

# RAPPORT DE L'OCI SUR LA SANTE 2019



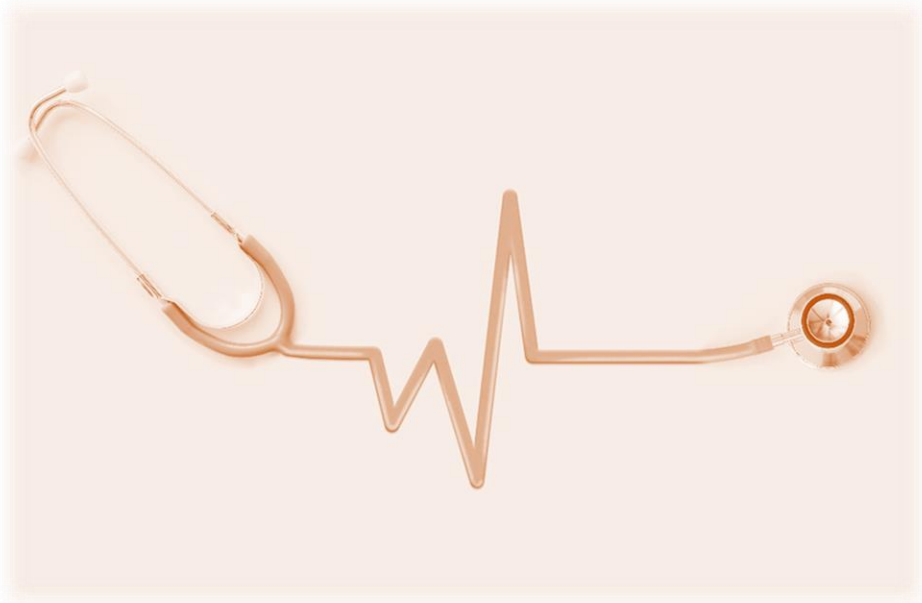
**ORGANISATION DE LA COOPÉRATION ISLAMIQUE**  
CENTRE DE RECHERCHES STATISTIQUES, ÉCONOMIQUES ET  
SOCIALES ET DE FORMATION POUR LES PAYS ISLAMIQUES







# RAPPORT DE L'OCI SUR LA SANTÉ 2019



ORGANISATION DE LA COOPÉRATION ISLAMIQUE  
CENTRE DE RECHERCHES STATISTIQUES, ÉCONOMIQUES ET  
SOCIALES ET DE FORMATION POUR LES PAYS ISLAMIQUES



© Novembre 2019 | Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC)

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

Téléphone +90-312-468 6172

Internet [www.sesric.org](http://www.sesric.org)

E-mail [pubs@sesric.org](mailto:pubs@sesric.org)

Le matériel présenté dans cette publication est protégé par les droits d'auteur. Les auteurs accordent la permission de visionner, copier, télécharger et imprimer les données fournies par ce rapport tant que ces matériaux ne seront réutilisés, sous aucune condition, à des fins commerciales. Pour obtenir l'autorisation de copier ou réimprimer toute partie de ce document, veuillez adresser votre demande, en fournissant tous les renseignements nécessaires, au Département des publications du SESRIC.

Toutes les demandes relatives aux droits et licences doivent être adressées au Département des publications du SESRIC à l'adresse susmentionnée.

La responsabilité ultime concernant le contenu, les opinions, les interprétations et les conditions exprimées ici incombe aux auteurs et ne peut en aucun cas être considérée comme reflétant les points de vue du SESRIC, de ses États membres, de ses partenaires ou de l'OCI.

ISBN: 978-975-6427-92-7

La conception de la couverture a été faite par M. Savaş Pehlivan, Département des publications, SESRIC.

La traduction de ce rapport a été faite par M. Denis Rmouch, Najah Elyahyaoui et Thierno Aliou Balde du Département de la publication, SESRIC

Pour plus d'informations, veuillez contacter le Département des recherches, SESRIC au courriel suivant: [research@sesric.org](mailto:research@sesric.org)

# TABLE DES MATIÈRES

Table des matières .....	iii
Acronymes .....	vi
Préface .....	viii
Avant-propos .....	x
Remerciements .....	xii
Résumé analytique.....	xiii
<b>CHAPTRE 1 – INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 2 – Renforcement des systèmes de santé .....</b>	<b>3</b>
2.1 Dépenses et financement de santé.....	3
2.1.1 Dépenses de santé par habitant.....	3
2.1.2 Dépenses de santé exprimées en % du PIB .....	5
2.1.3 Les dépenses publiques en matière de santé.....	6
2.2 Financement des soins de santé .....	8
2.3 Personnel de la santé.....	11
2.4 Établissements de soins de santé.....	13
2.5 Lits d'hôpitaux .....	14
<b>CHAPITRE 3 - Prévention et contrôle des maladies .....</b>	<b>16</b>
3.1 Espérance de vie à la naissance.....	17
3.2 Taux de mortalité chez les adultes.....	19
3.3 Causes de mortalité .....	21
3.4 Maladies Transmissibles .....	24



3.4.1	VIH/SIDA.....	24
3.4.2	Diarrhée .....	26
3.4.3	Paludisme.....	27
3.4.4	Pneumonie.....	29
3.4.5	Tuberculose .....	30
3.4.6	Polio .....	31
3.5	Maladies non transmissibles .....	32
3.5.1	Maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques.....	33
3.6	Facteurs de risque.....	37
3.6.1	Consommation d'alcool .....	37
3.6.2	Tabagisme .....	38
3.6.3	Manque d'activité physique .....	40
3.6.4	Obésité .....	42
<b>CHAPITRE 4 – Nutrition et santé maternelles, néonatales et infantiles .....</b>		<b>44</b>
4.1	Mortalité maternelle.....	44
4.2	Mortalité des nouveau-nés et de l'enfant .....	46
4.3	Causes principales de mortalité infantile.....	48
4.4	Services de soins de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant.....	50
4.4.1	Soins prénatals .....	50
4.4.2	Accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.....	51
4.4.3	Vaccination .....	52
4.5	Prévention et contrôle des maladies infectieuses .....	54
4.6	Nutrition .....	57
4.6.1	Incidence de la malnutrition .....	57
4.6.2	Pratiques d'alimentation.....	59
4.7	Carences en oligoéléments.....	61
4.7.1	Supplément en vitamine A.....	61
4.7.2	Consommation de sel iodé .....	62
4.7.3	Anémie ferriprive .....	65
<b>CHAPITRE 5 - Médicaments, vaccins et technologies médicales .....</b>		<b>67</b>
5.1	Industrie pharmaceutique .....	67
5.1.1	Production et consommation mondiales.....	68



5.1.2	Production et consommation dans les pays de l'OCI .....	69
5.1.3	Disponibilité de médicaments essentiels et génériques .....	72
5.1.4	Commerce de produits pharmaceutiques .....	74
5.2	Vaccins .....	77
5.2.1	Production .....	77
5.2.2	Commerce .....	78
5.3	Technologies médicales .....	79
5.3.1	Marché de dispositifs médicaux .....	80
5.3.2	Politiques sur les technologies de santé .....	80
<b>CHAPITRE 6 - Gestion des risques liés aux situations d'urgence sanitaire .....</b>		<b>84</b>
6.1	Besoin de renforcement des capacités du système sanitaire .....	86
6.2	Évaluation des capacités du système de santé pour la gestion de secours .....	97
6.2.1	Le cadre du système de santé d'urgence .....	98
6.2.2	Évaluation de la sécurité des hôpitaux .....	99
6.2.3	Organismes d'intervention d'urgence en santé et initiatives régionales .....	100
6.3	Situation actuelle du secteur de la santé dans les pays touchés par des conflits .....	102
<b>CHAPITRE 7 - Information, recherche, éducation et activités de plaidoyer .....</b>		<b>107</b>
7.1	Système d'éducation sanitaire .....	107
7.2	Qualité de l'enseignement dans le domaine de la santé .....	110
7.3	Les effets indésirables des médicaments et l'utilisation irrationnelle des médicaments ...	113
7.4	Des freins et contreponds pour contrôler les pratiques répréhensibles .....	116
7.5	Questions sociales et culturelles liées aux services de santé .....	117
7.6	Programmes de sensibilisation à la santé publique .....	120
<b>CHAPITRE 8 – Conclusions et recommandations politiques .....</b>		<b>123</b>
<b>ANNEXE .....</b>		<b>132</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>		<b>135</b>

# ACRONYMES

TMA	Taux de mortalité chez les adultes
CSPN	Couverture des soins prénatals
MT	Maladies transmissibles
CGSH	Cadre global pour la sécurité des hôpitaux
GRC	Gestion des risques de catastrophe
DTC	Diphtérie-tétanos-coqueluche
AEP	Asie de l'Est et du Pacifique
EAC	Europe et Asie centrale
GRSUC	Gestion des risques sanitaires associés aux urgences et aux catastrophes
SAMU	Service d'aide médicale urgente
PEV	Programme élargi de vaccination
EWEC	Chaque femme chaque enfant.
CCLT	Convention-cadre pour la lutte antitabac
ISH	Indice de sécurité des hôpitaux
CIMS	Conférence islamique des Ministres de Santé
CICI	Comité islamique du croissant international
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur du pays
IFRC	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
RSI	Règlement sanitaire international
ALC	Amérique latine et Caraïbes
EVN	Espérance de vie à la naissance
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ODD	Objectifs de développement durable
MENA	Moyen-Orient et Afrique du nord
MMR	Taux de mortalité maternelle
MNT	Maladies non-transmissibles
SNCR	Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
OCI	Organisation de coopération islamique
PAHO	Organisation panaméricaine de la santé





AS	Asie du Sud
CSPU	Cadre stratégique pour la préparation aux situations d'urgence
ASS	Afrique subsaharienne
TMS5	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
BM	Banque mondiale
OMS	Organisation mondiale de la santé

# PRÉFACE

Reconnaissant le rôle central de la santé dans le développement humain, les progrès socioéconomiques et la réduction de la pauvreté, le secteur de la santé et l'un des domaines de coopération importants identifiés par les États membres de l'Organisation de la coopération islamique (OCI) dans le cadre du Programme décennal de l'OCI adopté par la 3ème Conférence du sommet extraordinaire tenue les 8 et 9 décembre 2005 à Makkah Al-Mukarramah. Ceci a été développé plus en détails dans le programme d'action de l'OCI-2025 adopté par la 13ème Conférence du sommet islamique tenue les 14-15 avril 2016 à Istanbul.

Les États membres de l'OCI ont tenu six sessions de la Conférence islamique des ministres de la santé (CIMS) et ont adopté le Programme d'action stratégique pour la santé (OIC-SHPA) 2014-2023 dans le but de répondre aux défis et questions de santé publique dans le monde islamique.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays ont récemment accordé une attention particulière à la question de la santé et au développement de systèmes de santé modernes et durables en allouant, plus que jamais, des ressources au secteur de la santé. En conséquence, ces États membres ont enregistré une amélioration significative de la couverture sanitaire, mais la situation reste moins prometteuse dans les États membres les moins développés qui sont toujours à la traîne en matière de couverture sanitaire primaire. Cela peut être perçu particulièrement en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé sont fragiles en raison de l'insuffisance des ressources financières, la faiblesse des infrastructures, l'insuffisance des effectifs et la lenteur des réformes du secteur de la santé, le tout résultant en un accès très limité aux services sanitaires.



En principe, toutes les personnes devraient avoir un droit égal d'accès aux services de santé, quel que soit leur statut social et/ou leur situation économique. Cependant, ce principe ne s'applique pas dans le cas de nombreux États membres de l'OCI où le fardeau le plus lourd de la maladie est assumé par les segments les plus vulnérables de la société, à savoir les enfants et les femmes des communautés les plus pauvres, en particulier dans les zones rurales reculées. Malgré une amélioration tangible des systèmes de santé et de la couverture sanitaire, les progrès réalisés par les États membres de l'OCI en tant que groupe dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile sont encore très faibles. Les données probantes suggèrent que la plupart de ces décès peuvent être évités, même en ayant recours à des mesures simples et économiques comme les examens prénatals, l'assistance qualifiée à l'accouchement et la vaccination. Nous devons revoir nos pratiques actuelles et adopter des approches plus pragmatiques et axées sur les résultats qui se sont révélées efficaces ailleurs.

Le Rapport sur la santé de l'OCI 2019 évalue la situation récente du secteur de la santé dans les États membres de l'OCI, fournit une analyse comparative et présente des informations pouvant soutenir la mise en œuvre des actions et activités recommandées par la Conférence islamique des ministres de la Santé et par l'OIC-SHPA. Le rapport identifie également certains problèmes majeurs qui nécessitent une attention immédiate, tant au niveau national qu'intra-OCI, afin d'accélérer nos progrès vers la couverture universelle des soins de santé.

J'aimerais remercier l'équipe de recherche SESRIC pour ce rapport bien élaboré. Je suis convaincu que les problèmes et les tendances mentionnés dans le rapport aideront à formuler les futures politiques visant à renforcer la coopération intra-OCI dans le domaine de la santé.

