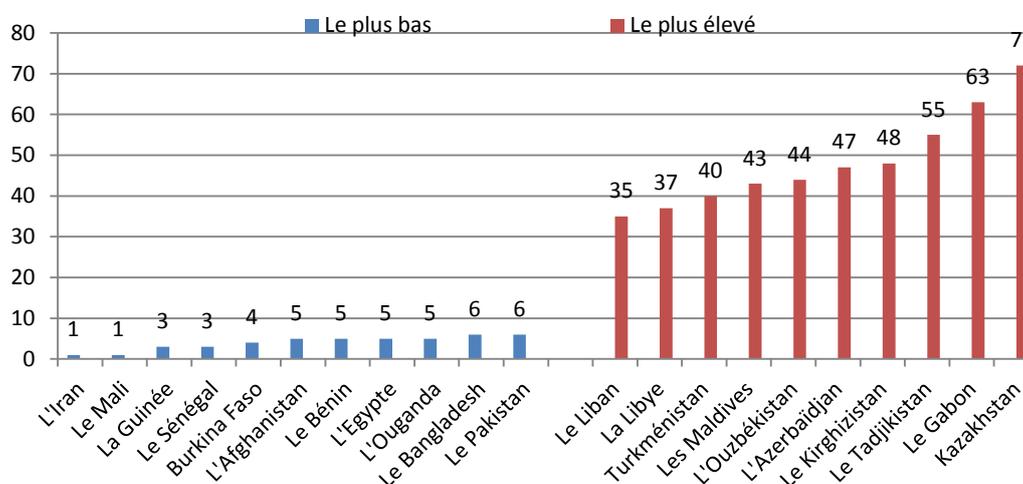
Le nombre de lits d'hôpital par 10.000 personnes varie considérablement à travers les pays de l'OCI. Suivant les indications du schéma 2.14, il est le plus élevé à Kazakhstan, au Gabon et au Tadjikistan avec plus de 50 lits par 10.000 personnes. Néanmoins, ce rapport est même moins de 10 lits par 10.000 personnes pour 17 pays de l'OCI. Parmi ces pays, le Mali et l'Iran ont marqué la plus basse densité des lits d'hôpital avec seulement un lit disponible par 10.000 personnes en 2007-2013.

Schéma 2. 13: Lits d'Hôpital par 10.000 Personnes, 2007-2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Schéma 2. 14: Pays de l'OCI avec la Plus Basse et la Plus Haute Densité des Lits d'Hôpital, 2013



Source : OMS, Référentiel de données

SANTÉ ET NUTRITION MATERNELLE, DE NOUVEAU-NÉ ET DES ENFANTS

3

La santé est essentielle pour le bien-être de tous les êtres humains. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé signifie non seulement une absence de maladie ou de maladie mais c'est un concept multidimensionnel qui entoure l'état de bien-être physique, mental et social d'une personne. Les droits bien-être est essentiel pour chacun personne, mais il est particulièrement important pour les mères et les enfants parce qu'ils sont vulnérables et plus en danger aux complications de maladie et de santé. La santé maternelle, de nouveau-né et infantile (MNCH) est liée fondamentalement à la santé des femmes et des bébés pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement. La fourniture de soins de qualité au cours de cette période est très critique pour la santé et pour la survie de la mère et du bébé.

3.1 Mortalité Maternelle

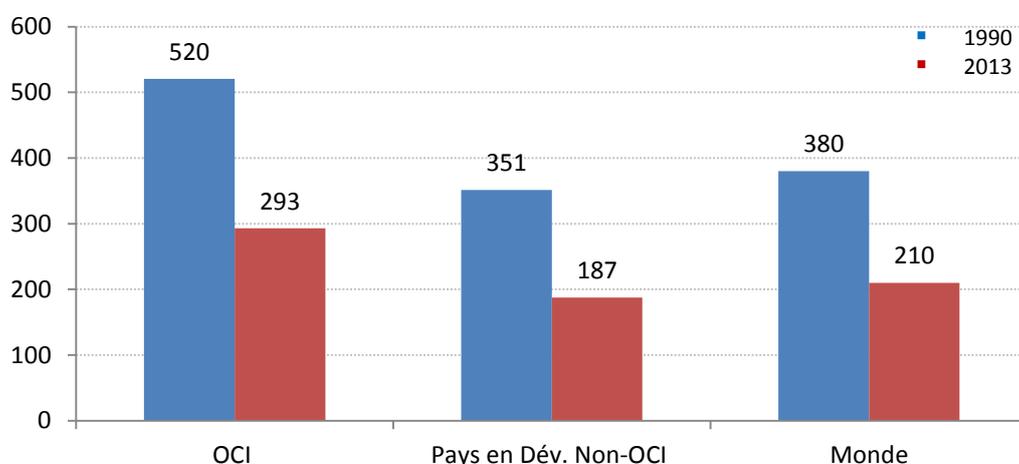
La mortalité maternelle est demeurée significativement élevée dans le monde en voie de développement. Selon les dernières évaluations de l'OMS, presque 0,3 millions de femmes sont mortes des causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement en 2013. Presque toutes ces décès ont été marquées dans les pays en développement, particulièrement l'Afrique Subsaharienne et en Asie. Environ 75 pourcent de tous les décès maternels dans le monde sont causés par cinq complications importantes pendant et après la grossesse (OMS, 2014a) (la Carte de Données No.348 de Mortalité Maternelle). Parmi ces complications, le saignement sérieux (saignant sévèrement après l'accouchement) est la cause supérieure des décès maternelles, représentant 27 pourcent des décès maternels, suivis d'hypertension pendant la grossesse (14 pourcent), d'infections souvent après l'accouchement (11 pourcent), de complications de l'accouchement (9 pourcent) et l'avortement risqué (8 pourcent).

Dans les pays de l'OCI, environ 0,13 millions de femmes meurent des causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement en 2013, correspondant à 44 pourcent des décès maternelles de total du monde. La mortalité maternelle est demeurée fortement concentrée dans un groupe de pays de l'OCI. En 2013, plus que la moitié (53,6 pourcent) de tous les décès maternels de l'OCI ont été marqués seulement dans cinq pays, à savoir : Le Nigéria, l'Indonésie, le Pakistan, l'Ouganda et le Tchad. Parmi ces pays élevés de fardeaux, seul le Nigéria a représenté le tiers presque deux (31,3 pourcent) des décès maternelles totales de l'OCI en 2013. Notamment, l'Indonésie a représenté 6,9 pourcent suivis du Pakistan (6,2 pourcent), de l'Ouganda (4,6 pourcent) et du Tchad (4,5 pourcent).

Sous les OMD 5, tous les pays sont commis à réduire la mortalité maternelle par trois quarts entre 1990 et 2015. Les efforts faits jusqu'ici pour réaliser cet objectif ont payé réellement et le taux de mortalité maternelle (TMM) a diminué des 380 décès par 100.000 nouveau-nés en 1990 aux 210 décès en 2013, correspondant à une diminution par 45 pourcent (Schéma 3.1). On peut observer une tendance semblable pour les pays en développement non membres de l'OCI avec une baisse générale de 47 pourcent dans le TMM. En conformité avec les tendances mondiales, les pays de l'OCI étaient témoin également d'une certaine amélioration des états de santé maternels et le TMM a diminué des 520 décès en 1990 aux 293 décès en 2013, correspondant à une diminution par 44 pourcent. Cependant, en dépit de cette amélioration, le TMM dans les pays de l'OCI est demeuré significativement plus élevé que les moyennes d'autres groupes.

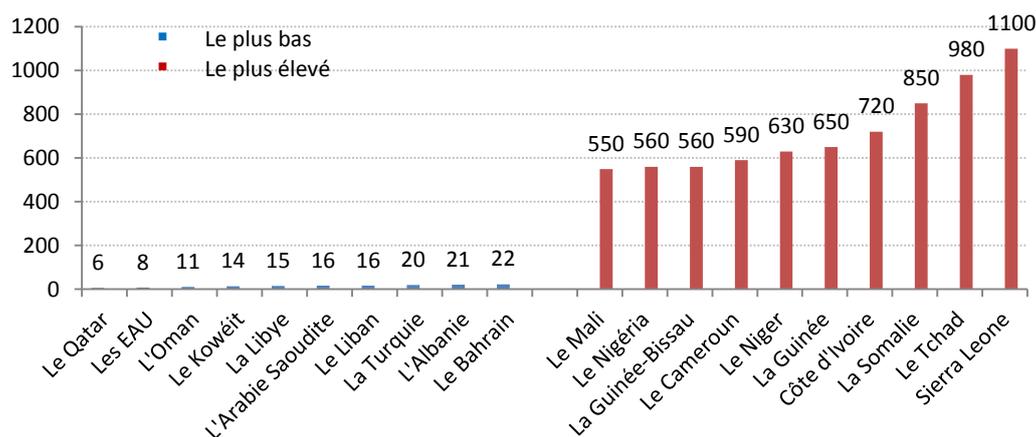
Au niveau du pays individuel, le Sierra Leone a enregistré le TMM le plus élevé (1.100 décès maternels par 100.000 nouveau-nés), suivi du Tchad (980 décès), et la Somalie (850 décès). Parmi ces pays, le Sierra Leone est classé premier en ce qui concerne le TMM le plus élevé au monde, le Tchad est classé 2ème, et la Somalie classé est 4ème. En revanche, le Qatar a enregistré le plus bas TMM avec les seulement 6 décès maternelles par 100.000 nouveau-nés suivi des Émirats Arabes Unis (8 décès), et l'Oman (11 décès). Entre 1990 et 2013, 30 pays de l'OCI ont enregistré plus de 45 pourcent de diminution de MMR. La majorité de ces pays sont de région de Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (12 pays) et de l'Afrique Subsaharienne (8 pays). D'autre part, quatre OCI pays à savoir, le Brunei Darussalam, le Bahreïn, le Koweït, la Guyane et le Surinam ont marqué l'augmentation du MMR par 4 pourcent, 5 pourcent et 17 pourcent, 19 pourcent et 55 pourcent, respectivement.

Schéma 3. 1: Taux de Mortalité Maternelle (par 100.000 Nouveau-Nés)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Schéma 3. 2: Pays de l'OCI avec le TMM le Plus Bas et le Plus Elevé, 2013



Source : OMS, Référentiel de données

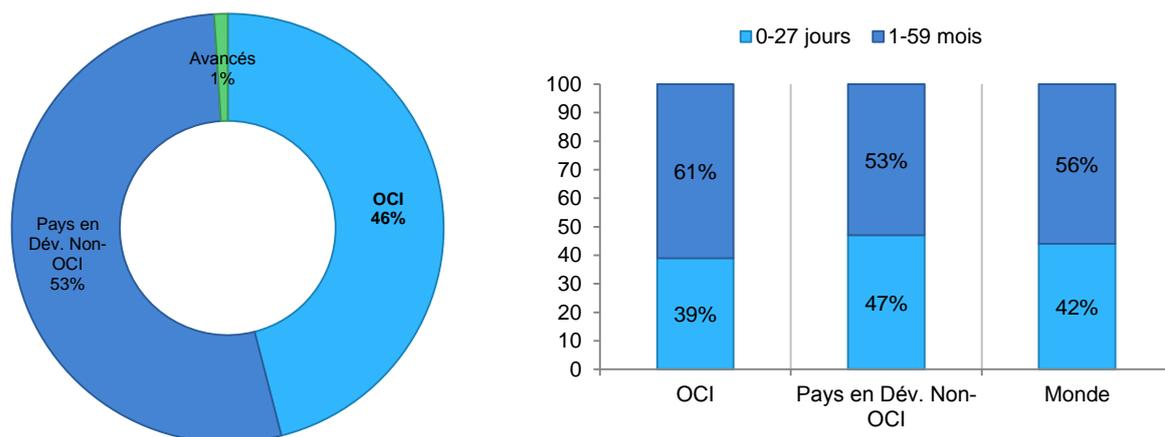
3.2 Mortalité Infantile et de Nouveau-Née

Le taux de mortalité des enfants est le nombre de décès des enfants au-dessous de 5 ans par 1.000 nouveau-nés. Il est l'un des indicateurs les plus importants sur l'état de santé des enfants qui reflète

fondamentalement la couverture et l'efficacité générales des services de soins de santé avec le développement socio-économique dans un pays. C'est l'indicateur de repère de les Objectifs de Millénaire pour le Développement 4 des Nations Unies, qui met en place un objectif pour réduire le taux de mortalité des enfants de deux-tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité au-dessous de 5 (ONU, 2014). Mondialement, plus de 6 millions d'enfants est mort avant d'atteindre leur cinquième anniversaire en 2013. Le risque de mort pour un enfant est le plus élevé lors de la période néonatale ; les 28 premiers jours de vie. En 2013, 44 pourcent des décès de sous-cinq ans ont été marqués au cours de la période néonatale. La majorité de ces décès peut facilement être empêchée en assurant l'accès à l'accouchement sans risques effectif et aux services néonataux de soin (OMS, 2015).

La mortalité de sous-cinq ans est demeurée fortement concentrée dans les pays en développement qui ont représenté plus de 99 pourcent de total du monde en 2013. Ceci signifie qu'en moyenne environ 17000 enfants est mort chaque jour dans les pays en développement. Être une partie notable du monde en voie de développement, les pays de l'OCI ont représenté 46 pourcent des décès de sous-cinq ans de total du monde en 2013. En d'autres termes, environ 8000 enfants sous-cinq ans sont morts chaque jour dans les pays de l'OCI. Plus de 39 pourcent des décès infantiles dans les pays de l'OCI se sont produits lors des 28 premiers jours de la vie (Schéma 3.3).

Schéma 3. 3: Distribution et Répartition par Âge des Décès de Sous-5, 2013

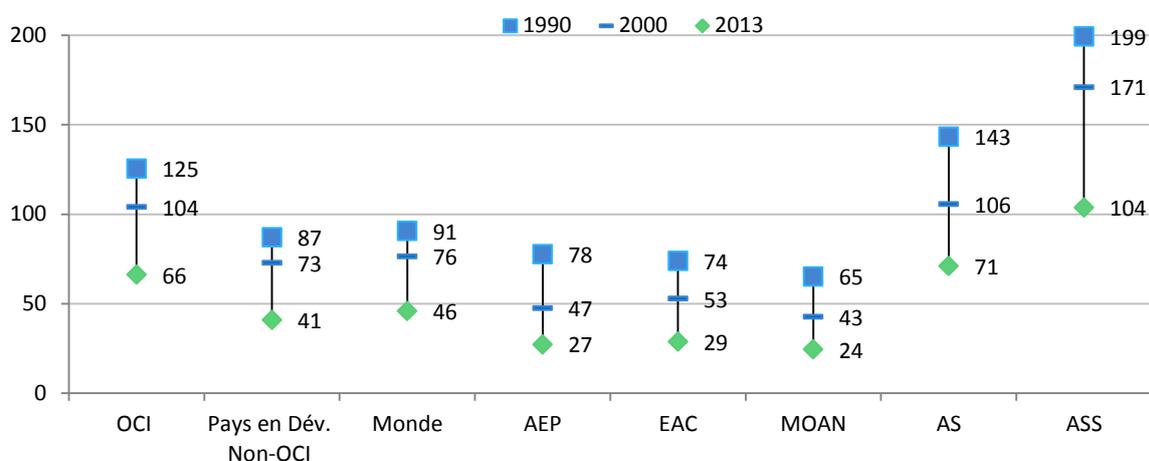


Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Au cours des années, la mortalité infantile a montré une tendance diminuante à travers le globe (Schéma 3.4) où le taux de mortalité infantile de sous-cinq ans moyen (TMS5) a diminué depuis les 1990 à 46 décès par 1000 nouveau-nés en 2013. Les pays en développement non membres de l'OCI ont également enregistré le progrès remarquable avec la baisse de 53 pourcent dans le TMS5 depuis 1990. En conformité avec les tendances mondiales, la situation de mortalité infantile a été également améliorée dans les pays de l'OCI. À partir des décès plus élevées d'un TMS5 de 125 par 1000 nouveau-nés en 1990, les pays de l'OCI sont parvenus à ramener un TMS5 par 47 pourcent à 66 par 1000 nouveau-nés d'ici 2013. Néanmoins, en dépit de cette amélioration, le groupe de l'OCI a accompli un très petit progrès en réduisant les décès infantiles depuis 1990. À partir de 2013, un dans 15 enfants des pays de l'OCI est mort avant sa cinquième anniversaire comparé à un dans 25 dans d'autres pays en développement et à un dans 22 enfants dans le monde. D'autre part, un dans 21 enfants dans les pays de l'OCI meurt avant sa première anniversaire ait comparé à un dans 32 dans d'autres pays en développement et à un dans 30 enfants dans le monde.

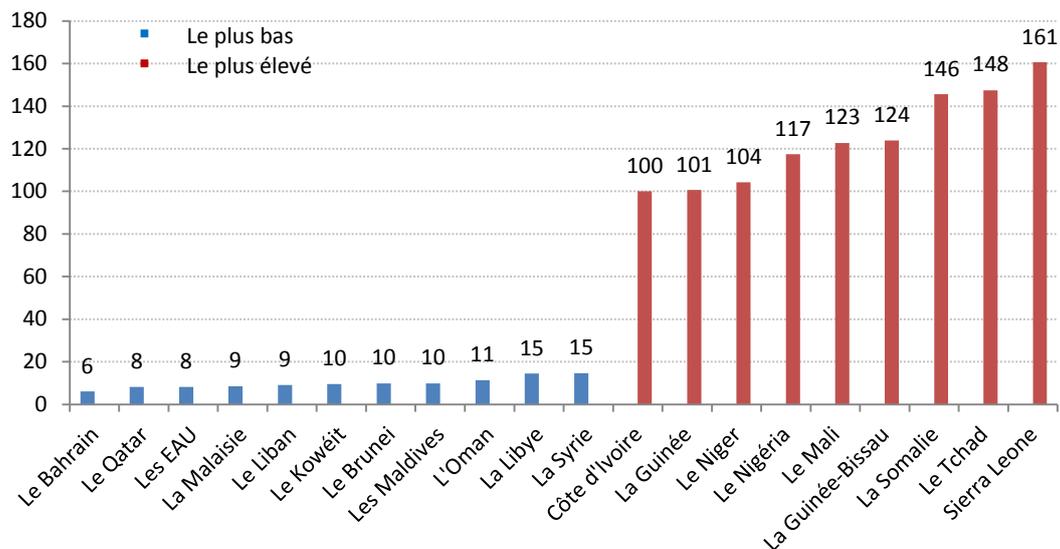
La mortalité infantile a diminué à travers les groupes régionaux de l'OCI (Schéma 3.4). Entre 1990-2013, la région de l'AEP a enregistré le progrès le plus remarquable avec 65 pourcent de diminution dans le TMS5 suivi de près la région du MOAN (63 pourcent) et la région de l'EAC (61 pourcent). Les régions de l'AS et de l'ASS sont également parvenues à diviser en deux leurs taux de mortalité de sous-cinq ans au cours de cette période. Néanmoins, parmi les groupes régionaux de l'OCI, les régions de l'ASS et de l'AS sont demeurées l'endroit le plus difficile pour qu'un enfant survive jusqu'à l'âge de cinq ans. En 2013, le TMS5 dans la région de l'ASS était 104 par 1000 nouveau-nés, signifiant que 1 dans chaque 10 enfants n'ont pas pu atteindre leur cinquième anniversaire tandis que ; le TMS5 dans la région de l'AS était 71 par 1000 nouveau-nés, signifiant que 1 dans chaque 14 enfants n'ont pas pu atteindre leur cinquième anniversaire. En revanche, ce rapport s'élève à 1 dans chaque 41 enfants pour le MOAN, à 1 dans 37 pour EAP et à 1 dans 35 pour la région de l'EAC.

Schéma 3. 4: Le Taux de Mortalité des Enfants sous-5 Ans (par 1000 Nouveau-Nés)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Au niveau national, plusieurs pays de l'OCI ont marqué de grands pas contre la mortalité infantile au cours des deux dernières décennies. Lors des années 1990-2013, plus de 60 pourcent de diminution a été enregistré dans 23 pays de l'OCI et dans 24 pays la diminution s'est classée entre 40 à 58 pourcent. À partir de 2013, le TMS5 dans les pays de l'OCI s'est classé d'un taux bas des six décès par 1000 nouveau-nés au Bahreïn à un taux élevé de 161 au Sierra Leone (Schéma 3.5). Huit pays de l'OCI ont enregistré des décès dans le TMS5 inférieurs que 10 décès par 1000 nouveau-nés. En revanche, huit pays de l'OCI de région de l'ASS ont enregistré des décès plus élevées dans le TMS5 que 100 par 1000 nouveau-nés. Sept de ces huit pays sont classés parmi les 10 premiers pays avec le TMS5 le plus élevé au monde. En 2013, le Sierra Leone était classé 2ème en ce qui concerne le TMS5 dans le monde suivi du Tchad (classé 3ème), la Somalie (classée 4ème), la Guinée-Bissau (classée 6ème), et du Mali (classé 7ème). Généralement 28 pays de l'OCI ont enregistré le TMS5 moins que la moyenne des pays en développement non membres de l'OCI des 41 décès par 1000 nouveau-nés en 2013.

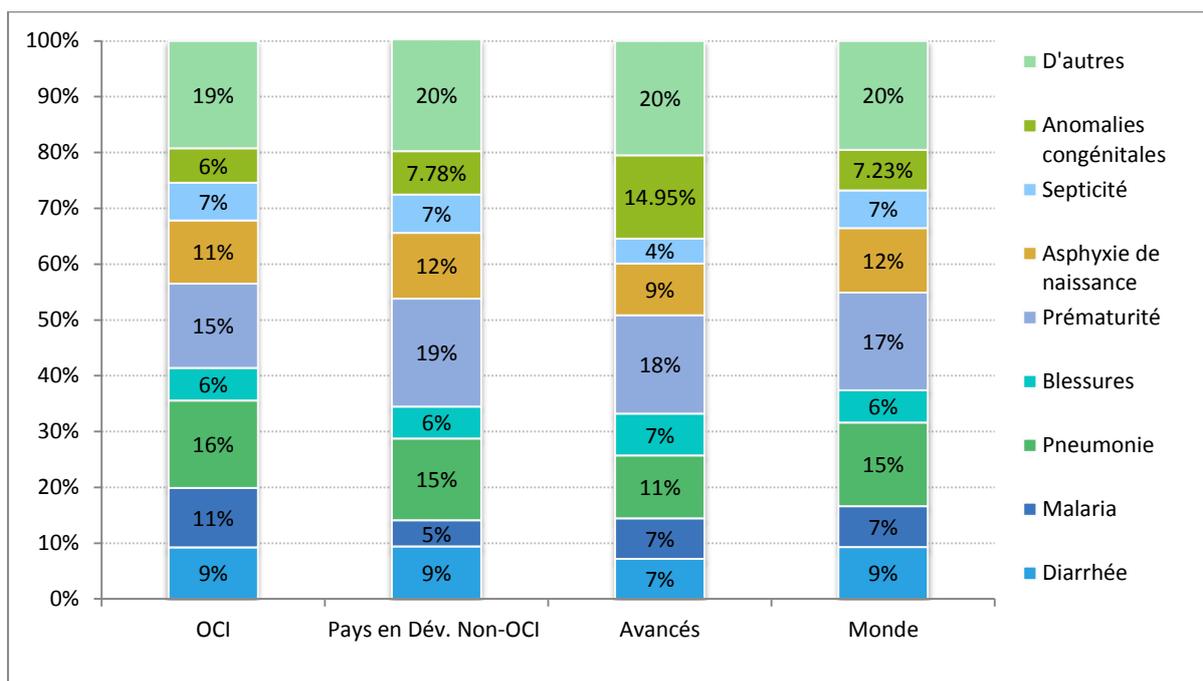
Schéma 3. 5: Pays de l'OCI avec le TMS5 le Plus Bas et le Plus Élevé (par 1000 Nouveau-Nés), 2013

Source : OMS, Référentiel de données

3.3 Causes Principales de Mortalité Infantile

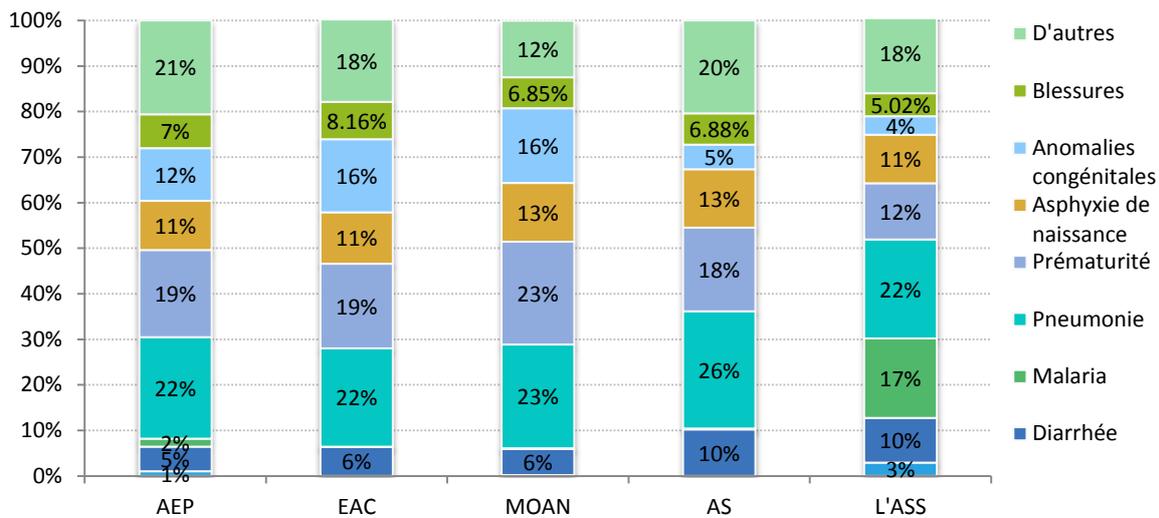
Mondialement, les maladies infectieuses, la grossesse, et les complications relatives par naissance ont causé plus de trois quarts des décès totales chez les enfants au-dessous de cinq ans en 2013. En fait, ces causes sont en grande partie évitables et/ou traitables en assurant l'accès aux interventions simples et abordables comme la vaccination, les soins de santé prénatals et l'assistance qualifiée lors de la naissance. Suivant les indications du schéma 3.6, la prématurité était la plus grande seule cause du décès chez les enfants au-dessous de cinq ans en 2013, et approximativement 50 pourcent des décès sous-cinq ans étaient dus aux causes infectieuses comme la pneumonie /sepsis (pneumonie néonatale), la diarrhée, la malaria et d'autres maladies transmissibles. On observe également une situation semblable dans le cas des pays en développement non membres de l'OCI où les principales causes du décès parmi les enfants au-dessous de cinq ans sont des complications de naissance, pneumonie, asphyxie de naissance, diarrhée et malaria avant terme. En revanche, les causes des décès infantiles dans les pays avancés ensemble sont biaisées vers des complications liées à la grossesse et à l'accouchement que les maladies infectieuses. Les causes principales de la mortalité de sous-cinq ans dans les pays de l'OCI sont semblables à ceux dans d'autres pays en développement. Suivant les indications du schéma, 3.6, 43 pourcent des décès de sous-cinq ans ont été causés par trois maladies infectieuses : pneumonie/septicité (23 pourcent), malaria (11 pourcent), et diarrhée (9 pourcent). Parmi les complications connexes à la grossesse et à la naissance, la prématurité (15 pourcent) est demeurée la cause principale des sous-cinq décès suivis d'asphyxie de naissance (11 pourcent) et d'anomalies congénitales (6 pourcent).

Schéma 3. 6: Causes Principales de la Mortalité Infantile, 2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l’OMS, Référentiel de données

Parmi les groupes régionaux de l’OCI, les deux régions de l’Afrique Subsaharienne et l’Asie du Sud soutiennent le plus grand fardeau des décès au-dessous de cinq ans dans les pays de l’OCI. À partir de 2013, 83 pourcent des décès infantiles totaux dans les pays de l’OCI ont été enregistrés dans ces deux régions (60 pourcent en ASS et 23 pourcent en AS). Cependant les causes principales des décès de sous-cinq ans sont demeurées tout à fait semblables dans toutes les régions de l’OCI, le fardeau relatif de ces causes varie entre les régions dépendant, notamment, des conditions socio-économiques et de la couverture des services de soins de santé. Suivant les indications du schéma 3.7, les maladies infectieuses comme la pneumonie, la malaria, la diarrhée et les SIDA ont représenté la moitié des décès totales en ASS suivie de 37 pourcent en AS, de 30 pourcent dans l’AEP, de 27 pourcent à l’EAC et de 26 pourcent dans la région du MOAN. Comparé à d’autres régions, les décès attribués à la malaria sont demeurés tout à fait élevés en ASS (17 pourcent). D’autre part, les complications relatives à la grossesse et l’accouchement (prématurité, asphyxie de naissance et anomalies congénitales) a causé 52 pourcent des décès dans la région du MOAN, 46 pourcent à l’EAC, 41 pourcent dans l’AEP, 37 pourcent en AS et 27 pourcent dans la région de l’ASS.

Schéma 3. 7: Causes Principales de la Mortalité Infantile dans les Régions de l'OCI, 2013

Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

3.4 Services Maternels, Nouveau-Nés et Infantiles de Soins de Santé

Les experts en matière de santé sont d'avis que la majorité des décès maternels et infantiles soient évitable et des interventions comme le soin prénatal, l'assistance qualifiée lors de la naissance, l'immunisation, et le soin précoce cherchant pour la pneumonie, la diarrhée et la malaria sont critique pour la survie et le bien-être des mères et des enfants. Ce paragraphe examine la performance des pays de l'OCI en termes de couverture de certaines de ces interventions choisies.

3.4.1 Soin Prénatal

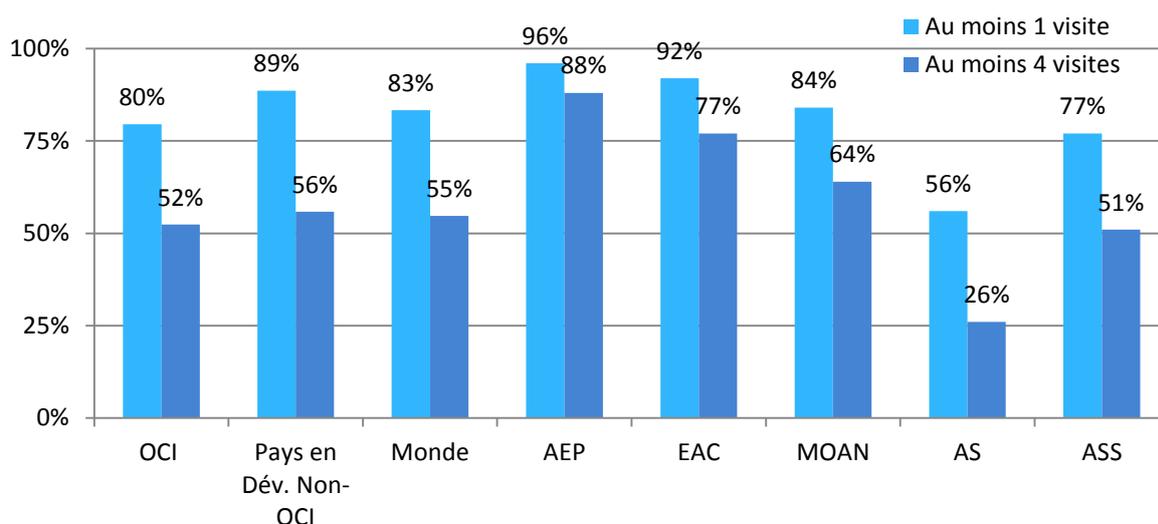
Le soin prénatal et la consultation est le point d'entrée au système de santé formel et fournit une base solide pour surveiller et améliorer la santé de la mère et du bébé par l'identification et l'empêchement/le contrôle des complications prénatales à une étape précoce (OMS, 2010). La couverture des soins prénatals (SPN) mesure le total de la proportion de la femme enceinte âgée de 15-49 qui a rendu visite à un professionnel de la santé qualifié pour des raisons liées à la grossesse. Pour la qualité et l'efficacité des SPN, le nombre de visites et leur synchronisation est très important.

La fourniture de soin prénatal de qualité est demeurée un souci important dans plusieurs pays de l'OCI. Au cours de la période 2008-2012, environ 80 pourcent de femmes enceintes totales dans les pays de l'OCI ont tiré bénéfice des services prénatals au moins une fois pendant la grossesse tandis que 56 pourcent tiraient bénéfice des quatre contrôles prénatals recommandés (Schéma 3.8). Dans les deux cas, la moyenne de l'OCI est demeurée au-dessous des moyennes des pays en développement non membres de l'OCI et du monde. Au niveau régional de l'OCI, en termes d'une et quatre visites prénatals, la couverture des SPN est demeurée comparativement très faible dans des régions de SA et de l'ASS. Suivant les indications du schéma 3.8, seulement 26 pourcent et de 51 pourcent des femmes enceintes ont eu quatre contrôles prénatals en AS et des régions de l'ASS, respectivement tandis que, cette action a été enregistrée à 56 pourcent et à 77 pourcent en cas d'une visite prénatale dans ces deux régions, respectivement.

Au niveau du pays individuel, plus de 90 pourcent de femmes enceintes ont visité une clinique de santé au moins une fois dans 27 pays de l'OCI tandis que ; ce rapport s'est étendu de 66 pourcent à 86 pourcent dans 13 autres pays. L'Afghanistan, le Bangladesh et le Tchad ont enregistré le plus bas taux de couverture des SPN où 60 pourcent, 55 pourcent et 53 pourcent de femmes ont visité un

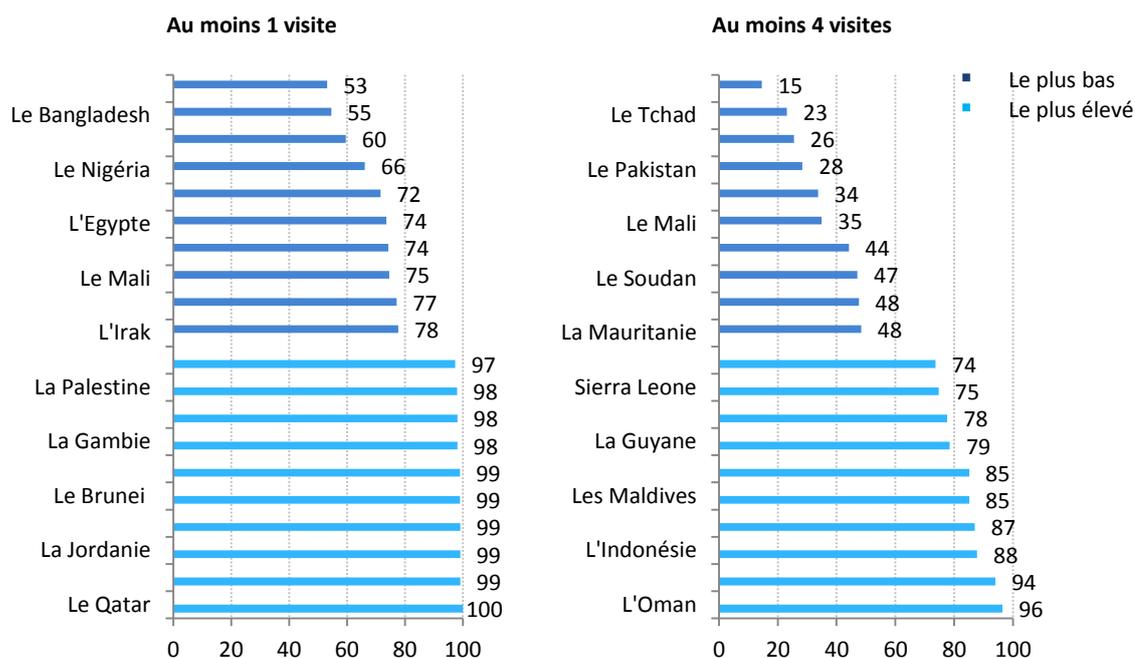
Centre Médical une fois pendant la grossesse respectivement (Schéma 3.9). En ce qui concerne quatre visites, plus de deux tiers des femmes enceintes ont payé quatre visites à la clinique de santé dans 15 pays de l'OCI. Hors de ces 15 pays, l'Oman et la Palestine sont restés au-dessus avec le taux de couverture des SPN de plus de 90 pourcent. Notamment, six pays de l'OCI ont enregistré le taux de couverture des SPN de 50 pourcent à 65 pourcent. En revanche, le taux de couverture des SPN est demeuré moins de 50 pourcent dans 11 pays. La situation était particulièrement alarmante en Afghanistan, où même moins de 15 pourcent de femmes enceintes totales ont effet bénéficié de quatre visites prénatales recommandées par l'OMS au cours des années 2008-2012 (Schéma 3.9).

Schéma 3. 8: Couverture de Soins Prénatal, 2008-2012



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Schéma 3. 9: Pays de l'OCI avec la Couverture des Soins Prénatals la Plus Élevée et Plus Basse (Pourcent), 2008-2012



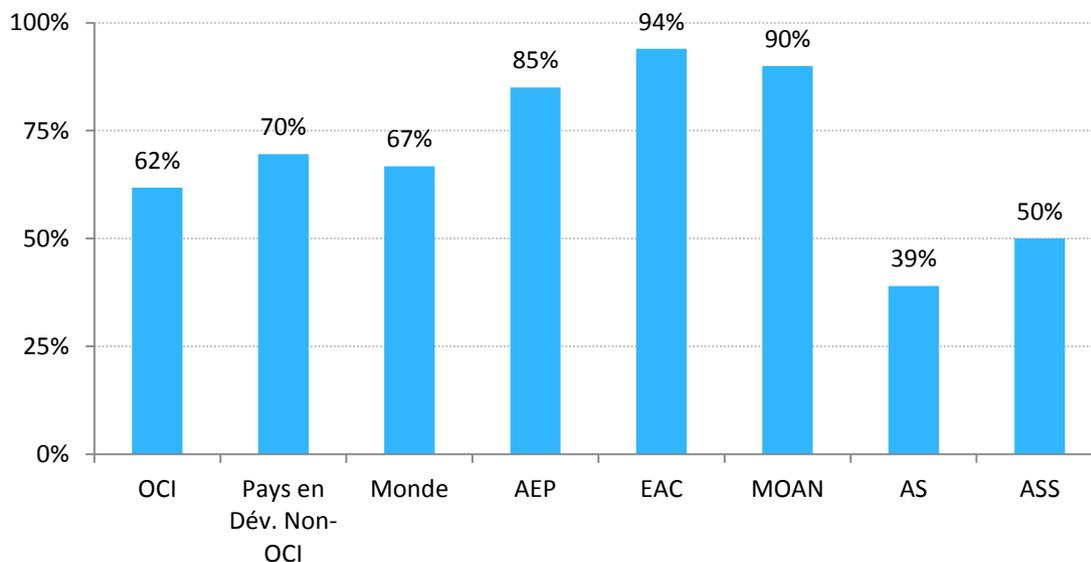
Source : OMS, Référentiel de données

3.4.2 Naissances Assistées par le Personnel de Santé Qualifié

Les soins de santé et l'assistance qualifiés lors de l'accouchement sont critiques pour la santé et la survie critique de la mère et du bébé. Selon les dernières évaluations de l'OMS, Mondialement, environ 2 millions de décès maternelles et nouveau-nées chaque année sont causés par le manque de soins de santé appropriés professionnels lors de la naissance du bébé. Ces décès sont en grande partie évitables en assurant l'assistance du personnel de santé qualifié - un médecin, une infirmière ou une accoucheuse - lors de la naissance.

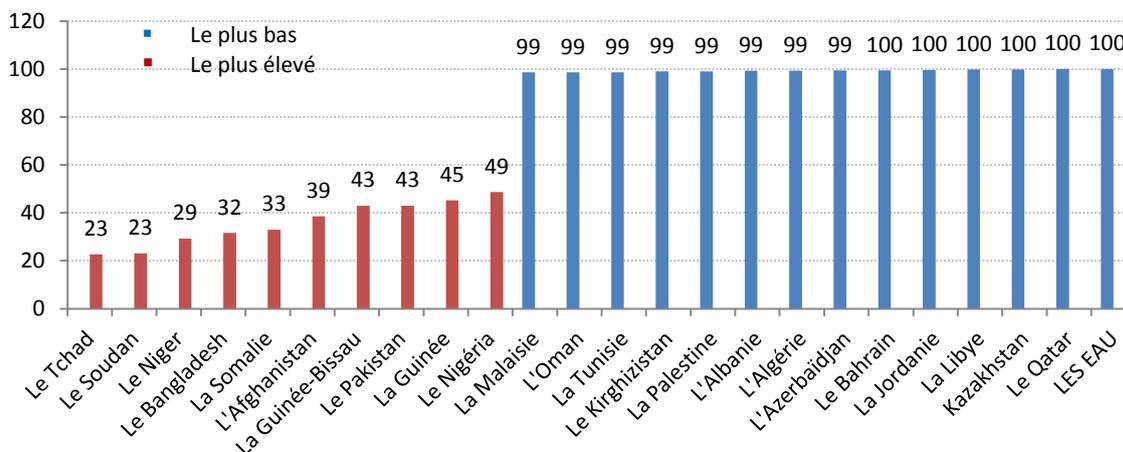
Selon les dernières évaluations, Mondialement un tiers de naissances ont lieu toujours sans assistance et soin qualifiés (Schéma 3.10). La majorité de ces accouchements sans aide se produisent dans les pays en développement. En 2008-2012, un médecin, une infirmière ou une accoucheuse ont aidé 62 pourcent des accouchements dans les pays de l'OCI. En revanche, ce taux a été enregistré à 70 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI et à 67 pourcent dans le monde. Suivant les indications du schéma 3.10, la couverture de l'assistance qualifiée de personnel lors de l'accouchement a été significativement élevée dans les groupes régionaux de l'OCI excepté des régions de l'AS et de l'ASS. La région de l'EAC a enregistré la couverture la plus élevée de 94 pourcent suivie du MOAN (90 pourcent) et de l'AEP (85 pourcent). Ces trois régions ont maintenu des taux de couverture plus élevés que les moyennes du monde et des pays en développement non membres de l'OCI. En revanche, la situation est demeurée particulièrement alarmante dans la région de l'AS où 61 pourcent de naissances totales ont eu lieu sans soins de santé et sans assistance qualifiée lors de l'accouchement.

Schéma 3. 10: Naissances Assistées par le Personnel de Santé Qualifié, 2008-2012



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Au cours des années, la majorité des pays de l'OCI ont été témoin d'une amélioration en terme des naissances assistées par le personnel de santé qualifié. Lors des années 2008-2012, le personnel de santé a aidé plus de 90 pourcent des accouchements dans 23 pays de l'OCI. Dans 16 de ces 23 pays, le personnel de santé a assisté à toutes les naissances (Schéma 3.11). En revanche, moins de 50 pourcent de femmes enceintes totales ont reçu des soins de santé qualifiés lors de la naissance dans 10 pays de l'OCI. Le Tchad et le Soudan étaient au bas de l'échelle avec seulement 23 pourcent de naissances totales assistées par le personnel de santé qualifié au cours des années 2008-2012.

Schéma 3. 11: Naissances Assistées par le Personnel de Santé Qualifié dans les Pays de l'OCI (Pourcent), 2008-2012

Source : OMS, Référentiel de données

3.4.3 Immunisation

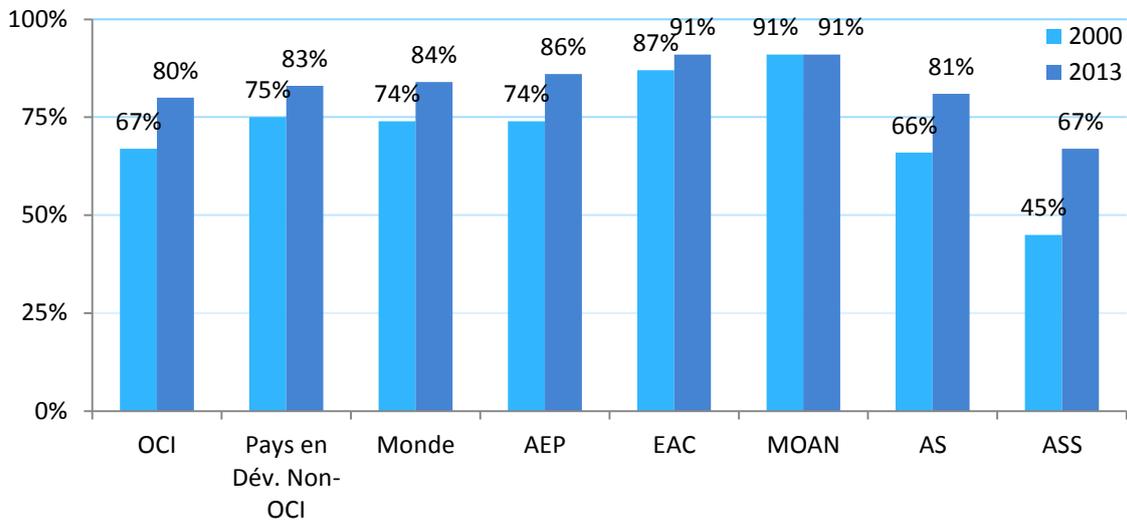
Tenant compte les risques sanitaires spécifiques à l'âge, l'immunisation infantile est l'une des méthodes les plus décisives et les plus efficaces pour empêcher les maladies comme la rougeole, la méningite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (toux coquelucheuse), la fièvre jaune, la poliomyélite et l'hépatite B. Au cours des années, des efforts sérieux ont été exercés dans le monde entier pour développer et améliorer la couverture et les programmes nationaux d'immunisation en assurant l'accès aux vaccins nécessaires et chemin de fer pour des professionnels de la santé. Ces efforts nobles vers la couverture croissante d'immunisation ont aidé à empêcher des millions de décès infantiles à travers le monde.

La Couverture de DTP3, une combinaison des vaccins contre trois maladies infectieuses : la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (toux coquelucheuse), est employée comme indicateur de repère de programme courant d'immunisation dans un pays/région par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (l'UNICEF) et l'OMS (OMS, 2015a). Mondialement, la couverture de l'immunisation DTP3 pendant la première année de la vie a augmenté de 74 pourcent en 2000 jusqu'à 84 pourcent en 2013, correspondant à une augmentation de 10 pourcent (Schéma 3.12). Une tendance semblable a régné dans les pays en développement non membres de l'OCI avec la couverture d'immunisation s'élevant de 75 pourcent en 2000 à 83 pourcent en 2013. Les pays de l'OCI étaient témoin également d'une amélioration de la vaccination DTP3 entre les bébés âgés d'un an comme leur taux de couverture a augmenté de 67 pourcent en 2000 jusqu'à 80 pourcent en 2013. Bien que la couverture de l'OCI soit demeurée légèrement au-dessous des moyennes du monde et des pays en développement non membres de l'OCI, ils rattrapent rapidement avec une augmentation de 13 pourcent au cours des années 2000-2013 comparé à l'augmentation de 8 pourcent des pays en développement non membres de l'OCI et à 10 pourcent dans le monde.

Au cours de la période à l'étude, toutes les régions de l'OCI étaient témoin d'une amélioration de l'immunisation DTP3 entre les bébés âgés d'un an (Schéma 3.12). Les taux de couverture sont demeurés les plus élevés dans des régions de l'EAC et du MOAN avec 90 pourcent des enfants immunisés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. En revanche, en dépit d'une augmentation de 22 pourcent au cours des années 2000-2013, la région de l'ASS a enregistré la plus basse couverture d'immunisation car environ un tiers d'enfants étaient manqués dans cette région. En

attendant, la part des enfants recevant le vaccin DTP3 au cours de la première année de la vie a augmenté de 66 pourcent jusqu'à 81 pourcent en AS et 67 pourcent à 80 pourcent dans l'AEP.

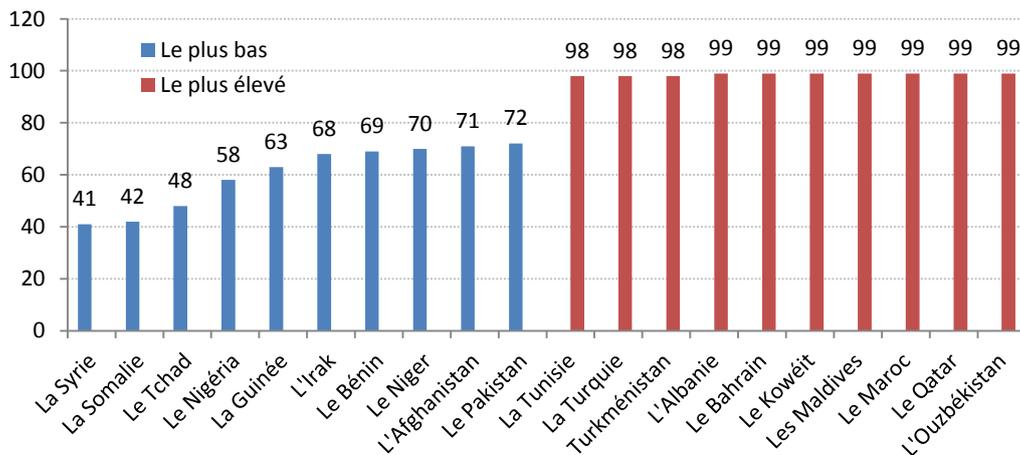
Schéma 3. 12: Couverture de l'Immunisation DTP3 (Pourcent), 2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

La couverture de l'immunisation DTP3 est demeurée tout à fait élevée dans la majorité de pays de l'OCI. En 2013, 30 pays de l'OCI ont enregistré le taux de couverture de 90 pourcent ou de plus. Parmi ces 30 pays, sept pays de l'OCI ont enregistré la couverture d'immunisation de 99 pourcent (Schéma 3.13). Notamment, 12 pays étaient en marge des pourcent 80-89 et le taux de couverture est demeuré entre 70 à 79 pourcent pour sept autres pays de l'OCI. En revanche, environ un tiers d'enfants âgés d'un an n'ont pas été immunisés contre le DTP dans les sept pays de l'OCI. Parmi ces pays, suivant les indications du schéma 3.13, le plus bas taux de couverture a été enregistré en Syrie (41 pourcent) suivie de la Somalie (42 pourcent) et du Tchad (48 pourcent).

Schéma 3. 13: Pays de l'OCI avec la Couverture de l'Immunisation DTP3 la Plus Élevée et Plus Basse (Pourcent), 2013



Source : OMS, Référentiel de données

3.5 Prévention et Contrôle des Maladies Infectieuses

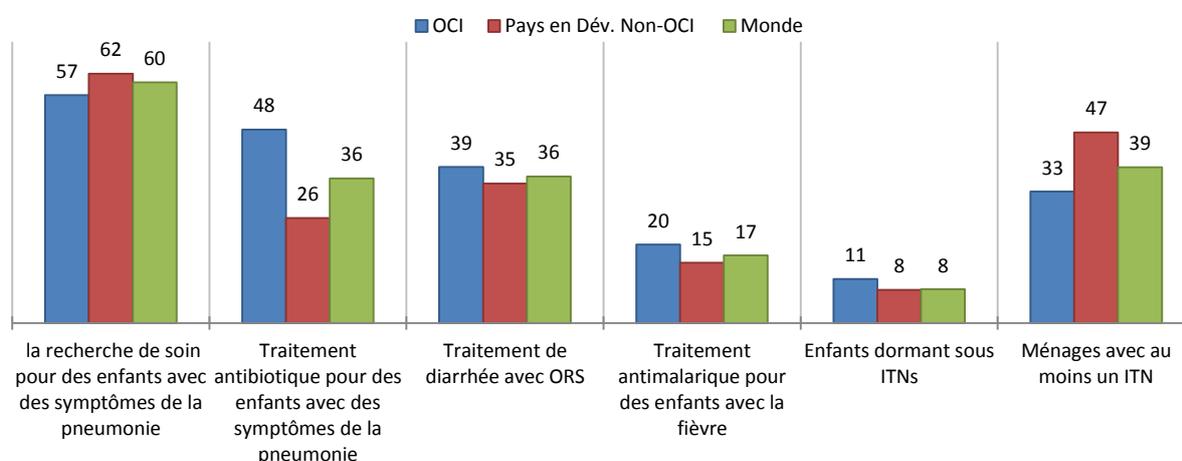
Mondialement, plus de 38 pourcent de tous les décès de sous-cinq ans sont causés par seulement trois maladies infectieuses : pneumonie, diarrhée, et malaria. Le fardeau combiné de ces supports des trois maladies à 36 pourcent de tous les décès de sous-cinq ans dans les pays en développement non membres de l'OCI et plus de 43 pourcent dans les pays de l'OCI. La majorité de ces décès sont évitable à l'aide des mesures rentables, abordables et faciles à exécuter (Schéma 3.14).

La diminution de mortalité infantile causée par des infections respiratoires aiguës est demeurée un but évasif principalement dû aux plans inachevés d'immunisation, à la malnutrition, à la recherche de soin retardé et au traitement insuffisant. Les dernières évaluations prouvent que 60 pourcent d'enfants avec des symptômes de la pneumonie dans le monde ont été amenés à un fournisseur de santé pour le contrôle et seulement 36 pourcent ont reçu le traitement antibiotique en 2009-2013. Une situation semblable règne dans les pays en développement de l'OCI aussi bien que dans les pays non membres de l'OCI. Néanmoins, le traitement antibiotique pour la pneumonie était significativement élevé dans les pays de l'OCI avec un taux de couverture de 48,2 pourcent (Schéma 3.14).

La diarrhée est un autre tueur principal des enfants, représentant 9 pourcent des décès totales du monde des enfants de sous-5 ans. Bien que la diarrhée chez les enfants puisse être traitée avec une solution simple faite à partir des sels oraux de réhydrations(SOR), juste plus d'un tiers d'enfants (36,5 pourcent) avec la diarrhée ont été traités mondialement avec les SOR en 2009-2013. Le taux de couverture a été enregistré à 39 pourcent dans l'OCI et à 35 pourcent dans d'autres pays en développement (Schéma 3.14).

Mondialement, plus de 7 pourcent des décès totaux chez les enfants sont attribués à la malaria. La plupart de ces décès se sont produites dans les pays de l'OCI qui ont représenté une charge mondiale de 62 pourcent en 2009-2013. Dormir sous les moustiquaires traitées aux insecticides (MTI) est la plupart de façon efficace d'empêcher l'infection malarique et de réduire les décès relatifs à la malaria. Néanmoins, dans le monde entier, seulement 8,4 pourcent d'enfants dormaient sous les MTI en 2009-2013. Bien que le taux de couverture soit demeuré comparativement mieux dans les pays de l'OCI, seulement 11 pourcent d'enfants totaux dormaient toujours sous les MTI (Schéma 3.14). Généralement, autour de la moitié des ménages totaux (47,4 pourcent) ont eu au moins un MTI dans les pays en développement non membres de l'OCI comparés à la moyenne de l'OCI de seulement 32,7 pourcent.

Schéma 3. 14: Couverture des Mesures pour des Maladies Infectieuses (Pourcent), 2009-2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Les décès des enfants causés par la pneumonie, la diarrhée et la malaria sont demeurés fortement concentrés dans deux régions de l'OCI à savoir : l'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud. À partir de 2013, la région de l'ASS a représenté 99 pourcent des décès de sous-cinq ans causés par la malaria dans les pays de l'OCI. En dépit de cette lourde tribu, les évaluations récentes prouvent que seulement 28 pourcent d'enfants dans cette région dorment sous les MTI et seulement une moitié des ménages totaux (51 pourcent) ont eu au moins une MTI. Pour plusieurs pays dans la région de l'ASS, la couverture de MTI est demeurée encore inférieure à la moyenne régionale (Schéma 3.15). Au-dessus de tous, la plus basse couverture a été enregistrée au Tchad où seulement 9,8 pourcent des enfants dormaient sous les MTI suivis de la Somalie (11 pourcent), et du Nigéria (16,6 pourcent).

En 2009-2013, 90 pourcent des décès infantiles liés à la diarrhée dans les pays de l'OCI ont été marqués dans des régions de l'ASS (64 pourcent) et de l'AS (26 pourcent). Néanmoins, même dans ces régions élevées de fardeau, le traitement des SOR est demeuré faible avec un peu plus de la moitié (54 pourcent) des enfants avec la diarrhée traités avec les SOR en AS et seulement 31 pourcent dans la région de l'ASS. Souvent, les pays de l'OCI avec le fardeau la plus élevée des décès relatifs par la diarrhée ont enregistré la plus faible couverture du traitement des SOR. Suivant les indications du schéma 3.15, moins de 30 pourcent d'enfants avec la diarrhée ont été traités avec les SOR dans 12 pays, tous de la région de l'ASS. Le Mali a enregistré la plus basse couverture d'ORS (11,2 pourcent) suivi du Togo (11,3 pourcent), de la Somalie (13,2 pourcent) et du Tchad (13,3 pourcent).

En cas de pneumonie, 85 pourcent des décès infantiles de l'OCI ont été marqués dans des régions de l'ASS (60 pourcent) et de l'AS (25 pourcent). Une fois que les enfants développent des symptômes de la pneumonie, la recherche précoce de soin et le traitement rapide peuvent sauver leurs vies. Pourtant en 2009-2013, seulement 43 pourcent des enfants avec des symptômes de la pneumonie en ASS et 56 pourcent en AS ont été examinés par un fournisseur de santé. Au niveau du pays individuel, suivant les indications du schéma 3.15, plus de deux-tiers d'enfants avec la pneumonie ont été amenés à un fournisseur de santé dans quatre pays de l'OCI à savoir : l'Ouganda (79 pourcent), le Sierra Leone (72 pourcent), la Gambie (69 pourcent) et le Gabon (68 pourcent). Du côté opposé de l'échelle, le soin cherchant pour la pneumonie est demeuré le plus faible en Somalie (13 pourcent) suivie des Maldives (22 pourcent) et du Tchad (26 pourcent).

3.6 Nutrition

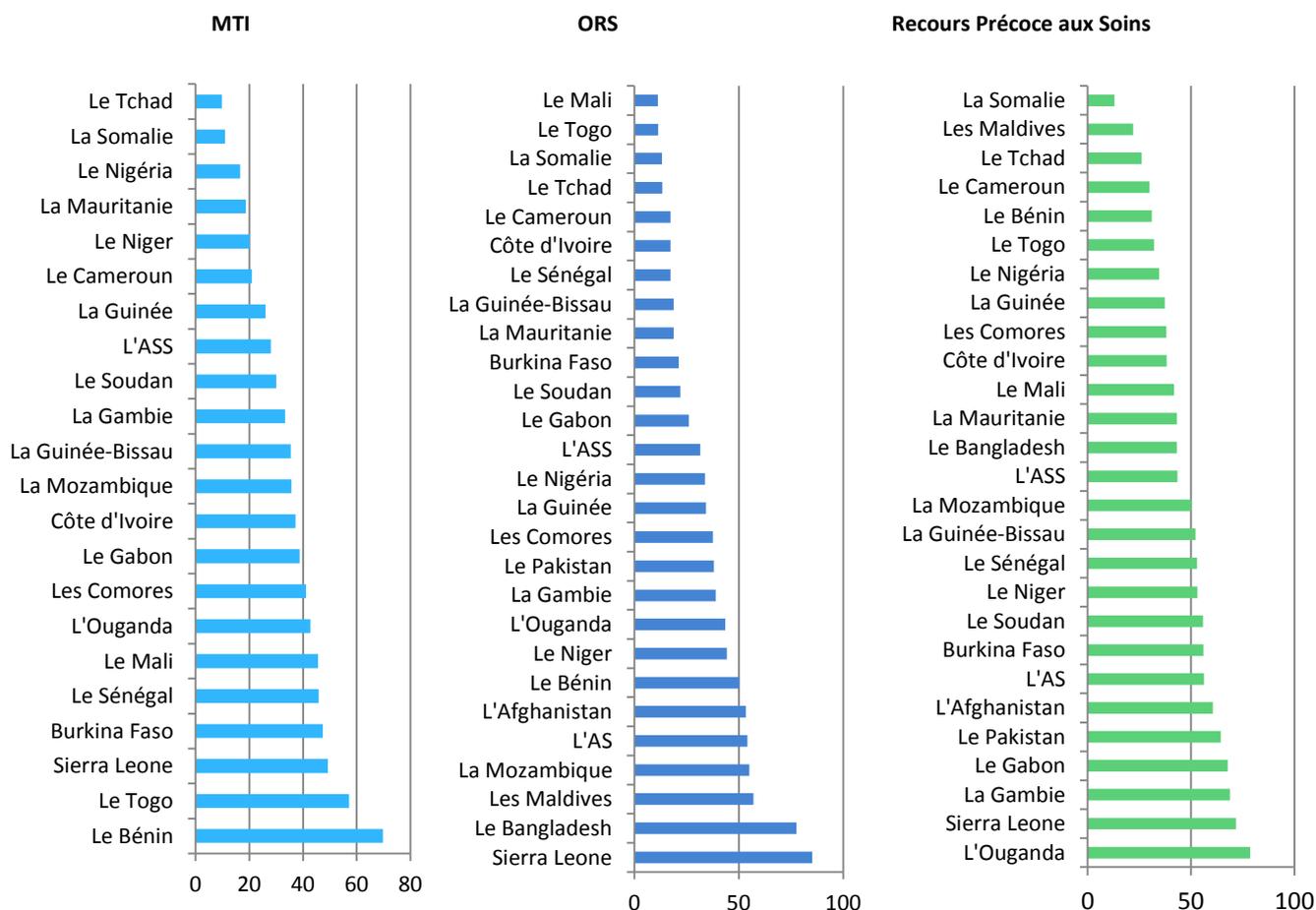
La nutrition de l'enfant appropriée est l'un des outils les plus puissants pour élever une génération saine et productive. Elle aide non seulement en améliorant les chances de survie des enfants pendant les premières années de la vie mais contribue également vers leur développement physique et cognitif. D'autre part, la malnutrition non seulement augmente le risque de mort chez les enfants de la maladie commune telle que la diarrhée, la pneumonie, et la malaria mais peut également mener à la retard de croissance, qui est irréversible et associée à la capacité cognitive altérée et à performance réduite à l'école et au travail. Selon l'UNICEF (2013a), le statut nutritionnel des enfants est évalué par la mesure de leur poids et taille. Les indicateurs les plus utilisés généralement du statut nutritionnel sont le retard de croissance, insuffisance de poids, l'émaciation, et l'obésité.

3.6.1 Incidence de Malnutrition

Les dernières évaluations de l'OMS prouvent qu'environ 180 millions d'enfants dans le monde entier, surtout dans les pays en développement, ont un retard de croissance en 2009-2013. Le nombre d'enfants ayant un retard de croissance, grave et modéré, ont représenté 29 pourcent de la population totale du monde au-dessous de cinq ans. Les pays de l'OCI soutiennent un tiers de le fardeau mondial des enfants ayant un retard de croissance en 2009-2013. Suivant les indications du schéma 3.16, environ 33 pourcent d'enfants sous-cinq ans dans les pays de l'OCI ont eu un retard de croissance en 2009-2013 comparés à 29 pourcent dans d'autres pays en développement et dans le

monde. Parmi les régions de l'OCI, la plus forte présence du retard de croissance a été enregistrée en AS (45 pourcent), suivie de l'ASS (36 pourcent) et de l'AEP (35 pourcent). En termes de nombre d'enfants ayant un retard de croissance, ces trois régions ont représenté 83 pourcent des enfants ayant un retard de croissance dans le total de l'OCI en 2009-2013. La distribution des enfants ayant un retard de croissance est demeurée fortement inégale à travers les pays de l'OCI et plus que la moitié des enfants ayant un retard de croissance vivaient dans quatre pays de l'OCI à savoir : Le Nigéria (17 pourcent de total de l'OCI), le Pakistan (15 pourcent), l'Indonésie (13 pourcent) et le Bangladesh (9 pourcent).

Schéma 3. 15: Couverture des Mesures pour des Maladies Infectieuses dans les Pays Choisis de l'OCI (Pourcent), 2009-2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

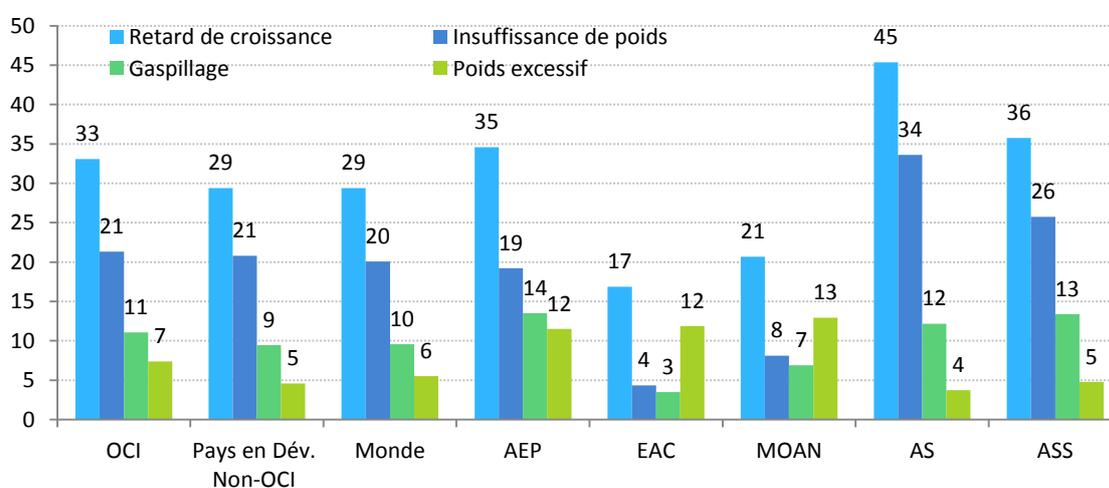
En 2009-2013, 20,1 pourcent ou 120 millions d'enfants au-dessous de cinq ans dans le monde étaient de poids insuffisant. Parmi les pays en développement, le groupe de pays en développement non membres de l'OCI a représenté la part la plus élevée d'enfants ayant un poids insuffisant (65 pourcent) suivis des pays de l'OCI (35 pourcent). Suivant les indications du schéma 3.16, la proportion d'enfants au-dessous de cinq ans qui étaient de poids insuffisant a été enregistrée à 21,3 pourcent dans les pays de l'OCI suivis de près des autres pays en développement (20,8 pourcent). Parmi les régions de l'OCI, suivant les indications du schéma 4.3, la prédominance de poids insuffisant est demeurée la plus élevée en AS (34 pourcent), suivie de l'ASS (26 pourcent) et de l'AEP (19 pourcent). En termes de nombres absolus d'enfants ayant un poids insuffisant, l'ASS et l'AS étaient témoins d'environ 80 pourcent d'enfants ayant un poids insuffisant dans le total des pays de l'OCI. Environ deux tiers des enfants ayant un poids insuffisant dans les pays de l'OCI vivaient

seulement dans cinq pays à savoir : Le Nigéria (22 pourcent de total de l'OCI), le Pakistan (16 pourcent), le Bangladesh (13 pourcent), l'Indonésie (11 pourcent) et le Soudan (4 pourcent).

L'émaciation est un problème de santé important. Mondialement, plus de 50 millions d'enfants au-dessous de 5 ans modérément ou sévèrement ont été émaciés en 2009-2013, représentant environ 10 pourcent d'enfants dans le monde. Actuellement, environ 38 pourcent d'enfants émaciés dans le monde vivent dans les pays de l'OCI tandis que ce taux s'élève à 62 pourcent pour d'autres pays en développement. Néanmoins, suivant les indications du schéma 3.16, l'émaciation de la prédominance est restée plus ou moins de même dans l'OCI et d'autres pays en développement avec un taux de 11,1 pourcent et de 9,4 pourcent respectivement. Parmi les régions de l'OCI, l'émaciation est plus répandue dans l'AEP, où un dans chaque sept enfants (14 pourcent) modérément ou sévèrement est émacié (Schéma 3.16). Une situation semblable existe dans les régions de l'ASS et de l'AS. Le fardeau de l'émaciation est la plus élevée dans les régions de l'ASS et de l'AS, qui ont représenté 70 pourcent d'enfants émaciés par total dans les pays de l'OCI (avec 47 pourcent vivant en ASS et 23 pourcent en AS). Il vaut mieux noter que plus que la moitié des enfants émaciés par le total de l'OCI vivaient seulement dans trois pays à savoir : Le Nigéria (25 Pourcent du Total de l'OCI), l'Indonésie (15 pourcent) et le Bangladesh (11 pourcent).

Le poids excessif et l'obésité chez les enfants est en augmentation à travers le globe particulièrement dans le monde en développement. Il y a des conséquences graves de santé pour le poids excessif et l'obésité chez les enfants comprenant les maladies cardio-vasculaires, le diabète, et plusieurs formes de cancers. Mondialement, en 2009-2013 on a estimé que le nombre d'enfants ayant un poids excessif sous l'âge de cinq ans est plus de 42 millions. Cependant le poids excessif a été avant associé surtout aux pays à revenus élevés, 72 pourcent d'enfants ayant un poids excessif de total du monde vivaient des pays à revenus bas et moyens. À partir de 2009-2013, les pays de l'OCI ont représenté 32 pourcent d'enfants ayant un poids excessif de total du monde tandis que d'autres pays en développement étaient témoins pour 40 pourcent. Cependant, suivant les indications du schéma 3.16, la prédominance du poids excessif entre les enfants est demeurée plus élevée dans les pays de l'OCI (7,4 pourcent) que les autres pays en développement (4,6 pourcent). La prédominance de poids excessif est demeurée la plus élevée dans les régions du MOAN, de l'AEC et de l'AEP (Schéma 3.16). Ces trois régions ont représenté une charge de l'OCI de 81 pourcent des enfants ayant un poids excessif (avec 35 pourcent vivant dans la région du MOAN, 25 pourcent en ASS et 21 pourcent dans l'AEP). Au niveau du pays, la proportion la plus élevée des enfants ayant un poids excessif total habite à l'OCI (21 pourcent) en Indonésie suivie de l'Égypte (14 pourcent) et du Nigéria (11 pourcent).

Schéma 3. 16: Statut Nutritionnel des Enfants Sous-5 (Pourcent), 2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

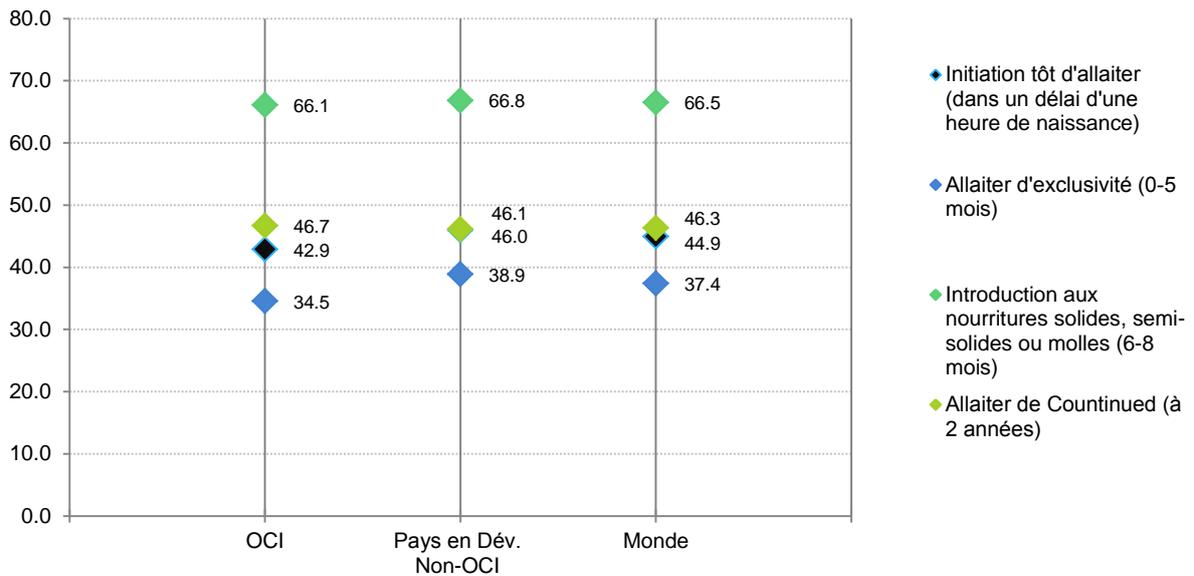
3.6.2 Pratiques d'Alimentation

L'alimentation appropriée particulièrement au cours des deux premières années de vie est critique pour la survie, la croissance et le développement d'un enfant. Concernant les meilleures pratiques en matière d'alimentation des enfants, les agences internationales de santé comme l'UNICEF et l'OMS recommandent que les bébés devraient être allaités dans un délai d'une heure de naissance, allaités exclusivement pour les six premiers mois de croissance et continués à être allaités jusqu'à 2 ans et au-delà. Commenant à 6 mois, allaitement devrait être combiné avec l'alimentation saine, âge-appropriée des nourritures solides, semi-solides et liquides. Selon les résultats récents de l'UNICEF (2013) l'exécution de ces interventions pourrait réduire les décès mondiaux des enfants âgés de sous-5 ans par 20 pourcent.

Les dernières évaluations sur des pratiques d'alimentation entre les bébés et les petits enfants indiquent que malgré son importance cruciale pour la nutrition de l'enfant, un nombre significatif de bébés et d'enfants ne sont pas allaités. Mondialement, seulement 44,9 pourcent des bébés ont été allaités dans un délai d'une heure de naissance et 37,4 pourcent ont été exclusivement allaités pendant 0-5 mois (Schéma 3.17). En conformité avec les tendances mondiales, la couverture des pratiques en matière d'alimentation des bébés et des enfants est demeurée plus ou moins semblable dans les pays en développement de l'OCI aussi bien que dans les pays non membres de l'OCI. Dans les pays de l'OCI, seulement 42,9 pourcent de bébés ont été mis au sein dans la première heure de naissance, et 34,9 pourcent ont été exclusivement allaités pendant les six premiers mois de croissance. La couverture pour allaiter jusqu'à l'âge de 2 ans est demeurée comparativement mieux dans les pays de l'OCI avec 46,7 pourcent du total des enfants allaités jusqu'à l'âge de 2 ans. Les évaluations pour l'alimentation appropriée des enfants avec la nourriture complémentaire appropriée et sans risque indiquent qu'environ deux tiers des bébés dans les pays de l'OCI ont été présentés à la nourriture solide, semi-solide ou liquide à 6 à 8 mois. La couverture pour l'introduction de la nourriture complémentaire pour les bébés est demeurée plus ou moins semblable dans le monde ainsi que dans les pays en développement non membres de l'OCI. Généralement, la moyenne des pays de l'OCI pour l'initiation tôt du sein et l'allaitement exclusif pendant six mois ont demeuré visiblement inférieur qu'aux moyennes du monde et pays en développement non membres de l'OCI (Schéma 3.17).

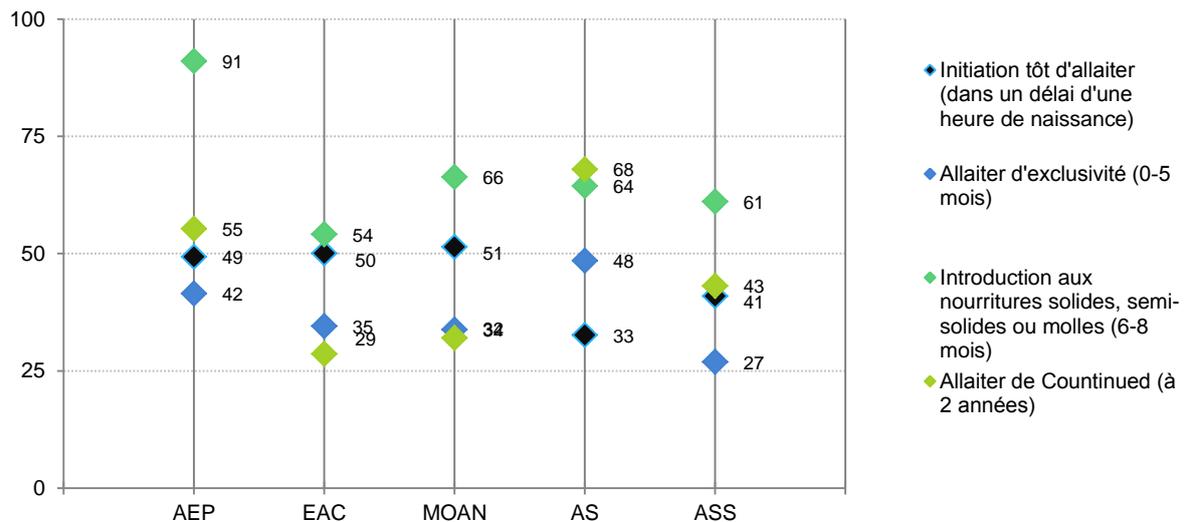
La couverture des pratiques d'allaitement recommandé varie significativement entre les régions de l'OCI (Schéma 3.18). La part des bébés qui sont allaités dans un délai d'une heure de naissance varie de 33 pourcent en AS à 51 pourcent dans la région du MOAN. D'autre part, en termes d'allaitement continué à 2 ans, la couverture varie de 29 pourcent dans l'EAC à 68 pourcent dans la région de l'AS. Généralement les données de trois indicateurs concernant l'allaitement indiquent que les enfants dans la région de l'ASS, du MOAN et de l'EAC sont restés particulièrement vulnérables à la malnutrition. Concernant l'introduction de la nourriture complémentaire, la région de l'AEP a enregistré le taux de couverture le plus élevé de 91 pourcent tandis que, environ deux-tiers de bébés ont été présentés aux nourritures solides, semi-solides ou liquides à 6 à 8 mois dans des régions du MOAN, de l'AS et de l'ASS (Schéma 3.18).

Schéma 3. 17: La Couverture des Pratiques en Matière d'Alimentation des Enfants (Pourcent), 2009-2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la base de données de l'UNICEF

Schéma 3. 18: La Couverture des Pratiques en Matière d'Alimentation des Enfants (Pourcent) dans les Régions de l'OCI, 2009-2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la base de données de l'UNICEF

3.7 Carences en Micronutriments

Les carences en micronutriments comme les insuffisances de vitamine A, fer, iode, zinc et l'acide folique sont très commun entre les femmes et les enfants dans les pays en développement de revenu bas, y compris certains pays de l'OCI. Tandis que les efforts d'améliorer le statut nutritionnel des enfants par l'allaitement et l'alimentation complémentaires sont cruciaux, les interventions comme la supplémentation sont considérées comme une approche accélérée pour améliorer la prise des oligo-éléments essentiels entre les femmes et les enfants. Ce paragraphe présente un bref aperçu des efforts exercés par les pays de l'OCI pour améliorer les carences en micronutriments parmi des enfants.

3.7.1 Supplément de Vitamine A

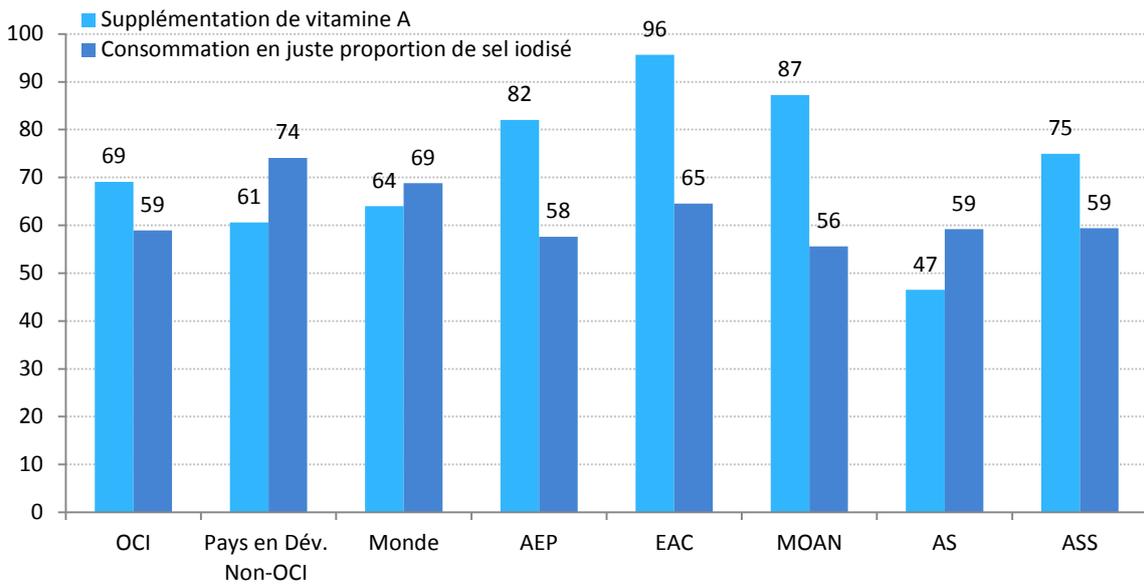
Selon l'OMS (2015c), l'insuffisance de vitamine A est un problème de santé publique particulièrement en Afrique et en Asie du Sud-Est. C'est non seulement la principale cause de la cécité évitable chez les enfants mais il augmente également le risque de maladies et de mort dus à des infections graves. Mondialement, à peu-près deux tiers des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu deux doses de vitamine A en 2009-2013 (Schéma 3.19). La couverture pour la supplémentation de vitamine A est demeurée la plus élevée dans les pays de l'OCI où 69 pourcent d'enfants ont reçu deux doses de vitamine A. Les pays en développement non membres de l'OCI ont enregistré une couverture comparativement faible de 61 pourcent. La couverture de supplémentation de vitamine A varie considérablement à travers les régions de l'OCI. En 2009-2013, l'EAC a enregistré le taux de couverture le plus élevé de 96 pourcent suivis du MOAN (87 pourcent) et de l'AEP (82 pourcent). En revanche, les enfants sont restés les plus vulnérables à l'insuffisance de vitamine A et par conséquent la cécité en AS, avec plus que la moitié des enfants âgés de 6 à 59 mois n'ont pas reçu deux doses de vitamine A (Schéma 3.19).

3.7.2 Consommation du Sel Iodé

La consommation du sel iodé en juste proportion est une autre intervention principale pour empêcher et améliorer l'insuffisance d'iode et ses conséquences. L'iode est critique pour la croissance fœtale. Si les mères n'ont pas une suffisance appropriée d'iode, les bébés peuvent développer une forme d'une déficience mentale appelée crétinisme (OMS (2015c)). En conséquence, il affecte non seulement la performance des enfants à l'école mais affecte également leur productivité et la capacité de trouver un travail dans l'âge adulte. Mondialement, presque 50 millions de personnes souffrent d'un certain degré de dommage au cerveau lié à l'insuffisance d'iode. Selon les dernières évaluations, mondialement, 69 pourcent de ménages ont en juste proportion le sel iodé (15 parts par million ou plus), mais la couverture varie considérablement entre les pays en développement (Schéma 3.19). Les pays en développement non membres de l'OCI ont enregistré la couverture la plus élevée, avec 74 pourcent de ménages consommant le sel iodé en juste proportion. En revanche, seulement 59 pourcent de ménages consommaient le sel iodé en juste proportion dans les pays de l'OCI. La consommation du sel iodé en juste proportion est demeurée plus ou moins le semblable à travers les régions de l'OCI excepté l'EAC, où 65 pourcent de ménages consommaient le sel iodé en juste proportion en 2009-2013.