Dr Yousef A. Al-Othaimen  
Secrétaire générale  
Organisation de la coopération  
islamique



# AVANT-PROPOS

J'ai le plaisir de vous présenter le Rapport sur la santé 2019 de l'OCI, qui arrive à un moment où nous sommes à mi-parcours de la mise en œuvre du Programme d'action stratégique pour la santé de l'OCI (OIC-SHPA) 2014-2023. Ce rapport examine en détail la performance sanitaire des pays membres de l'OCI en étudiant les dernières données et tendances relatives aux six domaines thématiques de coopération identifiés dans l'OIC-SHPA.

Comme l'indique le rapport, il est important de reconnaître les progrès notables que les pays de l'OCI ont accomplis au fil des ans pour assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de leurs populations. Depuis 1990, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 5,5 ans, tandis que les taux de mortalité infantile et maternelle ont baissé respectivement de 52% et 42%. Plus des trois quarts (77%) des enfants des pays de l'OCI sont vaccinés contre les maladies mortelles. Depuis 2010, l'incidence des maladies transmissibles - tuberculose, diarrhée et VIH/SIDA - est en baisse tandis que la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques est maîtrisée. Cependant, malgré ces tendances positives en matière de santé, le groupe de l'OCI est toujours à la traîne par rapport aux autres groupes de pays à de nombreux égards.

Le rapport met en lumière une réalité frappante: le niveau des ressources que les pays de l'OCI consacrent au secteur de la santé. Les dépenses de santé dans les pays de l'OCI ne représentent que 4,4% du PIB et 8,5% des dépenses totales du gouvernement en 2016. Lorsque nous nous penchons plus sur ce chiffre, nous constatons que les dépenses de santé moyennes par habitant des pays de l'OCI, qui s'établissent à 161 \$, sont 6 fois inférieures à la moyenne mondiale et près de 35 fois inférieures à la moyenne des pays développés. En outre, les dépenses de santé continuent à être financées par les dépenses



à la charge des patients dans les pays de l'OCI, représentant la part de lion (37,4%), contre 18,6% dans le monde et 13,5% dans les pays développés.

En outre, le rapport prévient que la densité des professionnels de la santé dans les pays de l'OCI, comptant 8 médecins, 18 infirmières et sages-femmes pour 10 000 personnes, est bien en deçà du seuil critique de 34,5, qui est jugé nécessaire pour fournir les services de santé de base dans un pays ou une région. Avec des capacités de production locales limitées et une forte dépendance vis-à-vis des importations, la disponibilité et l'accessibilité économique des médicaments essentiels demeure également une préoccupation majeure, en particulier pour les pays de l'OCI à faible revenu. Bien qu'il existe un lien étroit entre le niveau d'information, l'éducation et le plaidoyer et les résultats pour la santé dans un pays ou une région, le rapport révèle que des informations erronées et des tabous sur certaines interventions sanitaires telles que les vaccins, l'hygiène et la nutrition sont restés répandus dans de nombreuses régions du monde islamique.

Le constat le plus troublant de ce rapport serait les effets catastrophiques des conflits et des catastrophes naturelles sur la continuité et la durabilité des systèmes de soins de santé dans de nombreux pays de l'OCI. Des millions de personnes dans ces pays sont forcées de quitter leur domicile et n'ont pas accès à la nourriture, au logement et aux services de santé de base. Enfin, je voudrais souligner que ces tendances positives et négatives dans les pays de l'OCI appellent à une plus grande coopération afin d'échanger les expériences, apprendre les uns des autres et appuyer le développement de systèmes de santé efficaces et efficaces.

Le Rapport sur la santé de l'OCI 2019 est le résultat d'un investissement substantiel en temps, effort et dévouement du personnel du SESRIC. Je tiens à saluer leurs efforts et leurs contributions et je suis confiant que ce rapport donnera un nouvel élan à nos efforts communs pour améliorer l'état de la santé dans les pays de l'OCI.

Nebil DABUR  
Directeur général  
SESRIC



# REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par une équipe de chercheurs du SESRIC dirigée par M. Mazhar Hussain et composée de M. Cem Tintin, Kaan Namli et Mme. Tazeen Qureshi. Le travail a été effectué sous la direction et la supervision de S.E. M. Nebil DABUR, Directeur général du SESRIC;

Le premier chapitre portant sur l'introduction, le chapitre 2 sur le renforcement des systèmes de santé et le chapitre 4 sur la santé et la nutrition maternelle, néonatale et infantile ont été préparés conjointement par Mazhar Hussain et Tazeen Qureshi. Le chapitre 3 sur la prévention et le contrôle des maladies et le chapitre 5 sur les médicaments, les vaccins et les technologies médicales ont été préparés par M. Cem Tintin. Le chapitre 6 sur la gestion des risques d'urgence pour la santé et le chapitre 7 sur l'information, la recherche, l'éducation et le plaidoyer ont été préparés par M. Kaan Namli. Mme. Tazeen Qureshi a également contribué à la visualisation des données et à la mise en forme du rapport.



# RÉSUMÉ ANALYTIQUE

## Renforcement du système de santé

### *Dépenses de santé et financement des soins de santé*

Le financement du secteur de santé est un élément essentiel des systèmes de santé. Il est principalement lié à la création, l'attribution et l'utilisation des ressources financières pour fournir des services de soins de santé à tout le monde à un coût raisonnable et abordable. Les dépenses totales en santé par habitant sont un indicateur important qui mesure la consommation des biens et des services de santé au niveau micro. En 2016, la moyenne de la dépense totale en santé par habitant dans les pays de l'OCI s'est élevée à 161 dollars des États-Unis. Cette moyenne contraste fortement avec le chiffre correspondant aux pays en développement non membres de l'OCI, qui s'élevaient à 272 dollars des États-Unis. En pourcentage de leur PIB total, les dépenses en santé dans les pays de l'OCI étaient d'environ 4,4 % comparés à 5,5 % dans les pays en développement non membres de l'OCI et à 9,9 % dans le monde. Dans l'ensemble, les dépenses de santé ne représentent que 8,5 % de toutes les dépenses gouvernementales dans les pays de l'OCI, par rapport à 26,1 % dans les pays développés, 20,4 % dans le monde et 9,3 % dans les pays non membres de l'OCI.

Le financement public a couvert 52 % de dépenses totales en santé dans les pays de l'OCI par rapport à 74,2 % dans le monde et à 80,2 % dans les pays en développement non membres de l'OCI. En général, la couverture des formules de prépaiement, tant publics que privées, est restée très faible dans les pays de l'OCI alors que 37,8 % des dépenses totales en santé ont été financées par les paiements directs dans ces pays comparés à 18,6 % dans le monde et 13,5 % dans les autres pays en développement.



### *Personnels et établissements de santé*

Les données probantes suggèrent qu'il existe une forte corrélation positive entre la densité du personnel de santé, la couverture des services et les résultats en matière de santé dans un pays ou une région. Avec seulement 8 médecins et 18 infirmières et sage-femmes, la densité des professionnels de santé dans les pays de l'OCI (26 employés par 10.000 personnes) a été nettement inférieure au seuil critique de 34,5, nécessaire pour fournir les services de santé de base dans un(e) pays/région.

En moyenne, il y avait 6,7 postes 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 de santé a été signalé à 2,1 par 100.000 personnes dans les pays de l'OCI contre 2,9 dans le monde. Avec une moyenne de 0,9 hôpitaux par 100.000 personnes, les pays de l'OCI sont à la traîne par rapport aux moyennes du monde et des pays en développement non membres de l'OCI (1,3 et 1,5, respectivement) en matières de disponibilité des hôpitaux sectoriels, provinciaux et spécialisés. Le nombre de lits d'hôpitaux est un indicateur important des ressources disponibles pour les soins aux malades hospitalisés et de l'accès général aux services hospitaliers. En 2015, il y avait 13 hôpitaux par 10.000 personnes dans les pays de l'OCI comparés à 26 dans les pays en développement non membres de l'OCI, 28 dans le monde et 56 dans les pays développés.

### **Prévention et contrôle des maladies**

#### *Fardeaux des maladies*

La prévention et le contrôle des maladies et des pandémies est l'un des domaines prioritaires du secteur de la santé. L'examen des tendances générales des causes spécifiques à la morbidité et la mortalité (c.-à-d. la prévalence de décès dus aux maladies transmissibles et non-transmissibles, et aux blessures) révèle que dans les pays de l'OCI les maladies non-transmissibles (MNT) ont causé 59,2 % de tous les décès en 2016. Chaque année, un nombre croissant de personnes meurt de maladies non-transmissibles dans les pays de l'OCI dû aux tendances positives au niveau des facteurs de risque (c.-à-d. l'usage nocif de l'alcool et l'obésité). Dans les pays de l'OCI, les maladies transmissibles étaient à l'origine de 29,6 % de tous les décès en 2016, ce qui était nettement supérieur à la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI (23,7 %) et la moyenne mondiale (22,3 %). Les MNT deviennent un problème de plus en plus grave dans le groupe de l'OCI en général au fur et à mesure que les niveaux de développement des pays de l'OCI s'améliorent ; Cependant, un nombre significatif de pays de l'OCI continue de se débattre contre les épidémies des maladies transmissibles qui sont évitables.





### *Les maladies transmissibles et non-transmissibles*

Les cas de VIH/Sida ont montré une tendance à la baisse dans les pays de l'OCI car ils sont passés de 1,5 en 2010 à 1,3 en 2017. Le taux de mortalité attribué à l'eau insalubre, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène (pour 100.000 habitants) était élevé dans les pays de l'OCI pour atteindre 20,9 en 2016, alors que la moyenne mondiale était de 12,5 dans la même année. Ces chiffres impliquent que de nombreux enfants et adultes sont à risque de mourir à cause de la diarrhée, provoquée principalement par la consommation d'eau non salubre et des mauvaises conditions d'hygiène. Le total des cas de paludisme signalés dans certains pays de l'OCI est en augmentation. En conséquence, la part des pays de l'OCI des cas de paludisme dans le monde a grimpé de 50,8 % en 2016 à 52,3 % en 2017. En revanche, l'incidence de la tuberculose a chuté de 132,3 (par 100.000 personnes) en 2010 à 113,7 en 2016 dans les pays de l'OCI. L'analyse des décès causés par les MNT a montré que les taux de mortalité sont en baisse. Les taux de mortalité dus aux maladies cardiovasculaires (MCV), de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques est passé de 24,3 % en 2010 à 23,1 % en 2016 pour la population masculine et de 20,2 % en 2010 à 19,0 % en 2016 pour la population féminine.

### *Facteurs de risque*

La consommation nocive d'alcool dans les pays de l'OCI, en moyenne, a baissé de 3,0 litres en 2010 à 2,8 litres en 2016. Une tendance négative a également été observée en matière de consommation de tabac dans les pays de l'OCI ou le taux moyen du tabagisme a diminué passant de 20,2 % en 2010 à 19,3 % en 2016. Les données montrent qu'en moyenne, la prévalence de l'activité physique insuffisante dans les pays de l'OCI était supérieure (28,8 %) à la moyenne mondiale de 28,2 % en 2016. Comme étant une conséquence naturelle du manque de l'activité physique et d'un régime malsain, la prévalence de l'obésité a augmenté de 15,2 % en 2010 à 17 % en 2016 dans les pays de l'OCI. En particulier, le taux de prévalence de l'obésité semble être relativement plus élevé dans certains pays de l'OCI situés dans la région MENA. L'analyse des facteurs de risque sur la période 2010-2016 révèle que les pays de l'OCI ont, en moyenne, obtenu de bons résultats à certains égards, comme la réduction de la consommation nocive d'alcool et de tabac. Néanmoins, dans certains domaines tels que l'augmentation l'activité physique et la lutte contre l'obésité, des efforts supplémentaires doivent être déployés.

## **Nutrition et santé maternelles, néonatales et infantiles**

### *Mortalité infantile et maternelle*

Au cours des deux dernières décennies, plusieurs pays de l'OCI ont connu une amélioration significative de la couverture de soins de santé et les services et, par conséquent, ont affiché de fortes tendances à la baisse dans les taux de mortalité



maternelle, néonatale et infantile. Selon les dernières estimations, à partir d'un taux de base de 559 décès par 100.000 naissances en 1990, les pays de l'OCI ont pu réduire le taux de mortalité maternelle (TMM) par 42 % soit 326 décès par 100.000 naissances en 2015. De même, le taux de mortalité infantile a également diminué de 126 décès par 1000 nouveau-nés en 1990 à 60 par 1000 nouveau-nés en 2015, correspondant à une baisse de 52 %. Néanmoins, en dépit de cette amélioration, le groupe de l'OCI a enregistré le progrès le plus faible en termes de réduction du nombre de décès maternels et infantiles depuis 1990. La mortalité infantile et maternelle a diminué parmi les groupes régionaux de l'OCI mais l'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud sont restées les régions les plus difficiles pour la survie de la mère et de l'enfant.

### *Les principales causes de la mortalité infantile*

Les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays membres de l'OCI sont semblables à celles des autres pays en développement. En 2017, 37,8 % des décès d'enfants de moins de cinq ans s'expliquent par trois maladies infectieuses : les infections aiguës des voies respiratoires inférieures (19,2 %), la diarrhée (10,5 %) et le paludisme (8 %). Parmi les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, la prématurité (18,5 %) reste la principale cause de décès des moins de cinq ans, suivie par l'asphyxie à la naissance (15 %) et des anomalies congénitales (8,4 %).