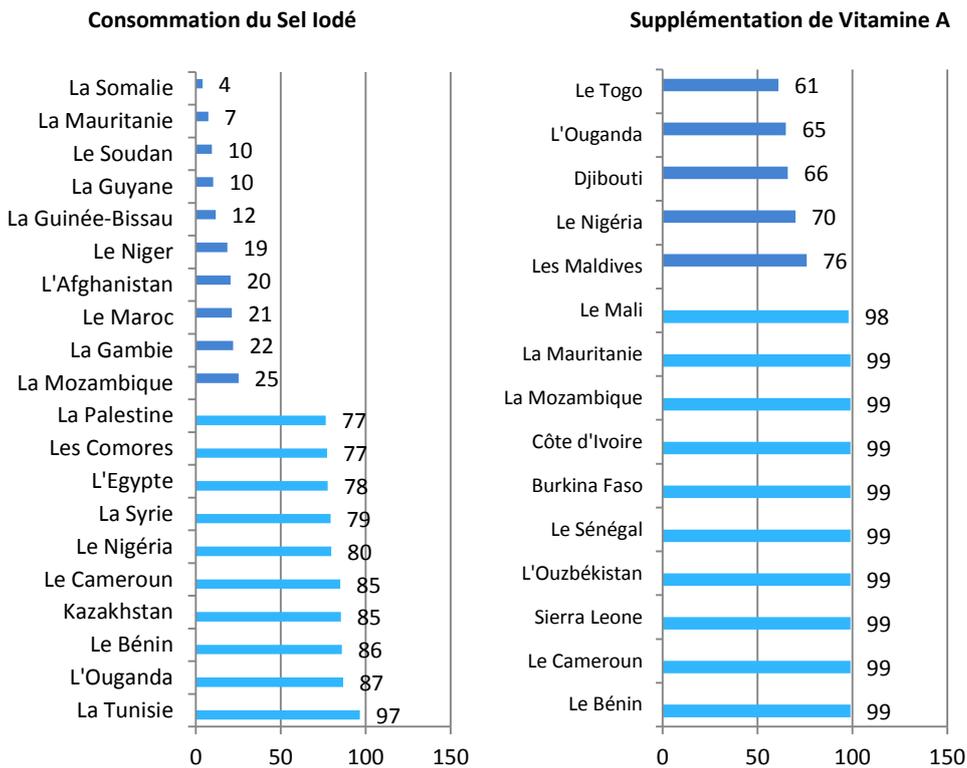
Au niveau du pays individuel, 20 sur 27 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, avaient atteint la cible universelle de 80 pourcent de couverture pour la supplémentation de vitamine A. Parmi ces 20 pays, la couverture est demeurée plus de 90 pourcent dans 17 pays de l'OCI, 12 d'entre eux dans la région de l'ASS (Schéma 3.20). Pour la consommation en juste proportion de sel iodé, parmi les 43 pays de l'OCI pour lesquels les données sont disponibles, seulement la Tunisie est parvenue à atteindre la cible mondiale de 90 pourcent de couverture. Notamment, la consommation du sel iodé s'est marquée de 50 à 88 pourcent dans 23 pays de l'OCI. Pour 14 de ces pays, la couverture est demeurée plus de 70 pourcent. Du côté inférieur, moins de 30 pourcent de ménages consommaient le sel iodé en juste proportion dans 11 pays de l'OCI. Parmi ces pays, la couverture est demeurée même moins de 15 pourcent en Somalie, en Mauritanie, au Soudan, en Guyane et en Guinée-Bissau.

Schéma 3. 19: Couverture de la Supplémentation des Carences (Pourcent), 2009-2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la base de données de l'UNICEF

Schéma 3. 20: Pays de l'OCI avec la Couverture la Plus Élevée et la Plus Basse des Suppléments (Pourcent), 2009-2013



Source : Base de données de l'UNICEF

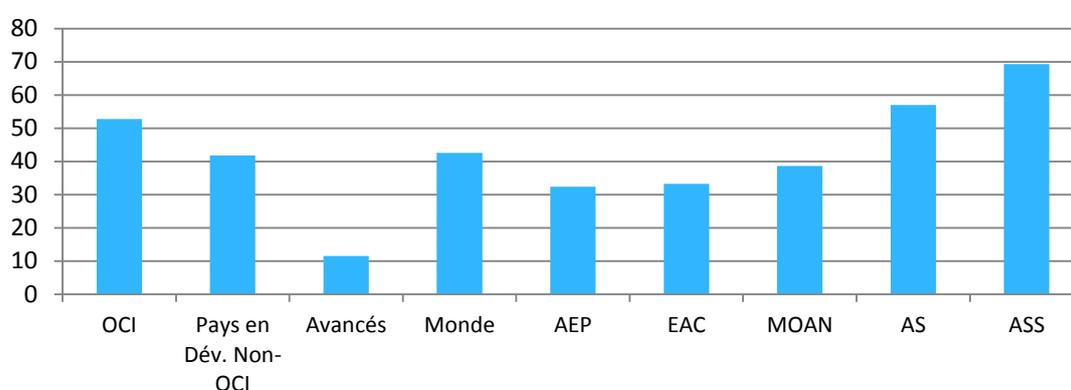
3.7.3 Anémie de Carence en Fer

La carence en fer est l'une des plus communes et plus répandues des désordres nutritionnels dans le monde. Cependant, elle est en grande partie répandue entre les enfants et les femmes dans des pays en développement de revenu bas, bien que ce soit la seule insuffisance nutritive qui est également significativement répandue dans les pays avancés. La carence en fer est indiquée comme la plupart

de cause classique de l'anémie chez les femmes et les enfants. Pendant la grossesse, la carence en fer peut être néfaste à la mère et à l'enfant, ayant pour résultat des complications de naissance, le plus grand risque de mortalité maternelle (contribuant à environ 20 pourcent des décès), et le développement physique et mental altéré de l'enfant (l'UNICEF, 2004).

Selon les dernières évaluations, plus de 43 pourcent d'enfants âgés de sous-5 ans étaient anémiques en 2011. Tandis que la prédominance de l'anémie était juste 12 pourcent pour les pays avancés, les nombres étaient effrayants dans les pays en développement non membres de l'OCI et les pays de l'OCI avec 42 pourcent et 53 pourcent d'enfants souffrant de l'anémie respectivement (Schéma 3.21). Parmi la région de l'OCI, l'anémie chez les enfants est demeurée un défi important de santé dans l'Asie du Sud et l'Afrique Subsaharienne. Ces deux régions représentées plus de 70 pourcent d'enfants anémiques totaux dans les pays de l'OCI. Suivant les indications du schéma 3.21, environ 69 pourcent d'enfants souffraient de l'anémie en ASS et de 57 pourcent dans la région de l'AS. En revanche, moins de 40 pourcent d'enfants étaient anémiques dans d'autres régions.

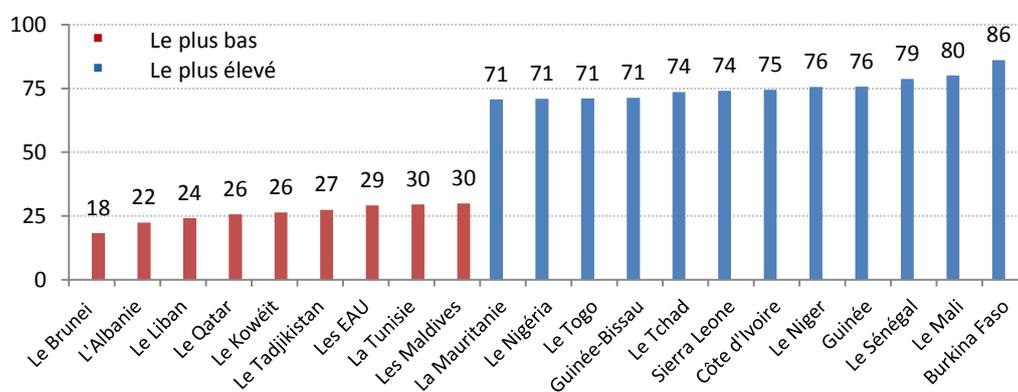
Schéma 3. 21: Prédominance d'Anémie Ferriprive (Pourcent), 2009-2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, WDI

Étudiant les différents pays, suivant les indications du schéma 3.22, le Brunei a enregistré la plus faible prédominance de l'anémie parmi les enfants (18,3 pourcent) suivi de l'Albanie (22,4 pourcent) et du Liban (24,2 pourcent). Du côté opposé de l'échelle, la prédominance est demeurée la plus élevée au Burkina Faso (86 pourcent) suivi du Mali (80,1 pourcent) et du Sénégal (78,7 pourcent). Généralement plus que la moitié des enfants étaient anémiques dans 24 pays de l'OCI, 21 d'entre eux de la région de l'ASS.

Schéma 3. 22: Pays de l'OCI avec la Prédominance la Plus Élevée et Plus Basse de l'Anémie (Pourcent), 2009-2013



Source : Banque Mondiale, WDI

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES MALADIES

4

La prévention et le contrôle des maladies et des pandémies est l'un des secteurs les plus significatifs à adresser dans le domaine de la santé. La coopération dans ce secteur est un intérêt commun de la communauté internationale et de tous les pays de l'OCI. Dans ce contexte, les pays en développement, y compris les pays membres de l'OCI avaient pris de diverses mesures contre les maladies et des pandémies par leurs programmes de santé nationaux/stratégies et leurs associations au niveau international. En tant que partie notable des pays en développement, le groupe de pays de l'OCI reflète des hauts niveaux d'hétérogénéité et de divergence en termes de développement socio-économique. L'existence de l'hétérogénéité en termes de profils de développement des pays de l'OCI également observé dans leur représentation dans la prévention et le contrôle des maladies.

Les pays de l'OCI avaient lutté au cours des années pour développer des stratégies et des programmes pour la prévention, le soin et le traitement à facettes multiples et des plans de préparation de secours. Cependant, il semble que beaucoup plus d'efforts sont toujours nécessaires pour un grand nombre entre eux afin de renforcer les infrastructures de santé, le renforcement des capacités des professionnels de la santé et l'amélioration d'accès à la médecine essentielle, y compris les vaccins, particulièrement dans ces pays de l'OCI qui manquent des ressources nécessaires pour faire ainsi. Ceci souligne la nécessité pressante d'une collaboration plus proche aux niveaux régionaux et mondiaux avec la participation des institutions internationales et des initiatives appropriées dans le secteur de la santé, telle que l'OMS et les Fonds Mondiaux.

Un regard aux tendances générales dans la morbidité cause-spécifique et la mortalité (c.-à-d. la prédominance des décès dues aux maladies contagieuses et non-transmissibles, aussi bien qu'aux blessures) est tout à fait indiquant. Dans les pays de l'OCI 55,3 pourcent de tous les décès sont causés par les maladies non-transmissibles en 2012. Tous les ans, un nombre croissant de personnes meurt des MNT dans les pays de l'OCI provenant des tendances positives observés dans les facteurs de risque (par exemple l'utilisation néfaste de l'alcool et de l'obésité). Dans les pays de l'OCI, les maladies transmissibles étaient responsables de 33,7 pourcent de tous les décès en 2012, qui était lointain dépassant la moyenne des pays en développement non membres de l'OCI aussi bien que de la moyenne du monde. Ces chiffres de base impliquent que chacun des deux en termes de prévention et contrôle des MT et MNT, pays de l'OCI doivent concevoir et mettre en œuvre des stratégies plus effectives.

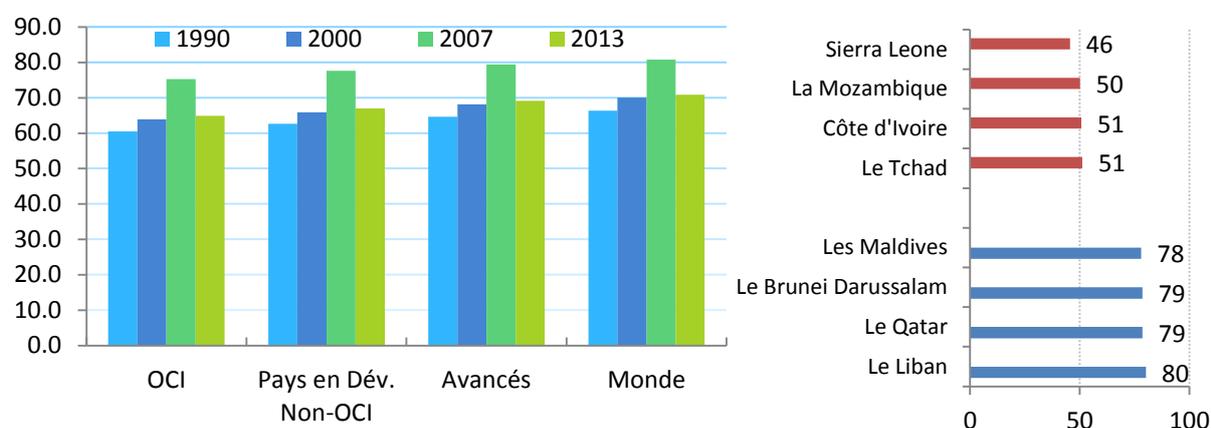
4.1 Espérance de Vie à la Naissance

L'espérance de vie à la naissance (EVN) est un indicateur important sur la situation globale de santé des personnes dans un pays et la qualité des services de soins de santé qu'ils reçoivent. Elle est définie entant que nombre moyen d'années qu'un nouveau-né est prévu de vivre si la santé et les conditions de vie à l'heure de la naissance demeuraient aux mêmes niveaux. Généralement l'espérance de vie à la naissance dans un pays est déterminée par un grand choix de facteurs socio-économiques comme l'état de pauvreté et sous-alimentation, l'accès à l'eau potable et à l'hygiène, la disponibilité des services primaires de soins de santé et la couverture d'immunisation.

Le schéma 4.1 (à gauche) montre les taux d'espérance de vie entre 1990 et 2013 à travers le monde. En moyenne, les pays de l'OCI, comme un groupe, étaient témoin d'une amélioration d'espérance de vie à la naissance entre 1990 et 2013 où l'EVN s'est élevé de 60,5 ans en 1990 à 66,3 ans en 2013. Au cours de la même période, l'EVN a augmenté de 63,9 à 70,1 dans les pays en développement non membres de l'OCI. Au-dessus de cette période, la moyenne mondiale de l'EVN est augmentée de 64,9 à 70,8. L'EVN moyenne dans les pays avancés a atteint 80,8, qui est l'EVN la plus élevée dans tous les groupes. Avec concision, en dépit de l'amélioration majeure dans l'EVN, les pays de l'OCI, en moyenne, traînent toujours derrière la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI et la moyenne du monde aussi bien que la moyenne de pays avancés.

Dans le groupe de l'OCI, la plus faible EVN a été en grande partie vue dans les pays situés dans la région Africaine Sub-Saharienne (56,4 ans), l'Amérique Latine et les Caraïbes (68,6 ans) et l'Asie du Sud (69,0 ans). Au niveau du pays individuel de l'OCI, à partir de 2013, on a observé l'EVN le plus élevé au Liban (80,1 ans). De l'autre côté du spectre, une personne au Sierra Leone a seulement 45,6 ans d'espérance de vie à la naissance (Schéma 4.1, à droite).

Schéma 4. 1: Espérance de Vie à la Naissance et Pays de l'OCI avec l'Espérance de Vie à la Naissance la Plus Élevée et la Plus Basse



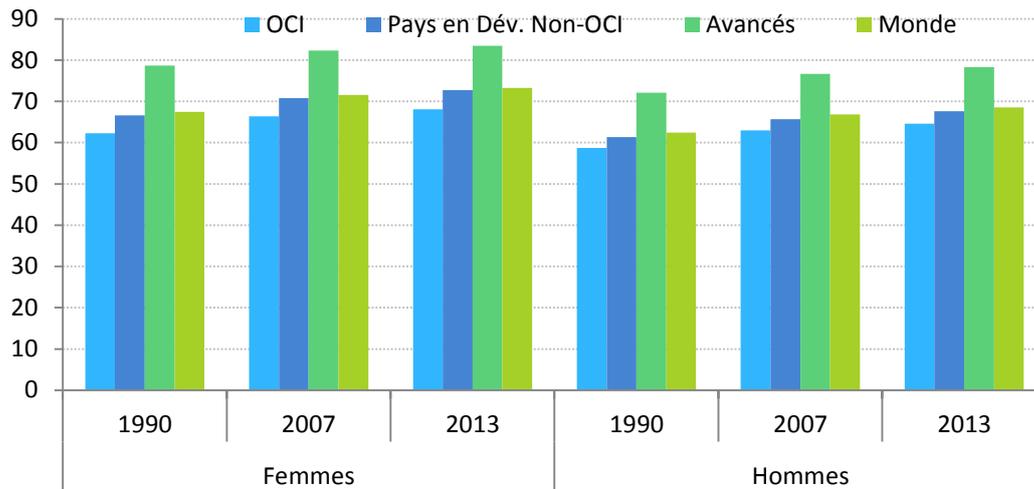
Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, indicateurs de développement du monde

Comme dans d'autres groupes de pays, un autre souci pour les pays de l'OCI sur l'EVN est l'existence de la disparité entre la population masculine et féminine. À partir de 2013, l'EVN chez les femmes était 68,1, qui est 3,53 ans plus élevée que l'EVN à la naissance chez les hommes dans les pays de l'OCI. Dans les pays en développement non membres de l'OCI, l'EVN chez les femmes a également dépassé l'EVN chez les hommes par 5,12 ans. L'EVN mondial à la population féminine était de 4,67 ans plus élevé comparé à la population masculine en 2013 (Schéma 4.2).

En raison des systèmes de santé plus décisifs et plus effectifs et de meilleurs niveaux de vie, plusieurs pays en développement, y compris les pays de l'OCI, ont réussi pour augmenter leur EVN. Cependant, les pays avancés ont également continué à améliorer leurs niveaux de vie aussi bien et donc l'espace vu dans l'EVN entre les pays en développement et avancés n'a pas rétréci vers le bas.

Bien que l'EVN à la population masculine et féminine dans les pays de l'OCI ait augmenté au fil du temps, les moyennes du groupe de l'OCI sont encore lointaines au-dessous de l'EVN moyenne vue dans les pays avancés. Il est également évident que dans les pays de l'OCI, l'EVN n'ait pas augmenté également pour la population masculine et féminine. Tous ces chiffres impliquent l'existence des problèmes relatifs à la prévention des maladies et le contrôle aussi bien que l'égalité d'accès aux services de santé à la population masculine et féminine dans les pays de l'OCI.

Schéma 4. 2: Espérance de Vie à la Naissance (Années)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, indicateurs de développement du monde

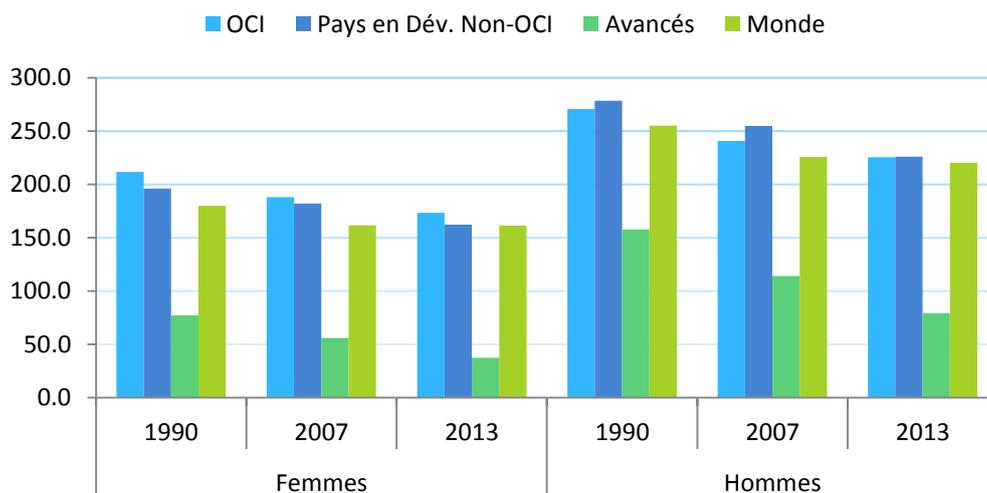
4.2 Taux de Mortalité chez les Adultes

Le taux de mortalité chez les adultes (TMA) est défini comme la probabilité de la mort entre les âges de 15 et 60 ans par 1000 population. On le considère en tant qu'une des actions les plus communes pour évaluer la situation de santé dans un pays. Observant le TMA pour la population masculine et féminine entre 1990 et 2013 pour des groupes de pays est utile pour comprendre le niveau du progrès de santé réalisé par ces groupes de pays.

Suivant les indications du schéma 4.3, le TMA mondial moyen à la population masculine a diminué de 255,2 décès par 1000 personnes en 1990 à 220,3 en 2013. À la population féminine, le TMA moyen du monde a chuté de 180 à 161,5 Au cours de la même période. Dans les pays de l'OCI, on constate également que les chiffres du TMA sont en baisse. Entre 1990 et 2013, le TMA pour les hommes a diminué de 270,7 à 225,5 où le TMA chez les femmes a diminué de 211,7 à 173,2 décès par 1000 population. L'espace de genre en termes du TMA a été réduit de 59 à 52,5 qui est un changement négligeable pour le groupe de l'OCI. Par conséquent, il est difficile de réclamer qu'il y avait une amélioration significative pour réduire la disparité de genre en termes du TMA entre 1990 et 2013 dans les pays de l'OCI. Au niveau du pays individuel, le Liban a enregistré le plus bas TMA (44,9) à la population féminine tandis que la Mozambique a enregistré le TMA le plus élevé (475,5) en 2013. À la population masculine, le TMA le plus élevé a été enregistré en Mozambique (489,3) et on a observé le plus bas TMA au Qatar (63,8) (Schéma 4.4). De façon générale, parmi les régions de l'OCI, le TMA le plus élevé a été enregistré dans les pays de l'OCI situés dans l'Afrique Subsaharienne à la population masculine (323 décès par 1000 population en moyenne) et féminine (288 décès par 1000 population en moyenne) à partir de 2013.

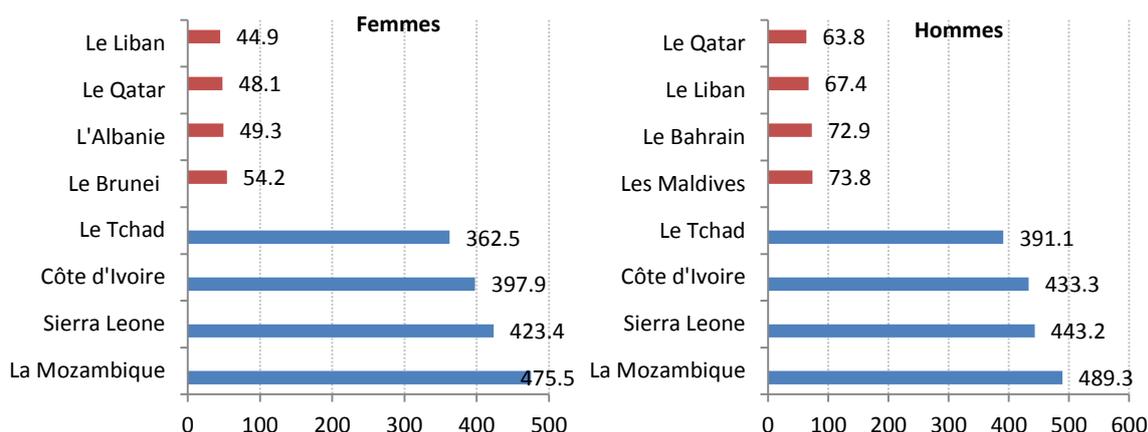
De façon générale, la situation adulte de mortalité a été améliorée remarquablement dans les pays de l'OCI et leur TMA a montré une évolution à la baisse au cours de la période 1990-2013 ; grâce aux vastes efforts du ressortissant et des institutions internationales pour lutter contre les maladies contagieuses et non-transmissibles. Cependant, l'amélioration n'était pas suffisante pour rattraper les moyennes du monde. Par conséquent, les pays de l'OCI doivent investir plus dans des services de santé pour mieux réduire le TMA mondial et pour supprimer la disparité de genre au TMA pour créer des sociétés plus égales. Pour le succès de ces efforts, il est important de coopérer avec la communauté internationale et de tirer bénéfice des expériences d'autres pays de l'OCI.

Schéma 4. 3: Taux de Mortalité chez les Adultes (par 1.000 Personnes)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, indicateurs de développement du monde

Schéma 4. 4: Pays de l'OCI avec le Taux de Mortalité chez les Adultes le Plus Élevé et Plus Bas, 2013



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, indicateurs de développement du monde

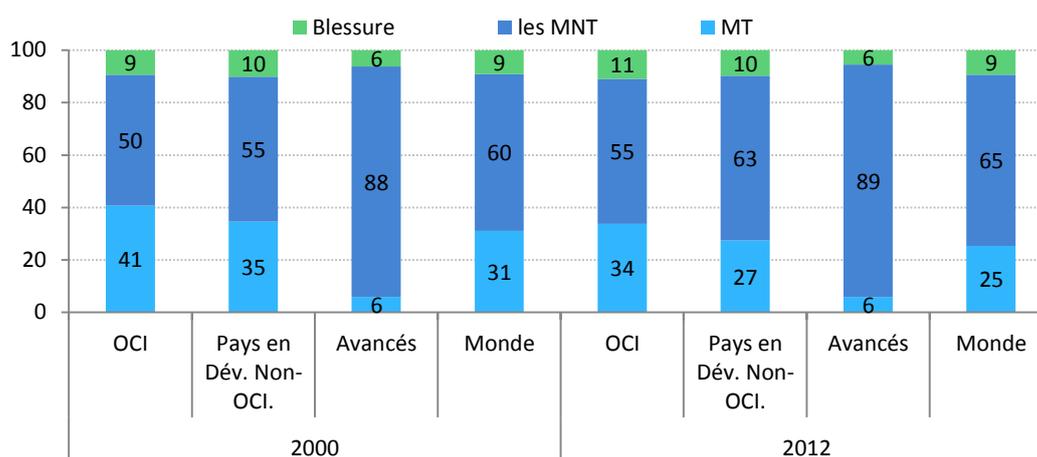
4.3 Causes du Décès

Selon l'OMS, les causes du décès peuvent être groupées au-dessous de trois catégories importantes : les maladies non-transmissibles (MNT), maladies transmissibles (MT) et blessures. Les niveaux de développement des pays affectent non seulement les taux de mortalité, l'espérance de vie et la qualité de la vie de leurs habitants mais déterminent également leurs causes du décès importantes. Tandis que les pays deviennent plus avancés au fil du temps, ils peuvent investir plus en luttant facilement contre les MT évitables et donc leurs habitants ne meurent pas souvent de telles maladies. Cependant, les pays les plus avancés tendent à souffrir davantage des MNT qui menacent leurs personnes telles que le diabète, l'obésité et l'inactivité physique.

Le schéma 4.5 montre les causes du décès à travers les groupes de pays entre 2000 et 2012. Selon les dernières évaluations, les MNT sont la cause du décès principale dans le monde entier. D'ici 2012, 65,2 pourcent de tous les décès dans le monde peuvent être attribués aux MNT. Dans le groupe de l'OCI, les MNT ont causé 49,8 pourcent de tous les décès en 2000 et 55,3 pourcent en 2012. La part

des MT a diminué de 40,7 pourcent en 2000 à 33,7 pourcent en 2012 ; grâce aux efforts des pays de l'OCI de faire face aux maladies transmissibles en coopération avec les institutions internationales compétentes. La part des décès causée par des blessures a légèrement augmenté de 9,4 pourcent en 2000 jusqu'à 10,9 pourcent en 2012 dans les pays de l'OCI. De façon générale, il devient évident que les MNT représentent de plus en plus un défi pour la santé des personnes vivant dans les pays de l'OCI. Tout en mettant en œuvre des politiques pour lutter contre des maladies transmissibles, donc, les responsables politiques doivent prêter une attention particulière à la hausse dans la prédominance des décès causées par les MNT (Schéma 4.5). Dans les pays avancés, en 2012, 88,6 pourcent de tous les décès ont été causés par les MNT comparés à 62,8 pourcent dans les pays en développement non membres de l'OCI. D'autre part, en 2012, seulement 5,9 pourcent de tous les décès ont été causés par des MT et la raison principale derrière 5,5 pourcent de tous les décès étaient des blessures dans les pays avancés. Cependant, dans les pays en développement non membres de l'OCI les MT ont mené beaucoup de vies à décéder que 27,5 pourcent de tous les décès ont provenu des MT en 2012. Comparé à la moyenne des pays de l'OCI (33,7 pourcent), les MT étaient moins effectives dans les pays en développement non membres de l'OCI en termes d'être responsable des décès. Soit dans les pays en développement non membres de l'OCI et dans les pays de l'OCI, les blessures étaient responsables de 10 à 11 pourcent de tous les décès en 2012.

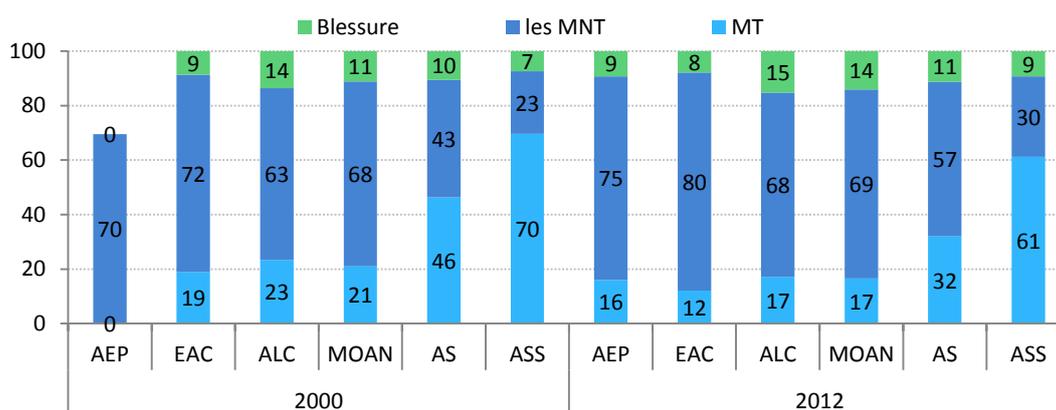
Schéma 4. 5: Causes du Décès (Pourcentage des Décès Totaux)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, indicateurs de développement du monde

Au niveau du groupe régional de l'OCI, l'Afrique Subsaharienne (ASS) souffre plus des MT et les états maternels, prénatals et de nutrition où 61 pourcent de tous les décès ont été causés par ces maladies en 2012. Comparé à 2000, les pays de l'ASS sont parvenus à ramener ce taux de 69,6 pourcent à 61 pourcent, qui est un développement positif. La région de l'Asie du Sud a la deuxième moyenne la plus élevée parmi les sous-régions de l'OCI en termes de décès causés par des MT où les personnes de 32 pourcent meurent de ces maladies à partir de 2012 (Schéma 4.6). Au niveau du pays individuel, 72,1 pourcent de tous les décès au Tchad ont été causés par des MT. Ceci classe le Tchad le numéro un dans le groupe des pays de l'OCI en termes d'avoir le pourcentage le plus élevé des décès causés par des MT. D'autre part, la région de l'Europe et de l'Asie Centrale payent la facture la plus élevée en termes de décès causés par les MNT où, en moyenne, 80,1 pourcent de tous les décès ont été causés par ces maladies (Schéma 4.6). L'EAC est suivie par la région de l'Asie de l'Est et le Pacifique (AEP) où 74,8 pourcent de toutes les personnes meurent des MNT. Environ 89,5 pourcent de tous les décès en Albanie ont été causés par les MNT, qui est la part la plus élevée entre les pays de l'OCI. Les blessures ont coûté les vies des personnes surtout dans les régions de l'ALC et du MOAN où 15,2 pourcent et 14,1 pourcent de tous les décès ont été causés par des blessures en 2012, respectivement (Schéma 4.6).

Schéma 4. 6: Causes du Décès dans les Régions de l'OCI (Pourcentage des Décès Totales)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, indicateurs de développement du monde

4.4 Maladies Transmissibles

Des maladies infectieuses sont causées par les micro-organismes pathogènes, tels que des bactéries, des virus, des parasites ou des champignons ; les maladies peuvent être transmises, directement ou indirectement, d'une personne à l'autre. Ces types de maladies souvent considérées en tant que communicables et le plus souvent, ces maladies sont évitable. Cette section étudie la prédominance des MT dans les pays de l'OCI.

4.4.1 VIH/SIDA

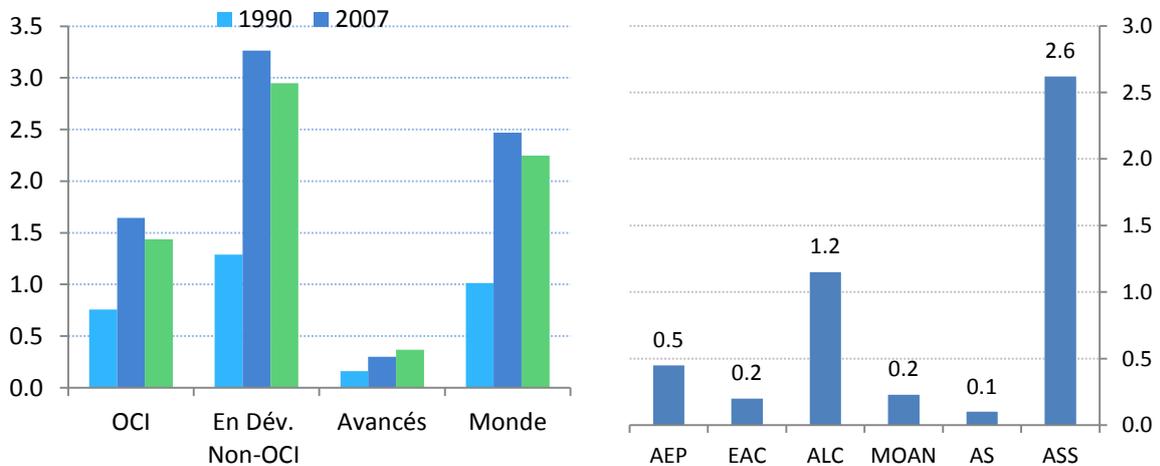
Le Virus d'Immunité Humaine (VIH) attaque le système immunitaire et affaiblit les systèmes de la surveillance et de défense des personnes contre les infections et quelques types de cancer. Comme le virus détruit et altère la fonction des cellules immunitaires, les personnes infectées deviennent graduellement immunodéficientes. L'étape la plus avancée de l'infection par le VIH est le syndrome acquis d'immunodéficient, qui peut prendre de 2 à 15 ans à se développer selon la personne. Le SIDA est défini par le développement de certains cancers, d'infections, ou d'autres manifestations cliniques graves.

Depuis le début de l'épidémie, presque 78 millions de personnes ont été atteints du virus du VIH et environ 39 millions de personnes sont morts du VIH. L'Afrique Subsaharienne est restée la région la plus sévèrement affectée, avec presque 1 dans chaque 20 adulte vivant avec le VIH et représentant presque 71 pourcent des personnes vivant avec le VIH mondial. Le VIH peut être transmis par l'intermédiaire de l'échange d'un grand choix de liquides corporels des personnes infectées, telles que le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales. Afin de diagnostiquer, on exige un test du VIH qui indique le statut d'infection en détectant la présence ou l'absence des anticorps à VIH dans le sang.

Selon le schéma 4.7 (à gauche), la prédominance du VIH à travers des groupes de pays entre 1990 et 2007 a augmenté. Entre 2007 et 2013, on a observé une diminution mondiale de la prédominance de cas du VIH grâce aux campagnes internationales et nationales. D'ici 2013, le taux moyen mondial de prédominance a été mesuré comme 2,25 pourcent. Dans les pays avancés, ce taux a été seulement calculé en tant que 0,37 pourcent au cours de la même année. On a observé le taux le plus élevé dans les pays en développement non membres de l'OCI avec un taux moyen de 2,94 pourcent. Les pays de l'OCI, en moyenne, souffrent moins du VIH comparé aux pays en développement non membres de l'OCI et à la moyenne du monde. Seulement 1,44 pourcent de toute la population dans le groupe de

l'OCI a été diagnostiquée avec le VIH en 2013. Le nombre de décès causés par le SIDA a diminué de 14210 en 2007 à 13836 en 2003 (Schéma 4.8, à gauche).

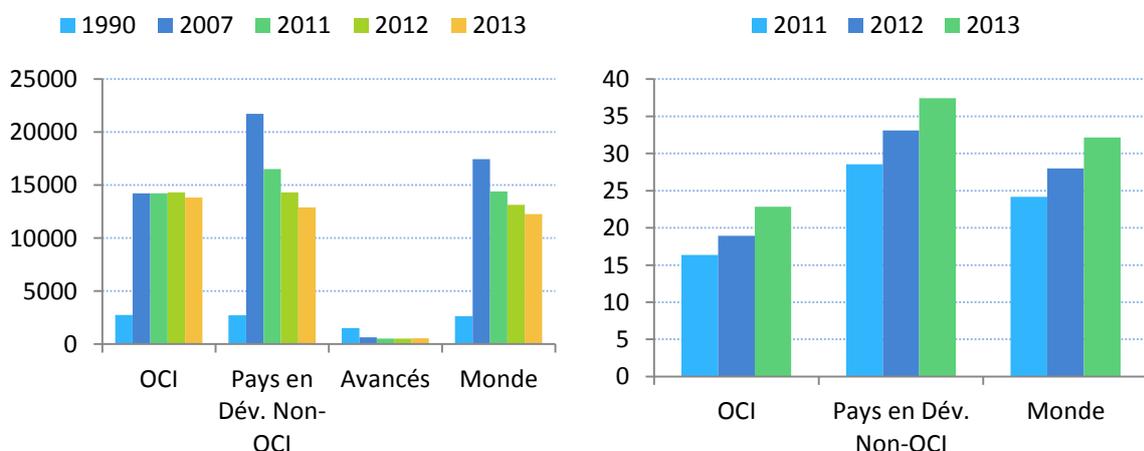
Schéma 4. 7: Prédominance du VIH (le Pourcent de Population Agée 15-49) dans le Monde (à gauche) et les Régions de l'OCI (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, la nutrition de santé et la statistique démographique

À travers les régions de l'OCI, l'ASS souffre plus du VIH où le taux moyen de prédominance a été mesuré à 2,6 pourcent en 2013 ; un taux qui a dépassé la moyenne du monde de 2,25 pourcent. Parmi les sous-régions de l'OCI, les plus faibles cas du VIH ont été enregistrés en AS où seulement 0,1 pourcent de toute la population a été diagnostiqué avec VIH (Schéma 4.7, à droite). La couverture de thérapie d'antirétrovirale est l'une des la plupart des façons effectives de la prévention du SIDA et de la thérapie de traitement. Selon l'OMS, les drogues d'antirétrovirale permettent à des personnes avec le VIH de vivre pour plusieurs années avant de développer des symptômes de SIDA. Le taux de couverture de thérapie d'antirétrovirale dans le groupe de l'OCI, en moyenne, était sur la hausse qui a augmenté de 16,3 pourcent en 2011 jusqu'à 22,8 pourcent en 2013. Cependant, cette moyenne était toujours en retard la moyenne du monde de 32,2 pourcent d'ici 2013 (Schéma 4.8, à droite).

Schéma 4. 8: Le SIDA a Marqué les Décès (à gauche) et la Couverture de Thérapie d'Antirétrovirale (à droite)



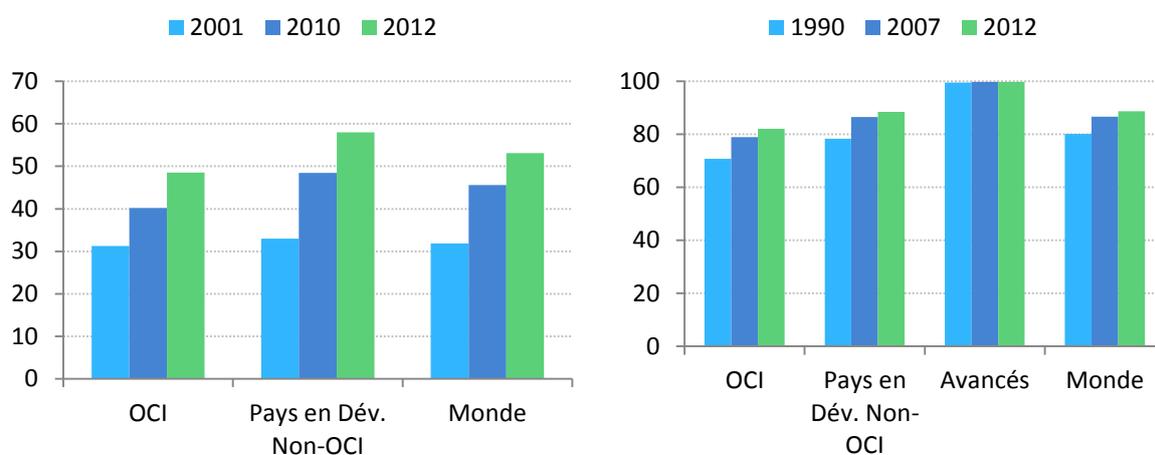
Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, la nutrition de santé et la statistique démographique

4.4.2 Diarrhée

La diarrhée est définie comme le passage de trois ou plus des pertes fécales ou des selles liquides par jour (un ou plus de passage fréquent par rapport à une personne normale). C'est la deuxième principale cause du décès chez les enfants moins de cinq années dans le monde. Chaque année, la diarrhée cause la mort environ 760 000 enfants au-dessous de cinq ans. Mondialement, il y a presque 1,7 milliards de cas de la maladie diarrhéique chaque année. La diarrhée est également une principale cause de malnutrition chez les enfants au-dessous de cinq ans.

Une partie importante de diarrhée peut être empêchée par l'eau potable, le système sanitaire et l'hygiène appropriée. Les pays de l'OCI, en moyenne ont augmenté leurs installations sanitaires et sources d'eau comparées aux années 1990. À partir de 2015, en moyenne, 66,9 pourcent de population dans les pays de l'OCI ont l'accès aux installations sanitaires améliorées et 85,8 pourcent de population avoir accès aux sources d'eau améliorées (Schéma 4.9). Dans les deux indicateurs, le groupe de l'OCI, en moyenne, était dernières les moyennes d'autres groupes de pays. Ces chiffres indiquent que l'accès aux sources d'hygiène et d'eau est toujours un problème principal dans un certain nombre de pays de l'OCI, en particulier dans des régions de l'Afrique Subsaharienne et de l'Asie du Sud. Ces deux facteurs sont les causes principales pour les cas vus de la diarrhée et ils sont responsables de beaucoup de décès. Par conséquent, les pays de l'OCI doivent investir plus dans l'infrastructure pour réduire le nombre des décès causés par la diarrhée qui est une maladie transmissible évitable.

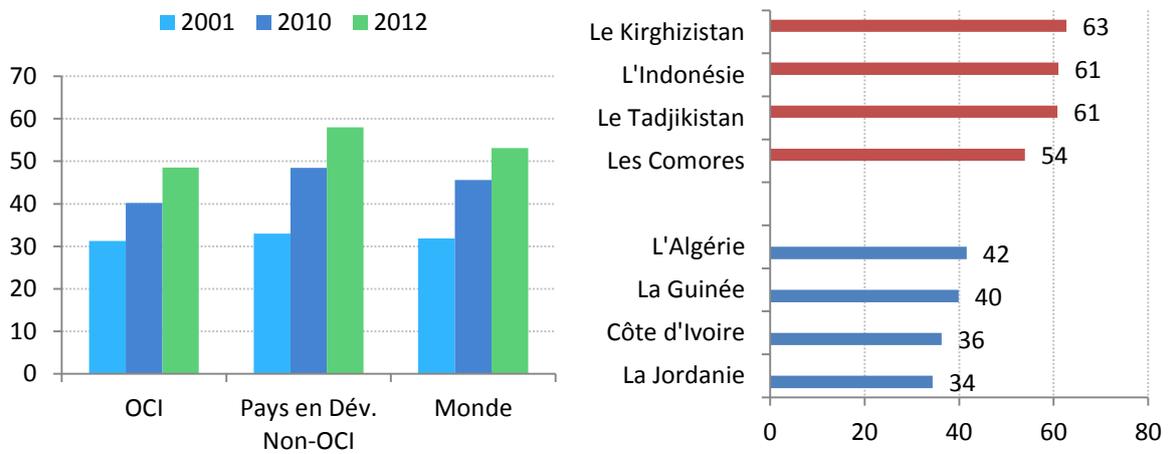
Schéma 4. 9: Accédez aux Installations Sanitaires Améliorées (à gauche) et aux Sources en Eaux (à droite), Pourcent de Population



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés programme sur la Banque Mondiale, les indicateurs de développement et de WHO/UNICEF contrôle commun

Dans le traitement de diarrhée la réhydratation orale et l'alimentation continuée sont très effectives. Selon le schéma 4.10, la performance moyenne de pays de l'OCI a été sur la hausse de la couverture de cette méthode de traitement. À partir de 2012, 48,6 pourcent d'enfants au-dessous de 5 ans recevaient la réhydratation orale et l'alimentation continuée dans le groupe de l'OCI où la moyenne du monde était de 53,1 pourcent. Le Kirghizistan était le meilleur pays d'interprète dans cette catégorie parmi des pays de l'OCI où 62,7 pourcent de tous les enfants pourraient accéder à la réhydratation orale et à l'alimentation continuée. De l'autre côté, en Jordanie seulement 34,4 pourcent de tous les enfants pourraient obtenir ce traitement à partir de 2012.

Schéma 4. 10: Traitement de Diarrhée (Pourcentage d'Enfants au-dessous de 5 Ans Recevant une Réhydratation Orale et l'Alimentation Continué) (à gauche) et la Meilleure et la Plus Mauvaise Performance des Pays de l'OCI en 2012 (à droite)

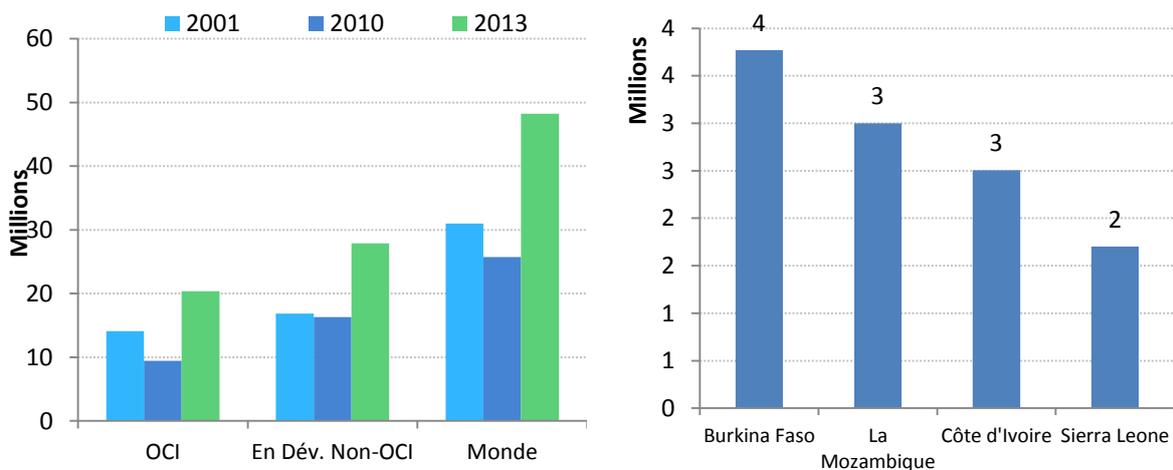


Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, la nutrition de santé et la statistique démographique

4.4.3 Malaria

La malaria est une maladie potentiellement mortelle causée par les parasites qui sont transmis à des gens par les morsures des moustiques infectés. En 2013, la malaria a causé environ 584 000 décès en grande partie parmi les enfants africains. La malaria est une maladie évitable et guérissable. Les mesures accrues de prévention et de contrôle de malaria réduisent nettement le fardeau de malaria dans beaucoup d'endroits. Tous les cas de malaria marqués dans le groupe de l'OCI ont augmenté d'environ 14,1 millions en 2001 à 20,4 millions en 2013 (Schéma 4.11, à gauche). Les cas marqués mondiaux de malaria ont atteint plus de 48 millions à partir de 2013. Le Burkina Faso était le principal pays en termes de cas marqués de malaria parmi des pays membres de l'OCI avec une moyenne de 3,7 millions de cas en 2013 (Schéma 4.11, à droite).

Schéma 4. 11: Cas de Malaria Marqués dans le Monde (à gauche) et dans les Pays de l'OCI avec les Cas de Malaria les Plus Élevés Marqués en 2013 (à droite)

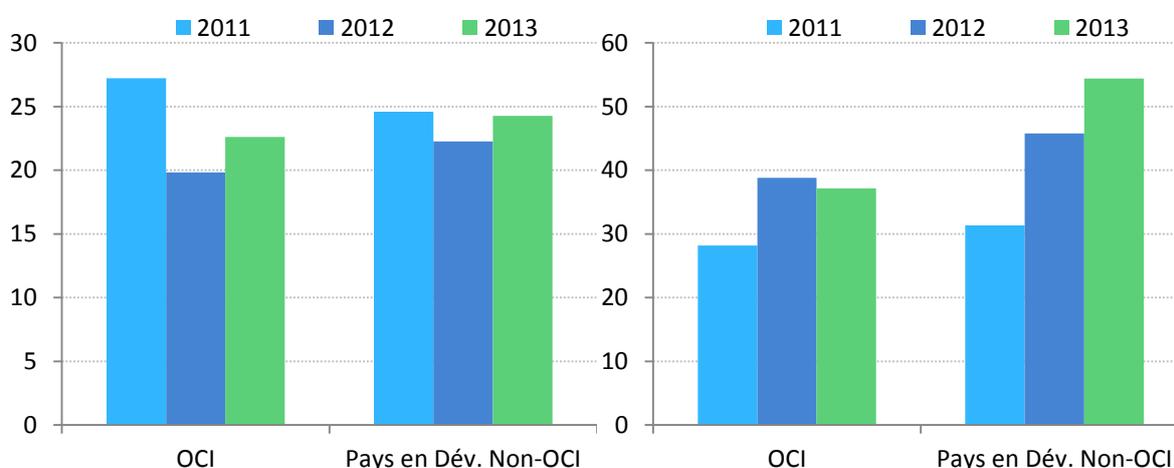


Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale et l'OMS

Les secteurs de foyer impliqués dans la lutte contre la malaria incluent l'information de santé publique, la science et le recherche, la prévention et le contrôle, la gestion de cas, et les examens

diagnostics de réglementation et les vaccins. En particulier, les drogues anti malariques et l'utilisation des filets moustiquaires imprégnés d'insecticide sont très efficaces pour lutter contre la malaria parmi les enfants. Dans le groupe de l'OCI, 22,6 pourcent d'enfants avec la fièvre recevant les drogues anti malariques où la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI était de 24,3 pourcent en 2013 (Schéma 4.12, à gauche). Dans le groupe de l'OCI, 37,1 pourcent d'enfants pourraient dormir sous les filets moustiquaires imprégnés d'insecticide où la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI était de 54,4 pourcent en 2013 (Schéma 4.12, à droite). Ces chiffres impliquent que les pays de l'OCI doivent montrer d'autres efforts pour lutter contre la malaria. Les OMD et ODS se rapportent à la malaria et ont établi des objectifs pour les pays en ce qui concerne la lutte contre la malaria à travers le monde. L'OCI-SHPA 2014-2023 présente également une carte de route pour les pays de l'OCI pour la lutte contre la malaria sous le secteur thématique 2.

Schéma 4. 12: Au-dessous de 5 Enfants Ayant la Fièvre Recevant les Drogues Anti Malariques (pourcent, à gauche) et l'Utilisation des MTI (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale et l'OMS

4.4.4 Pneumonie

La pneumonie est une forme d'infection respiratoire aiguë qui affecte les poumons. Les poumons se composent de petits sacs appelés les alvéoles, qui remplissent de l'air quand une personne en bonne santé respire. Quand une personne a la pneumonie, les alvéoles sont remplis de pus et liquide, qui rend la respiration douloureuse et limite la prise de l'oxygène.

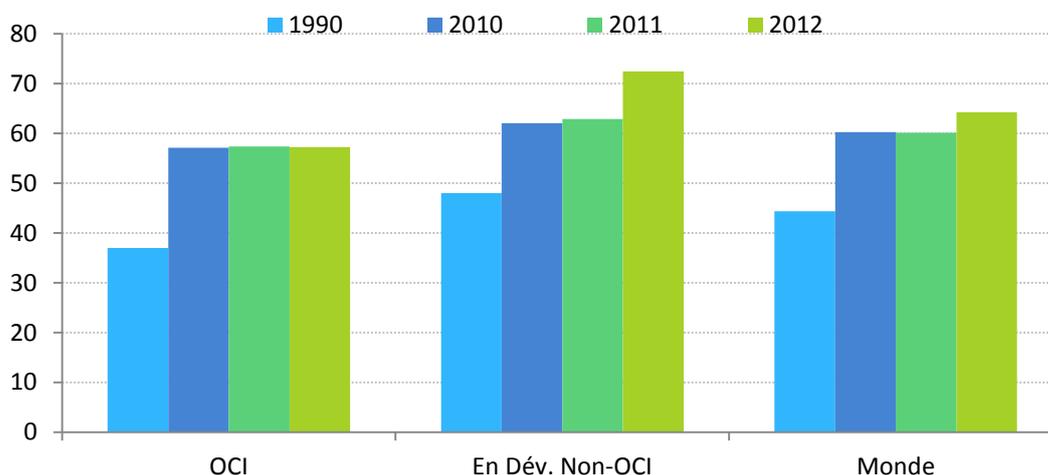
La pneumonie est la plus grande cause du décès infectieuse simple chez les enfants dans le monde entier et a tué les environ 935 000 enfants sous l'âge de cinq en 2013, représentant 15 pourcent de tous les décès des enfants au-dessous de 5 ans. La pneumonie affecte des enfants et des familles partout, mais est la plus répandue dans l'Asie du Sud et l'Afrique Subsaharienne.

La pneumonie peut être empêchée par l'immunisation, à nutrition appropriée et en adressant des facteurs environnementaux. Les enfants peuvent être protégés contre la pneumonie ; elle peut être empêchée avec des interventions simples, et être traitée avec un petit prix, des médicaments rudimentaires et le soin.

Le traitement Respiratoire Aigu d'Infection (RAI) est employé pour lutter contre la pneumonie. Il aide à améliorer la qualité de respiration et supprime au fil du temps la pneumonie. Selon le schéma 4.13, comparé aux années 1990, il y a une amélioration significative du taux respiratoire aigu de traitement d'infection dans le groupe de l'OCI où la moyenne a augmenté de 37 pourcent en 1990 à

57,2 pourcent en 2012. Une tendance positive semblable observée dans les pays en développement non membres de l'OCI où leur taux moyen de traitement RAI a atteint 72,4 pourcent d'ici 2012. À cet effet, les pays de l'OCI doivent intensifier leurs efforts pour augmenter le taux de couverture de traitement RAI particulièrement des pays de l'OCI situés dans l'Afrique Subsaharienne qui souffrent toujours de la pneumonie et les problèmes relatifs à la respiration.

Schéma 4. 13: Traitement Respiratoire Aigu d'Infection (Pourcentage d'Enfants Au-Dessous de 5 Ans Emmenés à un Fournisseur de Santé)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale, indicateurs de développement du monde

4.4.5 Tuberculose

La tuberculose est une maladie bactérienne infectieuse causée par le bacille de la tuberculose, qui affecte le plus généralement les poumons. Elle est transmise avec préavis par l'intermédiaire des gouttelettes de la gorge et des poumons des personnes avec la maladie respiratoire active. Les symptômes de la TB active du poumon toussent, parfois avec le crachat ou le sang, les douleurs thoraciques, la faiblesse, la perte de poids, la fièvre et la nuit sue.

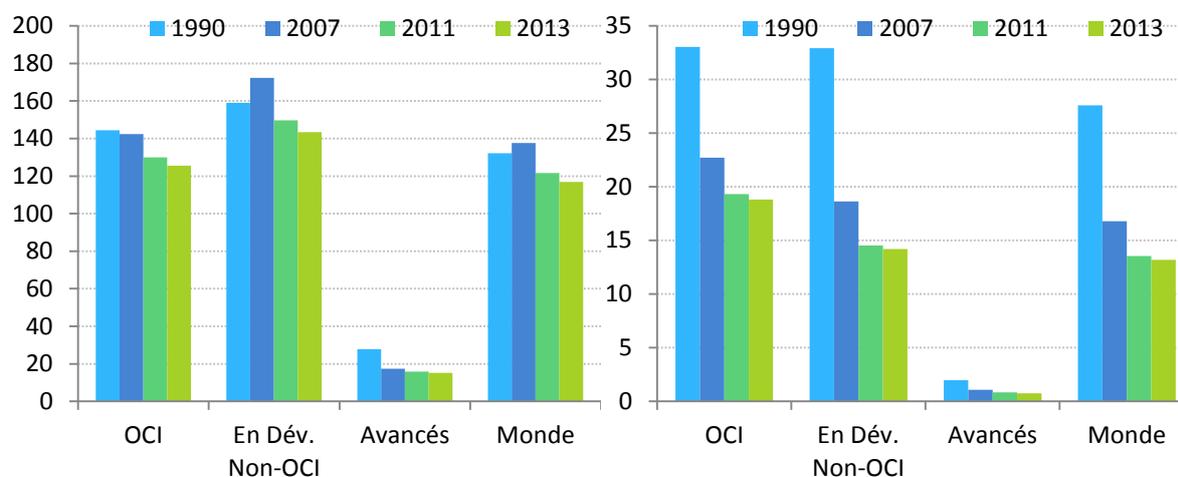
La tuberculose (TB) est en second lieu seulement au VIH/SIDA comme plus grand tueur dans le monde entier dû à un agent infectieux simple. En 2013, 9 millions de personnes sont tombés malades avec la TB et 1,5 millions sont morts de la maladie. Plus de 95 pourcent de TB les décès se produisent dans des pays du bas et de revenu moyen. En 2013, les 550 000 enfants environ sont devenus malades avec la TB.

La tuberculose est traitable avec un cours de six mois des antibiotiques. Elle est l'une des maladies transmissibles spécifiques mentionnées dans les OMD (OMD 6). Le nombre prévu de personnes tombant malade avec la TB tous les ans diminue, bien que très lentement. Le taux de mortalité de TB a diminué par 45 pourcent entre 1990 et 2013. Environ 37 millions de vies ont été sauvées par le diagnostic et le traitement de TB entre 2000 et 2013.

L'incidence mondiale de la tuberculose et les décès de la tuberculose diminuaient suivant les indications du schéma 4.14. Les pays de l'OCI suivent également une tendance négative semblable où l'incidence de la tuberculose a chuté de 144,3 (par 100.000 personnes) en 1990 à 125,5 en 2013 (Schéma 4.14, à gauche). Le taux de mortalité (provenant de la tuberculose) a également diminué de 33 en 1990 à 18,8 en 2013 pour le groupe de l'OCI où la moyenne du monde était 13,2 à partir de 2013. Dans les pays en développement non membres de l'OCI, en moyenne, environ 14,2 (par

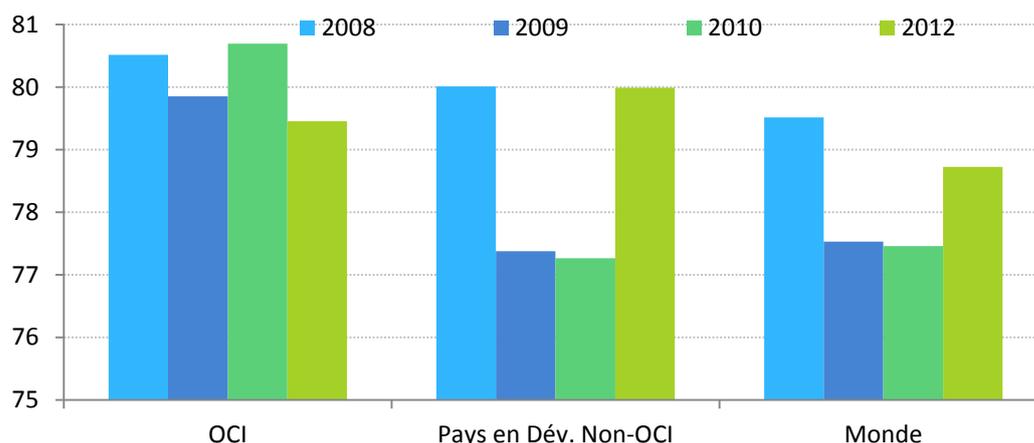
100.000 personnes) habitants sont morts de la TB en 2013 (Schéma 4.14, à droite). Ceci implique que le groupe de l'OCI souffre toujours de la TB comparé à la moyenne du monde et à la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI. Indépendamment des efforts de prévention, l'indice de réussite élevé dans le traitement de tuberculose était l'une des raisons derrière la diminution des décès de mort provenant de la TB. À partir de 2012, l'indice de réussite moyen a été mesuré comme 79,5 pourcent dans le groupe de l'OCI et comme 80 pourcent pour le groupe de pays en développement non membres de l'OCI (Schéma 4.15). À cet égard, le groupe de l'OCI ne semble pas avoir un problème au sujet de l'indice de réussite du traitement de la TB mais au sujet du taux de couverture. Par conséquent, les pays membres de l'OCI doivent intensifier leurs efforts dans la lutte contre la TB en augmentant le taux de couverture du traitement de TB.

Schéma 4. 14: Incidence de Taux de Mortalité de Tuberculose (par 100.000 Personnes) (à gauche) et de Tuberculose (par 100.000 Personnes) (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale et l'OMS

Schéma 4. 15: Indice de Réussite de Traitement de Tuberculose (Pourcentage de Nouveaux Cas)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la Banque Mondiale et l'OMS

4.4.6 Poliomyélite

La poliomyélite est une maladie très infectieuse causée par un virus. Elle envahit le système nerveux, et peut causer la paralysie totale en quelques heures. Le virus est transmis par une diffusion personnelle principalement par l'itinéraire fécal-oral ou, moins fréquemment, en un véhicule commun (par exemple l'eau contaminée ou la nourriture) et se multiplie dans l'intestin. Les

symptômes initiaux sont la fièvre, la fatigue, la douleur de tête, le vomissement, et la rigidité dans le cou et la douleur dans les membres. Un dans 200 infections mène à la paralysie irréversible (souvent dans les jambes). La poliomyélite affecte principalement des enfants au-dessous de 5 ans. Il n'y a aucun traitement pour la poliomyélite, il peut seulement être empêché. Deux vaccins promettent la possibilité d'éradication. Les cas de poliomyélite ont diminué par plus de 99 pourcent depuis 1988, d'environ 350 000 cas avant, à 416 cas marqués en 2013. La diminution est le résultat de l'effort mondial pour lutter contre la maladie.

En 2015, seulement deux pays (l'Afghanistan et le Pakistan) restent poliomyélite-endémiques, au-dessous de 125 pays en 1988. En d'autres termes, tous à travers les pays du monde, deux pays de l'OCI luttent toujours contre la poliomyélite, en dépit d'avoir des efforts nationaux et internationaux. Avec l'augmentation de la coopération de l'intra-OCI et avec le ressortissant et les institutions internationales, la poliomyélite sera supprimée totalement de ces deux pays de l'OCI dans le futur proche.

4.5 Les Maladies Non-Transmissibles

Les MNT chroniques sont la cause du décès et de l'incapacité numéro un dans le monde. Le terme MNT qui se rapporte à un groupe de conditions qui ne sont pas principalement causées par une infection aiguë, a comme conséquence à long terme des conséquences de santé et crée souvent un besoin de traitement et de soin à long terme. Ces conditions incluent les cancers, la maladie cardio-vasculaire, le diabète et les maladies chroniques de poumon parmi les principaux. Plusieurs MNT peuvent être empêchées en réduisant des facteurs de risque communs tels que l'utilisation de tabac, l'utilisation d'alcool, l'inactivité physique et consommer des alimentations malsains.

Selon l'OMS, les MNT ont causé la mort de 38 millions de personnes tous les ans et presque 28 millions de ces décès se produisent dans des pays ayant un revenu bas et moyen. Les maladies cardio-vasculaires représentent la plupart des décès causés par les MNT, ou 17,5 millions de personnes annuellement, suivi des cancers (8,2 millions), des maladies respiratoires (4 millions), et du diabète (1,5 millions). Ces quatre groupes des maladies représentent 82 pourcent de tous les décès causés par les MNT.

Les MNT ont des conséquences socio-économiques significatives. Des millions de dollars sont affectés pour le traitement des maladies cardio-vasculaires, du cancer, du diabète et des maladies respiratoires chroniques, qui minent la durabilité des budgets nationaux de soins de santé. Selon les évaluations de l'OMS, presque 100 millions de personnes sont poussés dans la pauvreté chaque année parce qu'ils doivent payer de leurs poches les services de santé. Ceci indique qu'il y a une corrélation forte entre les MNT et la pauvreté. Dans les pays en développement beaucoup de pauvres personnes tombent dans un cercle vicieux dangereux où la pauvreté et les MNT se renforcent continuellement. La capacité de pauvres familles pour lutter contre les MNT descend et les pays sont toujours poussés vers la pauvreté et sont laissées avec moins d'argent pour des besoins fondamentaux. Dans ce contexte, les politiques pour lutter contre les MNT doivent inclure trois composants : le traitement des maladies, la diminution de facteurs de risque qui mènent aux MNT (c.-à-d. la prévention), et d'adresser les impacts socio-économiques des MNT sur des personnes. Les Nations Unies et d'autres organismes internationaux prêtent une attention particulière aux MNT qui affectent des millions de personnes tous à travers le monde. Les buts de développement durable ont spécifié une cible pour réduire la mortalité prématurée par un tiers des maladies non-transmissibles par la prévention et le traitement d'ici 2030.

4.5.1 Maladies Cardio-Vasculaires

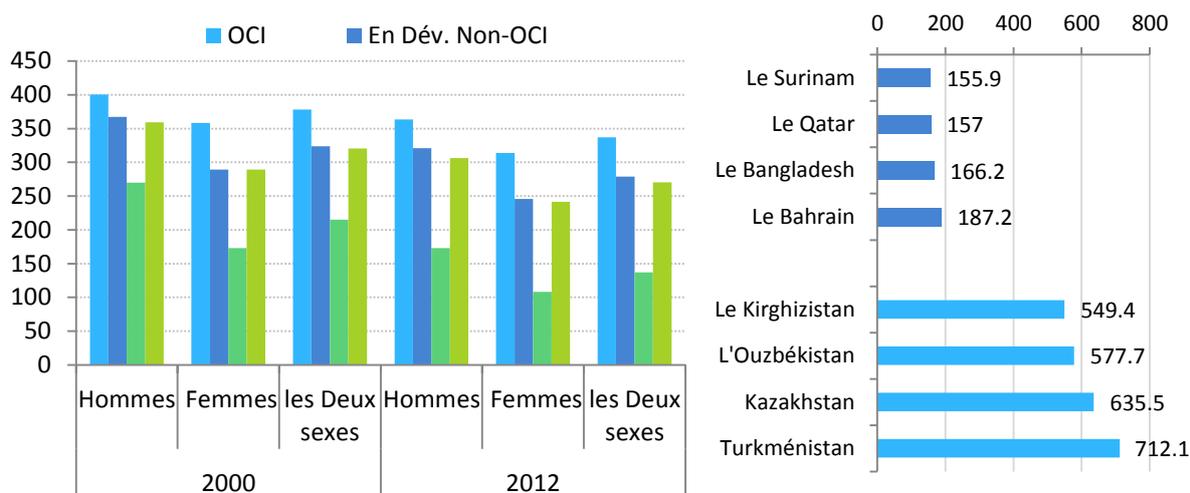
Des maladies cardio-vasculaires sont causées par des désordres du cœur et des vaisseaux sanguins, et incluent les maladies cardiaques coronaires (crises cardiaques), la maladie cérébro-vasculaire (attaque), la tension artérielle augmentée (hypertension), la maladie périphérique d'artère, la

maladie cardiaque rhumatismale, la maladie cardiaque congénitale et le retard de croissance du cœur. Les causes principales des maladies cardio-vasculaires sont utilisation de tabac, l'inactivité physique, la nutrition malsaine et l'utilisation d'alcool. Les facteurs génétiques et environnementaux exercent également quelques effets sur des maladies cardio-vasculaires.

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont la cause numéro un mondialement du décès. En d'autres termes, plus de personnes meurent annuellement des MCV que toute autre cause. Selon l'OMS, environ 17,5 millions de personnes sont mortes des MCV en 2012, représentant 31 pourcent de tous les décès mondiaux. De ces décès, environ 7,4 millions étaient dus à des maladies cardiaques coronaires et 6,7 millions ont été causées par des attaques. Selon le schéma 4.16, le taux de mortalité par MCV a chuté entre 2000 et 2012 dans le monde. Dans les pays de l'OCI, tandis que le taux de mortalité était 378 en 2000, le taux a diminué à 337 (pour les deux sexes) en 2012. Les pays en développement non membres de l'OCI ont également suivi une tendance négative où le taux de mortalité moyen a chuté de 367 à 278 (pour les deux sexes) au cours de la même période. Parmi tous les groupes de pays, le groupe de l'OCI a eu le taux de mortalité le plus élevé (les deux sexes) à partir de 2012. Le schéma 4.16 indique également que la population masculine souffre toujours de MCV comparés à la population féminine dans tous les groupes de pays. Par conséquent, les politiques qui adressent les maladies cardio-vasculaires ne devraient pas négliger ce fait. D'ici 2012, le taux de mortalité parmi les hommes causés par les MCV a été mesuré à 363 tandis que ce taux était seulement 314 pour les femmes dans le groupe de l'OCI. Dans les pays avancés ce taux était 108 pour des femmes et 173 pour les hommes, montrant l'existence d'une espace large entre les groupes de pays en termes de traitement et de prédominance.

Parmi les régions de l'OCI, l'EAC a eu le taux de mortalité moyen le plus élevé en 2012 qui a été calculé comme 533 (les deux sexes). Parmi les pays de l'OCI, le plus bas taux de mortalité par des maladies cardio-vasculaires a été observé au Surinam (156) et au Qatar (157) en 2012 par lequel le Turkménistan a perdu, en moyenne, 712 personnes (par 100,000 population) au cours de la même année due aux maladies cardio-vasculaires, ce qui a été le taux de mortalité moyen le plus élevé observé dans le groupe de l'OCI (Schéma 4.16, à droite).

Schéma 4. 16: Le Taux de Mortalité par les Maladies Cardio-Vasculaires Normalisé selon l'Âge (par 100 000 Populations) et les Pays de l'OCI avec le Taux de Mortalité le Plus Élevé en 2012 (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur le Référentiel de données de l'OMS

La plupart des maladies cardio-vasculaires peuvent être empêchées en adressant des facteurs de risque comportementaux tels que l'utilisation de tabac, l'alimentation malsaine, l'obésité, l'inactivité physique, et l'utilisation néfaste de l'alcool. À cet égard, les pays de l'OCI doivent intensifier leurs

efforts pour lutter contre les facteurs de risque (par exemple l'obésité, l'inactivité physique etc.) qui mènent aux maladies cardio-vasculaires aussi bien que aident à augmenter l'échelle pour améliorer les méthodes de traitement spécifiques sur les maladies cardio-vasculaires.

4.5.2 Cancer

Selon l'OMS, le cancer est un terme générique pour un grand groupe des maladies qui peuvent affecter n'importe quelle partie du corps. D'autres termes utilisés sont les tumeurs malignes et les néoplasmes. Une caractéristique de définition de cancer est la création rapide des cellules anormales qui se développent au-delà de leurs frontières habituelles, et qui peuvent alors envahir les parties contiguës du corps et s'écarter à d'autres organes, le dernier processus est référé sous le nom métastases. Les métastases sont la cause du décès principale du cancer.

Les cancers sont parmi les causes principales de la morbidité et de la mortalité dans le monde entier, avec approximativement 14 millions de nouvelles caisses diagnostiquées et 8,2 millions de décès marqués par le cancer en 2012. La plupart des causes classiques de la mort de cancer sont les cancers de poumon (1,59 millions de décès), de foie (745,000 décès) et d'estomac (723.000 décès). Les évaluations prouvent que le nombre de nouveaux cas est prévu d'augmenter par environ 70 pourcent au cours des deux décennies suivantes. Parmi les hommes, les 5 sites les plus communs du cancer diagnostiqués en 2012 étaient le cancer des poumons, des prostates, des colorectums, de l'estomac, et du foie. Parmi des femmes les 5 sites les plus communs diagnostiqués étaient le cancer des seins, des colorectums, des poumons, les cervix, et de l'estomac.

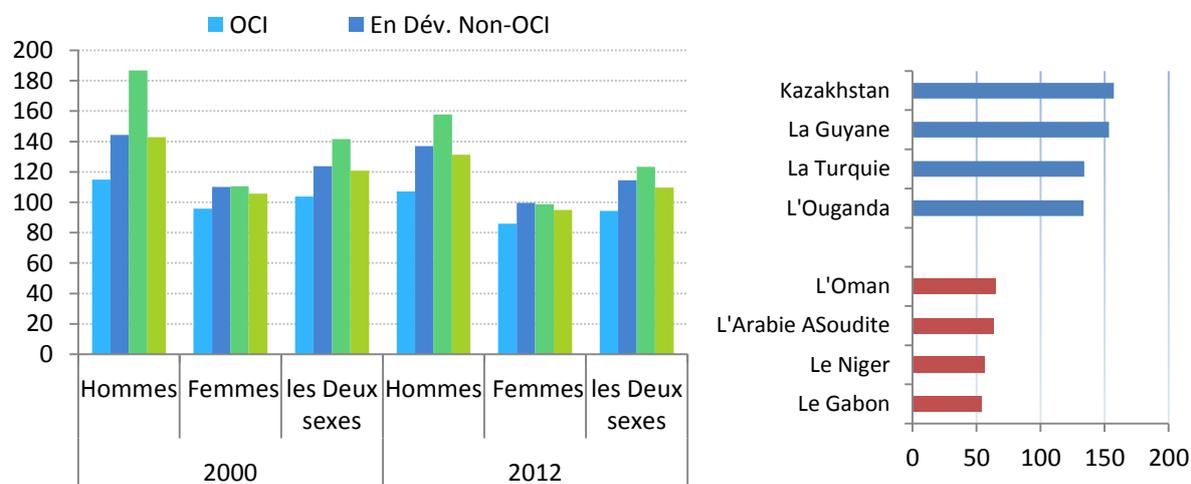
Selon le schéma 4.17, le taux de mortalité mondial par le cancer (néoplasmes malins) a légèrement diminué entre 2000 et 2012. Dans les pays de l'OCI, il est descendu de les 104 à 94 décès pour les deux sexes (par 100 000 populations) au cours de cette période. Dans les pays en développement non membres de l'OCI, le taux de mortalité moyen a chuté de 123 à 114 pour les deux sexes. La moyenne du monde a été enregistrée à 109 en 2012. Ces chiffres indiquent que des pays de l'OCI, en moyenne, exécutant comparaient mieux aux pays en développement non membres de l'OCI et au monde en 2012. Les pays avancés, comme un groupe, étaient la victime du numéro un du cancer avec un taux de mortalité de 123 par 100 000 populations en 2012.

Parmi les régions de l'OCI, l'ASS et l'EAC ont eu la mortalité moyenne la plus élevée causée par le cancer en 2012. Parmi des pays de l'OCI, le plus bas taux de mortalité par le cancer a été observé au Gabon (54) et au Niger (56) en 2012 par lequel le Kazakhstan a perdu en moyenne 156 personnes (par 100 000 population) au cours de la même année due au cancer qui était le plus élevé taux enregistré de mortalité moyen causé par le cancer dans le groupe de l'OCI (Schéma 4.17, à droite). Le schéma 4.17 plus loin affichages que la population masculine souffre davantage du cancer a comparé à la population féminine dans tous les groupes de pays, comme a été observé en cas de maladies cardio-vasculaires. Les pays de l'OCI ne sont pas une exception de ce fait. D'ici 2012, le taux de mortalité parmi les hommes causés par le cancer a été mesuré à 107, tandis que ce taux a été calculé à 86 pour des femmes dans le groupe de l'OCI.

Chaque type de cancer exige un régime thérapeutique spécifique qui entoure un ou plusieurs modalités telles que la chirurgie, et/ou radiothérapie, et/ou chimiothérapie. À cet égard, le dépistage précoce et le diagnostic correct sont essentiels pour le traitement approprié et effectif. Environ un tiers des décès de cancer sont dû à cinq risques principaux comportementaux et diététiques : l'indice de masse corporelle élevé, la faible consommation de fruits et de légumes, le manque d'activité physique, l'utilisation de tabac, et l'utilisation d'alcool. L'utilisation de tabac est le facteur de risque le plus important pour le cancer causant environ 20 pourcent des décès de cancer mondiales et environ 70 pourcent des décès de cancer de poumon mondiales. Par conséquent, la lutte contre ces

facteurs de risque porte une importance critique pour tous les pays afin de réduire les décès causés par le cancer.

Schéma 4. 17: Taux de Mortalité par le Cancer Normalisé selon l'Âge (par 100.000 Personnes) et les Pays de l'OCI avec le Taux de Mortalité le Plus Élevé en 2012 (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

4.5.3 Les Maladies Respiratoires Chroniques (de Poumon)

Les maladies respiratoires chroniques sont les maladies des voies aériennes et d'autres structures du poumon. Certaines de la plupart des maladies communes incluent l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les allergies respiratoires. Des centaines de millions de personnes souffrent chaque jour des maladies respiratoires chroniques. Selon les dernières évaluations de l'OMS, environ 235 millions de personnes ont souffert de l'asthme en 2013. Plus de 3 millions de personnes sont morts de la BPCO en 2012, qui est égal à 6 pourcent de tous les décès mondialement lors de cette année.

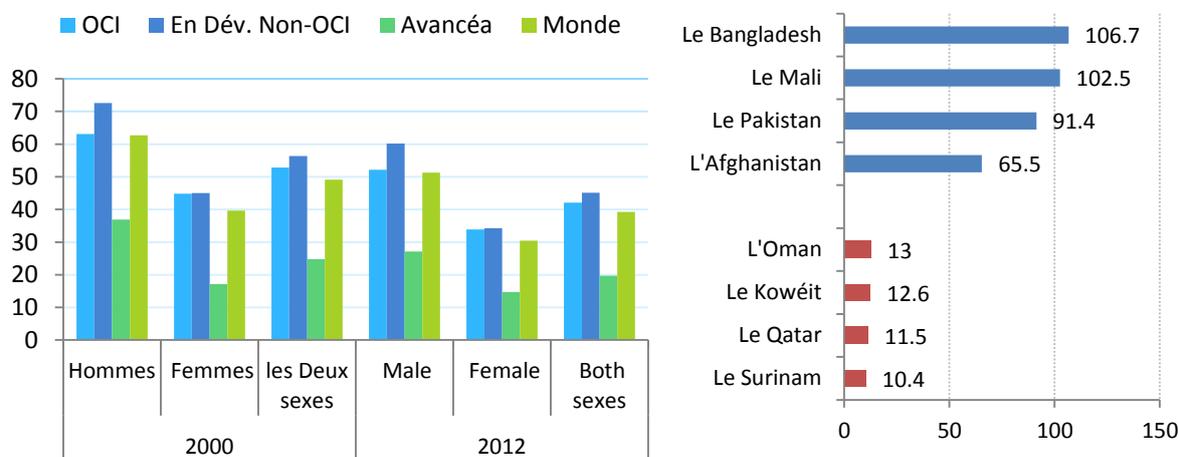
Selon le schéma 4.18, le taux de mortalité mondial par des maladies respiratoires a chuté entre 2000 et 2012. La moyenne du monde a chuté de 49 décès à 39 (par 100,000 populations) dans cette période. Dans les pays de l'OCI, le taux de mortalité moyen a diminué de 53 à 42 décès (les deux sexes) et dans les pays en développement non membres de l'OCI le taux de mortalité moyen a chuté de 56 à 45 lors de cette période (les deux sexes). Les pays avancés, en moyenne, ont souffert moins des maladies respiratoires parmi des groupes de pays analysés dans 2000 et 2012.

Parmi les régions de l'OCI, le MOAN a eu le taux de mortalité moyen le plus élevé causé par des maladies respiratoires en 2012, qui a été calculé comme 80. Il a été suivi de l'AS qu'en moyenne de 46 personnes (par 100 000 population) a été mort en raison des maladies respiratoires en 2012. Parmi les pays de l'OCI, le plus bas taux de mortalité par les maladies cardio-vasculaires a été observé au Surinam (10) et au Qatar (12) en 2012 par lequel le Bangladesh a perdu en moyenne 107 personnes (par 100 000 population) au cours de la même année due aux maladies respiratoires qui étaient le plus élevé taux de mortalité moyen observé causé par des maladies respiratoires dans le groupe de l'OCI (Schéma 4.18, à droite).

Selon le schéma 4.18, dans les pays de l'OCI, la population masculine souffrent toujours des maladies respiratoires comparées à la population féminine provenant principalement de l'utilisation répandue du tabac parmi les hommes. D'ici 2012, le taux de mortalité parmi les hommes causés par

des maladies respiratoires mesurées en tant que 52 tandis que ce taux a été calculé en tant que 33 pour des femmes dans le groupe de l'OCI.

Schéma 4. 18: Mortalité Normalisée selon l'Âge par des Maladies Respiratoires (par 100 000 Populations) et les Pays de l'OCI avec le Taux de Mortalité le Plus Élevé en 2012 (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Selon l'OMS, les facteurs de risque principaux pour les maladies respiratoires se composent du tabagisme, la pollution atmosphérique intérieure, la pollution extérieure, les allergènes, et les risques et la vulnérabilité professionnels. Tout en investissant dans le traitement des maladies respiratoires, les pays de l'OCI ne devraient pas négliger le fait de mettre en application les politiques nécessaires pour réduire les facteurs de risque mentionnés ci-dessus qui causent des millions de mort tous les ans. À cet égard, l'initiative d'un « OCI sans Tabac » du Centre de Recherches Statistiques, Économiques et Sociales et de Formation pour les Pays Islamiques (SESRIC) peut jouer un rôle important pour réduire des mortalités causées par des maladies respiratoires à travers les pays de l'OCI.

4.5.4 Diabète

Le diabète est une MNT chronique qui se produit quand le pancréas ne produit pas assez d'insuline, ou quand le corps ne peut pas effectivement employer l'insuline qu'il produit. L'hyperglycémie, ou l'augmentation du sucre dans le sang, est en effet commun de diabète incontrôlé et mène au fil du temps aux sérieux dommages à plusieurs systèmes du corps, particulièrement les nerfs et les vaisseaux sanguins. Les causes du diabète sont complexes. Cependant, l'augmentation de la prédominance mondiale du diabète peut être attribuée aux augmentations rapides du poids excessif, y compris l'obésité et l'inactivité physique.

Selon le schéma 4.19, le taux de mortalité mondial causé par le diabète est resté environ 33 décès stables (par 100,000 populations) entre 2000 et 2012. Cependant, au cours de cette période les pays de l'OCI était témoin d'une petite augmentation de 40 à 42 (aux deux sexes) et dans les pays en développement non membres de l'OCI le taux de mortalité moyen est entré de 36 à 38 de cette période (les deux sexes). Les pays avancés, en moyenne, ont souffert moins du diabète parmi les groupes des pays analysés soit en 2000 ou en 2012.

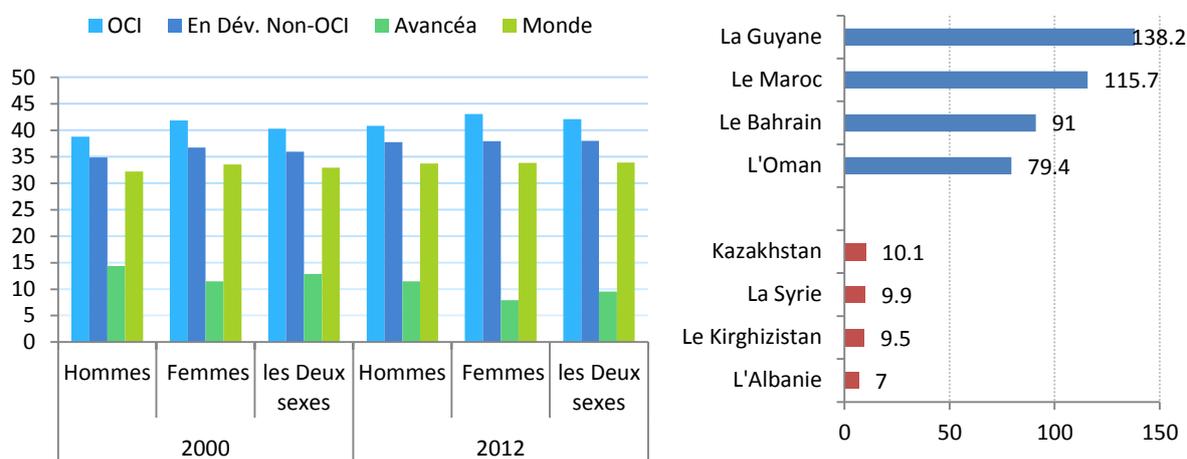
Parmi les régions de l'OCI, l'ASS a eu le taux de mortalité moyen le plus élevé par le diabète en 2012 qui a été calculé en tant que 89. Elle a été suivie de l'AS qu'en moyenne 46 personnes (par 100 000 populations) ont été mortes en raison du diabète en 2012. Parmi des pays de l'OCI, le plus bas taux

de mortalité causé par le diabète a été observé en Albanie (7) et au Kirghizistan (10) en 2012 par lequel la Guyane, en moyenne, ait perdu 138 personnes (par 100 000 population) au cours de la même année due au diabète qui était le taux de mortalité moyen le plus élevé causé par le diabète dans le groupe de l'OCI (Schéma 4.19, à droite).

Selon le schéma 4.19, dans des pays de l'OCI, la population féminine souffrent davantage du diabète comparé à la population masculine. D'ici 2012, le taux de mortalité parmi les hommes causés par le diabète mesuré comme 41, tandis que ce taux a été calculé comme 43 pour des femmes.