### *Couverture des soins de santé*

La plupart des décès de moins de cinq ans peuvent être évitables à travers des interventions comme les soins anténatals, la présence d'un personnel qualifié à l'accouchement, la vaccination, et le traitement précoce pour les maladies infectieuses. La fourniture de soin prénatal de qualité est restée une grande préoccupation dans plusieurs pays de l'OCI. Au cours de la période 2009-2018, environ 64,5 % de femmes enceintes totales dans les pays de l'OCI ont tiré bénéfice des quatre contrôles prénatals recommandés. La moyenne de l'OCI est demeurée au-dessous des moyennes des pays en développement non membres de l'OCI et du monde. Un nombre important de naissances ont eu lieu sans aucune assistance dans les pays de l'OCI, sachant que seulement 69% des accouchements ont été assistés par un médecin, une infirmière ou une sage-femme en 2005-2017 contre 84% dans les pays en développement non membres de l'OCI et 80% dans le monde. La couverture du vaccin DTC a augmenté dans les pays de l'OCI allant de 67 % à 77 % au cours de la période entre 2007 et 2017. La couverture du vaccin dans les pays de l'OCI est restée inférieure à la moyenne mondiale (85%) et celle des pays en développement non membres de l'OCI (89%).



### État nutritionnel

Les dernières évaluations montrent qu'environ 31 % d'enfants de moins de cinq ans dans les pays de l'OCI souffrait d'un retard de croissance en 2010-2018 comparés à 27% dans les autres pays en développement et dans le monde. Au cours de la même période, la proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale a été enregistrée à 19,9 % dans les pays de l'OCI comparés à 19,2 % dans les autres pays en développement. L'émaciation représente une forme aiguë de sous-nutrition avec le risque intensifié de maladie et de mort pour les enfants. La prévalence de l'émaciation est restée presque la même dans l'OCI et les autres pays en développement avec un taux de 9,2 % et 9,9 %, respectivement. Bien que le surpoids ait été autrefois principalement associé aux pays à revenu élevé, le nombre d'enfants de moins de cinq ans en surpoids a triplé entre 2000 et 2018 en Europe orientale et en Asie centrale. Les pays de l'OCI ont compté environ un tiers des enfants en surpoids dans le monde avec une prévalence de surpoids de 5,4% contre 4,9% dans les autres pays en développement.

### Pratiques d'alimentation

Une alimentation appropriée, particulièrement au cours des deux premières années de la vie, est essentielle pour la survie, la croissance et le développement d'un enfant. Les dernières études sur les pratiques d'alimentation indiquent que malgré son importance cruciale pour l'état nutritionnel des enfants, un nombre significatif de bébés et d'enfants ne sont pas allaités. Dans les pays de l'OCI, seulement 49,3 % de bébés ont été allaités une heure ou moins après leur naissance, et 36,9 % ont été allaités seulement pendant les six premiers mois de la vie contre 52,8 % et 40 % dans le monde. La couverture médiane de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans est demeurée relativement meilleure dans les pays de l'OCI avec 63,1 % du total des enfants allaités au sein jusqu'à l'âge de 2 ans. Les chiffres relatifs aux aliments complémentaires sûrs et adéquats pour enfants indiquent que les aliments solides, semi-solides ou liquides ont été introduits dans le régime de 74,2% des nourrissons dans les pays de l'OCI à partir de 6 à 8 mois.

### Carences en oligoéléments

Les carences en micronutriments telles qu'en vitamine A, fer, iode, zinc, et acide folique sont très courantes chez les femmes et les enfants dans les pays en développement à faible revenu, y compris certains pays de l'OCI. Environ deux tiers (64 %) d'enfants âgés de 6 à 59 mois dans le monde ont reçu deux doses en Vitamine A en 2010-2017 alors que ce ratio a enregistré un pourcentage de 71 % dans les pays de l'OCI et 51 % dans les pays en développement non membre de l'OCI. Au cours de la même période, 77,1 % de ménages consommaient le sel iodé en juste proportion dans les pays de l'OCI comparés à 74 % dans les pays en développement non membres de l'OCI et à 83,7 % dans le monde.



L'anémie de carence en fer est également demeurée un défi important de santé, affectant plus de 41 % des enfants de moins de 5 ans dans le monde en 2016. Alors que la prévalence de l'anémie était de 11 % seulement dans les pays développés, les chiffres sont absolument stupéfiants dans les pays en développement non membre de l'OCI et membre de l'OCI avec 41% et 50% d'enfants atteints d'anémie, respectivement.

## Médicaments, vaccins et technologies médicales

### *Médicaments et vaccins*

En 2018, les exportations de produits pharmaceutiques de l'OCI s'élevaient à 1 191 milliards de dollars par rapport à 628,7 millions de dollars en 2010, correspondant à une augmentation de 89 %. En général, les exportations de produits pharmaceutiques de l'OCI sont demeurées fortement concentrées en Europe et Asie centrale (EAC) et en Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA) qui représentent respectivement 41,4 % et 29,4 % des exportations totales de l'OCI en 2018. D'autre part, les importations pharmaceutiques de l'OCI ont connu une tendance à la hausse passant de 6,3 milliards dollars des États-Unis en 2012 à 9,2 milliards dollars des États-Unis en 2017. En 2018, elles ont été mesurées à 8,4 milliards dollars des États-Unis.

La disponibilité moyenne de certains médicaments génériques pour le secteur de la santé public a varié entre 35 et 96,7 % (avec une moyenne générale de 71,9 %). De même, pour le secteur privé de la santé, les pays de l'OCI ont représenté une structure hétérogène, avec la disponibilité médiane variant de 57,8 % à 96,7 % (avec une moyenne globale de 77,6 %). La capacité de production de vaccins est restée également très faible dans les pays de l'OCI. Selon les données disponibles, les pays de l'OCI ont payé 2,95 milliards de dollars des États-Unis sur l'importation des vaccins en 2018.

### *Technologies médicales*

En 2013/2014, 23 sur 48 pays de l'OCI (48 %) ont une politique nationale de technologies médicales. Cependant, 25 pays (52 %) n'ont aucune de ces politiques. Lors de la période 2013-2014, 28 sur 47 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, n'ont eu aucune liste nationale pour la fourniture ou le remboursement de dispositifs médicaux approuvés. D'autre part, lors de la même période, 12 sur 47 pays de l'OCI avaient une liste nationale mais il s'agissait seulement d'une recommandation. Les unités de tomodensitométrie des secteurs publics et privés représentent une haute densité de dispositifs médicaux parmi les pays de l'OCI avec 144 unités de tomodensitométrie par million de populations.



## Gestion des risques liés aux situations d'urgence sanitaire

Les cas d'urgence auxquels sont confrontés les pays à travers le monde sont très variés et comprennent divers types de risques naturels, de conflits, de déplacements massifs, de changements climatiques, de pauvreté et, entre autres, de problèmes de santé publique. Il est important de souligner la particularité de la santé en ce qui concerne les urgences. Presque toutes les situations d'urgence, sinon toutes, ont des répercussions sur la santé des personnes. Les préoccupations mondiales en matière de santé publique qui découlent des situations d'urgence comprennent l'écllosion de maladies infectieuses, la contamination chimique et radiologique, les handicaps, les problèmes psychologiques et divers autres effets néfastes sur la santé. Dans de telles situations d'urgence, les gens sont souvent privés de soins de base et essentiels, de médicaments vitaux, d'infrastructures adéquates et de fournitures médicales. Par conséquent, la gestion des risques liés aux situations d'urgence sanitaire devient un élément important pour réduire les effets néfastes des situations d'urgences sur les individus, les communautés et les sociétés.

La plupart des pays membres de l'OCI font face à un vaste éventail de situations d'urgence résultant des catastrophes naturelles, des conflits armés et de la pauvreté entre autres. Souvent, ces situations d'urgence ont des implications sur les structures politiques, sociales, économiques et de santé publique des pays membres de l'OCI. Qu'elles soient dues à des catastrophes naturelles, à des conflits, à des épidémies ou à tout autre aléa, les crises d'urgence ont de graves répercussions sur le système sanitaire des États membres de l'OCI. À cet égard, cette section souligne que le défi le plus important auquel sont confrontés les États membres de l'OCI reste de renforcer leurs systèmes de santé pour qu'ils soient plus résilients et plus efficaces dans la gestion des urgences.

En outre, le chapitre 6 souligne que les États membres de l'OCI sont différents dans de nombreux aspects, y compris le statut socio-économique, le niveau de développement, l'infrastructure et la santé. Les situations d'urgence auxquelles ils sont confrontés sont également hétérogènes. Alors que certains pays membres de l'OCI sont confrontés à des catastrophes naturelles, d'autres sont plongés dans des situations d'urgence en raison de conflits et de violences. Les pays membres de l'OCI représentent 61,5 % de toutes les personnes déplacées dans le monde avec plus de 25 millions de personnes déplacées (SESRIC, 2017). La Syrie est au centre de l'une des crises humanitaires les plus graves de l'époque moderne. En outre, les catastrophes naturelles au cours des quatre dernières décennies ont vu une tendance plus marquée à la hausse dans les pays de l'OCI, passant d'environ 681 incidents enregistrés dans les années 1990 à 1747 dans la période entre 2000 et 2016. Ceci montre un taux d'augmentation supérieur à celui de la moyenne mondiale (SESRIC, 2017). En plus des coûts socio-économiques importants de ces conflits

et catastrophes, les populations des pays membres de l'OCI sont confrontées à d'importantes limitations et pénuries sanitaires en cas d'urgence.

Même si chaque situation d'urgence est différente, les vulnérabilités du secteur de la santé présentent de nombreuses similitudes. En intégrant des méthodes et des politiques de gestion des désastres communes dans le système sanitaire, la résilience du système sanitaire et communautés peut être renforcée. Les États membres de l'OCI doivent relever le défi de passer de l'intervention et du relèvement à la prévention et à l'atténuation dans leurs systèmes de santé. Il est important de mentionner que certains pays membres de l'OCI ont fait des progrès dans la gestion des risques de catastrophe et dans leurs réponses sanitaires. Pourtant, les capacités sanitaires des pays membres de l'OCI présentent une extrême diversité. Les conflits en cours, le manque de financement des systèmes de santé, l'accès limité aux ressources et à la technologie, entre autres, sont les principaux facteurs qui empêchent les pays membres de l'OCI de développer leurs capacités.

## Information, recherche, éducation et plaidoyer

### *Systèmes d'éducation à la santé*

Il existe un lien fort entre les niveaux d'informations, d'éducation et de plaidoyer et les résultats obtenus dans le secteur de la santé dans un pays. La recherche a montré qu'il est possible de prévenir bon nombre des problèmes de santé, y compris les maladies, en fournissant des renseignements exacts et pertinents et en éduquant le public, les patients et les fournisseurs de soins de santé. En cette optique, l'information, l'éducation et le plaidoyer sont tous complémentaires. De nombreuses préoccupations en matière de santé exigent que le public et les fournisseurs de soins de santé reçoivent des renseignements exacts pour qu'ils puissent faire des choix sains. De plus, l'information et l'éducation en matière de santé ont récemment commencé à évoluer vers la promotion de la santé. Par conséquent, il y a une évolution vers la prévention et une information, éducation et plaidoyer rigoureux. Un autre aspect est d'avoir une information et une éducation appropriées pour le diagnostic et les processus de guérison, qui peuvent sauver des millions de vies dans le monde et dans la région de l'OCI. Dans ce contexte, cette section a exploré l'information, la recherche, l'éducation et la promotion en matière de santé.

### *Systèmes d'éducation à la santé*

L'éducation à la santé est un composant critique du système de santé. En l'absence d'une éducation sanitaire appropriée, les pays doivent supporter un lourd fardeau en termes de coûts économiques, de santé des individus et de la société ainsi que l'aggravation des problèmes de santé. Par exemple, des études scientifiques suggèrent qu'il y a une



énorme charge de morbidité dans les pays africains en raison du manque d'éducation sanitaire. Par conséquent, l'éducation à la santé est un sujet de préoccupation majeur pour les individus, les communautés, les gouvernements et la société dans son ensemble. L'objectif de l'éducation sanitaire est de fournir des informations précises et à jour à un large éventail d'acteurs, y compris les individus, les familles, les communautés et les prestataires de soins de santé. Il vise à élargir les connaissances, à sensibiliser les gens et à leur fournir les compétences et les attitudes nécessaires pour qu'ils puissent faire des choix sains.

Les données sur le nombre d'écoles et d'établissements de formation de santé sont très rares dans le monde. Selon les dernières données disponibles du Rapport sur la santé dans le monde de l'OMS (2006), au niveau mondial, il existe 2420 facultés de médecine, 467 écoles ou départements de santé publique et un nombre indéterminé d'écoles postsecondaires d'infirmières dans 169 pays. Ces écoles et établissements forment environ un million de nouveaux médecins, infirmières, sages-femmes et professionnels de la santé publique chaque année. Sur les 20 facultés de médecine les plus actives dans le monde, quatre sont des pays membres de l'OCI. Il s'agit de l'Iran avec 48 facultés de médecine, la Turquie avec 37, le Pakistan avec 34 et l'Indonésie avec 32, représentant respectivement 2,5%, 1,9%, 1,8% et 1,7% de la part mondiale totale. Il n'y avait qu'une seule école de médecine active en Guinée-Bissau, au Gabon et au Surinam dans les pays de l'OCI.

Cette section révèle que les institutions d'éducation sanitaire dans les pays membres de l'OCI sont plus faibles par rapport à leurs homologues. Il devient évident qu'il reste beaucoup à faire à l'échelle de l'OCI pour établir des établissements d'enseignement de la santé. Avec la population la plus jeune du monde, les pays membres de l'OCI doivent fournir les facilités éducatives nécessaires pour que les jeunes puissent poursuivre leurs études dans le domaine médical. Il ne suffit pas de fournir un établissement d'enseignement, il faut aussi d'autres installations pour le compléter, comme des laboratoires, du matériel d'essai et des appareils technologiques pertinents. Avec les établissements d'enseignement, la qualité de l'enseignement dans le domaine de la santé constitue une part importante du système d'enseignement de la santé.

### *Qualité de l'enseignement dans le domaine de la santé*

La qualité de l'enseignement dans le domaine de la santé a une incidence directe sur les résultats en matière de santé. L'enseignement est essentiel au développement économique et social et a un impact profond sur la santé de la population. La formation médicale aura certainement une incidence sur les modèles de pratique et influencera les choix de carrière, ce qui aura un effet net sur la santé de la population, surtout dans les régions sous-développées ou dans les pays où relativement peu de praticiens sont



formés. La réforme de la vision, des programmes et des systèmes des établissements d'enseignement pour former des professionnels de la santé capables de répondre aux besoins des populations, d'autonomiser les communautés et d'améliorer le bien-être humain est une occasion importante d'améliorer la santé des diverses communautés dans le monde.

Plus de quatre millions de personnes dans le monde n'ont pas accès à des services de santé de qualité, en grande partie à cause d'une énorme pénurie, d'un mélange inégal des compétences et de la répartition géographique inégale du personnel sanitaire. L'OMS estime qu'un autre 4,3 millions de travailleurs de la santé sont nécessaires dans le monde. La crise du personnel de santé a des conséquences sur la santé et le bien-être de millions de personnes, pourtant, il n'y a pas assez de personnel de santé pour combler cette pénurie. Il est manifestement urgent et essentiel d'élargir les programmes de formation pour former des équipes multidisciplinaires de prestation de services - qui comprennent un mélange soigneusement équilibré de cliniciens, d'agents de santé communautaire et de gestionnaires de la santé - surtout à l'échelle de l'OCI. Toutefois, il ne suffira pas d'augmenter le nombre de travailleurs. La pénurie d'agents de santé est aggravée par le fait que leurs aptitudes, leurs compétences, leur expérience clinique et leurs attentes sont souvent mal adaptées aux besoins sanitaires des populations qu'ils servent (OMS, 2017). Par conséquent, comme nous l'avons souligné dans cette section, la nécessité d'un enseignement de qualité dans le domaine de la santé est une composante nécessaire des systèmes de santé.

### *Sensibilisation publique et santé*

La santé publique est la science de la protection et de l'amélioration de la santé des familles et des collectivités par la promotion de modes de vie sains, la recherche sur la prévention des maladies et des blessures et la détection et le contrôle des maladies infectieuses. Dans l'ensemble, la santé publique vise à protéger la santé de populations entières. Ces groupes de populations peuvent être peu nombreux qu'un quartier local, ou aussi grands qu'un pays ou une région du monde. Les professionnels de la santé publique tentent de prévenir les problèmes en mettant en œuvre des programmes d'éducation, en recommandant des politiques, en administrant des services et en menant des recherches, contrairement aux professionnels cliniques comme les médecins et les infirmières, qui se concentrent principalement sur le traitement des personnes après avoir été malades ou blessés. La santé publique s'efforce également de limiter les disparités en santé. Une grande partie de la santé publique consiste à promouvoir l'équité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé.

La sensibilisation du public revêt une grande importance en vue d'avoir des sociétés saines. Selon l'OMS, la majorité de maladies cardiaques, crises cardiaques, le diabète de





type 2 et les cas de cancer pourraient être évités simplement en éduquant et en informant les gens sur l'alimentation saine, l'activité physique et sportive et les inconvénients du tabagisme. Tout comme leurs homologues en développement, plusieurs pays de l'OCI souffrent de faibles niveaux de sensibilisation aux questions de santé. La situation est particulièrement critique dans les pays à faible revenu où règnent beaucoup de mythes et de tabous, qui se traduisent par une faible utilisation des services de soins de santé qui sont essentiels pour la survie des personnes. Comme souligné dans cette section, les pays membres de l'OCI doivent accroître leurs programmes formels et informels de sensibilisation à la santé publique pour informer les gens sur les modes de vie, les choix sains. La sensibilisation du public à la santé pourrait être renforcée par l'utilisation des médias, des campagnes de sensibilisation menées par des personnes influentes et du matériel éducatif conçu pour le public.





# CHAPITRE 1

## Introduction

La santé est un facteur essentiel du bien-être de l'humanité. Elle contribue largement au progrès économique car les personnes en bonne santé vivent plus longtemps et sont plus productives. De nombreux et divers facteurs influent l'état de santé et la capacité d'un pays à fournir des services de santé de qualité pour son peuple. Les ministères de la santé jouent un rôle clé pour la fourniture de services de santé ; toutefois, les organismes gouvernementaux, les organismes donateurs et les organisations de la société civile contribuent aussi au fonctionnement global du secteur de la santé.

Au cours des dernières décennies, la question de la santé a pris de l'importance en tant que moteur principal du progrès socio-économique dans le monde entier, et des ressources sont de plus en plus investis dans ce secteur. En général, les gens sont désormais en meilleur santé, plus riches et dépassent les 50 ans. Depuis 1990, les pays de l'OCI ont connu des changements importants en matière de la santé maternelle et infantile, les taux de mortalité ayant diminué de 44 % et 52 % respectivement. Cependant, en dépit de ce progrès remarquable, les pays de l'OCI en tant que groupe ont enregistré les progrès les plus faibles en termes de réduction des décès maternels et infantiles depuis 1990.

Les personnes qui vivent dans certains pays de l'OCI, particulièrement dans les régions de l'Asie du Sud et de l'Afrique subsaharienne, souffrent toujours de faibles services de soins de santé principalement en raison du manque de ressources financières appropriées et durables, l'insuffisance des infrastructures de santé et de main d'œuvre qualifiée. La nature et l'importance de ces principaux défis exigent un énorme engagement de la part des gouvernements pour mettre le secteur de la santé au cœur de l'agenda du développement national, établir l'infrastructure et former la main d'œuvre de santé afin de répondre aux besoins actuels et futurs en matière de 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 4<sup>ème</sup> Conférence islamique des ministres de la Santé, joue un rôle clé en renforçant la coopération sur différentes questions liées à la santé dans les pays de l'OCI.

Dans cette perspective, le *Rapport de l'OCI sur la santé 2015* étudie l'état de santé dans les pays de l'OCI dans une perspective comparative. La section 2 du rapport évalue la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCI en soulignant certains éléments de bases comme les dépenses et le financement de la santé, le personnel et l'infrastructure sanitaires. Les tendances récentes de la prévalence des maladies transmissibles et non-transmissibles, la charge des décès et le progrès vers la prévention des facteurs de risque majeurs sont les sujets qu'aborde et analyse la section 3 de ce rapport. La section 4 examine l'état actuel de la santé et la nutrition maternelles, du nouveau-né et infantiles en soulignant les tendances actuelles de mortalité maternelle et infantile vis-à-vis la mise en œuvre des interventions recommandées par l'OMS telles que les contrôles prénatals, la vaccination, l'assistance qualifiée lors de l'accouchement, et l'allaitement etc. pour réduire la mortalité et la malnutrition maternelles, du nouveau-né et infantiles. La section 5 s'étend sur le statut de médicaments, vaccins et les mécanismes de production et d'acquisition des technologies médicales dans les pays de l'OCI ainsi que la disponibilité des médicaments essentielles. La section 6 met en lumière les ressources et capacités actuelles pour les initiatives de riposte sanitaire aux situations d'urgence dans les pays de l'OCI et les lacunes communes liées à l'intervention humanitaire du secteur de la santé en matière de gestion et d'analyse de l'information, de planification stratégique et de coordination et prestation de services. La section 7 porte sur les liens entre le niveau d'information, l'éducation et le plaidoyer et les résultats en matière de santé dans les pays de l'OCI en évaluant la qualité de l'éducation médicale et le degré de sensibilisation aux effets indésirables des médicaments et de l'usage irrationnel des médecines. Les principales conclusions du rapport sont résumées dans la section 8. Le rapport se termine par des recommandations politiques visant à promouvoir la mise en œuvre des interventions tant au niveau national qu'au niveau intra-OCI et au niveau de coopération internationale pour améliorer l'état de la santé dans les pays de l'OCI.



# CHAPITRE 2

## Renforcement des systèmes de santé

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Un système fiable de santé ouvre la voie à une population en bonne santé, à une société en bonne santé et à une économie saine. Cependant, afin d'obtenir de bons résultats, le système de santé exige un bon mécanisme de financement, une main d'œuvre bien formée et suffisamment payée, des informations fiables sur lesquels on peut baser des décisions et des politiques, des équipements bien-maintenus et une logistique pour fournir les médicaments et les technologies de qualité (OMS, 2014). Généralement le système de santé comprend toutes actions, activités et mesures qui visent à améliorer la situation concernant les éléments susmentionnés du système de santé dans un pays/une région. Sur la base des éléments évoqués, 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

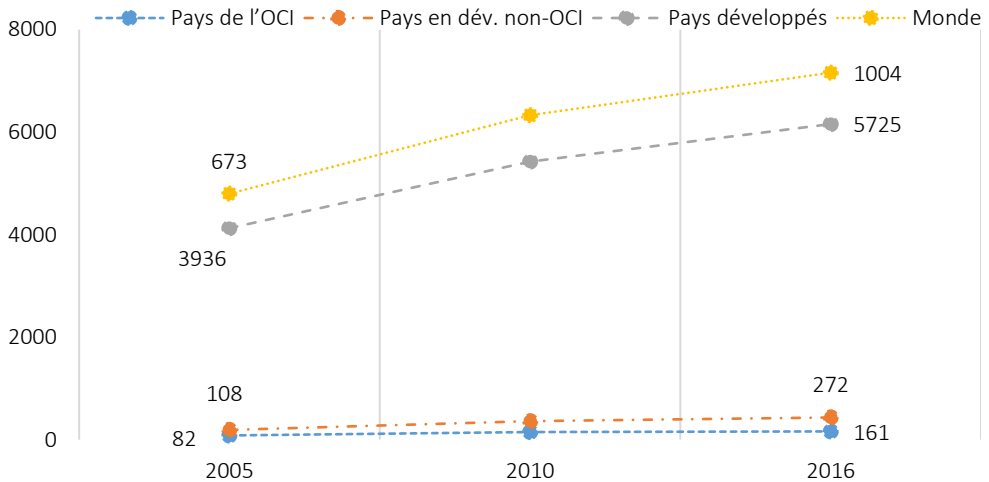
#### 2.1.1 Dépenses de santé par habitant

Les dépenses totales par habitant consacrées à la santé sont un indicateur important qui indique la consommation des biens et 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 États-Unis courants) ont augmenté à travers le monde entre 2005 et 2016. En 2016, les dépenses totales de santé par habitant dans les pays de l'OCI ont atteint 161 dollars des États-Unis. Ceci contraste fortement même avec le montant enregistré dans pays en développement non membres de l'OCI, qui était de 272 dollars des États-Unis. Les dépenses de la santé par habitant enregistrées dans les pays développés étaient environ 35 fois plus élevées que la moyenne de l'OCI en 2016. Cependant, il convient de signaler que les dépenses



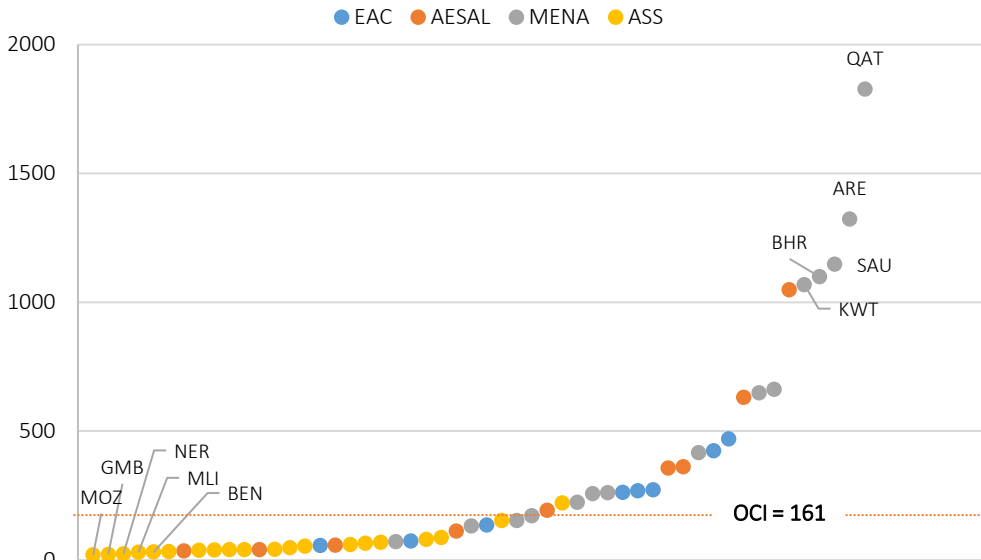
de santé par habitant dans les pays de l'OCI, en tant que groupe, ont doublé en 2016 de son niveau de 82 dollars des États-Unis en 2005.