De façon générale, les pays de l'OCI devraient arrêter la tendance positive vue dans les mortalités causées par le diabète. Ceci exige l'organisation des campagnes de sensibilisation sur le diabète et la promotion des styles de vie sains aux cercles sociaux. En termes de méthodes de traitement, qui sont souvent coûteuses, les responsables politiques dans la nécessité de groupe de l'OCI d'assigner plus de sources pour lutter contre le diabète.

Schéma 4. 19: Taux de Mortalité par le Diabète Normalisé selon l'Âge (par 100 000 Populations) et les Pays de l'OCI avec le Taux de Mortalité le Plus Élevé en 2012 (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

4.6 Facteurs de Risque

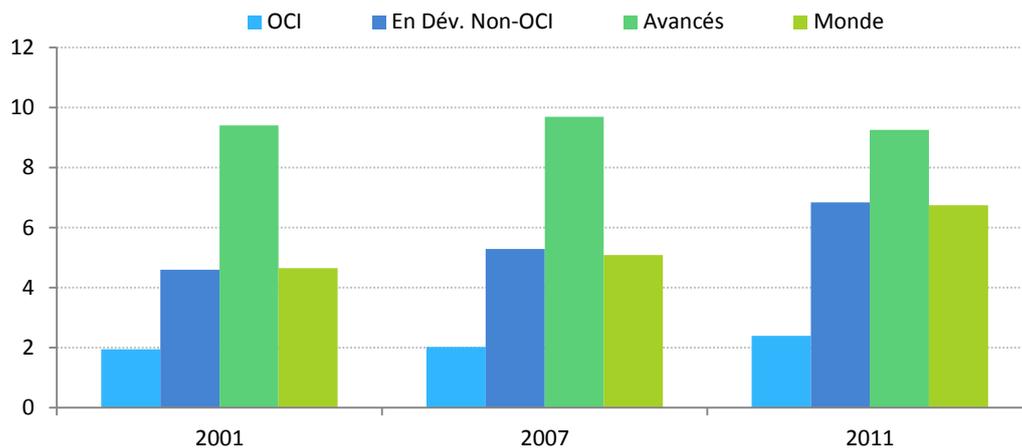
Des facteurs de risque peuvent être décrits comme facteurs qui mènent aux MNT tout à travers le monde enjambant à partir de l'utilisation néfaste de l'alcool à l'inactivité physique. Les vues d'ensemble de cette section la position des pays de l'OCI dans les facteurs choisis de risque majeur comparés à d'autres groupes et dessine quelques politique-recommandations pour la manière en avant.

4.6.1 Utilisation d'Alcool

L'utilisation de l'alcool est un facteur causal dans plus de 200 maladies comprenant des maladies infectieuses telles que la tuberculose aussi bien que le cours du VIH/SIDA et les états de blessure. C'est donc un facteur de risque pour plusieurs maladies qui affectent des millions d'impacts de personnes tous à travers le monde. Mondialement, 3,3 millions de décès chaque année résultent de l'utilisation néfaste d'alcool ; ceci représente 5,9 pourcent de tous les décès, selon les évaluations de l'OMS. En particulier, dans la catégorie d'âge 20-39 ans approximativement 25 pourcent de tous les décès sont alcool-imputables.

Au-delà des conséquences de santé, l'utilisation de l'alcool apporte des pertes sociales et économiques significatives aux personnes et à la société. Dans ce contexte, les gouvernements tous à travers le monde ont besoins de lutter contre l'utilisation néfaste de l'alcool. Le schéma 4.20 montre que la moyenne du monde dans la consommation enregistrée d'alcool par habitant a augmenté de 4,65 litres en 2001 jusqu'à 6,74 litres en 2011. Le groupe de l'OCI, en moyenne, était témoin également d'une augmentation de 1,95 litres à 2,38 litres au cours de la même période tandis que les pays avancés ont enregistré une diminution de 9,4 litres à 9,2 litres.

Schéma 4. 20: Consommation Enregistrée d'Alcool par Habitant (15+) (Litres d'Alcool Sec)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Ces chiffres impliquent que les pays de l'OCI sont à un plus grand risque comparés à 2001 en termes d'utilisation néfaste d'alcool. Par conséquent, les pays de l'OCI doivent développer et mettre en application des stratégies efficaces pour faire face à la tendance positive vue dans l'utilisation de l'alcool. Certaines des stratégies utilisées mondialement incluent à cet égard :

- La réglementation du marketing des boissons alcoolisées (en particulier aux jeunes) ;
- La réglementation de disponibilité et de restriction d'alcool ;
- L'établissement des politiques appropriées de conduite en état d'ivresse ;
- La réduction de la demande d'imposition et l'évaluation des mécanismes ;
- Le soulèvement de la conscience des problèmes de santé publique causés par l'utilisation néfaste d'alcool et l'assurance du soutien des politiques efficaces d'alcool ;
- La fourniture du traitement accessible et abordable pour des personnes ayant des désordres relatifs à l'utilisation d'alcool ; et
- La mise en œuvre des évaluations préalables et des brefs programmes d'interventions pour l'utilisation dangereuse et néfaste d'alcool dans les services de santé.

En plus des stratégies mondiales mentionnées ci-dessus, les pays de l'OCI avec l'aide des chercheurs islamiques peuvent donner le message unique de l'Islam à la société que l'Islam interdit l'utilisation de l'alcool. Si le message est fourni largement et effectivement à la société, cette stratégie peut aider beaucoup de musulmans tous à travers les pays de l'OCI à arrêter la consommation d'alcool.

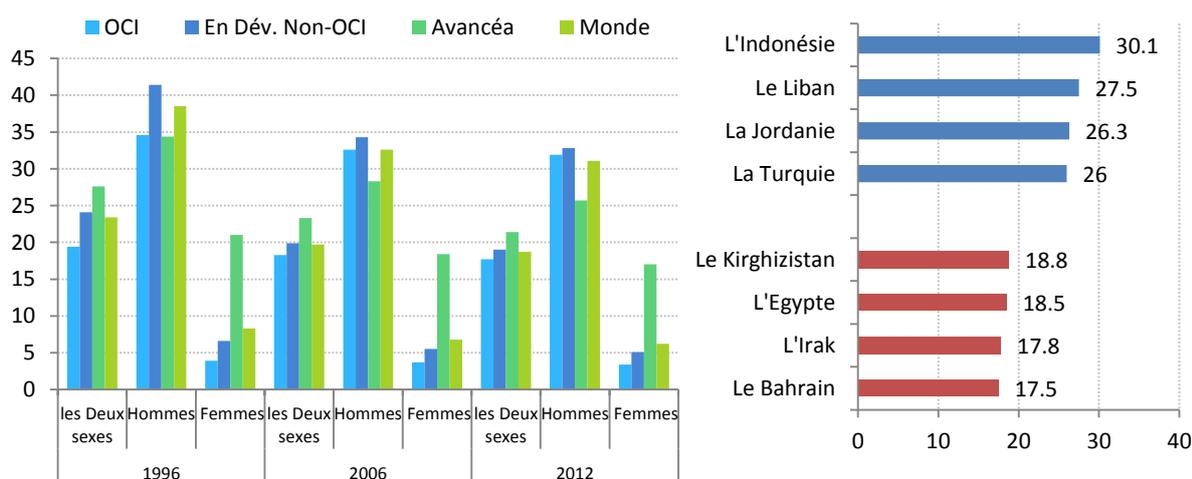
4.6.2 Utilisation de Tabac

L'OMS déclare que le tabac tue jusqu'à la moitié de ses utilisateurs. Il y a plus de 4000 produits chimiques dans la fumée de tabac, dont au moins 250 sont connus pour être nocifs et plus de 50 sont connus d'être la cause du cancer. Le tabac est estimé de causer la mort d'environ 6 millions de

personnes tous les ans. Plus de 5 millions de ces décès sont le résultat de la directe consommation de tabac tandis que plus de 600 000 sont le résultat des non-fumeurs étant exposés à la fumée par occasion. Les pays en développement souffrent en général plus de l'utilisation de tabac. Presque 80 pourcent d'un milliard de fumeurs du monde vivent dans des pays de revenu bas et moyen. Les utilisateurs de tabac qui meurent prématurément privent leurs familles du revenu, soulèvent le coût de soins de santé et gênent le développement économique.

Comme le schéma 4.21 montre, en raison des efforts mondiaux pour réduire l'utilisation de tabac, la prédominance du tabagisme a chuté de 23,4 pourcent en 1996 à 18,7 pourcent en 2012 dans le monde. Dans les pays de l'OCI, la prédominance moyenne du tabagisme a également diminuée de 19,4 pourcent à 17,7 pourcent au cours de la même période (pour les deux sexes). Comme dans d'autres groupes de pays, la population masculine est toujours exposée au tabagisme dans les pays de l'OCI avec une moyenne de 31,9 pourcent en 2012. Dans le groupe de l'OCI, en moyenne, seulement 3,4 pourcent de toutes les femmes fumaient en 2012. Au niveau du pays individuel de l'OCI, suivant les indications du schéma 4.21 à droite, l'Indonésie a eu la prédominance de tabagisme la plus élevée (30,1 pourcent) suivie du Liban (27,5 pourcent) et de la Jordanie (26,3 pourcent) en 2012 (pour les deux sexes).

Schéma 4. 21: Prédominance du Tabagisme (Pourcentage de Population, Âgée de 15+) et des Pays de l'OCI avec la Plus Forte Présence en 2012 (à droite)



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'institut pour la métrique de santé et l'évaluation (IHME), 2014

Quelques méthodes efficaces pour faire face à l'utilisation de tabac incluent augmentant l'impôt sur des produits du tabac, interdisant des annonces pour les produits du tabac, limitant les secteurs pour fumer en général. La convention-cadre de l'OMS sur le contrôle de tabac entré en vigueur en février 2005. Depuis lors, il a devenu le traité le plus largement accepté dans l'histoire des Nations Unies avec 180 états, couvrant 90 pourcent de la population du monde. En 2008, l'OMS a présenté une manière pratique et rentable pour mesurer l'exécution des dispositions de la convention-cadre de l'OMS au terrain appelé le MPOWER. Les six mesures de MPOWER incluent :

- Surveiller les politiques d'utilisation et prévention de tabac ;
- Protéger les personnes contre l'utilisation de tabac ;
- Offrir l'aide pour arrêter l'utilisation de tabac ;
- Avertir au sujet des dangers du tabagisme ;
- Imposer les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage de tabac ; et
- Augmenter des Impôts sur le tabac.

L'intervention de l'OCI à l'utilisation de tabac était également très effective et détaillée. Le processus a commencé en 2007 par une initiative développée par le Centre de Recherches Statistiques, Économiques et Sociales et de Formation pour les Pays Islamiques (SESRIC) en réponse à la diffusion de l'épidémie de tabac dans les pays de l'OCI qui s'appelle le 'OCI Sans Tabac'. Il vise à stimuler une approche coordonnée de l'OCI pour limiter et contrôler la propagation de l'épidémie de tabac dans les pays de l'OCI. Cette initiative se concentre sur les programmes de renforcement de formation et des capacités pour faciliter le développement et l'exécution des stratégies nationales viables afin de contrôler le tabac dans les pays de l'OCI. Selon les décisions et les résolutions de la première Conférence Islamique des Ministres de Santé (2007), des objectifs importants de l'initiative d'un OCI Sans Tabac peuvent être énumérés comme suit :

- pour augmenter la sensibilisation du public au sujet de contrôler l'utilisation du tabac en fournissant la connaissance et les informations basées sur preuves, et de cette façon, empêcher les enfants de commencer l'utilisation de tabac ;
- pour établir des réseaux et des associations de l'OCI pour échanger des expériences et des pratiques des stratégies, des initiatives, des projets et des programmes de la lutte contre le tabagisme ; et
- pour établir la capacité d'organismes ou d'institutions compétents pour une meilleure coordination de politique afin d'atteindre le but d'un 'OCI Sans Tabac'.

Le programme d'action stratégique de santé de l'OCI 2014-2023 (OIC-SHPA) énumère également les actions qui doivent être prises en ce qui concerne la lutte contre l'utilisation de tabac sous plusieurs secteurs thématiques. À cet effet, au niveau mondial et de l'OCI, il y a des initiatives et des mécanismes pour faire face à l'utilisation de tabac. En coopération avec les organismes internationaux, les pays de l'OCI peuvent effectivement réduire l'utilisation du tabac et peuvent sauver leurs vies

4.6.3 Activité Physique Insuffisante

L'OMS définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui exigent la dépense énergétique - comprenant des activités entreprises tout en travaillant, jouant, effectuant des travaux du ménage, voyageant, et s'engageant aux poursuites récréationnelles. L'intensité de l'activité physique modérée ainsi que vigoureuse apportent des prestations-maladie. L'activité physique insuffisante est l'un des 10 principaux facteurs de risque pour la mort dans le monde entier. Mondialement, 3,2 millions de décès sont tous les ans imputables à l'activité physique insuffisante, selon les évaluations de l'OMS.

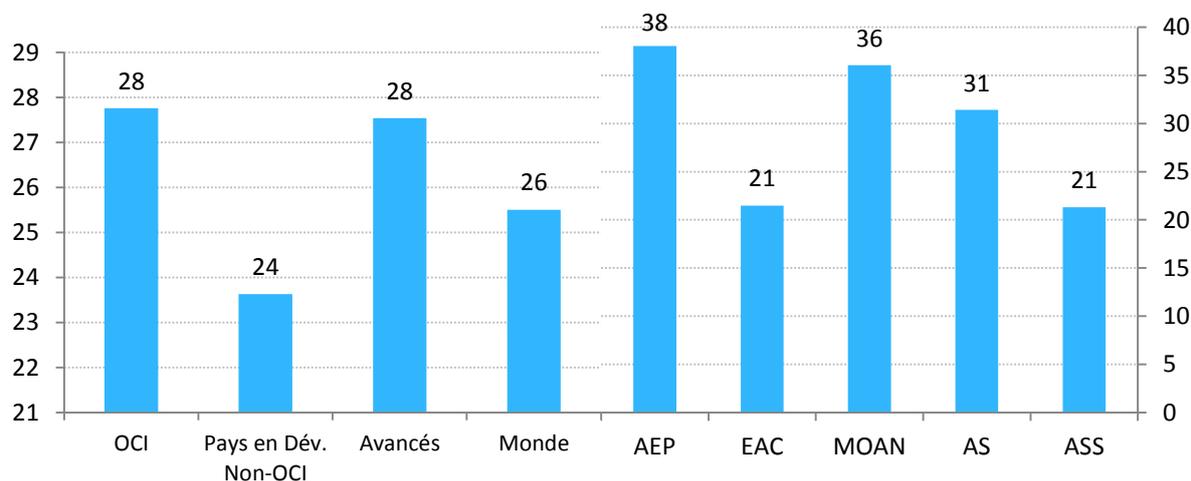
L'activité physique insuffisante est un facteur de risque principal pour les maladies non-transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète. L'activité physique a les prestations-maladie significatives et contribue pour empêcher les MNT. Plus de 80 pourcent de la population adolescente du monde sont insuffisamment active physiquement. Les facteurs socio-économiques et socioculturels affectent les modes de vie des personnes. Avec l'urbanisation accrue, certains facteurs supplémentaires ont commencé à influencer l'activité physique. Les raisons communes derrière l'inactivité physique dans les zones urbaines sont : la violence, le trafic à haute densité, la faible qualité de l'air, la pollution, et le manque de parcs, de trottoirs et de sports/d'équipements de récréation.

Le schéma 4.22 montre la prédominance de l'activité physique insuffisante parmi des adultes à travers des groupes de pays. Selon ceci, parmi des pays de l'OCI avec des données disponibles, en moyenne, la prédominance de l'activité physique insuffisante était la plus élevée (27,8 pourcent) parmi tous les groupes de pays en 2010. La moyenne du monde a été mesurée en tant que 25,5

pourcent au cours de la même année (Schéma 4.22, à gauche). À travers les régions de l'OCI, la plus forte présence de l'activité physique insuffisante a été observée dans l'AEP avec un taux moyen de 38 pourcent. L'ASS a eu la plus basse prédominance de l'activité physique insuffisante (21,3 pourcent) en 2010 (Schéma 4.22, à droite).

Les États membres de l'OMS ont accepté de réduire l'activité physique insuffisante par 10 pourcent d'ici 2025. Afin d'encourager l'activité physique, les gouvernements doivent assurer que : la marche, le recyclage et d'autres manières de transport actif soient accessibles et garantis pour tous ; les politiques de travail et le lieu de travail encouragent l'activité physique ; les écoles aient les espaces et les équipements sûrs qu'il faut ou les étudiants passent leur temps libre activement ; l'éducation physique soutient les enfants pour développer les modèles de comportement qui les maintiendront physiquement actifs durant toute leurs vies ; et les sports et les équipements de récréation présentent des moyens pour chaque personne afin de faire des sports. À cet égard, les décideurs politiques dans les pays de l'OCI doivent prendre des dispositions nécessaires pour favoriser le mode de vie plus physiquement actif afin d'avoir des générations plus saines et réduire la pression sur les systèmes de sécurité sociale.

Schéma 4. 22: La Prédominance d'Activité Physique Insuffisante parmi la Population 18+ (Pourcent), 2010



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur le Référentiel de données de l'OMS

4.6.4 Obésité

L'obésité est définie en tant que grosse accumulation anormale ou excessive qui peut altérer la santé. L'OMS définit l'obésité comme Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30¹. L'obésité mène aux effets métaboliques défavorables sur la tension artérielle, le cholestérol, les triglycérides et la résistance à l'insuline. Les Risques de maladie cardiaque coronaire, de course ischémique et de diabètes type-2 augmentent fortement avec l'augmentation de l'IMC. Un IMC plus élevé soulève également le risque de cancer du sein, des côlons, de la prostate, de l'endomètre, du rein et de la vésicule biliaire. Les taux de mortalité montent avec l'augmentation des degrés de poids excessif, comme mesuré par l'indice de masse corporelle.

L'obésité mondiale a été plus que doublée depuis 1980. En 2014, plus de 1,9 milliards d'adultes, 18 ans et plus vieux, étaient de poids excessif que leur IMC dépasse 25. De ces derniers plus de 600

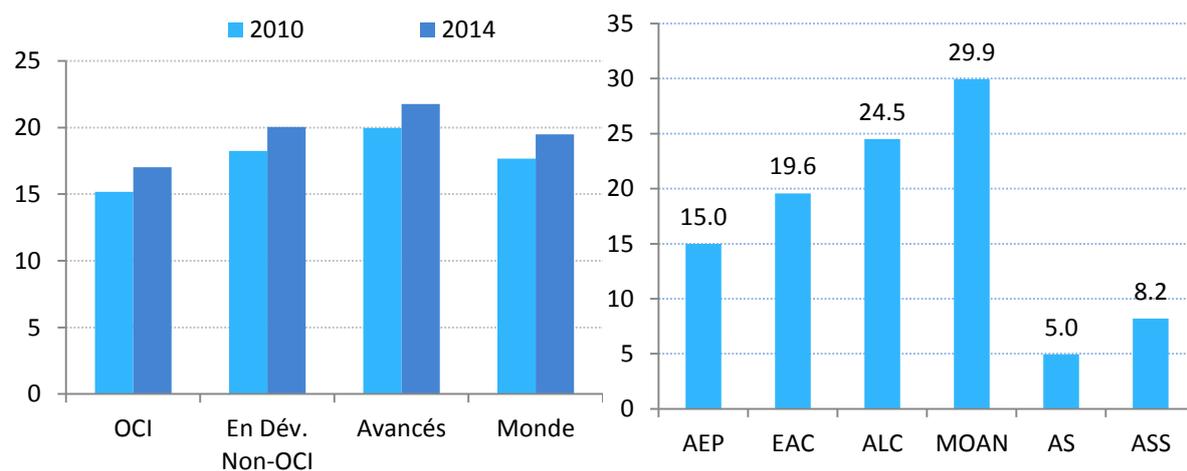
¹ L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un indice simple de la poids-pour-taille qui est utilisée généralement pour classifier le poids excessif et l'obésité chez les adultes. Il est défini en tant que poids d'une personne en kilogrammes divisés par le carré de sa taille sous forme des mètres. (kg/m²).

millions étaient obèses. Mondialement, 13 pourcent d'adultes âgés de 18 ans et plus étaient obèses en 2014.

La prédominance de l'indice de masse corporelle augmenté s'élève avec le niveau de revenu des pays. Selon les évaluations de l'OMS, pour l'obésité, la prédominance globale est plus de quatre fois plus élevée dans les pays de revenus élevés comparés aux pays de revenu bas. Selon le schéma 4.23 (à gauche), dans le groupe de l'OCI la prédominance de l'obésité a grimpé de 15,2 pourcent en 2010 jusqu'à 17 pourcent en 2014. Dans les pays avancés, le taux moyen de prédominance a atteint 21,8 pourcent en 2014. Parmi tous les groupes de pays, la moyenne de pays de l'OCI était la plus basse en 2014 en termes de prédominance de l'obésité. Parmi les régions de l'OCI, le MOAN est le plus exposé à l'obésité avec un taux moyen de prédominance de 29,9 pourcent. L'AS a le plus bas taux de prédominance d'obésité parmi toutes les régions de l'OCI avec un taux moyen de prédominance de 5 pourcent. Au niveau du pays individuel, la prédominance de l'obésité s'est classifiée de 2,9 pourcent en Afghanistan à 42,3 pourcent au Qatar (Schéma 4.24).

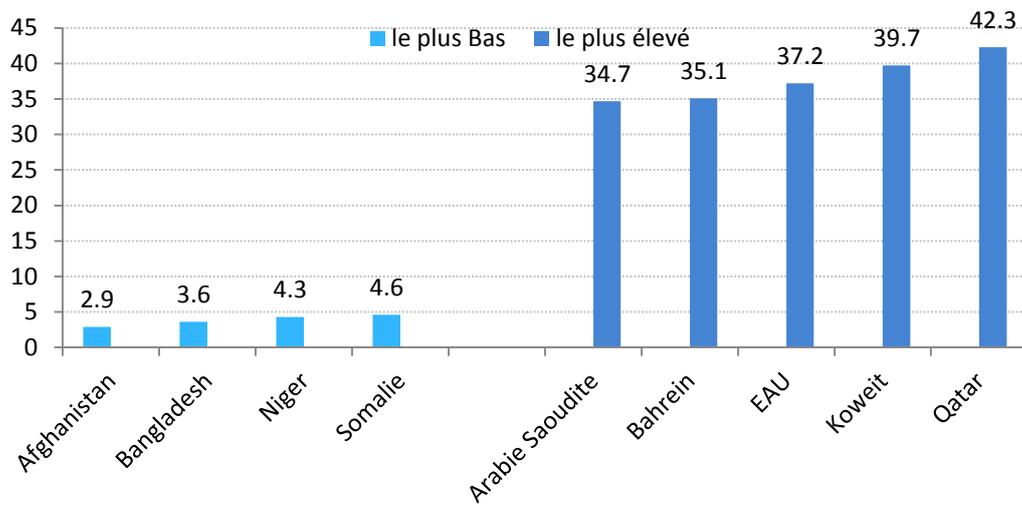
L'obésité est évitable. Au niveau individuel, les gens peuvent limiter la prise d'énergie des graisses et des sucres totaux ; augmenter la consommation des fruits et légumes, aussi bien que les légumineuses, les grains et les écrous ; s'engager dans l'activité physique régulière (60 minutes par jour pour des enfants et 150 minutes par semaine pour des adultes). L'industrie alimentaire peut jouer un rôle significatif en favorisant des alimentations saines en réduisant la teneur en sel de graisse, de sucre et des nourritures traitées ; s'assurant que les choix sains et nutritifs sont disponibles et abordables à tous les consommateurs ; la pratique responsable lançant particulièrement ceux sur le marché a visé des enfants et des adolescents ; et assurant la disponibilité des choix sains de nourriture et soutenant la pratique en matière régulière d'activité physique dans le lieu de travail. Dans cette image, les responsables politiques dans les pays de l'OCI sont responsables de concevoir des politiques pour favoriser des alimentations saines, pour encourager l'activité physique accrue et pour régler l'industrie alimentaire au profit de leurs personnes.

Schéma 4. 23: La Prédominance de l'Obésité (Entre la Population 18+, Pourcent), 2014



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur l'OMS, Référentiel de données

Schéma 4. 24: Les Pays de l'OCI avec la Présence de l'Obésité chez les Adultes la Plus Basse et la Plus Forte, 18+ Ans (Pourcentage de Population)



Source : OMS, Référentiel de données

MÉDECINES, VACCINS ET TECHNOLOGIES MÉDICALES

5

Comme l'attention mondiale se tourne vers l'Agenda du Développement post-2015 qui remplacera les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le rôle des médecines, des vaccins et des technologies médicales en soutenant le développement des sociétés en bonne santé devient plus important. Plus avec précision, l'industrie pharmaceutique constitue un des éléments essentiels d'un système de santé effectif et fiable. Les produits pharmaceutiques, tels que les médecines et les vaccins, sont fondamentaux et exigent le financement compétent. Les dispositifs médicaux sont également importants pour fournir les soins de santé et pour améliorer la santé des personnes et des populations. Un des objectifs stratégiques de l'OMS est d'assurer l'accès, la qualité et l'utilisation améliorés des dispositifs médicaux.

Selon l'opinion de ce qui précède, cette section décrit la situation actuelle des médecines, des vaccins aussi bien que de la technologie médicale dans les pays de l'OCI.

5.1 Industrie Pharmaceutique

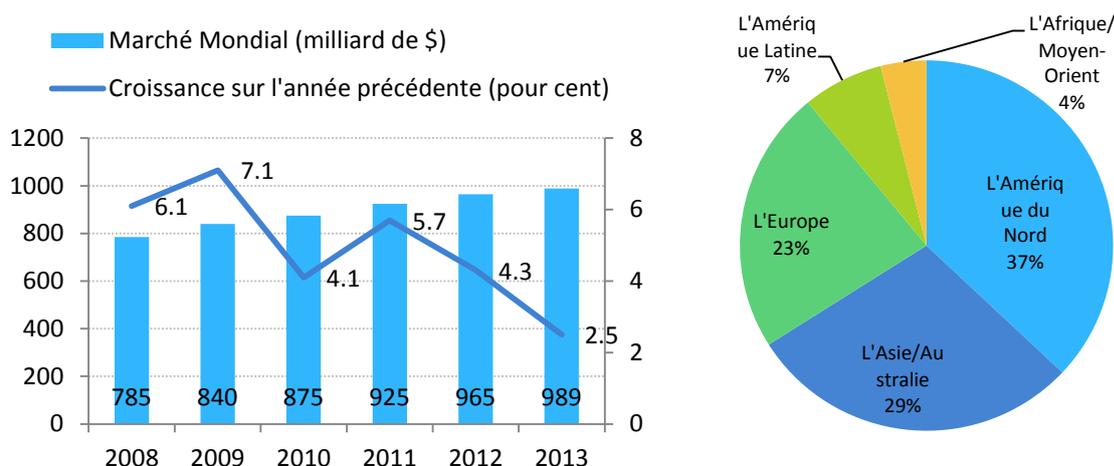
Aujourd'hui les pharmaceutiques sont devenues une partie indispensable de système de santé dans le monde entier. Historiquement les pharmaceutiques ont joué un rôle essentiel dans le développement humain en améliorant la qualité de vie et en réduisant le temps passé dans les hôpitaux. Grâce à l'industrie pharmaceutique innovatrice qui presque toutes les épidémies et maladies chroniques sont guérissables aujourd'hui. En raison de son lien direct avec l'aide sociale et le bien-être des êtres humains, l'industrie pharmaceutique est d'importance stratégique pour le développement d'une nation saine et productive. L'industrie pharmaceutique est considérée l'une des plus grandes et rapidement croissantes industries mondiales. C'est une source importante de génération d'emploi et de revenus de devises étrangères pour beaucoup de pays dans le monde entier.

Cependant, en dépit de tous ces accomplissements extraordinaires, c'est une dure réalité qu'annuellement plus de 2,3 millions de personnes meurent à travers le monde (OMS, 2011), en grande partie dans les pays en développement de revenu bas, dus à l'indisponibilité et à l'inaccessibilité des médecines nécessaires. Beaucoup de pays en développement, y compris certains pays de l'OCI, n'ont aucune capacité de production insuffisante ou dans l'industrie pharmaceutique. L'industrie locale couvre une toute petite partie de demande pharmaceutique domestique et ils comptent fortement sur les importations et l'aide médicinale. En outre, la part de médecines dans des paiements de santé de « hors-de-poche » (c.-à-d. payé par le patient) se classifie entre 40 à 60 pourcent dans ces pays. En conséquence, les médecines ne sont ni disponibles ni accessible à une grande partie de population et de centaines et de milliers de personnes mourant des maladies évitables et traitables. Cette section essaye d'étudier la disponibilité des médecines dans les pays de l'OCI en se concentrant sur la production, la consommation et les tendances d'échanges des pharmaceutiques dans ces pays lors de la période 2010-2014.

5.1.1 Production Mondiale et Consommation

L'industrie pharmaceutique mondiale a montré la croissance rapide au cours des années et a émergé en tant qu'une des industries les plus à croissance rapide au monde. Cependant, la production du monde et la consommation pharmaceutiques est dispersée inégalement autour du monde. Les pays avancés sont les deux principaux producteurs et consommateurs des pharmaceutiques. Selon la santé d'IMS (une société de prestations de services internationale de consultation et de données), en 2013, le marché pharmaceutique du monde a été évalué à 989 milliards dollars des États-Unis avec un taux de croissance de 2,5 pourcent au cours de l'année précédente au taux de change constant. Le volume d'industrie pharmaceutique a augmenté de 785 milliards dollars des États-Unis en 2008 à 989 milliards dollars des États-Unis en 2013, correspondant à une augmentation de 25,9 pourcent. Au cours de cette période, le taux de croissance de l'industrie a été témoin d'une tendance diminuante de 6,1 pourcent en 2008 à 2,5 pourcent en 2013. Cette baisse est principalement associée au ralentissement dans l'activité économique, particulièrement dans les pays avancés qui consomment une grosse quantité de produits pharmaceutiques mondiaux. En 2008, le ralentissement économique dans les pays avancés a culminé dans un des plus mauvaises crises financières et économiques mondiales depuis la Grande Dépression. Les effets négatifs de cette fusion de la grandeur historique ont été ressentis à travers le globe et tous les secteurs étaient gravement atteints. L'industrie pharmaceutique a été témoin d'un des plus faibles taux de croissance annuels de 2,5 pourcent en 2013 (Schéma 5.1).

Schéma 5. 1: Marché Pharmaceutique Mondial et Distribution Régionale



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur IMS, perspective mondiale pour les médecines 2014

On estime que la dépense mondiale totale sur les produits pharmaceutiques atteignent 1,3 trillion dollars des États-Unis en 2018, une augmentation de 290-320 milliards dollars des États-Unis à partir de 2013, dirigée par la croissance démographique, le vieillissement de la population, et l'accès amélioré sur les marchés pharmacie-émergents (IMS, 2014). D'autre part, la croissance de dépense mondiale stabilisera entre 4-7 pourcent jusqu'en 2018 (IMS, 2014). Le marché pharmaceutique mondial, en termes de production et consommation, est fortement concentré dans les régions développées. En 2013, l'Amérique du Nord (37 pourcent), l'Asie/Australie (29 pourcent) et l'Europe (23 pourcent) ont représenté presque 89 pourcent de marché mondial. Tandis que l'Amérique Latine et l'Afrique et le Moyen-Orient, en grande partie les régions en développement, représentaient seulement 11 pourcent de consommation pharmaceutique mondiale en 2013.

5.1.2 Production et Consommation dans les Pays de l'OCI

Comme beaucoup d'autres pays en développement, les pays membres de l'OCI relèvent beaucoup de défis socio-économiques comprenant l'établissement d'un système de santé décisif et effectif. Dans ces pays, le secteur de santé souffre toujours de beaucoup de problèmes se classant de l'infrastructure pauvre au nombre insuffisant du personnel médical. Cependant la pénurie de et l'inaccessibilité aux médecines nécessaires sont parmi les problèmes les plus provocants. En raison de l'indisponibilité des données appropriées sur la plupart des pays de l'OCI, l'analyse globale sur la capacité de production d'industrie pharmaceutique au niveau de l'OCI n'est pas possible. Cependant, une vue d'ensemble d'industrie pharmaceutique dans les pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, en termes de leurs régions géographiques est présentée dans la section suivante.

Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

Le développement économique change le profil de santé dans la région du MOAN, avec la prédominance croissante des maladies transmissibles. Dans ce contexte, les sociétés internationales identifient la valeur et le potentiel de la région du MOAN. Par exemple, Sanofi est la plus grande société pharmaceutique au Maroc, tandis que GlaxoSmithKline est en tête en Arabie Saoudite. D'ailleurs, certains producteurs locaux tels que Hikma de la Jordanie et SPIMACO de l'Arabie Saoudite visent à devenir les dirigeants régionaux. On s'attend à ce que des ventes pharmaceutiques dans la région du MOAN s'élèvent à 35,8 milliards dollars des États-Unis aux prix au détail en 2016, y compris des ventes de pharmacie et d'hôpital. La Turquie, l'Égypte et l'Arabie Saoudite sont les joueurs principaux dans la région du MOAN.

L'Égypte sera le deuxième principal marché pharmaceutique de la région du MOAN en 2016. Le marché pharmaceutique égyptien accru par presque cinq fois entre 1995 et 2010. Cependant, la consommation par habitant est encore faible. Malgré les problèmes récents de production, on s'attend à ce que la production monte pendant que le système de santé continue sa transition vers la modernisation. L'Égypte devient un marché très attrayant pour les sociétés pharmaceutiques multinationales parmi les marchés pharmacie-émergents.

La Jordanie a un niveau relativement fort de production nationale. Cependant, la majorité est exportée ce qui résulte dans un marché dépendant sur les importations. La plupart des pharmaceutiques importées sont les médicaments en détail des pays situés dans l'Europe Occidentale, telle que la Suisse et l'Allemagne. D'autre part, les exportations sont les médicaments principalement demi-complets et en détail destinés pour d'autres pays dans la région du MOAN. La plus grande société pharmaceutique en Jordanie est les pharmaceutiques de Hikma, avec une part de marché de plus de 10 pourcent. La société a un certain nombre d'installations industrielles en Jordanie, aussi bien qu'équipements de RetD. En 2010, Hikma a acquis des affaires injectables d'une compagnie des États-Unis qui a augmenté de manière significative la portée des affaires injectables de la société dans le monde entier. Hikma a également acquis une société algérienne aussi bien qu'une société tunisienne en 2010, renforçant sa présence dans la région du MOAN.

Bien que le marché pharmaceutique marocain soit petit en termes mondiaux, les dépenses sur les produits pharmaceutiques par habitant sont comparativement élevées pour un pays africain. Plus de 50 pourcent des sociétés pharmaceutiques sont possédés par des intérêts étrangers, représentant plus que la moitié du chiffre d'affaires d'industrie. Les multinationales avec une présence forte sur le marché pharmaceutique marocain incluent Sanofi, GlaxoSmithKline et Pfizer. Hikma a également augmenté sa pénétration du marché, suivant l'acquisition de 63,9 pourcent de Promopharm.

Le marché pharmaceutique saoudien est le plus riche dans la région de Golfe. Le secteur privé de pharmacie tend à favoriser les spécialités pharmaceutiques mais il est marqué par des contrôles des prix serrés. Les principales sociétés opérant dans le secteur sont GlaxoSmithKline et SPIMACO. Le

secteur public, dirigé par le générique, dépend des recettes pétrolières et est caractérisé par coût-retenue et retards de paiement pour les offres. Il y a peu de production nationale en Arabie Saoudite, donc la grande majorité du marché est fournie par les importations. Il y a seulement quelques fabricants domestiques importants dans le pays. Les pharmaceutiques localement faites fournissent seulement environ 15 pourcent du marché, et le reste de la production est principalement exporté vers l'autre CCG. D'ailleurs, l'industrie pharmaceutique a élevé de 410 millions dollars des États-Unis à 670 millions dollars des États-Unis entre 2008 et 2012.

L'Asie

Dans la région de l'Asie Centrale, la Turquie a émergé comme un marché pharmaceutique prometteur. Aujourd'hui, la Turquie est le plus grand producteur de pharmaceutiques dans le groupe de pays de l'OCI et est 16ème rangé parmi les principaux producteurs du monde 35. Il y a 134 sociétés pharmaceutiques opérant en Turquie et l'industrie domestique répond à 90 pourcent de la demande locale. En 2013, les ventes pharmaceutiques de la Turquie se sont élevées à 14,3 milliards dollars des États-Unis comparés à 12,2 milliards dollars des États-Unis en 2008. L'industrie pharmaceutique et le marché turcs a la grande potentielle de croissance et est placée dans un groupe de pays appelés « les marchés pharmacie-émergents » qui représente les marchés pharmaceutiques à croissance la plus rapide du monde. Les marchés pharmacie-émergents sont 21 pays identifiés par la Santé d'IMS comme ayant plus de 1 milliard dollars des États-Unis dans la croissance de dépense pharmaceutique à partir de 2012 à 2016 et a par PIB de capital de moins de 25.000 dollars des États-Unis. Parmi ces marchés pharmacie-émergents, la Turquie, l'Arabie Saoudite, l'Algérie, l'Indonésie, l'Égypte, le Pakistan, le Nigéria sont des pays de l'OCI.

À l'Asie Pacifique, la Malaisie est l'un des marchés pharmaceutiques à croissance rapide les plus évalués d'environ 1,6 milliards dollars des États-Unis en 2012. Selon l'Autorité de Contrôle de Drogue Malaisienne, en 2012 il y avait 235 sociétés pharmaceutiques enregistrées dans le pays et fabricant des produits locaux d'environ 25-30 pourcent de la demande intérieure. Avec les ressources naturelles riches (flore et faune), la Malaisie est envisagée tant qu'un bio marché générique (des phytothérapies et des vitamines) important de la région. L'Indonésie est un autre marché pharmaceutique croissant de la région prévue à 4,5 milliards dollars des États-Unis en 2012. Selon l'Agence de Contrôle de Drogue et de Nourriture (BPOM), l'Indonésie a une industrie pharmaceutique forte basée sur 108 sociétés. En 2012, les sociétés locales ont représenté 75 pourcent de ventes des médecines dans le pays.

Afrique Subsaharienne

La région de l'ASS représente un fardeau mondial de 25 pourcent de la maladie et représente moins de 1 pourcent de dépenses mondiales de santé. Actuellement, les patients financent 50 pourcent de dépenses de santé du total de l'ASS. Selon l'enquête de santé 2003 du monde, la part moyenne de médecines dans des paiements de santé de poche en ASS (14 pays) est de 37 pourcent, alors qu'au niveau du pays, cette action varie de 11 pourcent au Tchad à 62,2 pourcent à Burkina Faso. En 2012, le marché pharmaceutique en ASS a été évalué à 23 milliards dollars des États-Unis avec une part de 2,3 pourcent de 965 milliards dollars des États-Unis de marché mondial. En ASS, 37 sur 44 pays ont une certaine production pharmaceutique et le fabricant local représente 25-30 pourcent de la demande locale de l'ASS. Cependant, la production pharmaceutique est fortement concentrée parmi certains pays. Le marché pharmaceutique de l'Afrique du Sud est l'un des marchés les plus attrayants en Afrique. Certaines des raisons principales de sa croissance rapide sont la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée rentable et, l'infrastructure de haute qualité, et l'introduction de l'autorité réglementaire de produits sud-africains de santé. Le Nigéria était le deuxième principal producteur avec une part de 6 pourcent (c.-à-d. 1,4 milliards dollars des États-Unis). Entre d'autres

pays de l'OCI, le Maroc a produit 1,2 milliards dollars des États-Unis et la Tunisie a produit 0,8 milliards dollars des États-Unis de valeur des médecines en 2012.

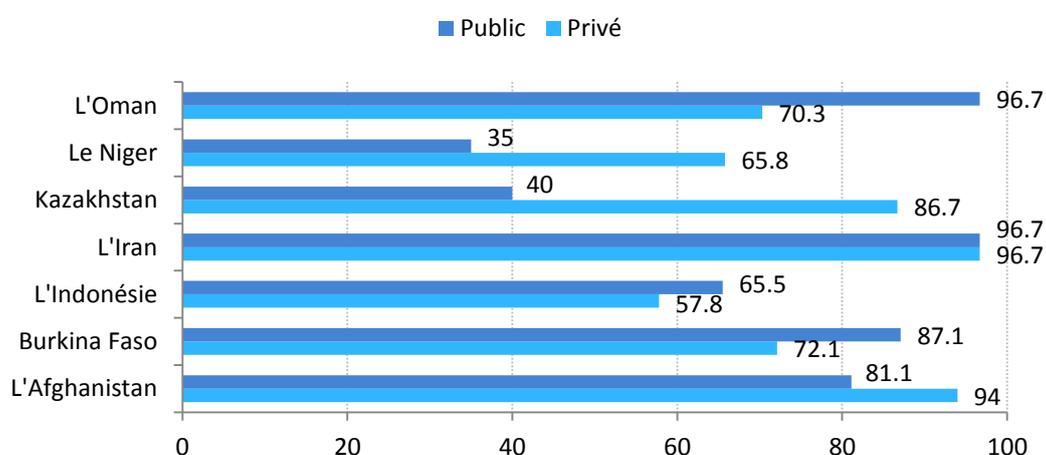
5.1.3 Disponibilité des Médecines Essentielles et Génériques

La cible 8.E des Objectifs du Millénaire pour le Développement reconnaît la nécessité d'améliorer la disponibilité des médecines abordables dans les pays en développement. Plusieurs pays ont accompli le progrès vers l'accès croissant aux médecines essentielles. Cependant, l'accès aux médecines essentielles dans les pays en développement n'est pas approprié. Dans les pays pour lesquels les données sont disponibles, les médecines essentielles sont disponibles seulement dans 57 pourcent d'installations sanitaires publiques et 65 pourcent privées en 2012. Les prix des médecines sont environ 3,3 à 5,7 fois les prix de référence internationaux (ONU, 2013).