**Graphique 2.1:** Comparaison des dépenses de santé par habitant (en dollars courants) (2005-2016)



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé

**Graphique 2.2:** Pays membres de l'OCI ayant les dépenses de santé par habitant les plus élevées et les plus basses, 2016



Source: Données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

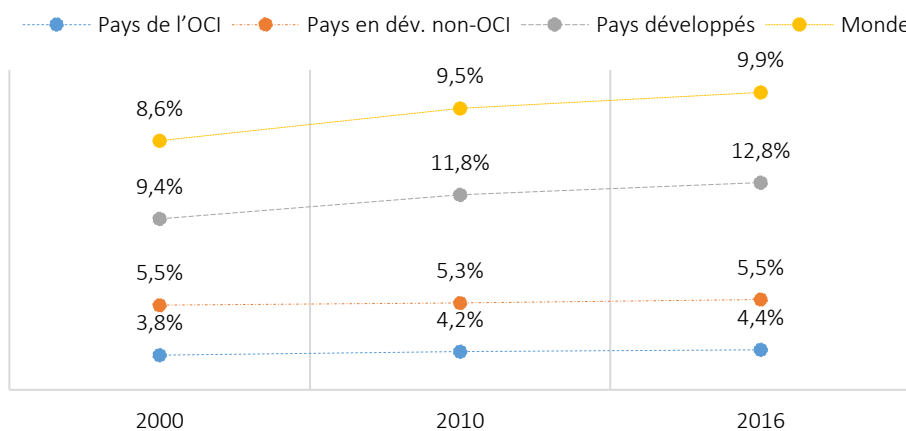


Plusieurs variations peuvent être observées en matière de niveaux de dépense de santé dans les pays de l’OCI (graphique 2.2), allant du Qatar avec des dépenses totales de santé par habitant de 1827,1 dollars des États-Unis au Mozambique qui ne consacre que 19,2 dollars des États-Unis pour la santé. Les dépenses de santé par habitant demeurent généralement les plus élevées dans les pays de l’OCI qui se situent dans la région du MOAN. Parmi ces pays, le Qatar a signalé les dépenses de santé par habitant les plus élevées, suivi des Émirats Arabes Unis et de l’Arabie Saoudite. D’autre part, la majorité des pays de l’OCI qui se situent dans la région de l’Afrique Subsaharienne ont été parmi les pays les moins performants. La situation est demeurée particulièrement critique au Mozambique, en Gambie, au Niger, au Mali et au Bénin, les dépenses de la santé par habitant étant moins de 40 dollars des États-Unis. En 2014, les dépenses pour la santé par habitant sont demeurées au-dessous de la moyenne de l’OCI pour 55,7 % des pays disposant de données.

### 2.1.2 Dépenses de santé exprimées en % du PIB

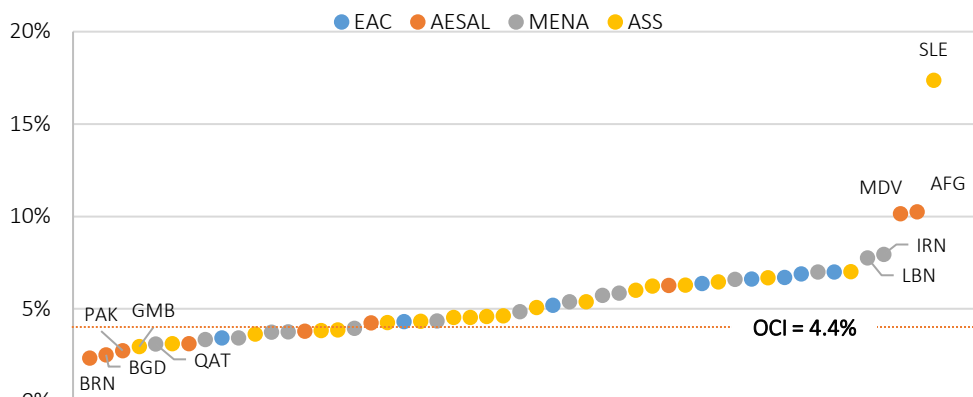
Les dernières estimations indiquent que le monde a dépensé un total de 7,5 milliards de dollars des États-Unis sur les soins de santé en 2016. La répartition géographique des ressources financières affectées à la santé est inégale et les dépenses mondiales de santé sont demeurées fortement concentrées dans les pays développés. Les dépenses de santé restent une préoccupation majeure dans les pays de l’OCI. Comme l’indique le graphique 2.3, les dépenses totales de santé dans les pays de l’OCI était d’environ 4,4 % du PIB en 2016 contre 5,5 % dans les pays en développement non membres de l’OCI. C’est également nettement en dessous de la moyenne mondiale et des pays développés de 9,9 % et de 12,8 %, respectivement. Entre 2000 et 2016, la part du PIB allouée à la santé a augmenté de moins d’un point de pourcentage dans les pays de l’OCI. Au cours de la même période, les pays développés ont indiqué une augmentation de 3,4 % (graphique 2.3).

**Graphique 2.3:** Comparaison des dépenses de santé en pourcentage du PIB (2000-2016)



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé

**Graphique 2.4:** Pays de l'OCI avec la part de dépenses de Santé la plus basse et la plus élevée dans le PIB, 2016



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé

Dans la majorité des pays de l'OCI disposant de données, les dépenses totales de santé représentent plus de 5 % du PIB. Comme le montre le graphique 2.4, le Sierra Leone est le pays qui investit le plus dans les soins de santé avec 17 % du PIB. Tous les cinq pays qui dépensent le plus sont des pays à faible revenu, sauf les Maldives, l'Iran et le Liban, qui sont des pays à revenu plus élevé. D'autre part, les dépenses de santé ont représenté seulement 2,3 % de PIB au Brunei Darussalam, suivi du Bangladesh (2,5 %). Selon les données disponibles, entre 2000 et 2016, la part de dépenses de santé dans le PIB a augmenté dans 28 pays de l'OCI, allant d'une hausse de 0,01 point de pourcentage au Gabon à une hausse de plus de 3 points de pourcentage en Azerbaïdjan, Algérie, Iran, Togo et Burkina Faso. Par ailleurs, elle a diminué entre 0,1 à 5,3 % dans 22 pays de l'OCI. Le Turkménistan et la Jordanie ont signalé la baisse la plus forte (4 %) suivis par le Liban avec une diminution de 2,9 %.

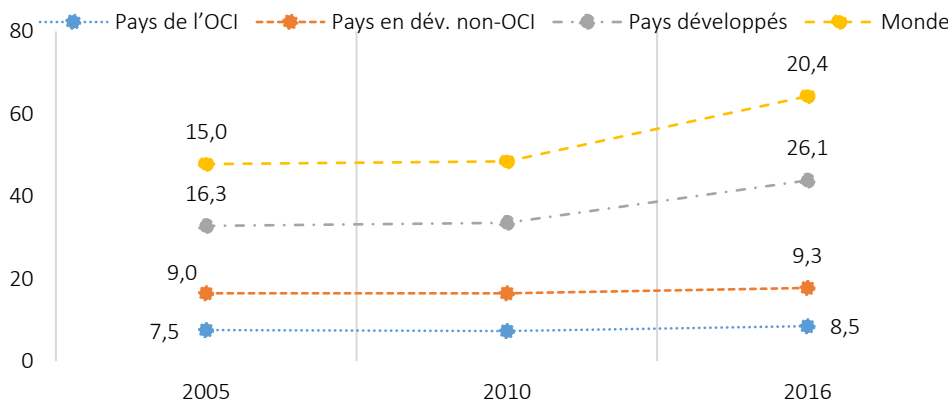
### 2.1.3 Les dépenses publiques en matière de santé

La part de dépenses publiques en matière de santé dans les dépenses totales est un indicateur clé de l'importance relative du secteur de santé dans le programme de développement national et, ainsi, l'étendue de l'appui financier public au système de santé. Comme illustré dans le graphique 2.5, les dépenses publiques en matière de santé dans les pays de l'OCI représentaient 8,5 % seulement des dépenses publiques totales en 2016, contre 26,1 % dans les pays développés, 20,4 % dans le monde et 9,3 % dans les pays en développement non membres de l'OCI. La part faible des dépenses de santé dans les budgets des pays de l'OCI n'est pas simplement due aux contraintes financières publiques mais aussi à la faible priorité accordée au secteur de santé. Entre 2005 et 2016, la part de dépenses publiques totales allouée à la santé a augmenté de seulement 1 % dans les pays de l'OCI, alors qu'elle a augmenté de 5,4 point de pourcentage dans le monde (graphique 2.5). Au cours de la même période, les pays développés ont marqué une augmentation de 9,8 points de pourcentage.



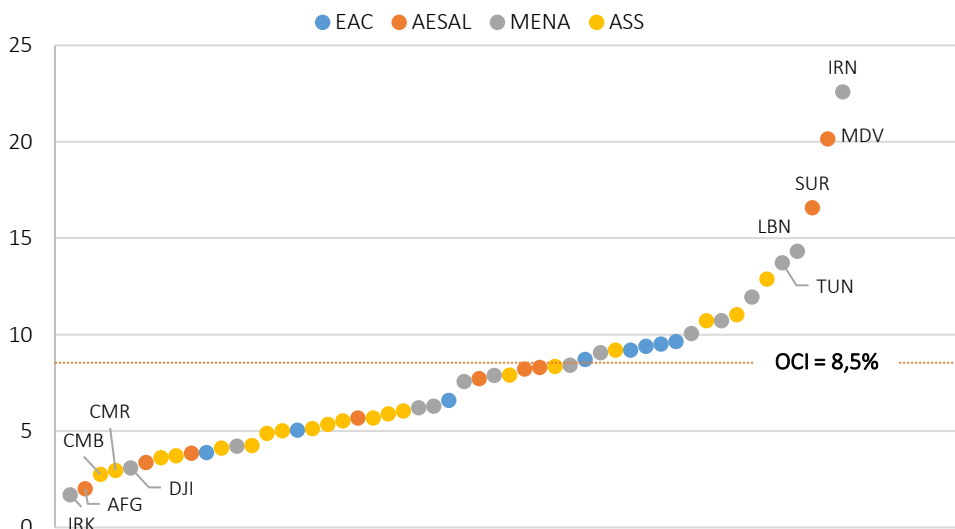


**Graphique 2.5:** Part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales (2005-2016)



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé

**Graphique 2.6:** Pays Membres de l'OCI ayant la plus haute et la plus basse part de la santé dans le budget, 2016



Source: Données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Au niveau de chaque pays individuel, 11 pays de l'OCI ont affecté plus de 10 % de leurs budgets nationaux pour le secteur de santé en 2016. Parmi ces pays, l'Iran, les Maldives et le Suriname ont marqué les chiffres les plus élevés de 22,5 %, 20,1 % et 16,5 %, respectivement (graphique 2.6). En revanche, 14 pays de l'OCI ont alloué même moins de 5 % de leurs budgets totaux pour le secteur de santé en 2016. Parmi ces pays, l'Irak et l'Afghanistan ont eu les parts les plus faibles (2 %) suivis de la Gambie (2,7 %) et du Cameroun 2,9 %). Selon les données disponibles, entre 2005 et 2016, la part des dépenses de santé dans les dépenses publiques

a augmenté dans 23 pays de l'OCI, allant d'une augmentation de 0,1 point de pourcentage au Pakistan à une hausse de 13,2 points de pourcentage en Iran. Par ailleurs, elle a diminué entre 0,03 et 9,7 points de pourcentage dans 28 pays de l'OCI, l'Ouganda et le Mozambique accusant la baisse la plus élevée de 9,7 et 7,5 points de pourcentage, respectivement.

## 2.2 Financement des soins de santé

Le financement du secteur de santé est un élément essentiel des systèmes de santé. En 2016, environ 7,5 millions de dollars, soit 10 % du PIB mondial, ont été affectés aux dépenses de santé. Les dépenses de santé sont principalement liées à la création, l'attribution et l'utilisation des ressources financières pour fournir des services de soins de santé à toutes les personnes à un coût raisonnable et abordable. Les dépenses totales de santé de soins de santé comportent les sources tant publiques que privées. Le financement public comprend essentiellement des fonds de budget public et des systèmes de sécurité sociale alors que le financement privé comprend les assurances maladie privées et des versements directs. La part relative de ces sources dans des dépenses totales de santé influence l'accès, l'équité et la durabilité financière des services de soins de santé public dans un pays donné. Il semble évident au niveau mondial que pour atteindre une couverture maladie universelle, il est nécessaire de produire des ressources financières importantes pour la santé à travers des contributions payées d'avance mises en commun telles que les financements par l'impôt, l'assurance maladie sociale et l'assurance-maladie privée ; tandis que la part de dépenses personnelles directes de santé doit être réduite (OMS, 2005).