Dans les pays de l'OCI, pour lesquels les données appropriées sont disponibles, la disponibilité médiane des médecines génériques choisies pour la santé de secteur public s'est classée entre 35 pourcent et 96,7 pourcent (avec une moyenne générale de 71,9 pourcent) (Schéma 5.2). De même, pour le secteur privé de santé, les pays de l'OCI ont représenté une structure hétérogène, avec la disponibilité médiane se classant de 57,8 pourcent à 96,7 pourcent (avec une moyenne globale de 77,6 pourcent). L'Iran a le taux de disponibilité médian le plus élevé de médecines génériques choisies avec 96,7 pourcent dans le secteur public et privé. Cependant, la disponibilité était basse dans un certain nombre de pays de l'OCI. Par exemple, le Niger a le plus bas taux de disponibilité avec 35 pourcent dans le secteur public et l'Indonésie a le plus bas taux de disponibilité avec 57,8 pourcent dans le secteur privé.

Les médecines sont ingrédient crucial pour la prévention et le traitement sains et effectifs de la maladie et des épidémies. Il est, donc, essentiel d'avoir un accès facile et opportun à eux. Les médecines doivent être accessibles en quantité acceptable cependant, comme mentionné ci-dessus ; ce n'est pas le cas dans la plupart des pays de l'OCI (SESRIC, 2014). La disponibilité des médecines essentielles dans le secteur public est due limité aux ressources insuffisantes et la distribution et la fourniture inefficaces. Par conséquent, le secteur privé devient le fournisseur principal de la médecine pour le patient. Cependant, ils chargent plus. Au cours de la période 2003-2009, et en raison des prix plus élevés de fabricants, les majorations, les impôts et les tarifs élevés, le ratio médian de prix à la consommation des médecines génériques choisies dans le secteur privé étaient trois fois davantage que le ratio des prix dans le secteur public dans les pays de l'OCI (SESRIC, 2014).

Schéma 5. 2: Disponibilité Médiane des Médecines Génériques (Pourcent), 2007-2013



Source : OMS, Référentiel de données

La pharmacovigilance est définie comme science et activités concernant la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets inverses ou tout autre problème lié à la drogue. Dans les pays de l'OCI, la pharmacovigilance est faible en détectant, en étudiant et en rapportant des événements défavorables après le médicament et l'immunisation. Les systèmes effectifs pour la garantie et la surveillance de qualité n'existent pas dans beaucoup de pays et la vente des médecines contrefaites est un problème majeur. Plus de 90 pourcent de produits médicaux sont importés (SESRIC, 2014).

5.1.4 Le Commerce Pharmaceutique

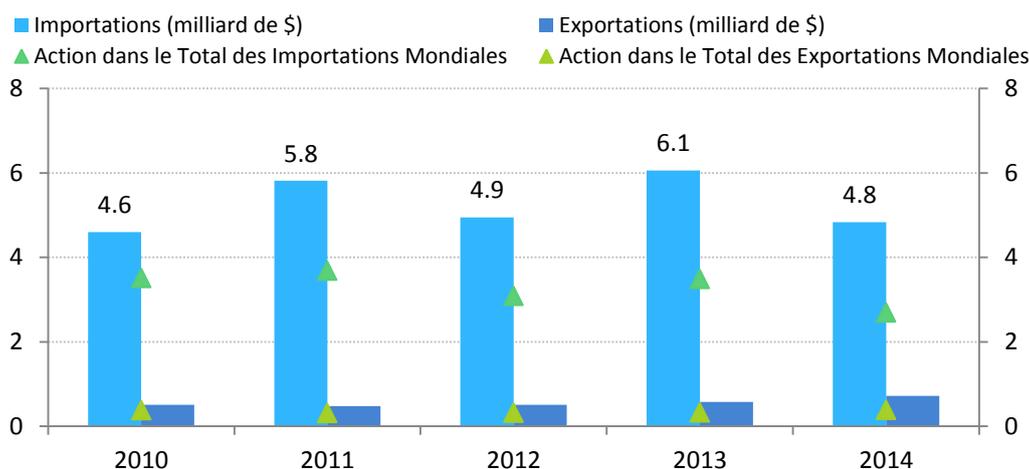
Cette section analyse les exportations pharmaceutiques de pays de l'OCI et des importations aussi bien que le commerce pharmaceutique de l'intra-OCI à l'aide de la Base de données Comtrade de l'ONU au niveau de 3 chiffres « des produits médicaux et pharmaceutiques, autre que le médicament de 542" (groupe 541 de SITC).

Le commerce pharmaceutique mondial a montré une tendance à la hausse au cours de la période 2010-2014. Les exportations pharmaceutiques mondiales ont été évaluées à 718 millions dollars des États-Unis tandis que les importations pharmaceutiques étaient évaluées à 4,8 milliards dollars des États-Unis en 2014. Cependant, comme la production, le commerce pharmaceutique est également demeuré fortement concentré dans les pays avancés qui ont représenté environ 61 pourcent d'exportations du monde et absorbé presque 57 pourcent d'importations pharmaceutiques en 2014. En tant que groupe, les pays avancés sont les exportateurs nets des produits pharmaceutiques tandis que les pays en développement sont les importateurs nets.

Étant une partie notable des pays en développement, la majorité des pays de l'OCI sont l'importateur net des pharmaceutiques et leur action dans le commerce pharmaceutique mondial est demeurée très basse. Suivant les indications du Schéma 5.3, les exportations pharmaceutiques de l'OCI étaient témoin d'une tendance à la hausse au cours de la période 2010-2014, atteignant 0,7 milliards dollars des États-Unis en 2014 comparés à 0,5 milliards dollars des États-Unis en 2010, correspondant à une augmentation de 40 pourcent. Au cours de la même période, les pays de l'OCI comme un groupe a compté, en moyenne, pour environ 1 pourcent de pays en développement et environ 0,3 pourcent du total d'exportations pharmaceutiques du monde. Généralement les exportations pharmaceutiques de l'OCI sont demeurées fortement concentrées dans le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord et l'Afrique Subsaharienne, qui ont représenté 38 pourcent et 33 pourcent d'exportations totales de l'OCI, respectivement en 2014.

Avec la capacité de production basse et le savoir-faire technologique limité, la majorité de pays de l'OCI ne peuvent pas produire localement une quantité suffisante de pharmaceutiques requises pour répondre à leurs besoins domestiques. En conséquence, les importations pharmaceutiques de l'OCI ont été témoin d'une tendance à la hausse et ont augmenté de 4,5 milliards dollars des États-Unis en 2010 à 6 milliards dollars des États-Unis en 2013 avant de diminuer à 4,8 milliards dollars des États-Unis en 2014. Comparé aux exportations pharmaceutiques, la part de l'OCI dans les pays en développement et les importations pharmaceutiques totales du monde sont demeurées beaucoup plus élevées. En moyenne, les pays de l'OCI ont représenté 9 pourcent de pays en développement totaux et 2 pourcent d'importations pharmaceutiques de total du monde lors des années 2010-2014. Les importations pharmaceutiques de l'OCI sont également demeurées fortement concentrées au MOAN et en ASS, qui ont représenté 36 pourcent et 32 pourcent d'importations totales de l'OCI, respectivement en 2014.

Schéma 5. 3: Le Commerce Pharmaceutique de l'OCI



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la base de données en ligne de COMTRADE

Les exportations pharmaceutiques des pays de l'OCI sont fortement concentrées dans un petit nombre entre eux où seulement 10 pays de l'OCI ont représenté plus de 67 pourcent de toutes les exportations pharmaceutiques de l'OCI en 2014 (Tableau 1). Le Brunei est resté l'exportateur pharmaceutique principal de l'OCI avec des exportations de 243 millions dollars des États-Unis, qui ont constitué 23 pourcent d'exportations pharmaceutiques totales de l'OCI en 2014. Parmi les dix exportateurs principaux de l'OCI, les cinq premiers pays à savoir le Brunei, la Turquie, la Malaisie, l'Égypte et la Jordanie ont représenté 65 pourcent d'exportations pharmaceutiques totales de l'OCI en 2014.

Tableau 5.1 : Les 10 Exportateurs et Importateurs Pharmaceutiques Principaux de l'OCI, 2014

Classement	Pays	Exportations (mln dollars des États-Unis)	Part dans le total de l'OCI (pourcent)	Classement	Pays	Importations (mln dollars des États-Unis)	Part dans le total de l'OCI (pourcent)
1	Le Brunei	243	23 pourcent	1	La Turquie	1770	36 pourcent
2	La Turquie	221	21 pourcent	2	L'Algérie	557	11 pourcent
3	La Malaisie	149	14 pourcent	3	Le Pakistan	544	11 pourcent
4	L'Égypte	57	5 pourcent	4	L'Égypte	463	9 pourcent
5	La Jordanie	16	2 pourcent	5	La Malaisie	419	9 pourcent
6	Le Pakistan	14	1 pourcent	6	Kazakhstan	324	7 pourcent
7	Le Kazakhstan	7	1 pourcent	7	Le Koweït	210	4 pourcent
8	Le Sénégal	3	0 pourcent	8	La Jordanie	114	2 pourcent
9	L'Oman	2	0 pourcent	9	L'Oman	95	2 pourcent
10	Le Cameroun	1	0 pourcent	10	Le Qatar	85	2 pourcent

Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la base de données en ligne de COMTRADE

On peut observer aussi bien une tendance semblable en cas d'importations. En 2014, les 10 importateurs principaux ont représenté plus de 93 pourcent d'importations pharmaceutiques totales de l'OCI (Tableau 5.1). La Turquie est restée l'importateur pharmaceutique supérieur avec des importations de 1770 millions dollars des États-Unis, qui ont constitué 36 pourcent

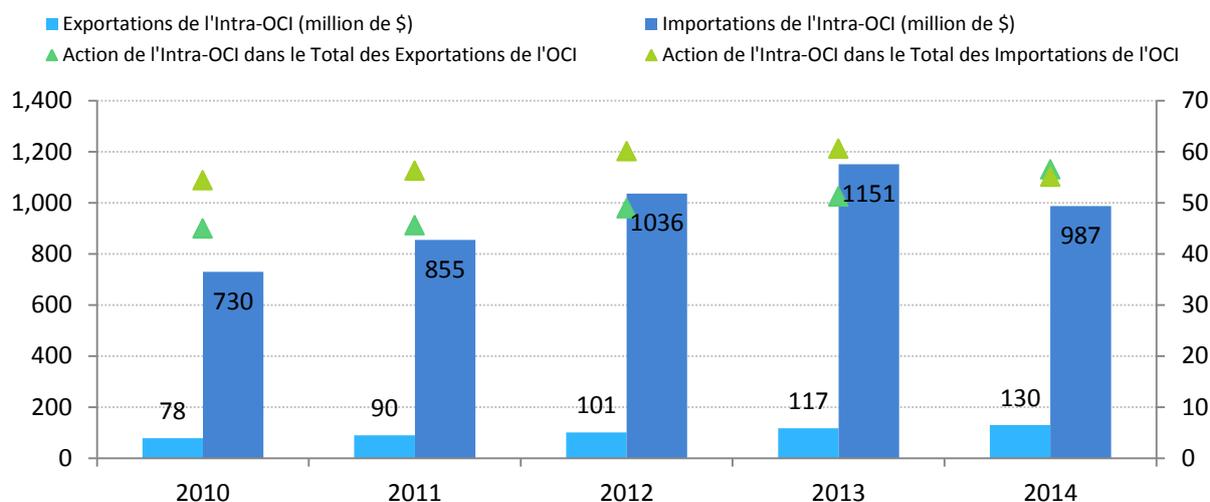
d'importations pharmaceutiques totales de l'OCI en 2014. Parmi les 10 importateurs principaux, les cinq importateurs principaux à savoir la Turquie, l'Algérie, le Pakistan, l'Égypte et la Malaisie ont représenté plus de 76 pourcent d'importations pharmaceutiques totales de l'OCI en 2014.

Le Commerce Pharmaceutique de l'Intra-OCI

Au niveau de l'intra-OCI, le volume des échanges pharmaceutiques de l'intra-OCI a augmenté de 808 millions dollars des États-Unis en 2010 à 1117 millions dollars des États-Unis en 2014. Suivant les indications du schéma 5.4, les exportations pharmaceutiques de l'intra-OCI ont montré une tendance à la hausse au cours de la période 2010-2014 et ont augmenté de 78 millions dollars des États-Unis à 130 millions dollars des États-Unis. En moyenne, les exportations de l'intra-OCI ont représenté la moitié du total de toutes les exportations pharmaceutiques de l'OCI au cours de cette période. Cependant, les exportations pharmaceutiques de l'intra-OCI sont demeurées fortement concentrées dans peu de pays de l'OCI. Plus que la moitié des exportations pharmaceutiques de l'intra-OCI ont été provenus de quatre pays, à savoir la Turquie, la Malaisie, la Jordanie et l'Égypte en 2014.

Au cours de la même période, les importations pharmaceutiques de l'intra-OCI ont également montré une tendance à la hausse avec une part de plus que la moitié de toutes les importations pharmaceutiques de l'OCI. Ceci indique que plusieurs pays de l'OCI se basent fortement sur les pays non membres de l'OCI pour accomplir leur demande pharmaceutique domestique (Schéma 5.4). Plus que la moitié des importations pharmaceutiques de l'intra-OCI ont été importés par seulement les pays composés de trois membres, à savoir l'Arabie Saoudite, la Malaisie et la Turquie en 2014.

Schéma 5. 4: Le Commerce Pharmaceutique de l'Intra-OCI



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la base de données en ligne de COMTRADE

5.2 Vaccins

L'industrie de vaccins mondiale a été dominée par quelques sociétés multinationales. Cependant, les sociétés en Chine, en Inde et d'autres économies émergentes ont devenu récemment les fabricants de vaccins importants et ont commencé à vendre des vaccins sur les marchés internationaux. Depuis de nombreuses années, le secteur de vaccins a été caractérisé par des contrôles des prix de gouvernement, un groupe de produits mûr basé sur un ensemble limité de technologies. Ces caractéristiques ont contraint le niveau de l'investissement et l'allure en résultant de l'innovation technologique. Mais ces dernières années, comme de nouveaux vaccins ont été présentés pour remplacer des technologies plus anciennes et pour adresser de nouveaux secteurs de la maladie, l'environnement d'évaluation s'est également amélioré.

5.2.1 Production

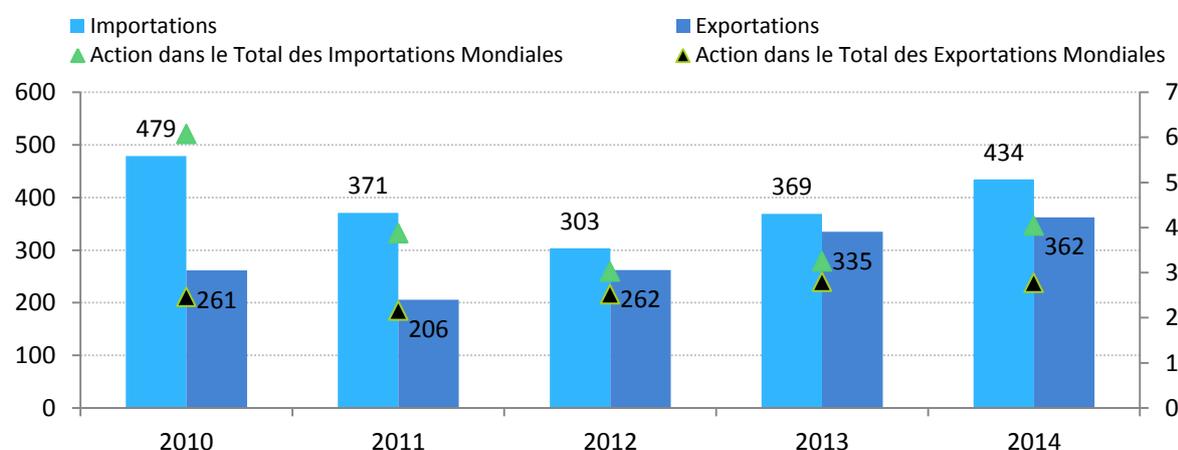
Le marché de vaccins mondial a augmenté de 5 milliards de dollars des États-Unis en 2000 jusqu'à 24 milliards de dollars des États-Unis en 2013 et a projeté d'atteindre 100 milliards de dollars des États-Unis d'ici 2018. C'est un marché rapidement développé avec un taux de croissance annuel de 10-15 pourcent. Actuellement, le marché de vaccins représente 2 ou 3 pourcent du marché pharmaceutique mondial (OMS, 2013). Mondialement, les ventes de vaccins sont fortement concentrées dans les pays avancés qui représente plus de 80 pourcent de total des ventes en termes de valeur. La fabrication de vaccins est considérée comme affaires très complexes principalement dues aux retours provenant de l'investissement pauvres et à hauts risques pour la RetD. Elle est partiellement due à ces facteurs qui en dépit d'une augmentation dans la demande de vaccins, le nombre de pays producteurs de vaccins ont diminué de 63 en 1990 à 44 en 2010. Aujourd'hui, les pays en développement naissants sont les producteurs de vaccins principaux. À partir de 2013, plus de 70 pourcent d'une demande de vaccins mondiale est rencontré par seulement trois pays à savoir : La Chine, l'Inde et l'Indonésie (OMS, 2013).

La capacité de production de vaccins est demeurée très faible dans les pays de l'OCI. Selon les dernières évaluations, seulement deux pays de l'OCI à savoir : L'Indonésie et l'Iran ont de bonnes capacités de production tandis que d'autres producteurs de vaccins comme le Sénégal, l'Ouzbékistan, Bangladesh, Tunisie et l'Égypte sont caractérisées par de faibles capacités de production. L'Indonésie est restée la vedette avec la part de 10 pourcent de la production mondiale de vaccins et est le troisième plus grand producteur de vaccins après la Chine et l'Inde.

5.2.2 Le Commerce

Comme la production de vaccins est très limitée dans les pays de l'OCI, ces pays comptent fortement sur les importations de vaccins. La base de données COMTRADE de l'ONU au niveau à 4 chiffres des « glycosides ; glandes ou d'autres organes et leurs extraits ; des antisérums, les vaccins et les produits semblables » (groupe 5416 de SITC) a été employés afin d'analyser le commerce de vaccin de l'OCI. Entre 2010 et 2014, les exportations de l'OCI des vaccins ont montré une tendance à la hausse de 261 millions dollars des États-Unis en 2010 à 362 millions dollars des États-Unis en 2014 avec une part dans la variation totale du monde entre 2 pourcent et 3 pourcent. D'autre part, les importations de l'OCI des vaccins ont diminué de 479 millions dollars des États-Unis en 2010 à 434 millions dollars des États-Unis en 2014 (Schéma 5.5).

Schéma 5. 5: Le Commerce de Vaccin de l'OCI



Source : Calculs de personnel de SESRIC basés sur la base de données en ligne de COMTRADE

Les pays de l'OCI montrent une structure hétérogène en termes de fourniture de vaccins. Les pays de revenu bas, par l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et les Immunisations (AMVI), et les pays de revenus élevés tels que les pays de Golfe ont été réus dans la prise de nouveaux vaccins. Au contraire, les pays de revenu moyen avaient éprouvé des difficultés financières et opérationnelles avec l'introduction de nouveaux vaccins. Entre d'autres facteurs, le manque de fonds suffisants et les prix élevés courants des nouveaux vaccins constituent deux obstacles principaux. En plus de fournir des vaccinations, les programmes nationaux d'immunisation sont concernés par la qualité et la sécurité de l'immunisation par l'adoption des technologies sans risque d'injection (seringues immobilisées automatiques, boîtes de stockage, et incinérateurs) et la chaîne du froid appropriée et la gestion des stocks de vaccins.

Les pays de l'OCI sont classifiés dans deux groupes selon la source des vaccins qui sont employés dans leur Programme Augmenté sur l'Immunisation (PAI). Le premier groupe se compose de 31 pays de l'OCI approvisionnant leurs vaccins par l'UNICEF et l'Alliance Mondiale pour des Vaccins et Immunisations (AMVI) comme l'Afghanistan, le Bangladesh, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Tchad, et les Comores. Le deuxième groupe se réfère aux pays de l'OCI obtenant les vaccins directement des fabricants tels que le Bahreïn, le Koweït, l'Iran, l'Irak, la Jordanie, la Libye, l'Oman, la Palestine et le Qatar.

5.3 Technologies Médicales

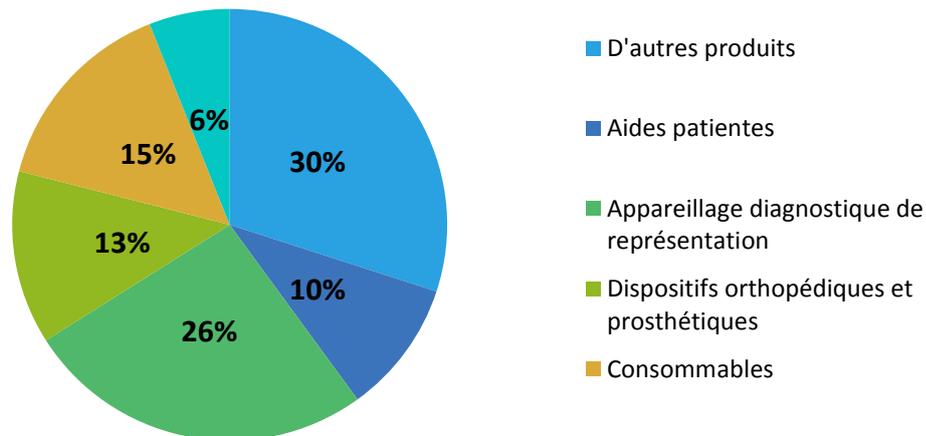
Les technologies de santé, particulièrement ceux qui traitent les dispositifs médicaux, sont cruciales pour les services offerts dans la prévention, le diagnostic, et le traitement de la maladie, de l'épidémie, et de l'incapacité. Plusieurs définitions existent pour le terme 'technologies de santé'. Selon l'initiative mondiale en ce qui concerne les technologies de santé, les technologies de santé se rapportent à l'application de la connaissance et des qualifications organisées sous forme de dispositifs, de procédures, et de systèmes développés pour résoudre un problème de santé et pour améliorer la qualité des vies.

Cette section essaye de présenter le statut de développement du programme de technologie de santé consacré aux dispositifs médicaux sur le marché mondial et aux pays de l'OCI à l'aide de l'enquête de pays en ligne de base sur les dispositifs médicaux dirigés par l'OMS entre 2010 et 2013.

5.3.1 Marché de Dispositif Médical

Les dispositifs médicaux se rapportent à un article, un instrument, un appareil ou une machine qui sont utilisés dans la prévention, le diagnostic ou le traitement de maladie ou épidémie, ou pour détecter, mesurer, reconstituer, corriger ou modifier la structure ou la fonction du corps pour un certain but de santé. Il y a approximativement 10.000 types de groupes génériques de dispositif médical disponibles dans les marchés mondiaux. Suivant les indications du schéma 5.6, l'équipement diagnostique de représentation représente la plus grande proportion (26 pourcent) du marché mondial, l'autre équipement électro médical tel que les moniteurs, les défibrillateurs, les stérilisateur comportent environ 30 pourcent suivis des consommables (15 pourcent) et des dispositifs orthopédiques aussi bien que prothétiques (13 pourcent). En 2014, on a estimé que le marché mondial de dispositifs médicaux vaut 361 milliards dollars des États-Unis. Avec 3 pourcent de croissance moyenne, le marché mondial de dispositifs médicaux atteindra 427 milliards dollars des États-Unis en 2018. Le « Reste du Marché Mondial » (toutes les régions en dehors des États-Unis, l'Europe, et l'Asie) représente un cinquième de dispositif du marché mondial.

Schéma 5. 6: Marché Mondial de Dispositifs Médicaux, par Secteur, 2010

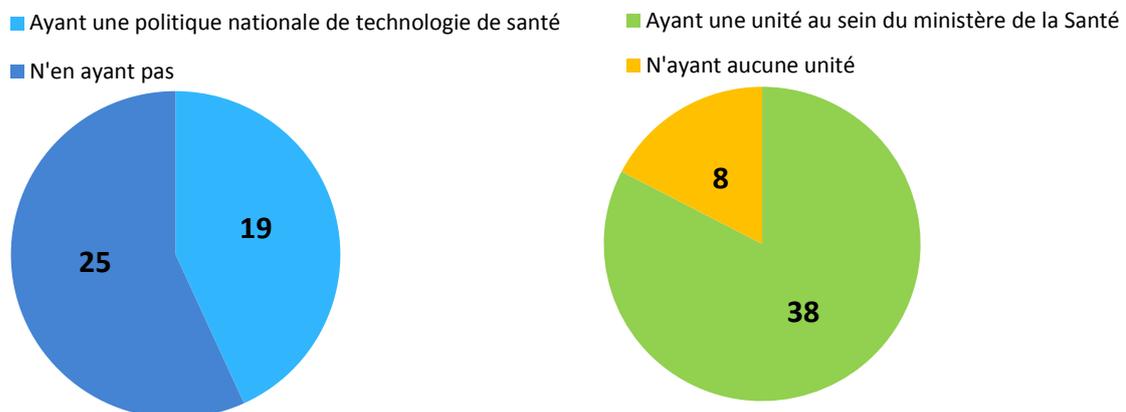


Source : OMS, Atlas Mondial des Dispositifs Médicaux, 2013

5.3.2 Politiques de Technologie de Santé

Avoir une politique nationale de technologie de santé (Dispositif Médical) peut aider en garantissant la meilleure utilisation des ressources selon les besoins de la population. En 2013, 19 sur 44 pays de l'OCI (43 pourcent) ont une politique nationale de technologie de santé. D'autre part, 25 sur 44 pays de l'OCI (57 pourcent) n'ont pas une telle politique. Ce rapport est considéré élevé comparable à la moyenne développée de pays de 44,8 pourcent et à la moyenne du monde de 52 pourcent. Le Bénin, la Jordanie, le Maroc, l'Oman, le Qatar et l'Arabie Saoudite ont une politique nationale de technologie mais ce n'est pas une partie du programme de santé/du plan ou de la politique national.

Schéma 5. 7: Politique et Unité Nationales de Technologie de Santé au Ministère de la Santé dans les Pays de l'OCI, 2013



Source : OMS, Référentiel de données

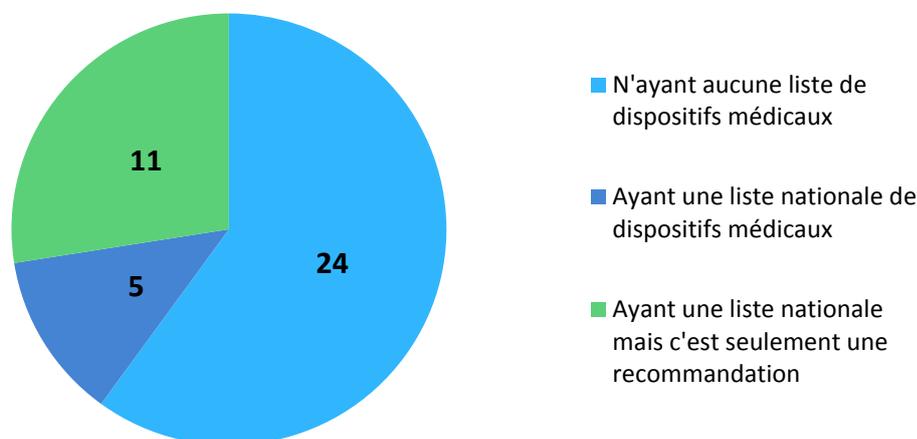
Les unités au ministère de la Santé peuvent exécuter l'évaluation technologique de santé, la planification, l'acquisition, l'utilisation ou tout autre type de tâches connexes de gestion de dispositifs médicaux. En 2013, 38 sur 46 pays de l'OCI (82 pourcent) ont une telle unité au sein du ministère de la Santé. Cette situation indique que bien que plusieurs pays de l'OCI aient eu des unités responsables de la gestion des dispositifs médicaux, ils n'ont pas une politique nationale de dispositif médical, qui implique que ces unités au Ministère de la Santé ne sont pas effectives (SESRIC, 2014). En d'autres termes, les planificateurs nationaux de santé dans plusieurs pays de l'OCI devraient

identifier des concepts tels que l'évaluation technologique et la gestion de santé. D'ailleurs, 8 sur 46 pays de l'OCI à savoir, le Bangladesh, le Burkina Faso, le Tchad et les Comores n'ont aucune unité (Schéma 5.7).

Listes de Dispositifs Médicaux Approuvés

La disponibilité de la liste nationale de dispositifs médicaux approuvés pour la fourniture ou le remboursement est l'un des indicateurs énumérés dans l'objectif stratégique 11 de l'OMS qui réclame l'accès amélioré aux produits sûrs et effectifs et aux technologies de soins de santé. En 2013, 24 sur 41 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, n'ont eu aucune liste nationale de dispositifs médicaux approuvés de fourniture ou de remboursement. La Jordanie, le Mali, le Tadjikistan, la Turquie et l'Ouganda ont une liste nationale de dispositifs médicaux approuvés pour la fourniture ou le remboursement. D'autre part, en 2013, 11 sur 41 pays de l'OCI ont une liste nationale mais c'est seulement une recommandation (Schéma 5.8).

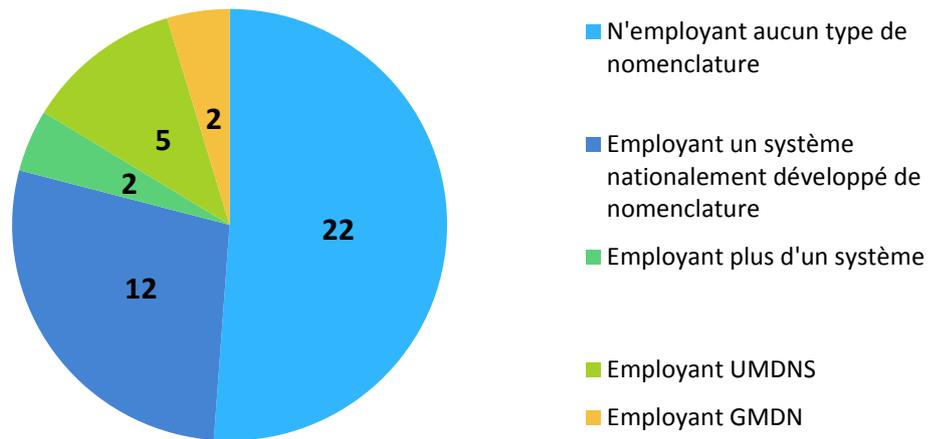
Schéma 5. 8: Listes de Dispositifs Médicaux dans les Pays de l'OCI, 2013



Source : OMS, Référentiel de données

Nomenclature Officielle pour les Dispositifs Médicaux

Le type de système de nomenclature pour les dispositifs médicaux dans le pays se rapporte à beaucoup de systèmes de nomenclature sur les dispositifs médicaux qui facilitent une meilleure classification, règlement et gestion. Les données d'enquêtes dirigées par l'OMS fournissent des informations sur l'utilisation de ces systèmes et aident à déterminer le besoin de nomenclature. En 2013, 22 sur 43 pays de l'OCI n'emploient aucun type de nomenclature. Cependant, 12 sur 43 pays de l'OCI tels que l'Albanie, l'Égypte, le Kazakhstan, la Turquie, la Tunisie et l'Ouganda emploient un système nationalement développé de nomenclature. La Gambie et l'Indonésie ont basé leur système de nomenclature sur plus d'un système. La Jordanie, le Kirghizistan, le Maroc, le Qatar et le Soudan emploient un système de nomenclature basé sur le système universel de nomenclature de dispositif médical. D'ailleurs, le Tadjikistan et la Malaisie emploient un système de nomenclature basé sur la nomenclature mondiale de dispositif médical. D'autre part, seulement 6 sur 43 pays de l'OCI, à savoir l'Albanie, la Libye, l'Arabie Saoudite, le Sénégal, le Soudan et le Tadjikistan emploient la nomenclature en tant que buts de réglementation, de fourniture ou d'inventaire.

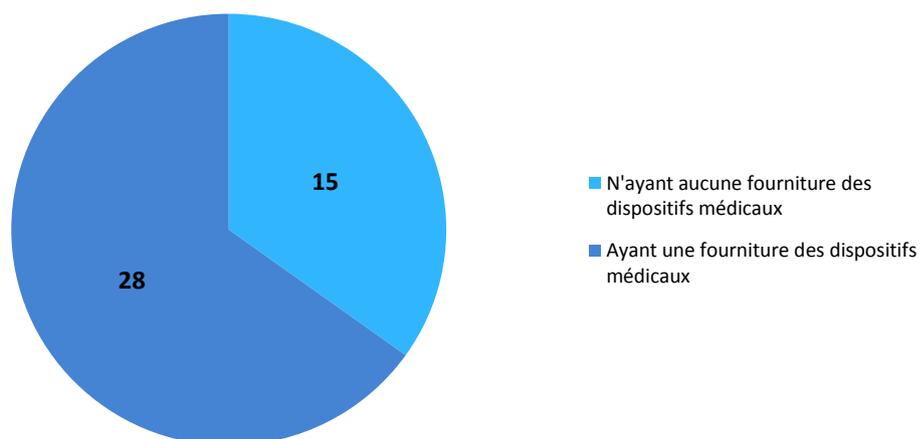
Schéma 5. 9: Nomenclature pour les Dispositifs Médicaux dans les Pays de l'OCI, 2013

Source : OMS, Référentiel de données

Fourniture des Dispositifs Médicaux

La fourniture des dispositifs médicaux effectués au niveau national est la manière dont les pays obtiennent le niveau national de dispositifs médicaux ou pas. Elle permet à des pays d'élaborer des données spécifiques sur la fourniture. La surabondance des produits obtenus mène à l'escalade des coûts de livraison et à l'accès injuste parmi la population (OMS/EMRO, 2012). 15, sur 43 pays de l'OCI avec des données, n'ont pas la fourniture des dispositifs médicaux effectués au niveau national (Schéma 5.10).

D'ailleurs, les conseils nationaux sont indispensables pour la distribution de ressource dans un contexte domestique. Les directives nationales, les politiques ou les recommandations concernant la fourniture des dispositifs médicaux sont importantes pour l'allocation optimale des ressources de dispositif médical et le processus de la fourniture de dispositif médical. 22, sur 43 pays de l'OCI avec des données, n'ont aucune directive pour la fourniture des dispositifs médicaux.

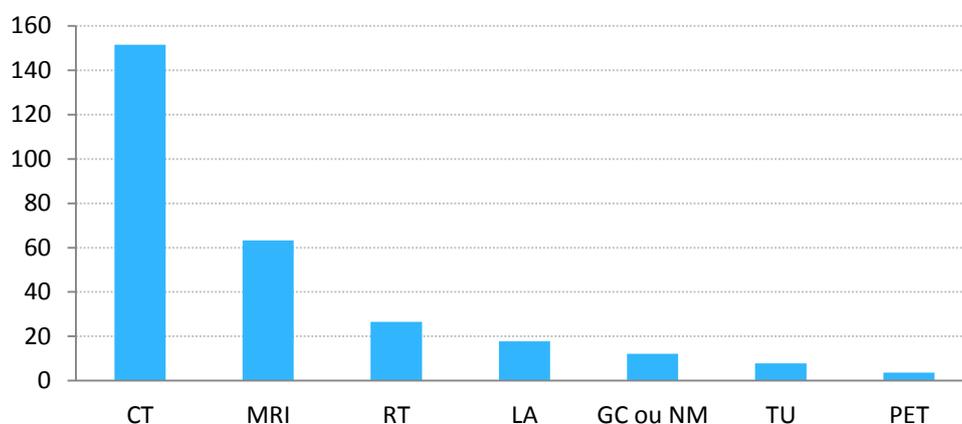
Schéma 5. 10: Fourniture des Dispositifs Médicaux dans les Pays de l'OCI, 2013

Source : OMS, Référentiel de données

Disponibilité des Dispositifs Médicaux

En général l'équipement spécialisé de technologie de pointe est moins disponible dans les pays de l'OCI. En 2013, les Unités de balayage de Tomodensitométrie (UT) des secteurs public et privé représentent la plus haute densité des dispositifs médicaux entre les pays de l'OCI avec 151 UT par million de personnes (Schéma 5.11). La densité des unités de balayage de Tomodensitométrie sont suivies des Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), des Unités de Radiothérapie (UR), de l'Accélérateur Linéaire (AL), de Gamma-Camera ou de la Médecine Nucléaire (GC ou MN), de l'unité de Telecobalt (UT), Tomographie d'Émission de Positons (PET) avec l'intervalle entre 3 et 63 unités par million de personnes dans les pays de l'OCI (Schéma 5.11).

Schéma 5. 11: Densité des Dispositifs Médicaux dans les Pays de l'OCI, 2013, (par Million de Personnes)



Source : OMS, Référentiel de données

GESTION DES RISQUES DE SECOURS POUR LA SANTÉ

6

Les pays de l'OCI font face à une large gamme d'urgences résultant de divers risques et conflits à l'échelle, à la complexité et aux conséquences différentes. Ces urgences peuvent avoir des impacts intenses politiques, économiques, et sociaux de santé publique, avec des conséquences potentielles à long terme. Soit qu'elles sont dues aux catastrophes naturelles, aux conflits, aux manifestations de la maladie ou à tous autres risques, les crises peuvent affaiblir les systèmes de santé, endommager l'infrastructure de santé et annihiler des décennies des gains de santé. Effectivement l'empêchement, la préparation et la réponse à telles urgences sont, donc, parmi les défis les plus critiques faisant face aux pays de l'OCI aussi bien qu'à la communauté internationale.

Selon la Banque Mondiale, plus de 1,5 milliards de personnes vivent dans les pays affectés par les conflits violents (Banque Mondiale, 2011). Ces populations souffrent des conséquences de la rupture et des augmentations sociales de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies infectieuses, à la malnutrition aiguë, au traumatisme et aux complications des maladies chroniques. Des 10 pays avec les ratios les plus élevés de la mortalité maternelle, 9 ont récemment éprouvé le conflit (UNICEF, 2011). Dans les pays de l'OCI, plus de 468 millions de personnes étaient affectés de 2.254 catastrophes naturelles (principalement dues aux inondations, aux épidémies, aux tremblements de terre et aux tempêtes) enregistrées au cours des années 1990-2014 et presque 677.000 personnes ont été mortes dus à ces catastrophes. Une grande partie des impacts pourrait être évité si à mesures appropriées étaient prises pour réduire les vulnérabilités des communautés. De même, 53 pays de l'OCI ont éprouvé d'une manière ou d'autre des conflits au cours des décennies passées avec plus de 3 millions de décès et des millions de personnes déplacées (SESRIC, 2014a).

Il est évident que les catastrophes naturelles et les conflits souvent affectent de manière significative la santé des personnes. Chaque catastrophe et son contexte sont différents, pourtant beaucoup partagent les vulnérabilités semblables dans le secteur de santé. En intégrant des méthodes et des politiques de gestion des désastres communes dans le système de santé, la résilience du système de santé et les gens peuvent être renforcés. Le centre traditionnel du secteur de santé a été en réponse aux urgences. Cela reste un défi pour élargir les perspectives sur la gestion des risques de secours et de catastrophes pour la santé (EDRMH) de l'intervention et la récupération à la prévention et la diminution, aussi bien améliorant les capacités locales et nationales pour l'intervention et la récupération opportunes et effectives.

Certains pays de l'OCI ont accompli le progrès dans des risques de gestion de catastrophe et l'intervention associée de santé, mais les capacités de pays demeurent extrêmement variables. Les systèmes de gestion des risques faibles de santé et de catastrophe, l'insécurité continue devant être en conflit et le manque d'accès aux ressources et la technologie sont parmi les facteurs principaux affectant les capacités. Selon OMS (2008), seulement moins de 50 pourcent des pays ont disposé d'un budget spécifique pour l'état de préparation et l'intervention de secours.

Dans cette perspective, cette section se concentre sur les besoins et les capacités d'intervention de santé de secours dans les pays de l'OCI. Elle accentue d'abord l'importance de renforcer la capacité de système de santé pour la gestion de secours, et essaye ensuite d'évaluer les capacités existantes dans les pays de l'OCI. Étant donné l'information limitée sur des capacités d'intervention de santé,

une évaluation détaillée n'a pas pu être fournie. Cette section finit avec de la brève information sur la situation actuelle de santé dans les pays touchés par le conflit de l'OCI.

6.1 Besoin de Renforcer la Capacité de Système de Santé pour la Gestion de Secours

La plus grande vulnérabilité de n'importe quel pays est en cas d'urgence la santé et le bien-être de ses personnes et communautés. Les catastrophes et les conflits peuvent mettre la continuité et la durabilité des services de secteur de santé en danger, et détruisent beaucoup d'années du développement dans le secteur de santé. Personne ne souhaiterait voir les services de santé détruits ou significativement retardés quand ils sont fortement nécessaires. La gestion des risques de secours et de catastrophe pour la santé (EDRMH) a besoin de l'évaluation systématique des risques à la santé publique imposée par les risques ; la prévention et la diminution de ces risques ; la préparation pour les urgences avec les plans détaillés et multisectoriels avec la législation appropriée et la politique de support, et le renforcement de capacité ; l'intervention rapide et effective en cas d'une catastrophe ; prévoyant la récupération d'après-catastrophe pour « mieux construire de nouveau » (OMS, 2015b). Si une EDRMH effective serait en place, plusieurs des décès, blessures, des maladies, des incapacités, des problèmes psychosociaux et d'autres impacts de santé pourraient être évités ou réduits significativement. Cependant, chaque nouvelle menace indique les défis de persistance dans des risques sanitaires de gestion lors de la période des urgences et des catastrophes. Beaucoup de pays ont pu réduire la vulnérabilité et protéger des installations sanitaires en renforçant la résilience des systèmes de santé au niveau communautaire.