Entre 2000 et 2016, l'OMS constate que les dépenses mondiales de santé se sont transformées, mais de nombreux États n'affichent pas une tendance claire en ce qui concerne l'augmentation de la part des dépenses publiques consacrée à la santé. Dans le même temps, les tendances mondiales montrent que le financement public intérieur a augmenté et que le financement extérieur a diminué entre 2000 et 2016.

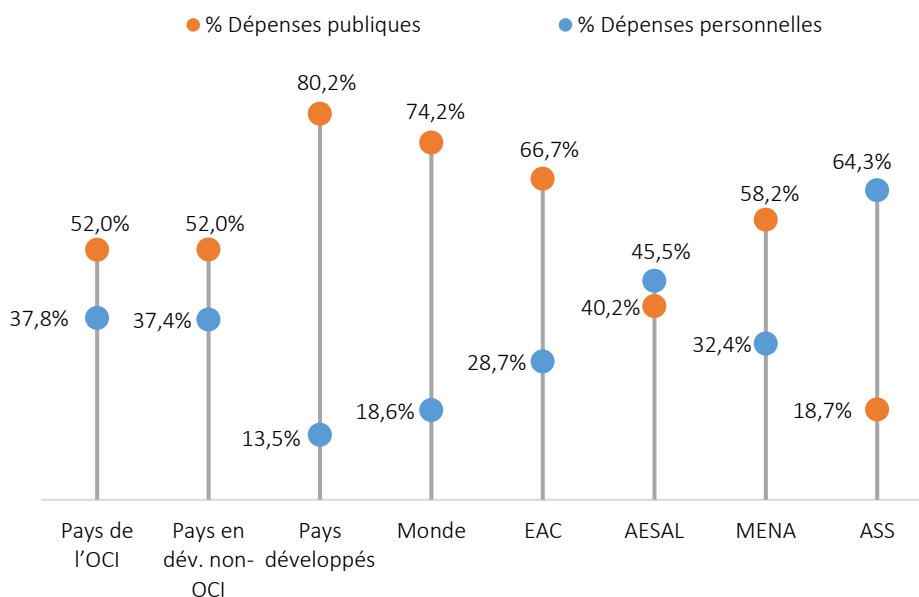
Dans le monde entier, le secteur public est la source principale de financement de santé. Cependant, le financement de santé publique est demeuré relativement plus élevé dans les pays avancés et à revenu élevé par rapport aux pays en développement et à faible revenu. Comme l'indique le graphique 2.7, le secteur public représentait 80,2 % des dépenses mondiales de santé en 2016. Une situation similaire pourrait également être observée dans le cas des pays développés où l'écart entre les dépenses publiques et les dépenses directes est de 66,7 %. Néanmoins, le financement public a couvert seulement 52 % des dépenses totales de santé dans les pays en développement de l'OCI et non membres de l'OCI, respectivement. Les autres dépenses ont été effectuées par des sources privées.

En fait, les sources privées, notamment les frais à la charge des patients jouent un rôle significatif dans le financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCI. Bien que globalement, les dépenses de santé à la charge des patients ont diminué entre 2000 et 2016, elles ont représenté environ 37,8 % des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCI en



2016. Comparée aux moyennes des autres groupes, la part des dépenses de santé à la charge des patients dans les dépenses totales de santé est restée la plus élevée dans les pays de l'OCI, mais elle a été suivie de près par les pays en développement non membres de l'OCI avec des dépenses moyennes de 37,4 % des dépenses totales de santé (graphique 2.7). Ceci indique la forte dépendance des pays de l'OCI aux dépenses à la charge des patients, ce qui est la forme la plus régressive de financement de santé et a plusieurs mauvaises conséquences sur les pauvres familles et les ménages à faible revenu.

**Graphique 2.7:** Sources de financement de la santé (pourcentage des dépenses courantes de santé), 2016

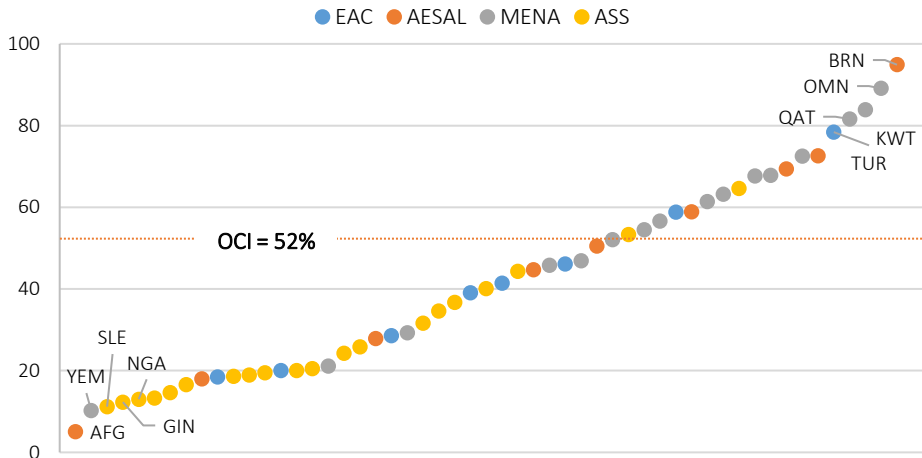


Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur la base de données des Indicateurs du développement dans le monde (WDI) de la banque mondiale.

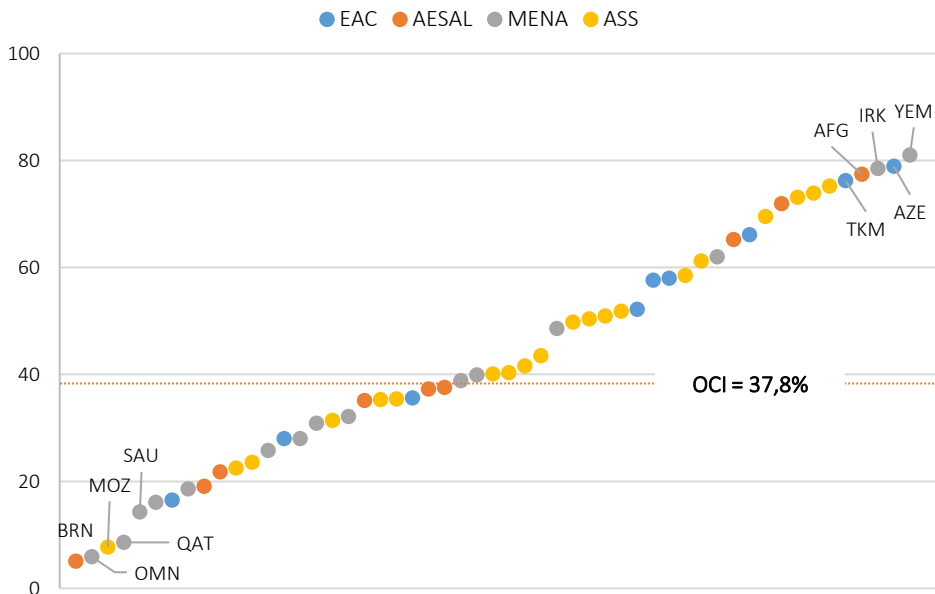
Au niveau de chaque pays, les paiements à la charge des patients constituent plus de 50 % de financement de santé dans 21 pays de l'OCI. Parmi ces pays, ces dépenses représentent 81 % des dépenses de santé au Yémen, 78,9 % en Azerbaïdjan, 78,5 % en Irak, 77,4 % en Afghanistan et 76,2 % au Turkménistan. Par contre, moins de 20 % des dépenses totales de santé ont été financés par des paiements à charge des patients dans 9 pays de l'OCI. Parmi ces pays, les paiements à charge des patients ont représenté même moins de 15 % de dépenses totales de santé en Mozambique, Qatar et Brunei Darussalam (graphique 2.8).

**Graphique 2.8:** Pays de l'OCI ayant les parts les plus élevées et les plus faibles dans le financement de la santé, 2016

**Financement de la santé publique (% des dépenses courantes de santé)**



**Financement personnel de la santé (% des dépenses courantes de santé)**



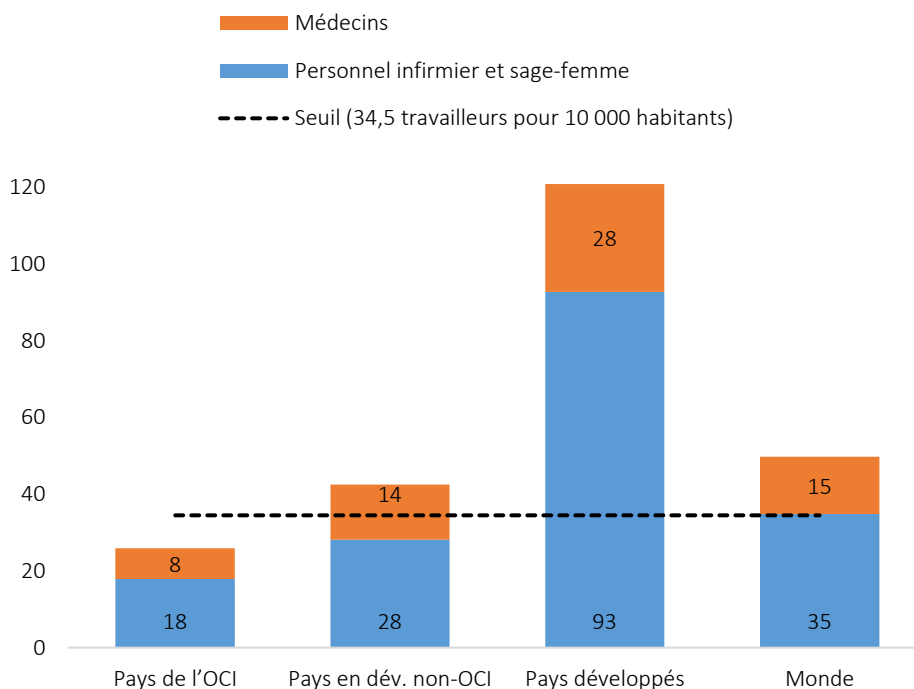
Source: IDM de la Banque mondiale.



## 2.3 Personnel de la santé

Aujourd'hui, il est reconnu que la taille, l'ensemble de compétences, la répartition géographique et la productivité des professionnels de la santé jouent un rôle important dans l'efficacité et la rapidité de la prestation des services de santé de haute qualité. Les professionnels de la santé, notamment les médecins et les infirmières, sont la base du système de santé. Selon les dernières estimations (pour la dernière année entre 2001 et 2018), il y avait environ 37 millions de médecins, infirmiers et sage-femmes dans le monde. La répartition géographique de ces professionnels de santé est demeurée trop orientée vers les pays en développement, qui ont représenté plus de la moitié du total mondial. Lors de cette période, les pays de l'OCI ont représenté seulement 14 % du total mondial. Suivant la situation mondiale, le nombre d'infirmières et sage-femmes dépassent celui des médecins dans les pays de l'OCI, avec une part de 69 %, qui est similaire à celles du monde (60 %) et des pays en développement non membres de l'OCI (66 %).

**Graphique 2.9:** Personnels de santé par 10.000 personnes, 2001-2018\*

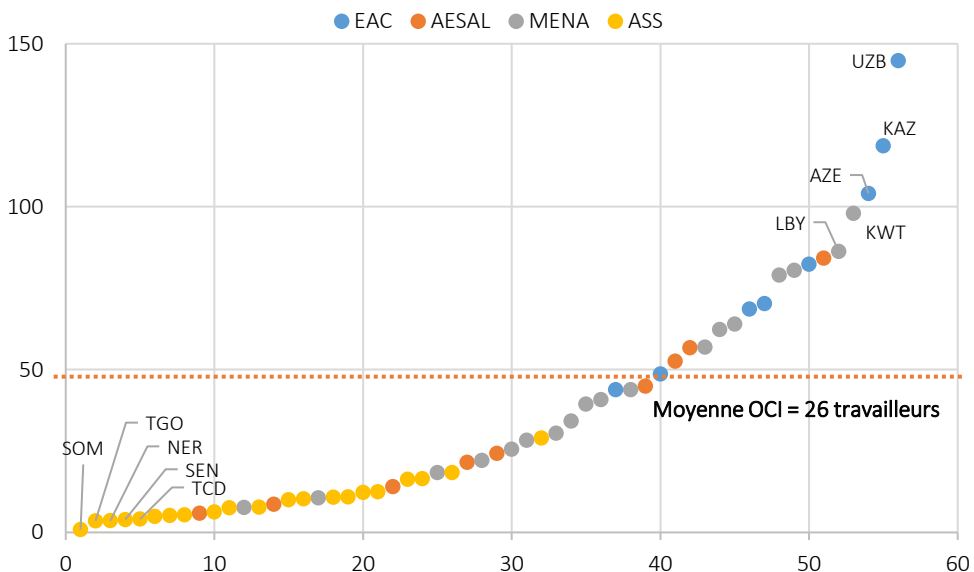


Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur le Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la santé.

\*Données disponibles les plus récentes

En général, il y a une forte corrélation positive entre des professionnels de santé, la couverture de services de santé et la situation sanitaire dans un pays/une région donnés. La densité des professionnels de la santé (médecins, infirmiers et sage-femmes par 10, 000 personnes) varie nettement dans le monde. Comme l'indique le graphique 2.9, il y avait environ 15 médecins et 35 infirmiers par 10,000 personnes dans le monde en 2001-2018. Dans les pays développés, il y avait 28 médecins et 93 infirmières pour 10 000 habitants dans ces pays, contre 14 médecins et 28 infirmières dans les autres pays en développement. La densité des médecins, infirmiers et sage-femmes est demeurée comparativement très faible dans les pays de l'OCI car il y avait seulement huit médecins et 18 infirmiers et sage-femmes par 10.000 personnes en 2001-2018. En fait, la densité des professionnels de la santé dans les pays de l'OCI (26 par 10.000 personnes) ne se situait que juste au-dessus du seuil critique de 34,5, qui est jugé nécessaire pour fournir les services de santé de base dans un pays/une région.

**Graphique 2.10:** Pays de l'OCI avec la plus faible/plus haute densité de personnel de santé pour 10.000 personnes, 2001-2018\*



*Source:* Calculs du personnel du SESRIC basés sur le Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la santé.

Plusieurs pays de l'OCI font toujours face à des défis considérables en ce qui concerne la quantité, la diversité et la compétence de la main d'œuvre de santé. Les pénuries de personnels de santé sont particulièrement graves dans les pays situés dans les régions de l'Asie du Sud et de l'Afrique Subsaharienne. Parmi les 56 pays de l'OCI pour lesquels les données sont disponibles, 34 pays font face à une grave pénurie de professionnels de santé avec moins de 34,5 médecins, infirmiers et sage-femmes par 10.000 personnes. La densité des professionnels de la santé était même moins de 10 par 10.000 dans 14 pays qui

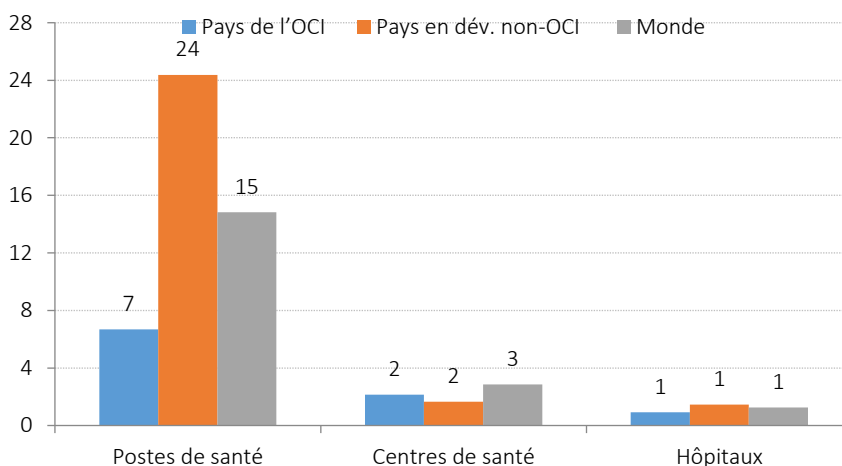


connaissent de fortes pénuries, 12 d'entre eux se situent dans l'Afrique subsaharienne et 2 de l'Asie du Sud. Comme le montre le graphique 2.10, le nombre de médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants est le plus élevé en Ouzbékistan (145), suivi du Kazakhstan (119) et de l'Azerbaïdjan (104). Par ailleurs, il y avait moins de 5 agents de santé pour 10 000 habitants en Somalie, au Togo, au Niger, au Sénégal, au Tchad et en Guinée.

## 2.4 Établissements de soins de santé

Les établissements de soins de santé tels que les hôpitaux et les postes sanitaires sont des éléments primordiaux d'un système de santé efficace et performant. Dans la majorité des pays en développement, les postes sanitaires constituent le premier niveau du contact entre le système de santé et les communautés. En 2013, comme l'indique le graphique 2.11, le nombre moyen des postes sanitaires dans 34 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, était de 6,7 par 100.000 personnes ; un niveau assez inférieur que la moyenne du monde (14,8) et la moyenne des pays en développement non membres de l'OCI (24,4). De même, le nombre moyen de centres de santé a été signalé à 2,1 par 100.000 personnes dans les pays de l'OCI contre 2,9 dans le monde. Avec une moyenne de 0,9 hôpitaux par 100.000 personnes, les pays de l'OCI accusent des retards par rapport aux moyennes du monde et des pays en développement non membres de l'OCI en termes de disponibilité des hôpitaux régionaux, provinciaux et spécialisés.

**Graphique 2.11:** Nombre d'installations sanitaires par 100.000 personnes, 2013



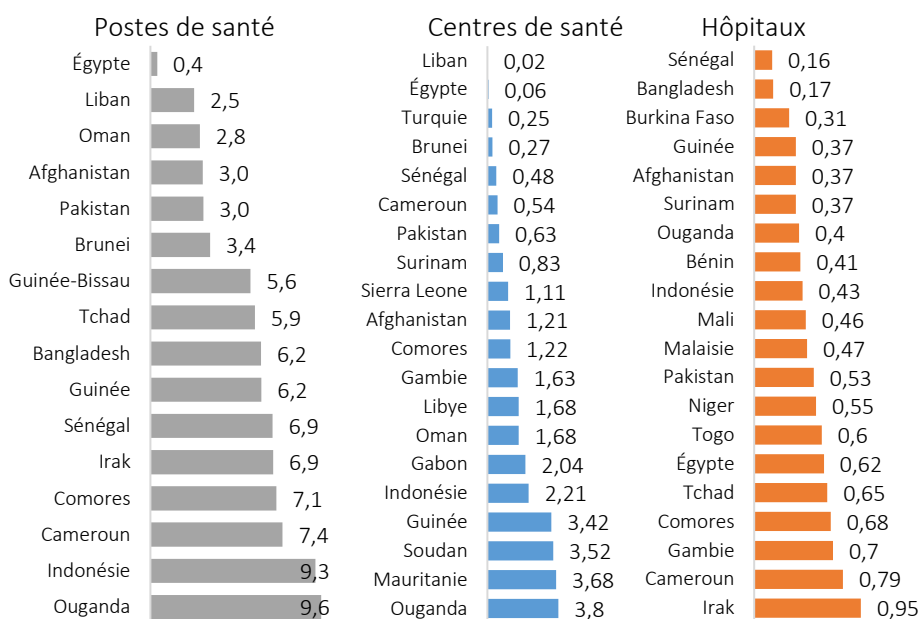
*Source:* Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la santé

Au niveau de chaque pays, 17 pays de l'OCI ont affiché plus de 10 postes sanitaires par 100.000 personnes. Le Surinam a enregistré la plus forte densité de postes de santé (45,3 par 100.000 personnes) suivi du Gabon (29,4) et de la Libye (29,3). En outre, un nombre de moins de cinq postes sanitaires pour 100.000 personnes a été signalé dans six pays de l'OCI, la plus

faible prévalence étant signalée en Égypte (0,4) et au Liban (2,5). De même, 26 pays de l'OCI ont moins de 10 centres de santé par 100.000 personnes, et 29 pays de l'OCI ont moins de deux hôpitaux par 100.000 personnes en 2013.

## 2.5 Lits d'hôpitaux

**Graphique 2.12:** Pays membres de l'OCI ayant les plus bas niveaux de santé pour 100.000 habitants, 2013



*Source:* Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la santé

Le nombre de lits d'hôpitaux est un indicateur important des ressources disponibles pour les soins aux malades hospitalisés et de l'accès général aux services hospitaliers. Comme le montre le graphique 2.13, dans le monde, il y a eu 28 pour 10.000 personnes dans la période entre 2005 et 2015 (pour l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles). La densité des lits d'hôpitaux est demeurée bien supérieure dans les pays développés où 56 lits d'hôpital étaient disponibles pour 10.000 personnes ; alors qu'il y avait juste 26 lits d'hôpital disponibles pour 10.000 personnes dans le groupe de pays en développement non membres de l'OCI. La disponibilité des lits d'hôpital est demeurée comparativement très faible dans les pays de l'OCI, car il y avait seulement 13 lits d'hôpital pour 10.000 personnes en 2005-2015 (graphique 2.13).

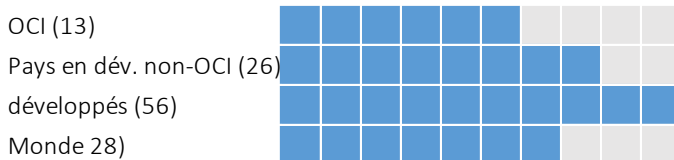




Le nombre de lits d'hôpital par 10.000 personnes varie considérablement d'un pays de l'OCI à l'autre. Comme le montre le graphique 2.14, ce chiffre est le plus élevé au Turkménistan, Kazakhstan et Gabon avec plus de 50 lits par 10.000 personnes.

Néanmoins, ce taux est même moins de 10 lits par 10.000 personnes dans 19 pays de l'OCI. Parmi ces pays, la Guinée, le Niger et le Sénégal ont signalé la plus faible densité de lits d'hôpitaux avec seulement trois lits disponibles pour 10 000 habitants en 2005-2015.

**Graphique 2.13:** Lits d'hôpitaux par 10.000 personnes, 2015\*



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur le Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la santé.

\* Données disponibles les plus récentes

# CHAPITRE 3

## Prévention et contrôle des maladies

La prévention et le contrôle des maladies et des pandémies est l'un des domaines prioritaires du secteur 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 ont pris diverses mesures contre les maladies et les pandémies par leurs programmes/stratégies de santé nationaux et leurs partenariats au niveau international. Comme étant une partie intégrante 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'hétérogénéité en termes de profils de développement des pays de l'OCI est également observée dans leurs résultats en termes de prévention et de contrôle des maladies.

Les pays de l'OCI se sont efforcés au cours des années pour développer des stratégies et des programmes pluridimensionnels de prévention, de soins et de traitement ainsi que des plans de préparation aux urgences. Cependant, il semble que plus d'efforts sont toujours nécessaires afin de renforcer les infrastructures de santé, le renforcement des capacités des professionnels de la santé et l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels, y compris les vaccins, particulièrement dans ces pays de l'OCI qui manquent des ressources nécessaires. Ceci souligne la nécessité pressante d'une collaboration plus proche aux niveaux régionaux et mondiaux et des initiatives appropriées dans le secteur de la santé, avec la participation d'institutions internationales telle que l'OMS et le Fonds mondial.

L'examen des tendances générales des morbidités et mortalités par cause spécifique (c.-à-d. la prédominance des décès dus aux maladies transmissibles et non-transmissibles, ainsi que les blessures) est assez révélateur. Dans les pays de l'OCI, 59,2 % de tous les décès sont causés par les maladies non-transmissibles (MNT) en 2016. Chaque année, un nombre croissant de personnes meurt des MNT dans les pays de l'OCI résultant des tendances positives observées dans les facteurs de risque (par exemple l'utilisation néfaste de l'alcool, et l'obésité). Dans les pays de l'OCI, les maladies transmissibles étaient responsables de 29,6 % de tous les décès en



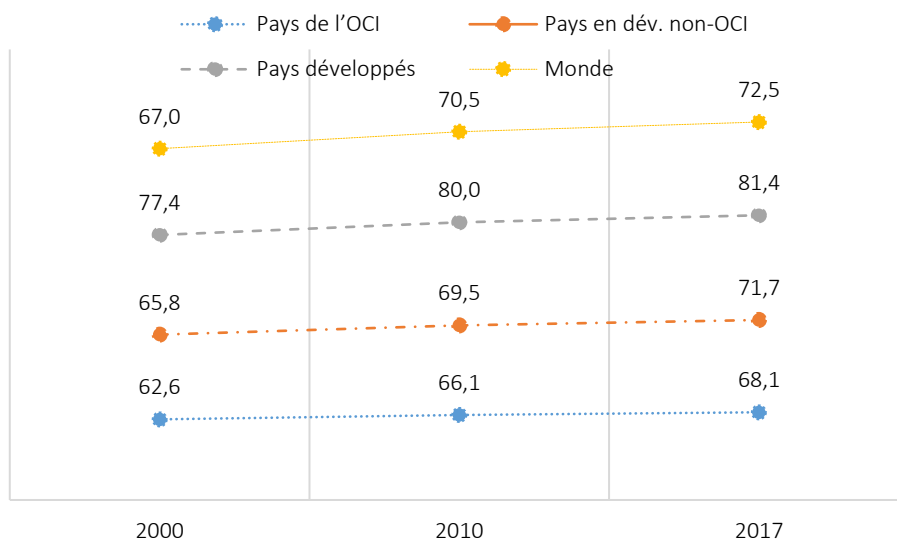
2016, dépassant de loin la moyenne des pays en développement non membres de l'OCI ainsi que de la moyenne mondiale. Ces chiffres de base impliquent qu'en termes de prévention et de contrôle des MT et MNT, pays de l'OCI doivent concevoir et mettre en œuvre des stratégies plus efficaces.