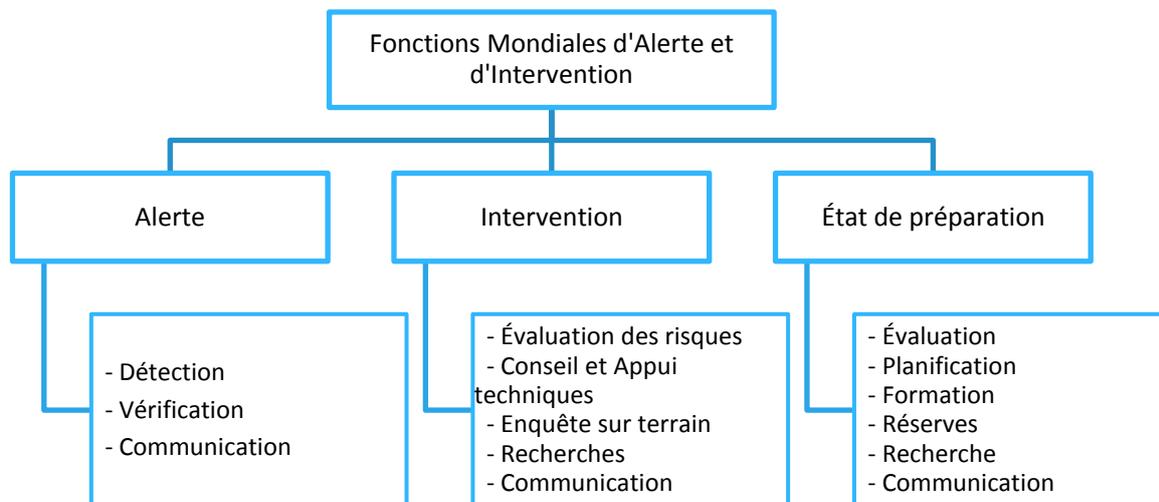
Deux catastrophes importantes récentes, les inondations au Pakistan et la sécheresse en Somalie, démontrent le besoin de systèmes renforcés de santé. Entre juillet et août 2010, les inondations ont frappé le Pakistan et ont affecté 20 millions de personnes. Les installations sanitaires ont été détruites dans des régions affectées par le catastrophe et ont représenté d'énormes défis dans les services de santé publique. Néanmoins, l'investissement précédent dans la gestion des risques de catastrophe dans la région du sud du Pendjab a tenu compte des évacuations effectives et a sauvé beaucoup de vies. La famine dans la Corne de l'Afrique en 2011 pareillement affectée environ 10 millions de personnes dans la région. Le mouvement de la grande population à travers la région a alimenté les défis de santé publique qui sont relevés dans ces secteurs dus aux systèmes de santé mal développés et au manque de capacités de préparation contre les catastrophes. L'eau, l'hygiène, l'abri, la malnutrition aiguë, la surveillance pour les manifestations, la vaccination pour les maladies évitables, la coordination d'agence intermédiaire et le personnel qualifié pour relever tous ces défis étaient des priorités immédiates mais étroitement fourni (Bayntun et autres 2012). Tout ceux-ci reflètent les différentes dimensions d'un système de santé de secours qui doivent être en place.

Les systèmes de santé fournissent des capacités essentielles pour la gestion des risques de secours pour la santé. Dans les pays affectés par les crises, les services et l'infrastructure de santé de base limités intensifie massivement les défis de l'intervention au désastre. Les pays avec les systèmes bien développés de santé sont souvent beaucoup plus résilients et bien préparés pour des catastrophes. Les soins de santé primaires établissent la résilience de la communauté et fournissent la base pour répondre aux urgences. Les actions à caractère communautaire sont également critiques dans la santé protectrice en cas d'urgences, parce qu'elles empêchent des risques sur le terrain à l'aide de la connaissance locale des risques locaux et la prévention contre l'exposition aux risques locaux. Par conséquent, une communauté bien préparée et organisée peut réduire les risques et les impacts des urgences et sauver beaucoup de vies (OMS, 2013a).

Afin de développer les systèmes de santé adaptables et résilients, la flexibilité et la stabilité des services sont critiques. Les systèmes devraient être prêts à faire face au grand nombre de patients et à fournir différentes fonctions à la fois. Il doit y avoir des plans pour la continuité des services de santé avec des services prioritaires identifiés et du mécanisme de coordination d'intervention bien conçu. D'ailleurs, le plan d'action multisectoriel devrait être préparé pour protéger les personnes affectées dans de plus larges causes déterminantes de santé telles que l'eau, l'hygiène, la nutrition et la sécurité. Pour assurer la continuité des services de santé, l'infrastructure essentielle telle que des communications, la logistique, l'énergie et les approvisionnements en eau doivent également être protégés par la coordination multisectorielle.

Un souci important après les crises est la manifestation de la maladie. Le déplacement généralement de pauvreté, l'urbanisation et la population ont mené à la concentration des populations humaines en conditions qui favorisent des manifestations importantes. Le défi est de renforcer des efforts mondiaux pour pouvoir détecter et contenir des menaces de maladies épidémiques. Afin d'empêcher de telles manifestations, selon l'OMS, une alerte et un système détaillés d'intervention devraient être développés avec de divers composants incluant comme la surveillance, l'intervention et l'évaluation après l'événement (Schéma 6.1). Le réseau proposé se base sur une association technique effective des institutions et des réseaux nationaux et internationaux. Dans ce cadre, on s'attend à ce que des manifestations d'importance internationale potentielle soient détectées, vérifiées et répondues de manière efficace et effective par la communauté internationale, et le niveau de l'état de préparation de différents états est augmenté.

Schéma 6.1 : Cadre de Réseau Mondial d'Alerte et d'Intervention



Source : OMS, Cadre A pour l'Alerte Mondiale de Manifestation et d'Intervention. OMS/MTS/CSR/2000.2.

6.1.1 Coordination des Services de Santé de Secours

Tout en traitant des situations d'urgence, la coordination efficace des services de santé de secours exige une attention particulière, en particulier quand il y a différentes agences humanitaires nationales et internationales pour offrir l'aide et les services. À cet égard, Le Groupe Mondial de Santé (GMS) peut être instrumental particulièrement quand les capacités nationales sont accablées. L'approche de groupe est une manière d'organiser la coordination et la coopération des acteurs humanitaires pour faciliter la planification stratégique commune. Les objectifs du GMS pour établir le consensus sur des priorités humanitaires de santé et des pratiques relatives, et pour renforcer au niveau système des capacités la possibilité d'assurer une réponse effective et prévisible (OMS, 2009).

Au niveau du pays, le GMS établit un système clair de la direction et de la responsabilité pour l'intervention internationale dans chaque secteur et fournit un cadre pour des associations effectives parmi les acteurs humanitaires internationaux et nationaux dans chaque secteur. Il renforce, plutôt que remplace, les mécanismes existants de coordination de secteur. Le but est de s'assurer que les réponses internationales sont convenablement alignées avec les structures nationales et de faciliter les liens forts parmi les organismes internationaux, les administrations nationales, la société civile nationale et d'autres dépositaires. Le groupe est prévu pour permettre à des organismes de participation de travailler ensemble et avec les services d'hygiène locaux, harmoniser des efforts, pour intégrer effectivement des questions transversales, et employer des ressources disponibles efficacement dans le cadre des objectifs, des priorités et des stratégies convenus. L'OMS (2009) accentue les principes majeurs de la part humanitaire de santé et comment la coordination et les efforts conjoints entre les personnes actives de secteur de santé travaillant dans l'association peuvent augmenter l'efficacité et l'effectivité des interventions de santé. Il serait salutaire pour les pays de l'OCI qui font face à des problèmes de coordination importants en période des crises pour adapter l'approche de groupe pour une gestion effective au cours d'une situation de crise.

Le manque de données sur les ressources médicales disponibles crée souvent un espace important dans la prise de décision lors des urgences. Nickerson et autres (2015) proposent que l'évaluation de la disponibilité et de la fonctionnalité des services et des installations de sanitaire soit techniquement faisable lors des urgences, même dans des circonstances difficiles. À cet égard, le Système de Cartographie de Disponibilité de Ressources Médicales (HeRAMS) de l'OMS aide à favoriser et soutenir la bonne pratique en traçant des ressources médicales et la disponibilité de services dans les urgences afin de renforcer la prise de décision basée au courant par le groupe de santé. Il vise à s'assurer que l'évaluation et la surveillance des ressources médicales et de la disponibilité de services peuvent être dirigées systématiquement et rapidement en dépit du temps limité, des ressources et de l'accessibilité. Le tableau 6.1 présente l'ensemble suggéré par le groupe mondial de santé d'indicateurs et de repères centraux dans quatre catégories. Ces indicateurs sont identifiés comme essentiels pour observer en cas d'urgences le fait de contrôler des urgences de santé.

Tableau 6.1 : Le Groupe Mondial de Santé a Suggéré l'Ensemble d'Indicateurs et de Repères Centraux par Catégorie

Catégorie	Nom d'Indicateur	Repères
Disponibilité de Ressources Médicales	Population moyenne par installation sanitaire de fonctionnement, par type de l'haute fréquence et par l'unité administrative	Norme de SPHÈRE : 10.000 pour 1 unité de santé, 50.000 pour 1 centre médico-social, 250 000 pour 1 hôpital régional rural
	Nombre d'HF avec la population obstétrique du soin 500.000 de secours de base, par l'unité administrative	= 4 BEOC/500,000
	Nombre d'HF avec la population Care/500,000 obstétrique de secours détaillé, par l'unité administrative	= 1 CEOC/500,000
	Pourcentage d'HF sans actions hors d'une drogue essentielle choisie dans 4 groupes de drogues, par l'unité administrative	100 pourcent
	Nombre de lits d'hôpital par population 10.000 (hospitalisés et maternité), par l'unité administrative	10
	Pourcentage d'HF avec la gestion clinique des survivants de viol + de la contraception d'urgence + du PEP disponible	100 pourcent
	Nombre de professionnels de la santé (médecin + infirmière + accoucheuses) par population 10.000, par l'unité administrative (pourcent m/f)	22
	Nombre de CHWs par population 10.000, par l'unité administrative	=10
Couverture de Services de Santé	Nombre de consultations de patient par personne, par an, par l'unité administrative	= 1 nouvelles visite/personne par an
	Nombre de consultations par clinicien, par jour, par l'unité administrative	Moins que 50/jour par clinicien
	Couverture de la vaccination de rougeole (6 années months-15)	95 pourcent dans les camps ou les zones urbaines 90 pourcent dans les zones rurales
	Couverture de DTC3 dans < de 1 an, par l'unité administrative	95 pourcent
	Pourcentage des naissances aidées par un préposé qualifié	90 pourcent
	Pourcentage des accouchements par la césarienne, par l'unité administrative	= 5 pourcent et <= 15 pourcent
Facteurs de Risques	Nombre de pourcent de droit ou de taux d'incidence pour les maladies choisies approprié au contexte local (choléra, rougeole, méningite aiguë, d'autres)	Tendances de mesure
	Nombre de cas ou incidence de violence sexuelle	Tendances de mesure
	CFR pour la plupart des maladies communes	Tendances de mesure
	Mortalité proportionnelle	Tendances de mesure
	Nombre d'admissions à SFT et à TFC	Tendances de mesure
	Proportion/nombre de cas d'U5 GAM et de SAM détectés à OPD/IPD	Tendances de mesure
	Proportion de personnes avec <15L de l'eau/de jour	Tendances de mesure
Résultats de Santé	CMR	taux de base de =2 X OU >1/10,000 par jour
	TMS5	taux de base de =2 X OU >2/10,000 par jour
	Prédominance de malnutrition aiguë mondiale	< 10 pourcent, tendances de mesure
	Prédominance de malnutrition aiguë grave	Tendances de mesure
	Pourcentage de la population dans plus mauvais quintile du fonctionnement, y compris ceux avec des difficultés graves ou extrêmes lors du fonctionnement	Des limites doivent être définies selon le contexte local et la nature de la crise. Tendances de mesure

Source : OMS,

http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/iasc_global_health_cluster_core_indicators_9apr10.pdf, accédé sur 04/08/2015.

6.1.2 L'Intégration des Équipes Médicales Étrangères dans l'Intervention Générale de Secours

L'intégration des équipes médicales étrangères dans l'intervention globale de secours peuvent avoir besoin d'un mécanisme de coordination. De telles équipes à différents niveaux des capacités, des normes et de l'équipement de différents organismes peuvent arriver à la suite d'une crise soudaine pour fournir des services de santé de secours. L'arrivée de ces équipes n'est pas toujours basée sur l'évaluation de besoins sur terrain et elles peuvent fournir des services sans intégrer dans les mécanismes existants de coordination de santé de secours.

Afin de tirer bénéfice de l'assistance médicale externe effectivement, il y a un système de classification et des normes minimum de la prestation de service, avec des directives pour l'enregistrement et la surveillance, étant employé par les autorités nationales de gestion de santé et de secours (OMS, 2015b). En 2014, un système d'enregistrement mondial en ligne a été développé par l'OMS avec la contribution des fournisseurs médicaux et des pays qui avaient récemment accueilli les équipes médicales étrangères. En enregistrant leur capacité et qualifications, ces équipes commettent aux normes minimum pour la formation, la compétence, l'équipement et la qualité, et elles acceptent de faire partie d'un mécanisme de coordination. Ce système permet à des gouvernements d'interviewer les équipes et leur fournit une plate-forme virtuelle pour négocier de ce qu'elles ont besoin et où, et pour relier cette capacité de montée subite au système national (OMS, 2015b).

6.1.3 Hôpitaux Sans Risques

Les systèmes de santé se composent d'équipements publics, privés et non gouvernementaux qui opèrent ensemble pour servir la communauté ; ceux-ci incluent des hôpitaux, des centres primaires de soins de santé, des laboratoires, des pharmacies et des banques du sang. Les hôpitaux et les centres primaires de soins de santé sont souvent affectés par les conflits et les catastrophes naturelles. Ceci détériore la capacité des communautés affectées pour accéder à des services de santé quand ils ont besoin de ces services. La destruction des hôpitaux dans les catastrophes est également un défi coûteux au rétablissement. Aux Philippines en 2013, par exemple, 432 installations sanitaires, y compris 38 hôpitaux, ont été endommagées ou détruites par Ouragan Haiyan (OMS, 2015b).

En 2014, l'OMS a publié le Cadre Détaillé d'Hôpitaux Sans Risques pour fournir à des gouvernements et à des services d'hygiène une approche plus systématique à renforcer la sécurité et l'état de préparation des installations sanitaires pour toutes sortes de risques. Les programmes d'hôpitaux sans risques s'assurent que les installations sanitaires sont établies sans danger pour résister à des risques et pour demeurer opérationnelles lors des urgences. Les objectifs de ce cadre sont (OMS, 2015b) :

- pour permettre à des hôpitaux de continuer à opérer et à fournir les niveaux appropriés et soutenus des urgences et des catastrophes de soins de santé lors et après ;
- pour protéger des professionnels de la santé, des patients et des familles ;
- pour protéger l'intégrité physique des bâtiments d'hôpital, de l'équipement et des systèmes critiques d'hôpital ; et
- pour rendre des hôpitaux sans risques et résilients à de futurs risques, y compris le changement climatique.

À cet égard, l'Indice de Sécurité d'Hôpital (ISH) a été élaboré par l'Organisation Américaine de Santé Pan (OASP) et un groupe d'experts des Caraïbes et d'Amérique Latine comme outil pour mesurer le niveau global de la sécurité d'un hôpital ou d'une installation sanitaire dans les situations d'urgence. En 2014, l'OMS a mis à jour l'ISH, qui a été plus tard employé dans les îles de Solomon et au Népal (OMS, 2015b). L'ISH aide les installations sanitaires à évaluer leur sécurité et à éviter de devenir un accident des catastrophes en fournissant un instantané de la probabilité qu'une installation sanitaire continuera à opérer lors des situations d'urgence, basées sur des facteurs structurels, non-structurels et fonctionnels, y compris l'environnement et le réseau de services de santé auxquels il appartient (OASP, 2015). La détermination de l'indice de sécurité d'hôpital est une nouvelle manière de contrôler le risque dans le secteur de santé et les pays de l'OCI devraient joindre des efforts pour mesurer la sécurité des installations sanitaires et de les renforcer ainsi.

6.2 Évaluation des Capacités de Système de Santé pour la Gestion de Secours

Le système de santé comporte tous les ressources, organismes et institutions qui sont consacrés à produire des actions interdépendantes visées principalement pour améliorer, maintenir ou reconstituer la santé (OMS, 2012a). Le cadre de système de santé de secours, développé par l'OMS comme base conceptuelle utilisée pour décrire et analyser les systèmes de santé lors des urgences, se compose de six fonctions constitutives, 1) la direction et le gouvernement, 2) la main d'œuvre de santé, 3) les produits, les vaccins et la technologie, 4), le financement de santé de l'information de santé 5), et 6) la prestation de service médicaux.

Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté le système de santé renforçant comme approche pour soutenir l'état de préparation de secours et l'amélioration des capacités de gestion des crises, et a développé une boîte à outils pratique et pragmatique basée sur ces six fonctions. La boîte à outils se compose d'un « manuel d'utilisation » et d'un « formulaire d'évaluation » et est structurée en utilisant le cadre de systèmes de santé de l'OMS – Comprenant les sous-catégories dans 16 composantes clés et 51 attributs essentiels - pour faciliter une évaluation structurée et reproductible de l'état de préparation des systèmes de santé, basé sur les indicateurs définis. Les six sections du formulaire d'évaluation sont décomposées en « éléments clé » essentiels pour un programme d'état de préparation de crise de santé (tableau 6,2).

La version définitive de la boîte à outils a été développée et éditée au début de 2012 sur la base des évaluations pilotes effectuées dans plusieurs pays comprenant l'Azerbaïdjan, le Kazakhstan et la Turquie. Jusqu'ici, la boîte à outils a été appliquée dans 18 pays dans la région européenne et prévue pour être appliquée dans d'autres pays par les équipes expertes communes d'évaluation de l'OMS intégrant les experts nationaux et/ou par une approche d'autoévaluation. À cet égard, l'OMS a récemment édité des rapports sur trois pays de l'OCI, à savoir la Turquie, le Tadjikistan et le Kirghizistan, évaluant les capacités de système de santé de secours. Ces rapports ont employé une méthode normalisée d'évaluation avec un tout-risque, une approche multisectorielle, adoptant le cadre de systèmes de santé de l'OMS comme base conceptuelle pour décrire et analyser le statut d'état de préparation de systèmes de santé pour les crises et identifier les recommandations principales.

Tableau 6,2 : Composantes Clés de Cadre de Système de Santé de Secours

Fonction de génération du système	Éléments clé
I. Direction	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cadre juridique pour la gestion multisectorielle nationale de secours 2. Cadre juridique pour la gestion de secours de santé-secteur 3. Cadre institutionnel multisectoriel national pour la gestion de secours 4. cadre institutionnel de Santé-secteur pour la gestion de secours 5. composants de programme de gestion de secours de Santé-secteur
II. Main d'œuvre de santé	<ol style="list-style-type: none"> 6. Ressources humaines pour la gestion de secours de santé-secteur
III. Produits, vaccins et technologie médicaux	<ol style="list-style-type: none"> 7. Fournitures médicales et équipement pour des opérations d'intervention de secours
IV. L'information de santé	<ol style="list-style-type: none"> 8. Systèmes de gestion de l'information pour des programmes d'état de préparation de diminution et de secours de risque 9. Systèmes de gestion de l'information pour l'intervention et la récupération de secours 10. Communication de risque
V. Financement de santé	<ol style="list-style-type: none"> 11. Stratégies de financement nationales et sous-nationales pour la gestion de secours de santé
VI. Prestation de service	<ol style="list-style-type: none"> 12. Capacité et capacité d'intervention 13. Système de services médicaux de secours et gestion de masse-accident 14. Gestion des hôpitaux dans des incidents de masse-accident 15. Continuité des programmes et des services de santé essentiels 16. Logistique et fonctions de soutien opérationnel dans les urgences

Source : OMS (2012a)

Selon les rapports, la Turquie a un haut niveau d'engagement politique à la volonté de crise et à la capacité substantielle de répondre aux catastrophes nationales et internationales. Le système d'intervention de secours est établi sur un cadre juridique fort ; il est en juste proportion fourni et bien équipé de personnel. La capacité d'hôpital est classifiée en termes de nombre de lits, la disponibilité de personnel qualifié, et l'accessibilité à l'équipement, aux approvisionnements d'éventualité et à la technologie médicale moderne. Le système de services médicaux de secours(SMS) est bien fourni de personnel, des ambulances, de l'éventualité, et des centres d'expédition, etc. Chaque hôpital est exigé pour avoir un point focal consacré pour l'état de préparation de secours, aussi bien qu'un plan d'intervention de secours. Une stratégie pour la communication et l'information publique de risque pendant les situations d'urgence existe. Tenant compte de nombreuses opérations internationales d'intervention et de secours national, la Turquie a évidemment recueilli une expérience précieuse de fournir l'aide médicale dans des situations de catastrophe et en raison de son système de gestion avancé de catastrophe et de secours, le pays pourrait jouer un rôle utile dans la formation et rechercher connexe à l'état de préparation de secours et à la diminution de risque de catastrophe au niveau mondial (OMS, 2011a). Son expertise a pu être partagée et employée pour des activités de renforcement des capacités communes dans les pays de l'OCI aussi bien que dans d'autres pays.

D'autre part, le Tadjikistan a l'engagement fort à l'état de préparation de crise, qui est reflété dans la réforme actuelle de sa structure de gestion et de coordination par rapport à l'institutionnalisation et à sa développement et surtout le développement du plan national d'urgence et d'intervention. Les plans de secteur de santé et d'urgence-intervention d'hôpital sont disponibles dans une certaine mesure mais manquent des instructions opérationnelles claires. La capacité d'hôpital semblerait être appropriée pour des urgences courantes en termes de nombre de lits et la disponibilité de personnel qualifié, quoique mal distribuée, avec le foyer sur les environnements urbains. Le système de SME s'avère à court effectifs et sous-équipé, et les ressources sont inégalement distribuées dans le pays (OMS, 2014b).

Au Kirghizistan, alors que les procédures et l'équipement pour l'état de préparation et l'intervention de crise sont bien établis, les mêmes choses ne pourraient pas être dits pour le Ministère de la Santé du Kirghizistan, qui est en besoin urgent du placement à moderniser et améliorer les fonctions du système de santé général pour être préparée pour les crises. Le ministère de la Santé confronte des défis significatifs car autant de des procédures et les systèmes établis pour l'état de préparation et l'intervention de santé-crise sont devenus érodés et/ou périmés depuis l'effondrement de l'Union Soviétique. Selon le rapport, le penchement vers la commande autonome et verticale et les mécanismes de contrôle, couplés avec les secrets dans beaucoup de niveaux de gouvernement au-dessus d'état de préparation et d'intervention de crise, doivent changer et devenir plus inclus et transparent (OMS, 2012b).

Puisque les évaluations aux services de santé de secours sont disponibles pour seulement peu de pays de l'OCI, il serait salutaire que d'autres pays de l'OCI entreprennent une étude d'évaluation sur leurs capacités et besoins existants, probablement en coopération avec l'OMS ou d'autres organismes professionnels. De façon générale il peut discuter que toutes les disciplines du secteur de santé devraient être prises en compte et être impliquées dans des activités d'état de préparation de crise pour augmenter l'urgence. L'exécution de tout programme d'état intégré national de préparation de secours exige suffisamment des personnels bien-équipé pour développer des plans

FENÊTRE 6.1 : Enquête d'Après-Conflict des Installations Sanitaires et des Services au Mali

Après l'agitation politique et le conflit armé au Mali en 2012, le bureau de pays de l'OMS a employé le système de cartographie de disponibilité de ressources médicales (HeRAMS) en 2013 pour étudier le statut d'installations sanitaires et de 60 services dans les secteurs de la santé de tous les pays. Le conflit avait eu comme conséquence le déplacement répandu de population, avec 300.000 d'IDP et 174.000 réfugiés enregistrés. L'accès aux soins de santé a été affecté par la destruction et le pillage des installations sanitaires, l'équipement et les approvisionnements, le départ des fournisseurs de soins de santé publics et des ONG, et la suspension des programmes de santé prioritaire.

Un total de 1.581 hôpitaux, centres médico-sociaux de référence, centres médico-sociaux de la communauté, et installations sanitaires privées et basées sur la confiance ont été évalués. Les installations sanitaires publiques de la Communauté ont composé 71,9 pour cent des équipements examinés. Les résultats ont prouvé que presque un à cinq installations sanitaires au moins ont été partiellement endommagés, avec de grandes disparités régionales (de 5,4 pour cent d'installations sanitaires dans la capitale à beaucoup plus des dommages dans les régions du nord de Kidal, de Gao et de Tombouctou). Dans la région la plus gravement touchée de Kidal, presque la moitié de toutes les installations sanitaires examinées ont été complètement détruites et 71 pour cent avaient cessé de donner des services. Des services de base de laboratoire et de banque du sang et le soin obstétrique de secours ont été réduits presque à rien dans les secteurs du nord.

L'enquête a indiqué l'ampleur des dommages au système de santé au Mali et a permis au groupe de santé de définir des priorités pour la récupération du pays : la construction et la réadaptation de l'infrastructure de santé ; l'établissement des équipes mobiles de soins de santé ; le déploiement du personnel qualifié de soins de santé avec l'équipement, les approvisionnements et les médecines essentielles ; la formation des professionnels de la santé de la communauté ; et l'établissement des sous-groupes de santé dans trois régions du nord.

Source : OMS (2015a)

d'état normalisés de préparation de secours de santé-secteur et pour formuler des politiques sur l'éducation, la formation, l'accréditation et la recherche.

En plus de quelques rapports d'évaluation de pays individuel, il y a une étude mondiale d'évaluation entreprise par l'OMS dans ce secteur. Selon l'évaluation mondiale de l'état de préparation et de l'intervention nationaux de secours de secteur de santé, la plupart des pays (85 pourcent) ont une politique d'état de préparation et d'intervention de secours nationale. Cependant, seulement environ 65 pourcent de pays ont une politique sur des programmes d'état de préparation et d'intervention de secours de secteur de santé aux niveaux nationaux et provinciaux, et à la politique sur des plans d'état de préparation et d'intervention de secours de secteur de santé. D'ailleurs, environ 50 pourcent de pays ne disposent d'aucun budget spécifique assigné pour la planification d'état de préparation et d'intervention de secours de santé. Environ 35 pourcent de pays n'incluent pas le composant de renforcement de formation et de capacité dans leurs programmes d'état de préparation et d'intervention de secours. Plus de trois quarts de pays tirent bénéfice des programmes de coopération internationaux ou bilatéraux dans le secteur de l'état de préparation de secours et de l'intervention (OMS, 2008).

Les ministères de la Santé devraient avoir un certain formulaire de l'arrangement institutionnel pour assurer le développement et l'entretien des programmes d'état de préparation et d'intervention de secours de santé. Un système effectif d'intervention de secours devrait inclure une institution de santé professionnelle, de personnels techniques de santé bien formés et un système de surveillance et de rapport de la maladie précise et douce, une laboratoire moderne, un système de données informatisées qui peut faciliter la communication rapide avec d'autres départements, à réserves appropriées (médecine et des vaccins, par exemple) et des méthodes effectives pour empêcher la propagation de la maladie (l'isolement, par exemple), qui sont essentielles au contrôle de secours (APEC, 2012). La plupart des répondants à l'enquête de l'OMS ont marqué la présence de quelques arrangements institutionnels, mais un nombre étonnant de pays a démontré l'absence relative du personnel consacré pour l'intervention. Par conséquent, plus d'effort doit être appliqué à développer et à employer des spécialistes en état de préparation et en réponse de secours aux Ministères de la Santé au travail sur des programmes nationaux et provinciaux.

6.3 Situation Actuelle de Santé de Secteur dans les Pays Touchés par le Conflit

Il y a un certain nombre de secteurs de conflit dans le monde entier avec des conséquences graves de santé. Le tableau 6.3 montre la liste de pays qui sont évalués 3 et 2 par l'OMS aussi bien que de ceux qui sont concernée. 15 sur 26 pays avec des soucis de santé sont des membres de l'OCI. Il inclut des pays avec des soucis de santé dus aux conflits aussi bien qu'à la manifestation de la maladie et quelques autres raisons. Ce paragraphe fournit certaines informations sur la situation actuelle de secteur de santé dans les pays choisis de l'OCI touchés par conflit. Ceux-ci incluent cinq pays et une région comportant neuf pays, à savoir de l'Afghanistan, l'Irak, le Palestine, le Sahel, la Syrie et le Yémen. La source d'information principale est le rapport de l'OMS sur ses plans d'intervention humanitaires de 2015 (OMS, 2015c).

Tableau 6.3 : Liste de Pays avec des Soucis, des Crises et des Urgences de Santé

	Pays prioritaires comprenant des pays de la catégorie 3 et de la catégorie 2	Pays de souci
Pays de l'OCI (15)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Guinée ▪ L'Irak ▪ La Mozambique ▪ Le Niger ▪ Le Nigéria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Palestine ▪ Sierra Leone ▪ La Syrie ▪ Le Yémen
Pays Non membres de l'OCI (11)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ R. centrafricain. ▪ D.R. Congo ▪ Le Libéria ▪ Le Malawi ▪ Le Népal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Philippines ▪ Le Soudan du sud ▪ L'Ukraine ▪ Le Vanuatu

Source : <http://www.who.int/hac/crises/en/>, accédé sur 04/08/2015. Note : La catégorie 2 et 3 indiquent respectivement un événement avec des conséquences modérées ou substantielles de santé publique qui exige une intervention modérée ou essentielle locale et/ou internationale.

L'Afghanistan : L'Afghanistan fait face à des contraintes significatives dans des services de santé du au conflit, le sous-développement chronique, la pauvreté, la privation et les crises prolongées qui continuent plusieurs décennies et affectent chacune des 34 provinces. Le ministère de la santé publique estime que les couvertures de base de paquet de service de santé environ 65 pourcent de la population. La majorité de ceux sans couverture vivent dans des secteurs risqués ou de dur-à-portée. Le risque du ressortissant 2012 et l'évaluation de vulnérabilité ont estimé cela 85 pourcent des vies de population dans un délai de deux heures d'une installation sanitaire. Il y a une pénurie de chirurgiens, anesthésistes et capacité qualifiés de traumatisme dans des secteurs touchés par le conflit. Il y a en moyenne seulement trois professionnels de la santé par 10.000 Afghans, significativement inférieur au niveau minimum de 22 professionnels de la santé par 10.000. En outre, les contraintes liées au conflit à l'accouchement de soins de santé ont contribué à la faible couverture d'immunisation et au risque accru de morbidité et de mortalité, particulièrement pour des enfants et des femmes enceintes. Aucune ressource nationale n'est allouée pour la fourniture de soins de santé de base lors des urgences, en dépit du pays souffrant de nombreuses catastrophes naturelles et de conflit répandu. Par conséquent, la confiance dans la communauté internationale demeure essentielle, particulièrement donné des vulnérabilités existantes comprenant l'infrastructure insuffisante, la capacité faible de ressource institutionnelle et humaine, le gouvernement économique faible, la sécurité détériorée et la croissance démographique élevée.

L'Irak : Les services publics essentiels, y compris les services de santé, l'eau et l'hygiène ont brusquement détérioré dans les secteurs touchés par le conflit et sont sur-étendus par l'afflux rapide des personnes intérieurement déplacées. Plus que la moitié de ces PID sont des enfants, qui sont particulièrement vulnérables à la santé détériorée. Les conditions de vie pauvres, les états d'hygiène et la qualité de l'eau contribuent aux plus grands problèmes de santé et à un risque des manifestations très élevées parmi les PID. Les attaques sur les hôpitaux publics se sont produites

dans les gouvernorats d'Anbar, de Ninewa, de Diyala, de Salah al-Din et de Kirkuk, causant des dégâts aux équipements déjà affaiblis par des décennies de sous-investissement. Parmi environ 45 pourcent de professionnels de la santé de ces secteurs sont maintenant déplacés. À Ninewa, plus que la moitié des installations sanitaires ne fonctionnent plus. Également, le conflit a sévèrement perturbé le système national pour la fourniture et la distribution des fournitures médicales, empêchant les articles essentiels pour atteindre des cliniques et des hôpitaux. Approximativement 5,2 millions de personnes ont besoin des interventions de santé de secours en conséquence. L'accès néanmoins humanitaire au moins à 2,2 millions d'Irakiens dans le besoin est sévèrement compromis dans les secteurs sous le contrôle des groupes armés de l'opposition. Le conflit est volatil et la libération des secteurs peut créer les opportunités aussi bien que les demandes de la prestation des services de soins de santé.

La Palestine : l'accès aux services de santé essentiels et la référence des patients pour des soins de santé spécialisés demeure particulièrement limitée à Gaza, et dans beaucoup de régions de la Cisjordanie, en particulier pour les hommes âgés de 18-40 ans. Les problèmes de sécurité et la destruction de l'infrastructure essentielle de santé demeurent un contribuant principal à la disponibilité réduite des services de santé. La part militaire par les forces armées israéliennes à Gaza en juillet 2014 a sévèrement endommagé des services de santé dans la bande de Gaza. Sept installations sanitaires ont été détruites (y compris seul l'hôpital spécialisé de réadaptation), 67 équipements ont été endommagés, 23 professionnels de la santé ont été tués et 83 ont été blessés. Les actions des médecines essentielles ont été épuisées et les personnels de santé ont été accablés. En Cisjordanie, l'accès insuffisant aux soins de santé primaires persiste en raison de l'insécurité, les restrictions à la liberté de circulation des patients, le personnel de santé et les étudiants en médecine, une pénurie de médecines et toutes autres fournitures médicales et pénurie de membres du personnel de santé. L'accès aux soins de santé primaires est particulièrement difficile pour les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées dans certaines régions de la Cisjordanie due aux restrictions au mouvement et au transport public limité. Des services primaires essentiels de soins de santé, y compris la reproduction et la santé des enfants, les essais en laboratoire et l'éducation sanitaire sont offerts par des services de clinique mobile par différents prestataires de service de santé.

Région de Sahel : Neuf pays de l'OCI dans la région de Sahel, à savoir le Burkina Faso, le Cameroun, le Tchad, la Mauritanie, le Mali, le Niger, le Nigéria, le Sénégal et la Gambie, font face à une charge lourde de risque épidémique composée par le conflit, l'insécurité et les menaces naturelles telles que l'inondation. Environ 1,2 millions d'enfants au-dessous de cinq meurent tous les ans dans la région de Sahel, avec 570.000 de ces décès liées à la malnutrition et aux maladies relatives. Le conflit violent aux environs de la région de Sahel a mené à une montée subite dans le déplacement de population. La région a commencé l'année 2015 par environ 2,8 millions de personnes déplacés, environ un million de plus qu'en début de 2014. Les épidémies récurrentes des maladies telles que le choléra, la malaria, la méningite, la rougeole et la fièvre jaune affectent des milliers de ménages à travers le Sahel. La diffusion des épidémies et des taux de fatalité de cas élevés sont causés par un manque de l'eau potable, l'accès aux services pauvres de prévention et de traitement et la qualité du soin. Le conflit et le gouvernement pauvre aggravent les difficultés dans le fonctionnement d'un système déjà fragile de santé. L'accès insuffisant à la santé génésique et aux soins d'urgence, partiellement dus à un manque de membres du personnel de santé, est également responsable pour certains des taux de mortalité maternelle les plus élevés dans le monde. Avant novembre 2014, au moins 40.820 cas de choléra avaient été enregistrés au Niger, au Nigéria, au Cameroun et au Tchad, avec un taux de fatalité de cas de 2,4 pourcent. L'accès aux installations sanitaires améliorées et à l'eau potable est très limité dans la plupart des pays. Le Niger, par exemple, a seulement 11 pourcent de couverture pour les installations sanitaires améliorées.

La Syrie : La Syrie a été affectée par le conflit depuis plus de quatre ans, ayant pour résultat une détérioration de la situation de santé. Depuis le commencement de la crise, les services primaires, secondaires, et tertiaires de soins de santé en Syrie ont détérioré en raison des installations sanitaires endommagées, des coupures électriques, des pénuries de fournitures médicales et d'un manque de professionnels qualifiés de soins de santé. 55 pourcent d'hôpitaux publics sont rapportés d'opérer partiellement ou complètement hors de service, alors que 63 pourcent de centres de soin obstétricaux de secours de base public ne fonctionnent pas. La disponibilité limitée des services de santé dans quelques régions du pays exige les patients de voyager jusqu'à 160 kilomètres pour atteindre l'hôpital le plus proche, alors que les services d'aiguillage sont fréquemment non fonctionnels. Le secteur privé, qui a fourni des services médicaux à plus de 50 pourcent de la population avant la crise, a été sévèrement touché par le déplacement ou le départ de la majorité de professionnels privés de service de santé.

Le Yémen : L'instabilité politique et le conflit a mené à l'effondrement proche des services de base, rendant les nombres croissants des personnes vulnérables dépendants sur l'assistance externe pour leurs besoins fondamentaux. En 2015, environ 15,9 millions personnes -61 pourcent de la population- auront besoin d'un certain genre d'assistance humanitaire, principalement dans la nourriture, l'eau et les secteurs de santé. Environ 8,4 millions de Yéménites manquent d'accès approprié aux soins de santé. Ce chiffre est en grande partie inchangé depuis 2014 ; cependant, les concentrations géographiques ont décalé après l'évolution du conflit localisé. Le nombre de personnes dans le besoin est tombé nettement dans certains gouvernorats, alors que les nouvelles concentrations du besoin ont émergé dans surtout dans les secteurs touchés par conflit récemment. L'instabilité politique et le conflit en expansion a augmenté le besoin de services de gestion d'accident de masse et il y a un besoin continu de services de santé pour de nouvelles personnes et des personnes précédemment déplacées. Dans les secteurs où la sécurité s'est améliorée, les installations sanitaires exigent la réadaptation et l'appui.

Il y a un lien fort entre le niveau de l'information, l'éducation et la recommandation et les résultats de santé dans un pays. Par la recherche, la plupart des maladies peuvent être empêché par la communication précise et les informations importantes et l'éducation aux patients et aux fournisseurs de soins de santé. Le bon diagnostic et un traitement efficace peuvent sauver des millions de personnes dans les pays de l'OCI et dans d'autres régions du monde. Selon l'OMS, la majorité des maladies non-communicables et transmissibles pourraient être empêchées juste en instruisant et en informant des personnes au sujet de leur style de vie (par exemple l'alimentation saine, l'activité physique/l'exercice). Contre ce contexte, cette section discute l'information, la recherche, l'éducation et les recommandations sous-forme de deux paragraphes. Le premier paragraphe élabore sur l'importance de l'éducation sanitaire et comment la qualité de l'éducation sanitaire peut être améliorée. Le deuxième paragraphe se concentre sur l'importance de la sensibilisation du public pour avoir les sociétés en bonne santé et les manières de soulever la sensibilisation du public sur les problèmes de santé.

7.1 Qualité d'Éducation Sanitaire

Les systèmes de santé existent pour servir les besoins des patients, s'assurant qu'ils sont entièrement au courant, prennent soin de contrôle, participent à la livraison de soin autant que possible, et reçoivent le soin qui est respectueux pour leurs valeurs et leurs préférences (Greiner et Knebel, 2003). D'ailleurs, les systèmes de santé facilitent l'application de la connaissance scientifique pour pratiquer en fournissant à des cliniciens les outils et l'appui nécessaire pour fournir le soin basé uniformément et sans risque sur des preuves. Avoir un système effectif de santé exige la quantité suffisante de professionnels de santé bien formés. Cependant, les chiffres sur le nombre d'institutions et de professionnels d'éducation sanitaire, et la qualité de l'éducation fournie à ces institutions indiquent l'existence de quelques problèmes majeurs dans les pays avancés aussi bien que dans les en développement comprenant les pays membres de l'OCI.

Selon Lancet (2010), mondial, 2420 Facultés de Médecine, 467 écoles ou départements de santé publique, et un nombre indéterminé d'établissements d'enseignement post-secondaires de soins forment environ 1 million de nouveaux médecins, infirmières, accoucheuses, et professionnels de santé publique chaque année. Les pénuries institutionnelles graves sont aggravées par la mauvaise distribution entre et dans les pays. Quatre pays (Chine, Inde, Brésil, et États-Unis) chacune ont plus de 150 Facultés de Médecine, tandis que 36 pays n'ont aucune Faculté de Médecine du tout. 26 pays dans l'Afrique Subsaharienne, dont la plupart d'entre eux sont des pays de l'OCI, ont une ou aucune Faculté de Médecine.

Toute la dépense mondiale pour l'éducation de professionnel de la santé est environ 100 milliard dollars des États-Unis par an. Ce montant correspond à moins de 2 pourcent de toutes les dépenses de santé dans le monde entier, qui est un petit chiffre pour une industrie à forte intensité de main d'œuvre. Lancet (2010) a estimé que le coût moyen par un diplômé dans le monde est environ 113 000 dollars des États-Unis pour les étudiants en médecine et 46 000 dollars des États-Unis pour des infirmières. Le Rapport de Santé du Monde (2006) 'Travaillant Ensemble pour la Santé' ont rendu

l'évaluation sur la pénurie de médecins mondiale. Selon le rapport, Environ 57 pays ont Mondialement une pénurie critique équivalente à un déficit de 2,4 millions de médecins, d'infirmières et d'accoucheuses qui suggèrent implicitement des millions de personnes dans le monde entier qui ne reçoivent pas les soins de santé et les services essentiels qui sont désespérément nécessaires.

Étant donné l'image présentée ci-dessus, il devient évident que dans beaucoup de pays le nombre d'institutions d'éducation sanitaire n'aligne pas bien avec la taille de population de pays ou le fardeau nationale de la maladie. Les pays de l'OCI ne sont pas des exceptions de ce fait.

En plus de l'existence de la pénurie de professionnels de la santé, beaucoup de pays dans le monde font face à un autre défi au sujet de la qualité de l'éducation sanitaire. Les professionnels de la santé ne sont pas en juste proportion préparés soit dans les lieux universitaires ou dans la formation continue. Dans beaucoup de régions du monde, l'éducation clinique n'a pas simplement suivi ou n'a pas été assez sensible à la démographie changeante des patients et aux désirs, aux attentes des systèmes de santé changeant, aux conditions évoluées des pratiques et des dispositions de personnel, à la nouvelle information, au foyer sur améliorer la qualité, ou les nouvelles technologies (Institut de Médecine, 2002). L'éducation sanitaire de qualité insuffisante et basse a porté des coûts significatifs pour les patients et les sociétés. Dans ce contexte, certains des problèmes communs provenant de l'éducation sanitaire de qualité basse peuvent être énumérés comme suit : le diagnostic erroné, la prescription excessive des antibiotiques aux enfants et à la population adulte ; les dosages incorrects des drogues étant administrées aux patients ; et le manque d'utilisation des stratégies efficaces de prévention avec les patients (Chassin, et autres, 1998). Selon les évaluations de l'institut de la médecine, les erreurs (évitables) faites par des coûts de professionnels de la santé aux vies des dizaines de milliers de personnes et les centaines de milliers de personnes souffrent ou restent en difficulté aux USA. Plusieurs de ces erreurs peuvent être supprimées par la formation et l'amélioration de la qualité de l'éducation sanitaire.

Mondialement, les effets indésirables des médicaments et l'utilisation irrationnelle des médecines sont parmi les principales causes du décès dans beaucoup de pays. La moitié de toutes les médecines sont estimés d'être prescrites, distribuées ou vendues peu convenablement, et que la moitié de tous les patients ne prennent pas leur médecine correctement. Ce problème est particulièrement sérieux dans les pays en développement, y compris plusieurs pays de l'OCI, où moins de 40 pourcent de patients dans le secteur public et 30 pourcent dans le secteur privé sont soignés selon les directives cliniques (OMS, 2010). Les besoins d'informations des patients peuvent être satisfaits par le pharmacien par la participation à l'éducation aux groupes de patients au sujet de la sécurité de médicaments, et l'utilisation approprié ; considérant que les professionnels de la santé peuvent être équipés de formation professionnelle pour mettre à jour leurs informations au sujet du diagnostic et des pratiques du médicament.

Greiner et Knebel (2003) ont énuméré quelques raisons importantes pour lesquelles les professionnels de la santé ne peuvent pas en juste proportion fournir les services de santé de haute qualité :

Caractéristiques Changeantes des Patients : Les patients deviennent plus divers, vieillissent, et sont de plus en plus affligés par un ou plusieurs maladies chroniques, tout en en même temps étant en position de chercher l'information de santé (Calabretta, 2002). Ce paysage changeant exige que les cliniciens soient qualifiés en réponse à des attentes et des valeurs variés des patients ; fournissent la gestion continuée des patients ; et fournissent et coordonnent le soin à travers des équipes, des arrangements, et des programmes.

Manque de Qualifications d'Équipe : Dans la pratique, les professionnels de la santé sont invités à travailler dans les équipes interdisciplinaires, soutenir souvent ceux qui sont en conditions chroniques, pourtant ils ne sont pas instruits ensemble ou ne sont pas formés en ce qui concerne les qualifications basées sur des équipes.

L'Espace entre la Théorie et la Pratique : Beaucoup de cliniciens sont confrontés avec des données en expansion rapide au sujet de leurs patients pour lesquels les décisions de soins de santé devraient idéalement être prises. Cependant, les programmes d'études des Facultés de Médecine ne sont pas capables de lier « Comment Faire la Recherche », « Comment Évaluer les Preuves » et « Comment les appliquer à la Pratique » (Shell, 2001).

Manque d'Appréciation de la Qualité : Les professionnels de la santé travaillent souvent sous la pression et l'effort de temps. Ils ont peu d'opportunités de se servir du travail de l'année et d'autres interventions éducatives qui les faciliteraient à analyser les causes premières de leurs erreurs et d'autres problèmes de qualité.

Utilisation Limitée de l'Informatique : Tandis que des cliniciens sont formés pour employer un choix de technologies tranchantes liées à la livraison de soin, ne sont pas ils souvent fournis d'une base informatique (Hovenga, 2000). La formation dans ce secteur, par exemple, permettrait à des cliniciens d'accéder facilement à la dernière littérature sur une maladie embarrassante confrontant un de leurs patients ou d'employer les systèmes automatisés d'enregistrement des commandes qui marquent automatiquement les contre-indications et les erreurs pharmaceutiques.

Comme leurs homologues en développement, plusieurs pays de l'OCI souffrent du niveau pauvre de l'information et de l'éducation de santé. La situation est particulièrement critique dans les pays de l'OCI de la région de l'Asie et de l'Afrique Subsaharienne à revenu faible. Les fournisseurs de soins de santé dans plusieurs pays de l'OCI ont continué à manquer de l'information de base et des pratiques et de l'expertise pour leur permettre de fournir des soins de santé sans risques et efficaces. Ce manque de la connaissance au sujet des fondements sur la façon dont on doit diagnostiquer et contrôler des maladies communes mène aux pratiques inefficaces et dangereuses de soins de santé. Ces pratiques résultent souvent dans l'échec même des médecines les plus modernes et de causer beaucoup de décès évitables. Indépendamment du niveau du développement économique et du progrès, selon les résultats de quelques études investigatrices (Neil et Frederick, 2009), il y a un espace considérable de la connaissance et de conscience entre les fournisseurs et les patients de soins de santé dans plusieurs pays de l'OCI.

Les défis dans le secteur de l'éducation et de soins médicaux sont plus ou moins communs à tous les pays de l'OCI. En dépit du progrès accompli en mettant à jour les programmes d'études et santé médicaux aux institutions choisies, la majorité d'écoles suivent toujours les programmes traditionnels qui, généralement, n'ont pas évolué pour devenir basés sur les compétences. Les programmes de formation de médecine de la famille ont été lancés dans plusieurs pays, toutefois leur portée demeure limitée. Les facteurs fondamentaux dans l'absence de progrès dans ce secteur incluent : le manque de coordination effective entre les prestataires de service comprenant des ministères de la Santé et les Institutions d'enseignement supérieur ; la capacité institutionnelle limitée de fournir la formation à grande échelle pour les médecins de famille aussi bien que pour convertir les médecins généralistes dans le cadre existant en médecins de famille par des programmes opérateurs ; et l'incapacité d'établir la médecine de la famille comme un avancement professionnel attrayant pour les nouveaux diplômés.

Les défis principaux pour assurer l'accès à l'éducation de soins de qualité dans les pays de l'OCI s'appliquent à l'investissement insuffisant et la priorité basse accordés à l'éducation des soins ; la

manque de capacité aux écoles d'infirmières en termes de disponibilité des formateurs aussi bien que de l'infrastructure ; la nécessité de mettre à jour de plus en plus des programmes d'études de soins afin d'établir le lien de service-éducation ; la capacité institutionnelle limitée d'offrir des programmes de formation de base ; et accent insuffisant sur le programme de développement professionnel continu.

La communauté internationale et les organismes identifient l'existence des problèmes répandus sur la qualité et la portée de la formation de santé. Afin d'aborder le problème mondialement, l'OMS (2013) a préparé une directive sous le thème « Transformant et Augmentant l'Éducation et la Formation des Professionnels de la Santé ». L'OMS définit le terme « Transformant et Augmentant l'Éducation et la Formation des Professionnels de la Santé » comme expansion et réforme viables de professionnels de la santé pour augmenter la *quantité, la qualité et la pertinence des professionnels de la santé*, et en ce faisant, elle renforce les *systèmes de santé de pays* et améliore des *résultats de santé de population*. La directive a visé sur une vision d'une telle transformation dans l'éducation pour les professions médicales, et a offert des recommandations concernant comment mieux atteindre le but de produire des diplômés qui puissent répondre aux besoins de santé des populations qu'ils servent. En particulier, le document sur les orientations vise à : fournir la politique saine et les conseils techniques dans le secteur de l'éducation professionnelle, en particulier aux pays éprouvant des pénuries de médecins, infirmières, accoucheuses et d'autres professionnels de la santé ; et diriger les pays sur la façon dont on peut intégrer le développement professionnel continu (DPC) en tant qu'élément médical, de soins, obstétrique et l'échelle-d'éducation d'autres professionnels de la santé afin d'assurer l'excellence du soin, de la prestation de service de santé et des systèmes viables de santé (OMS, 2013c). L'OMS (2013) a identifié cinq domaines pour générer et fournir des conseils aux pays de l'OCI pour le processus de réforme de santé : institutions de formation ; accréditation et règlement ; financement et durabilité ; surveillance et évaluation ; et gouvernement et planification.

De façon générale, il devient évident que plusieurs pays de l'OCI doivent toujours subir un processus important de réforme pour avoir de meilleurs systèmes de formation de santé. Pour le succès des réformes dans ce domaine, la coopération avec la communauté internationale et les organismes est très critique. La continuation de certaines directives internationales (par exemple les directives de l'OMS et le programme d'action stratégique de santé de l'OCI) peut aider des pays de l'OCI à épargner l'argent et le temps lors du processus de réforme. L'amélioration de la coopération intra-OCI par les pratiques d'identification et le transfert dans la formation de santé peut également apporter une contribution significative pour améliorer la qualité des services et de l'éducation de santé dans les pays de l'OCI. Pour un processus réussi de réforme, elle est d'importance pour comprendre les conditions locales dans les pays de l'OCI et pour prendre en considération les points de vue des organismes de société civile. Autrement, beaucoup de conditions et de restrictions régionales/locales qui mènent à l'échec dans la qualité et la portée de l'éducation sanitaire et des services demeureront sans changement dans plusieurs pays de l'OCI.

7.2 Sensibilisation du Public

Il y a un lien fort entre le niveau de l'information, l'éducation et la recommandation et les résultats de santé dans un pays. Par la recherche, il a été établi que la plupart des maladies peuvent être empêché par la communication précise et les informations importantes et l'éducation aux patients et aux fournisseurs de soins de santé. Selon l'OMS, la majorité de maladies cardiaques, attaques, dactylographient - 2 cas de diabète et de cancer pourraient être empêchés juste en instruisant et en informant les personnes au sujet de l'alimentation saine, de l'activité physique/d'exercice et les inconvénients du tabac. Plus d'un million de vies par an pourrait être sauvé en favorisant

l'allaitement jusqu'au moins deux ans et une grande partie des décès de sous-cinq ans pourrait être évité en instruisant les parents au sujet de l'importance de la nutrition et de l'utilisation effective de leur argent pour la nourriture qu'ils dépensent parfois sur les bonbons pour que leurs enfants leur donnent en tant de gâterie.

Les normes et les traditions sociales, culturelles et religieuses jouent un rôle important en formant l'attitude d'une société en ce qui concerne l'aide sociale et la prospérité collective au niveau macro et micro. Comme leurs homologues en développement, plusieurs pays de l'OCI souffrent du niveau pauvre de l'information et de la conscience de santé. La situation est particulièrement critique dans les pays de revenu bas où beaucoup de mythes et de tabous règnent ce qui mènent à la faible utilisation des services de soins de santé qui sont critiques pour la survie saine des personnes. Au cours des années, les campagnes d'immunisation dans certains pays de l'OCI n'ont pas été principalement dues efficace aux polémiques connexes avec la sécurité et la licéité religieuse des vaccins. Les autorités dans les pays comme le Nigéria et le Pakistan ont souvent marqué l'opposition des groupes religieux et politiques pour effectuer des campagnes nationales de vaccination de poliomyélite. Pour surmonter ce problème, l'OCI GS a sécurisé une injonction religieuse de l'académie islamique de Fiqh qui a publié une fatwa pour encourager les musulmans à participer et à soutenir les campagnes de vaccination de poliomyélite nationales. Citant intensivement du Qur'an, la fatwa présente le devoir pour protéger des enfants quand une maladie est évitable. Ainsi, la fatwa satisfait la nécessité critique de soulever la conscience dans les communautés musulmanes au sujet des allocations des campagnes d'immunisation de poliomyélite. Cependant, il y a un besoin fort des fatwas semblables de soutenir toutes sortes de campagnes d'immunisation dans les pays de l'OCI (SESRIC, 2014).

Les pays de l'OCI avec l'incidence la plus élevée de la mortalité infantile maternelle et sont également caractérisés par des indices de fertilité élevés et une faible prédominance d'utilisation de contraception. Les mesures relatives à la planification des naissances ont été moins effectives dans ces pays. Basé sur la recherche dirigée par diverses agences nationales et internationales de santé, le manque de la connaissance, les problèmes d'accès et les craintes d'effet secondaire étaient les facteurs limitatifs principaux pour l'usage des mesures de planification des naissances dans ces pays. Non seulement une majorité de population manque généralement des connaissances de base au sujet de ces mesures mais également beaucoup ont les informations mensongères. Par exemple, beaucoup de personnes croient que l'utilisation des contraceptifs n'est pas permise dans l'Islam, tandis que d'autres croient qu'il est malsain et peut affecter la fertilité et par conséquent ceux qui emploient des contraceptifs ne pourront pas avoir des enfants plus tard (SESRIC, 2014).

REMARQUES FINALES ET RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE

8

Les 57 pays membres de l'OCI couvrent un grand domaine géographique, étendent sur quatre continents, s'étendant de l'Albanie (l'Europe) dans le nord, au Mozambique (Afrique) dans le sud, et de Guyane (Amérique latine) dans l'ouest, en Indonésie (Asie) dans l'est. Les pays de l'OCI constituent une partie notable des pays en développement, et, étant à différents niveaux de développement économique, ils ne composent pas un groupe économique homogène. La nature mélangée du groupe des pays de l'OCI reflète des hauts niveaux d'hétérogénéité et de divergence dans la structure économique et les résultats de ces pays. Le degré d'hétérogénéité dans les profils macro-économiques et développementaux des pays de l'OCI se reflète également dans leurs résultats dans le secteur de santé.

La situation de couverture de soins de santé est demeurée significativement pauvre dans plusieurs pays de l'OCI principalement due au manque de ressources financières appropriées et viables, de main d'œuvre qualifiée insuffisante de santé et d'infrastructure pauvre de santé. Actuellement, les pays de l'OCI assignent seulement 4,4 pourcent de leur PIB pour la santé tandis que les dépenses de santé représentent seulement 7,9 pourcent de leurs dépenses publiques totales. La dépense de santé de poche est demeurée la méthode la plus très utilisée pour le financement de santé, représentant 38 pourcent de dépense totale de santé et 82 pourcent de dépenses privées de santé. Au niveau du pays individuel, les dépenses de santé de poche représentent plus de 50 pourcent de dépense totale de santé dans 17 pays de l'OCI. D'autre part, la densité moyenne des professionnels de la santé dans les pays de l'OCI est juste au-dessus du seuil critique de 23 personnels de santé (médecins, infirmières et accoucheuses) par 10.000 personnes, généralement considérée nécessaire pour fournir des services de santé essentiels, et même moins de 10 lits d'hôpital sont disponibles pour 10.000 personnes dans les pays de l'OCI.

Au cours des années, plusieurs pays de l'OCI ont accompli le progrès significatif en termes des accomplissements des droits de santé pour les femmes et les enfants, avec plus de ressources que jamais étant investi dans les services primaires de soins de santé. Bien que, en moyenne, le taux de mortalité maternelle a diminué de 44 pourcent entre 1990 et 2013, atteignant la cible de l'Objectif du Millénaire pour le Développement 5 (OMD 5) d'une diminution de trois quarts d'ici 2015 semble être difficile dans plusieurs pays de l'OCI. Une situation semblable règne pour les taux de mortalité de sous-cinq ans, car jusqu'ici la diminution de 47 pourcent n'est pas assez pour réaliser l'objectif OMD4 d'une diminution de deux tiers de la mortalité infantile d'ici vers la fin de 2015. La nutrition et la sécurité de nourriture est un autre sujet de préoccupation principal pour les pays de l'OCI. En conséquence, non seulement le risque de la mort chez les enfants de la maladie commune telle que la diarrhée, la pneumonie, et la malaria est demeuré tout élevé dans les pays de l'OCI mais également beaucoup d'enfants souffrent des affaiblissements physiques et cognitifs causés par la malnutrition et les insuffisances des oligo-éléments essentiels comme la vitamine A, l'iode et le fer.

Une analyse sur l'état de prévention et de contrôle des maladies prouve que, en moyenne, les pays de l'OCI ont amélioré leur position et plusieurs d'entre eux ont pu réduire les mortalités causées par les MT et MNT. Cependant, la moyenne de pays de l'OCI dans beaucoup de maladies et facteurs de risque restent toujours plus élevés que la moyenne des pays avancés aussi bien que de la moyenne du monde. Ceci implique l'existence des problèmes connexes avec la prévention et le contrôle des maladies aussi bien que des problèmes liés à l'égalité d'accès aux services de santé entre la population masculine et féminine dans les pays de l'OCI. En d'autres termes, les pays de l'OCI, en moyenne, ont beaucoup de chemin à faire et atteignent toujours le niveau des pays avancés dans la prévention et le contrôle de beaucoup de maladies. Les maladies contagieuses et non-transmissibles sont responsables d'environ 89 pourcent de tous les décès dans les pays de l'OCI.

Les pays de l'OCI, comme un groupe, sont restés l'importateur net des pharmaceutiques et à quelques exceptions près, la plupart d'entre eux ont la base de production pharmaceutique très faible. Tenant compte du coût de soins de santé relativement élevé, dû à l'indisponibilité des médecines, plusieurs pays de l'OCI doivent faire quelques efforts sérieux pour amplifier l'industrie pharmaceutique dans leurs économies. Les dispositifs médicaux sont également l'un des outils d'intervention de santé les plus importants disponibles pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, et pour la réadaptation des patients. Cependant, la disponibilité et la fourniture de ces dispositifs est un défi continue dans plusieurs pays de l'OCI.

Les urgences et les catastrophes peuvent mettre la continuité et la durabilité des services de secteur de santé en danger, et détruisent beaucoup d'années du développement de secteur de santé. Elles peuvent créer des problèmes de santé graves directement en raison du risque ou en perturbant le système, les installations et les services de santé, et limitant l'accès aux soins de santé. Les pays touchés par le conflit éprouvent des conséquences graves dans des services et des résultats de santé. Bien que certains pays de l'OCI aient accompli le progrès dans des risques de gestion de catastrophe et l'intervention associée de santé, les capacités de beaucoup de pays demeurent extrêmement variables. Il y a de grandes anomalies à travers des pays en termes de capacité de gestion sanitaire de secours. Afin de faire une analyse globale sur les capacités existantes de pays de l'OCI, il y a un besoin d'études d'évaluation pour chaque pays.

Les changements vus des caractéristiques des patients et des développements observés en technologie ont augmenté des soucis sur la qualité de la formation de santé des professionnels de santé à travers le monde. La qualité de l'éducation sanitaire aux facultés de médecine et aux écoles maternelles n'a pas été assortie entièrement avec les exigences des patients et de leurs nécessités. D'ailleurs, ces écoles éducatives, même dans les pays avancés, n'ont pas pu équiper les professionnels de la santé éventuels de l'utilisation des technologies de pointe et de l'interprétation des données obtenues convenablement à partir des patients. Les pays de l'OCI ne sont pas une exception de ces faits. En outre, il y a un lien fort entre le niveau de la sensibilisation du public et les résultats de santé dans un pays. Par la recherche, il est évident que la plupart des maladies peuvent être empêché par la communication précise et les informations importantes et l'éducation aux patients et aux fournisseurs de soins de santé. Selon l'OMS, la majorité de maladies cardiaques, les attaques, les cas de Type 2 de diabète et de cancer pourraient être empêchés juste en instruisant et en informant les personnes au sujet de l'alimentation saine, de l'activité physique/d'exercice et les inconvénients du tabac. Plus d'un million de vies par an pourrait être sauvé en favorisant l'allaitement jusqu'au moins à deux ans et un grand nombre des décès sous-cinq ans pourrait être évité en instruisant des parents au sujet de l'importance de la nutrition et de l'utilisation effective de leur argent de nourriture qu'ils dépensent parfois sur les bonbons pour que leurs enfants leur donnent en tant de gâterie.

Contre ce contexte, des recommandations de politique suivantes ont été suggérées pour augmenter l'exécution des interventions au niveau de coopération national et de l'intra-OCI ainsi qu'au niveau internationale pour améliorer l'état de santé dans les pays de l'OCI.

Renforcement de Système de Santé

Le renforcement du système de santé exige un large éventail d'actions au niveau national ainsi qu'au niveau régional. La majorité des pays de l'OCI comptent fortement sur la dépense de poche pour financer les services de santé tandis que la part de sécurité sociale et l'assurance médicale privée dans les dépenses totales de santé est demeurée comparativement très basse. C'a été l'un des obstacles principaux qui visent à fournir des services de santé aux pauvres groupes de revenu bas de la société. Cette situation rend nécessaire des réformes fondamentales dans le système de financement de santé pour permettre un accès plus large aux services de santé. Les réformes exigent une continuation dans l'augmentation d'investissement et dépenses publiques sur la santé, une réduction dans la dépense de poche et une augmentation dans le paiement d'avance et la mutualisation des risques, qui peuvent inclure le financement basé par impôt, la sécurité sociale

obligatoire et d'autres types d'assurance médicale. Il y a suffisamment d'espace fiscal pour augmenter les attributions budgétaires pour le secteur de santé et pour établir un mécanisme de responsabilité afin d'assurer l'utilisation transparente et effective de ces fonds. Il y a un besoin de prendre des décisions politiques nécessaires pour faciliter l'investissement de l'Intra-OCI dans le secteur de santé et d'augmenter la collaboration avec les agences internationales comme l'OMS, l'UNICEF et la Banque Mondiale pour tirer bénéfice de leur expertise et contribution financière pour établir l'infrastructure de santé. Apprenant des pratiques, les pays de l'OCI devraient commencer des plans de financement de santé basés sur le paiement d'avance et la mutualisation des risques comme le Seguro Popular au Mexique, le Nouveau Plan Médical Coopératif Rural en Chine et Plan Social d'Assurance Médicale au Mali pour surmonter les barrières financières à l'accès de soins de santé particulièrement dans les zones rurales.

Les changements démographiques et épidémiologiques, l'introduction de nouvelles technologies et l'initiation de nouvelles méthodes de traitement tous contribuent au besoin croissant de traiter le statut, la performance et les problèmes des professionnels de la santé. À cet égard, une évaluation détaillée devrait être rendue relative au nombre de personnes à former, à la diversité de la main d'œuvre à préparer proportionnellement aux caractéristiques démographiques et socioculturelles de la population et à la capacité des professionnels de la santé à développer en effectuant des tâches assignées à chaque professionnel de santé. La main d'œuvre insuffisante de santé dans les pays de l'OCI indique de bas niveau dans la capacité de soins de santé et des services, une menace qui rend nécessaire et d'une manière encourageante le développement des ressources humaines plus appropriées dans les domaines de la médecine et des soins de santé. Afin de surmonter la pénurie de main d'œuvre effective bien formée de santé, les pays de l'OCI doivent se concentrer sur l'établissement d'une commission de service de santé pour la formation, le recrutement et la gestion de la main d'œuvre de santé au niveau national ainsi qu'au niveau de l'Intra-OCI et l'amélioration de coopération au niveau national ainsi qu'au niveau de l'Intra-OCI pour augmenter l'investissement à la formation de santé aux institutions. Il y a également un besoin d'augmenter des programmes de bourse pour attirer plus d'étudiants vers les professions médicales et la reconnaissance mutuelle des diplômes, des certificats et des degrés médicaux. Les incitations financières et non financières devraient être conçues pour améliorer l'approvisionnement des professionnels de la santé dans les régions rurales et lointaines. Le niveau de la coopération augmenté avec les ONG et les organismes internationaux pourrait également préparer le terrain pour la formation et le déploiement des professionnels de santé au niveau communautaire (comme les accoucheuses de la communauté en Indonésie et le Programme Leady de Visiteur de Santé au Pakistan) pour fournir particulièrement des services de MNH dans les zones rurales.

Santé Maternelle, de Nouveau-né et des Enfants et la Nutrition

L'état de santé de maternel, de nouveau-né et des enfants et nutrition est demeuré significativement pauvre dans plusieurs pays de l'OCI. Le défi faisant face maintenant aux pays OCI de fardeaux élevés est comment réaliser la couverture universelle des interventions effectives comprenant le soin prénatal et postnatal, les accouchements sûres, le soin pour des nouveau-nées et des bébés, l'allaitement, la supplémentation des carences et l'immunisation de routine contre les maladies évitables tout en optimisant des investissements et augmentant la responsabilité pour améliorer la santé et le statut nutritionnel des femmes et des enfants.

À cet égard, les actions prioritaires devraient inclure la formation des fournisseurs de soin prénatal ; l'amélioration des approvisionnements et de la logistique pour les installations sanitaires ; le renforcement des liens de référence entre les communautés et les hôpitaux fournissant l'urgence maternelle et les soins pour les enfants ; l'investissement pour des professionnels de santé mieux

qualifiés et mieux équipés pour qu'ils puissent atteindre la majorité d'enfants qui en ce moment n'ont pas accès aux soins de santé de base; le développement des programmes de soin maternels et de nouveau-nés à domicile basés sur les modèles réussis des professionnels de la santé de la communauté ; l'instruction des familles et des communautés en ce qui concerne comment mieux élever leurs enfants en bonne santé et traiter la maladie quand elle se produit ; et la meilleure utilisation des données pour surveiller et améliorer la couverture et la qualité de soins de santé des enfants.

Pour améliorer la couverture d'immunisation parmi les enfants, les actions prioritaires pour les gouvernements et d'autres actionnaires devraient inclure la formulation des stratégies innovatrices pour réaliser la couverture élevée et équitable d'immunisation ; le développement et l'utilisation de nouveaux vaccins et de technologies ; la synchronisation de semaine de vaccination dans les pays de l'OCI ; la lutte contre les tabous d'anti-vaccination par la participation des leaders de la communauté politiques et religieux ; et la mise en service de l'OCI du Mécanisme d'Approvisionnement de Vaccins collectifs pour fixer l'approvisionnement opportun et pour accéder aux vaccins de qualité, en particulier les nouveaux et les peu employés, aux prix concurrentiels.

Les gouvernements devraient prendre des mesures nécessaires pour améliorer le statut nutritionnel des enfants en visant l'incidence de poids insuffisant, le retard de croissance, l'émaciation et le poids excessif parmi les enfants. Si le fait que la santé de la mère est critique pour l'enfant, les pays devraient développer et améliorer des programmes de la santé publique et des services pour fournir l'éducation et les ressources aux femmes ayant l'âge de la grossesse pour favoriser la nutrition saine avant la conception et pendant la grossesse, et fournir des évaluations aux femmes enceintes à risque pour les aider à s'assurer qu'elles suscitent des soins médicaux appropriés. En outre, des efforts devraient également être faits pour empêcher des femmes à devenir des fumeurs et d'encourager ceux qui fument pour arrêter. La recherche scolaire et clinique sur les causes importantes des désordres liés à la malnutrition est un autre secteur d'importance primordiale qui a besoin de la considération des décideurs politiques. Afin d'adresser l'obésité, les campagnes comprenant toute la population en ce qui concerne le contrôle du poids pour augmenter la conscience parmi les personnels médicaux, les responsables politiques et le public dans son ensemble afin de réduire l'obésité ont été très efficaces. En outre, la suite d'un contrôle sur le marketing des nourritures malsaines et des boissons sucrées aux enfants, et le contrôle de l'utilisation fallacieuse des réclamations de santé et de nutrition est également très importante. Dans certains pays, les gouvernements ont également augmenté l'imposition sur les nourritures hypercaloriques, de bas-nutrition pour réduire la consommation de tels produits.

La promotion d'allaitement exclusif pendant 6 mois et la continuation d'allaitement jusqu'à deux ans ou plus est critique pour le statut nutritionnel des bébés. Comme recommandé par la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation Infantile et des Jeunes Enfants (OMS, 2003), toutes les mères devraient avoir accès à l'appui qualifié pour lancer et soutenir l'allaitement exclusif pendant 6 mois et pour assurer l'introduction opportune des nourritures complémentaires appropriées et saines avec une continuation d'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà. Pour adresser les réclamations des mères travaillantes, les gouvernements devraient décréter la législation protégeant les droites d'allaitement des travailleuses actives et établir des moyens pour leur application selon des normes de travail internationales. En outre, la fortification des nourritures ; la supplémentation des carences ; et le traitement de la malnutrition grave sont également des secteurs de politique importants particulièrement pour les pays de fardeaux élevés. À cet égard, les pays de l'OCI peuvent convenir de l'aide financière technique et des institutions internationales et des associés de développement par des initiatives comme Mouvement pour le Renforcement de la Nutrition (SUN) qui aide les pays à développer et à mettre en application des politiques d'alimentation nationales pour les bébés et les

jeunes enfants ; à collaborer avec des associés pour mettre en application des programmes avec des buts de nutrition partagés; et à mobiliser des ressources pour renforcer effectivement la nutrition avec un foyer central sur l'autonomisation des femmes. Actuellement, 55 pays font partie de ce mouvement comprenant 26 pays de l'OCI.

Prévention et Contrôle des Maladies

Les responsables politiques doivent formuler des stratégies efficaces afin de favoriser et soulever la sensibilisation du public sur les styles de vie sains. Pour que les pays de l'OCI réalisent ceci, en termes de prévention et contrôle des MT et des MNT, ils doivent développer et mettre en place des stratégies efficaces en conformité avec les directives internationales et en coopération avec les organismes internationaux appropriés. Dans ce contexte, l'OCI SHPA 2014-2023 fournit une occasion pour augmenter la coopération des pays de l'OCI dans la prévention et le contrôle des maladies. Les directives existantes de l'OMS proposent également des stratégies dans la lutte contre plusieurs maladies contagieuses et non-transmissibles qui peuvent s'appliquer à plusieurs pays de l'OCI.

L'accumulation des mécanismes et des plates-formes pour partager les expériences des pays et passer de meilleur-pratique aidera plusieurs pays de l'OCI à développer et adopter des méthodes efficaces de prévention et de maladie avec un coût nul. Dans ce contexte, le Programme de Retourner les Liens de la Banque Islamique de Développement constitue un programme de repère important qui doit être exploré et utilisé par les pays de l'OCI.

L'existence de l'hétérogénéité en termes de profils de développement des pays de l'OCI se reflète également dans leur représentation dans la prévention et le contrôle des maladies. En d'autres termes, les nécessités et les priorités des pays de l'OCI peuvent varier de manière significative dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies selon leur climat, la qualité de l'infrastructure, les fonds public disponibles etc. Par conséquent, les directives internationales et la coopération de l'intra-OCI ont leurs limites pour aider les pays de l'OCI dans la prévention et le contrôle des maladies. À cet égard, la meilleure part de la responsabilité dans la prévention des maladies et le contrôle demeure toujours avec les responsables politiques nationaux, les experts et la société civile dans les pays de l'OCI. Par conséquent, la formation des responsables politiques, les experts et la société civile est une partie intégrale de développer et de mettre en œuvre une stratégie réussie de prévention et de contrôle des maladies afin de les équiper des technologies récentes de connaissance scientifique, d'information et de situation actuelle pour lutter contre les maladies. Dans ce contexte, les pays de l'OCI peuvent intensivement tirer bénéfice des programmes de renforcement de formation et de capacité du Centre de Recherches Statistiques, Économiques et Sociales et de Formation pour les Pays Islamiques (SESRIC) dans le domaine de la santé, qui vise à stimuler la coopération de l'intra-OCI particulièrement en assortissant les besoins et les capacités des pays membres et en facilitant le transfert des connaissances et les pratiques parmi eux.

Médecines, Vaccins et Technologies Médicales

La production pharmaceutique exige les ressources humaines qualifiées comme les scientifiques, les pharmaciens, les biologistes et les techniciens de laboratoire. Par conséquent, les pays de l'OCI devraient encourager et autoriser leur système d'éducation à donner la connaissance de qualité dans des disciplines d'universitaire comme la chimie, la biologie, les médecines et d'autres sciences naturelles. D'autre part, les pays de l'OCI devraient également accorder une attention due pour convertir l'exode des compétences des personnes hautement qualifiées en gain des compétences en facilitant les Diaspora nationaux pour retourner à leurs pays. En outre, l'industrie pharmaceutique se fonde fortement sur des activités de la recherche et le développement (RetD). Les équipements

appropriés de RetD devraient être établis et les chercheurs et les techniciens devraient être équipés de ressources financières nécessaires pour développer une industrie pharmaceutique innovatrice dans les économies de l'OCI. Au niveau de l'intra-OCI, les pays de l'OCI devraient collaborer entre eux en partageant l'expertise pour le développement de l'industrie pharmaceutique. En même temps, les étudiants principalement des pays membres moins avancés peuvent être inscrits dans les disciplines scolaires relatives pharmaceutiques dans d'autres pays de l'OCI avec la base pharmaceutique substantielle comme la Turquie, l'Égypte, la Jordanie et la Malaisie pour les équiper de la connaissance nécessaire et l'expertise dans ce domaine. Au niveau international, les pays de l'OCI devraient collaborer avec les agences internationales comme l'OMS et la Banque Mondiale à tirer bénéfice de leur expertise et contribution financière pour établir leur industrie pharmaceutique domestique. Les pays de l'OCI devraient travailler vers l'harmonisation et la simplification régionales des conditions de réglementation afin d'augmenter l'accès à de bonnes médecines de qualité, sûres et effectives.

D'ailleurs, l'accès au traitement dépend fortement de la disponibilité des médecines abordables. Un approvisionnement régulier en médecines essentielles dans les pays de l'OCI est exigé pour éviter les pénuries de médecine qui peuvent causer la douleur et la mort évitables. Les sociétés pharmaceutiques dans les pays de l'OCI pourraient être encouragées à produire plus de médecines abordables et essentielles localement. Avec plus de précision, l'appui aux fabricants locaux de produits médicaux c.-à-d. les politiques qui réduisent le coût de fabrication telle que les concessions, des subventions, la terre, l'exonération de droits ou taxes pour les entrées importées pour la production locale devrait être facilité. Les pays de l'OCI devraient soutenir le développement des spécifications techniques pour les dispositifs médicaux afin de fournir des informations pour les décideurs au sujet des conditions minimum requises pour qu'un dispositif soit obtenu. Ils doivent également développer les directives nationales et les politiques selon des normes internationales et les normes concernant la fourniture et la distribution des vaccins, les médecines et les dispositifs médicaux afin d'assurer la sécurité, l'efficacité, et la qualité à travers les canaux de distribution.

Gestion des Risques de Secours pour la Santé

Tandis qu'une évaluation détaillée sur les capacités d'intervention de santé de secours dans les pays de l'OCI ne pourrait pas être rendue due aux contraintes de données, plusieurs recommandations de politique peuvent être émises pour renforcer les capacités nationales dans ce domaine important. Il est évident que plusieurs pays de l'OCI fassent face à des obstacles sérieux en renforçant leurs capacités de système de santé dues aux conflits ou au manque courants des ressources appropriées. Les pays de l'OCI doivent établir des politiques d'état de préparation et d'intervention de secours de santé ou augmenter des politiques et des programmes existants. On doit également noter que les pays comme la Turquie ont déjà démontré le progrès solide en améliorant leurs capacités d'état de préparation et d'intervention. Dans ce cadre, les pays de l'OCI doivent développer des programmes nationalement cohérents, coordonnés et effectifs en ce qui concerne l'état de préparation et d'intervention de secours ; prendre les arrangements institutionnels pour assurer le développement et l'entretien des programmes d'état de préparation et d'intervention de secours de santé sous les ministères de la santé avec les unités dévouées et les points focaux ; assurer assez de ressources pour l'établissement et le fonctionnement des programmes nationaux ; développer la volonté de secours de santé et les plans nationaux et pluridisciplinaires d'intervention pour guider les actions de tous les joueurs dans le secteur de santé ; aligner les plans d'état de préparation et d'intervention de secours de santé avec les plans multisectoriels nationaux équivalents ; diriger les analyses de risque détaillées et les évaluations de vulnérabilité avec des profils de secours et également avec des mécanismes de communication, de logistique et de détection précoce ; identifier les besoins de renforcement des capacités des personnels et développer les programmes de formation appropriés

pour satisfaire ces besoins ; et renforcer la coopération régionale et internationale avec les organismes intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales et d'autres dépositaires appropriés aux activités d'état pour soutenir la préparation et l'intervention de secours national.

L'Information, Recherche, Éducation et Recommandation

Les défis relatifs à la qualité de l'éducation sanitaire et de la sensibilisation du public précisent la nécessité des réformes pour améliorer la qualité de l'éducation sanitaire dans les pays de l'OCI. Dans ce contexte, plusieurs pays de l'OCI doivent subir un processus important de réforme pour avoir de meilleurs systèmes de formation de santé. Pour le succès de telles réformes, la coopération avec la communauté internationale et les organismes est crucial. Les directives internationales existantes (par exemple les directives de l'OMS et le programme d'action stratégique de santé de l'OCI) peuvent aider les pays de l'OCI à épargner l'argent et le temps lors du processus de réforme. L'amélioration de la coopération de l'intra-OCI par les pratiques d'identification et le transfert dans la formation de santé peut également apporter une contribution significative pour améliorer la qualité des services et de l'éducation de santé dans les pays de l'OCI. L'existence de l'hétérogénéité des personnes et conditions locales variables à travers et dans les pays l'OCI exigent plus de preuves sur terrain et des points de vue des organismes de société civile. Autrement, les tentatives de réforme pour améliorer la qualité et la portée de l'éducation sanitaire et des services deviendront dues infructueux à la négligence de beaucoup de conditions et de restrictions régionales/locales dans plusieurs pays de l'OCI.

La participation et l'engagement de tous les dépositaires est également très crucial pour lancer et mettre en œuvre l'information de santé de la communauté, l'éducation et les programmes effectifs de recommandation. Pour faire ainsi, les pays de l'OCI sont recommandés pour organiser des conventions pour les fournisseurs de soins de santé locaux, les leaders de la communauté et les personnes locales pour rendre les interventions de l'information et de promotion de santé de la communauté plus culturellement appropriées et enthousiastes ; créer l'association entre le secteur public et le secteur privé et impliquer la société civile, les ONG et les organismes internationaux pour aborder les questions relatives au financement et l'outreach des programmes nationaux de promotion de prévention et de santé; lancer un programme de santé scolaire de tous les pays pour favoriser la conscience parmi les jeunes particulièrement au sujet des comportements de risque comme l'activité physique et la nutrition insuffisante, l'hygiène et l'utilisation de tabac etc.; augmenter la coopération au niveau de l'intra-OCI pour harmoniser l'information de santé, l'éducation, et les pratiques en matière de recommandation avec les normes internationales en mettant en place les directives fournies par les agences internationales de santé.

RÉFÉRENCES

1. APEC (2012), A Guide to Public Health Emergency Response Capacity Building, APEC Health Working Group, Asia Pacific Economic Cooperation, November 2012.
2. Bayntun C, Rockenschaub G, Murray V. (2012), "Developing a Health System Approach to Disaster Management: A Qualitative Analysis of the Core Literature to Complement the WHO Toolkit for Assessing Health-System Capacity for Crisis Management," PLOS Currents Disasters. Aug 22. Edition 1.
3. Calabretta, N. (2002), "Consumer-driven, Patient-centered Health Care in the Age of Electronic Information", *Journal of Medical Library Association*, 90 (1):32-37.
4. Chassin, M.R., R.W. Galvin, and the National Roundtable on Health Care Quality (1998), "The Urgent Need to Improve Health Care Quality", *Journal of the American Medical Association*, 280 (11):1000-1005.
5. EFPIA (2013), The Pharmaceutical Industry in Figures 2013, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, Brussels.
6. Greiner, Ann C. and Elisa Knebel (2003), Ed., Health Professions Education: A Bridge to Quality Committee on the Health Professions Education Summit.
7. Hovenga, E.J. (2000), "Global Health Informatics Education", *Studies in Health Technology & Informatics*, 57:3-14.
8. IMS (2013), Pharmerging Markets, IMS Health, New Jersey.
9. IMS (2014), Global Outlook for Medicines, IMS Health, New Jersey.
10. Institute of Medicine (2002). The Future of the Public's Health in the 21st Century, Washington: National Academy Press.
11. Lancet (2010), Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World, 376(9756): 1923-1958.
12. Neil P. and B. Frederick (2009), "Information Needs of Health Care Workers in Developing Countries: a Literature Review with a Focus on Africa", *Human Resources for Health* 2009, 7:30.
13. Nickerson J. W., J.Hatcher-Roberts, O. Adams, A. Attaran and P. Tugwell (2015), "Assessments of health services availability in humanitarian emergencies: a review of assessments in Haiti and Sudan using a health systems approach," *Conflict and Health* (2015) 9:20
14. PAHO (2015), The Hospital Safety Index, Pan American Health Organization, available at: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=964&Itemid=911
15. SESRIC (2014), OIC Strategic Health Programme of Action 2014-2023, Statistical Economic Social Research and Training Centre for Islamic Countries, Ankara.
16. SESRIC (2014a), Managing Disasters and Conflicts in OIC Countries, Statistical Economic Social Research and Training Centre for Islamic Countries, Ankara.
17. Shell, R. (2001), "Perceived Barriers to Teaching for Critical Thinking by BSN Nursing Faculty", *Nursing & Health Care Perspectives*, 22 (6):286-91.
18. UN (2013), Millennium Development Goal 8, United Nations, New York.
19. UNICEF (2011), State of the World's Children Report 2011: Children in an Urban World, United Nations Children's Fund, New York.
20. UNICEF (2004), Vitamin and Mineral Deficiency, Global Progress Report, United Nations Children's Fund, New York.

21. WHO (2006), World Health Report: Working Together for Health, World Health Organization, Geneva.
22. WHO (2008), Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response, World Health Organization, Geneva.
23. WHO (2009), Health Cluster Guide - A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster, World Health Organization, Geneva.
24. WHO (2010), World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, World Health Organization, Geneva.
25. WHO (2011), The World Medicine Situation, World Health Organization, Geneva.
26. WHO (2011a), Assessment of Health System Crisis Preparedness – Turkey, World Health Organization, Geneva.
27. WHO (2012), Local Production and Technology Transfer to Increase Access to Medical Devices, World Health Organization, Geneva.
28. WHO (2012a), Toolkit for Assessing Health System Capacity for Crisis Management, User Manual, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
29. WHO (2012b), Assessment of Health System Crisis Preparedness – Kyrgyzstan, World Health Organization, Geneva.
30. WHO (2013), Global Vaccine Market Features and Trends, World Health Organization, Geneva.
31. WHO (2013a), Emergency Risk Management for Health Fact Sheets, Global Platform - May 2013, Developed by the World Health Organization, Public Health England and partners.
32. WHO (2013b), Emergency Response Framework, World Health Organization, Geneva.
33. WHO (2013c), Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training, World Health Organization, Geneva.
34. WHO (2014), Universal Health Coverage (UHC), Fact Sheet No.395 September 2014, World Health Organization, Geneva.
35. WHO (2014a), Maternal Mortality, Fact Sheet No.348 May 2014, World Health Organization, Geneva.
36. WHO (2014b), Assessment of Health System Crisis Preparedness – Tajikistan, World Health Organization, Geneva.
37. WHO (2015), Children: Reducing Mortality, Fact sheet No.178, World Trade Organization, Geneva.
38. WHO (2015a), Immunization Coverage, Fact sheet No.378, World Trade Organization, Geneva.
39. WHO (2015b), World Health Organization Humanitarian Response Plans in 2015, Department for Emergency Risk Management and Humanitarian Response, Geneva.
40. WHO (2015c), Report on WHO's work in Emergency Risk and Crisis Management 2013-2014, Emergency Risk Management and Humanitarian Response Department, World Health Organization, Geneva.
41. WHO/EMRO (2012), Health System Strengthening; paper presented to the 59th session of the Regional Committee, World Health Organization, Geneva.
42. World Bank (2011), World Development Report 2011: Conflict, Security and Development, Washington, DC.
43. WTO (2014), International Trade Statistics, World Trade Organization, Geneva.