### 3.1 Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance (EVN) est un indicateur important de la situation générale de santé des personnes dans un pays et la qualité des services de soins de santé qu'ils reçoivent. Elle est définie en tant que nombre moyen d'années de l'espérance de vie d'un nouveau-né si la santé et les conditions de vie au moment de la naissance demeuraient les mêmes. Généralement, l'espérance de vie à la naissance dans un pays est déterminée par une grande variété de facteurs socio-économiques comme l'état de pauvreté et la sous-alimentation, l'accès à l'eau potable et aux moyens d'assainissement, la disponibilité des soins de santé primaires et la couverture vaccinale.

Le graphique 3.1 (à gauche) montre les taux d'espérance de vie entre 2000 et 2017 à travers le monde. En moyenne, les pays de l'OCI, en tant que groupe, ont connu une amélioration de l'espérance de vie à la naissance (EVN) entre 2000 et 2017 passant de 62,6 ans en 2000 à 68,1 ans en 2017. Au cours de la même période, l'EVN a augmenté de 65,8 à 71,7 dans les pays en développement non membres de l'OCI. Durant cette période, la moyenne mondiale de l'EVN est passée de 67 à 72,5. L'EVN moyenne dans les pays développés a atteint 81,4, ce qui a représenté l'EVN la plus élevée parmi tous les groupes en 2017. Bref, en dépit de

**Graphique 3.1:** Espérance de vie à la naissance (2000-2016)



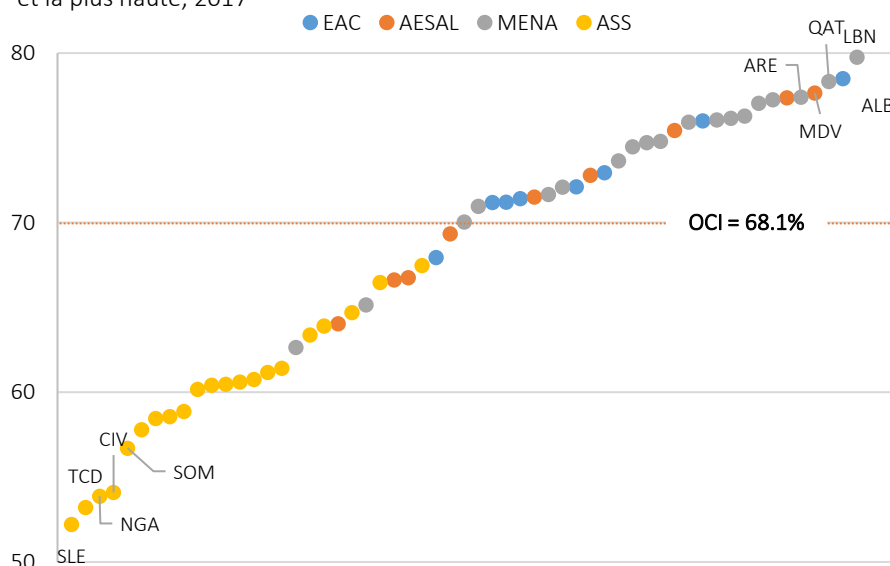
Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur la base de données des Indicateurs du développement dans le monde (WDI) de la banque mondiale.

L'amélioration majeure de l'EVN, les pays de l'OCI, en moyenne, accusent du retard par

rapport à la moyenne de pays en développement non membres de l'OCI, la moyenne mondiale ainsi que la moyenne de pays développés.

Dans le groupe de l'OCI, la plus courte EVN a été en grande partie observées dans les pays situés dans la région de l'Afrique sub-saharienne (59,8 ans), l'Amérique Latine et les Caraïbes (69,1 ans) et l'Asie du Sud (70,2 ans). En moyenne, les pays de l'OCI de l'Asie de l'Est et du Pacifique (PAE) avaient l'EVN la plus élevée. Elle s'est établie à 74,1 en 2017. En 2017, au niveau de chaque pays, on a observé l'EVN la plus longue au Liban (79,8 ans). En revanche, une personne au Sierra Leone a une espérance de vie à la naissance de 52,2 ans seulement (graphique 3.2).

**Graphique 3.2:** Pays de l'OCI ayant l'espérance de vie à la naissance la plus basse et la plus haute, 2017

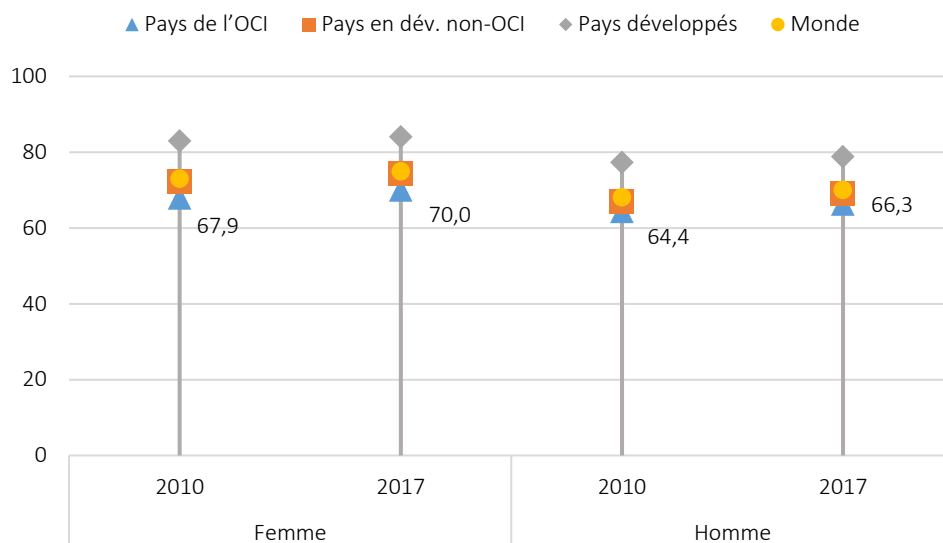


Source: Banque mondiale, IDM

Comme dans d'autres groupes de pays, une autre préoccupation des pays de l'OCI en ce qui concerne l'EVN est la disparité entre la population masculine et féminine. En 2017, l'EVN chez les femmes était de 70, soit 3,7ans plus longue que l'EVN chez les hommes dans les pays de l'OCI. Dans les pays en développement non-OCI, l'EVN chez les femmes a été également plus longue que l'EVN des hommes de 5,4 ans. L'espérance de vie des femmes dans le monde a été plus élevée de 4,9 années par rapport à l'EVN chez les femmes en 2017 (graphique 3.3).

En raison des systèmes de santé efficaces et performants et des meilleurs niveaux de vie, plusieurs pays en développement, y compris les pays de l'OCI, ont réussi à augmenter leur EVN. Cependant, les pays développés ont également continué à améliorer leurs niveaux de vie, par conséquent, l'écart existant entre l'EVN dans les pays en développement et les pays développés n'a pas été réduit considérablement.



**Graphique 3.3:** Espérance de vie à la naissance (années) (2000-2017)

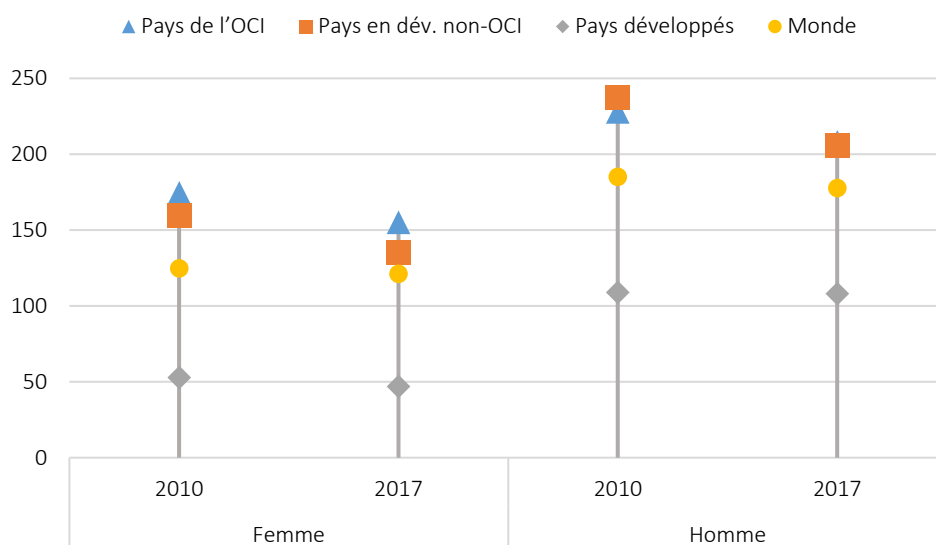
Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de la Banque mondiale, IDM

Bien que l'espérance de vie chez les femmes et les hommes dans les pays de l'OCI ait augmenté au fil du temps, les moyennes du groupe de l'OCI sont restées nettement inférieures à la moyenne de l'EVN moyenne dans les pays développés. Il est également évident que dans les pays de l'OCI, en moyenne, l'EVN n'a pas augmenté de la même manière pour la population masculine et féminine. Tous ces chiffres impliquent l'existence de problèmes relatifs à la prévention et le contrôle des maladies ainsi qu'à l'inégalité d'accès aux services de santé pour la population masculine et féminine dans les pays de l'OCI.

### 3.2 Taux de mortalité chez les adultes

Le taux de mortalité chez les adultes (TMA) est défini comme la probabilité de décès entre 15 et 60 ans par 1000 personnes. Il est considéré comme l'une des mesures les plus courantes pour évaluer la situation sanitaire d'un pays. Examiner le TMA pour la population masculine et féminine entre 2010 et 2017 pour les groupes de pays est utile pour comprendre le niveau de progrès de santé réalisé par ces groupes de pays.

Comme le montre le graphique 3.4, le TMA mondial moyen chez la population masculine a diminué de 185,1 décès par 1000 personnes en 2010 à 177,6 en 2017. Pour la population féminine, le TMA mondial moyen est passé de 124,7 à 121,2 au cours de la même période. Dans les pays de l'OCI, on constate également que les chiffres du TMA sont en baisse. Entre 2010 et 2017, le TMA chez la population masculine a diminué de 227,9 à 208,1 alors que le TMA chez les femmes a diminué de 174,5 à 155,0 décès par 1000 population. L'écart entre

**Graphique 3.4:** Taux de mortalité des adultes (pour 1 000 personnes) (2000-2017)

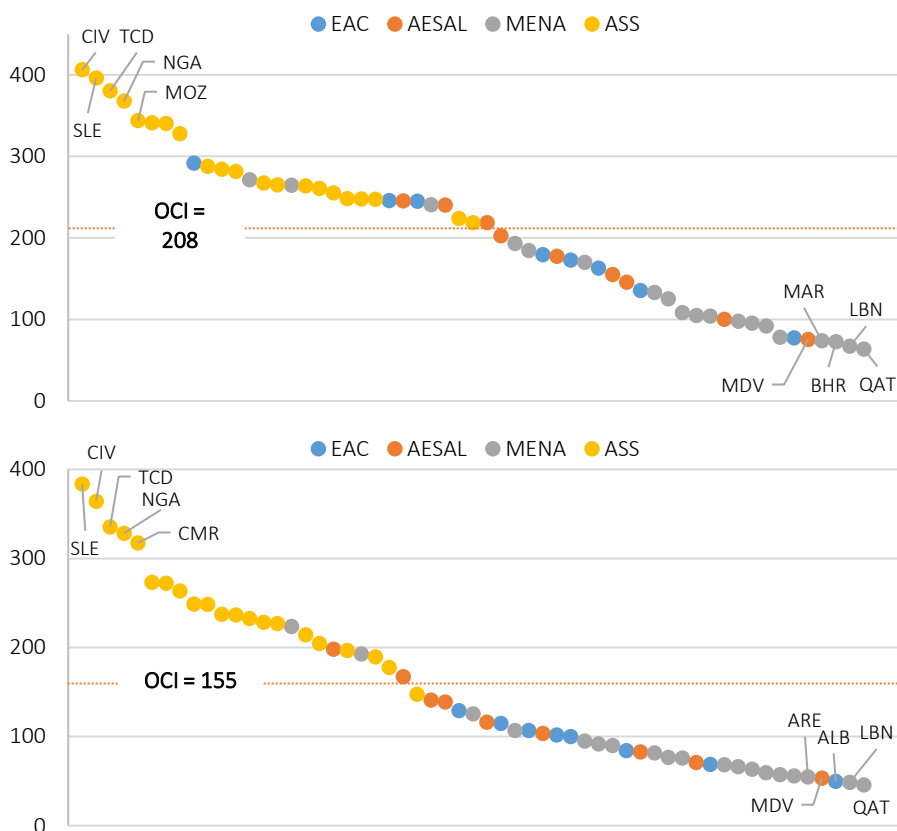
Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de la Banque mondiale, IDM

les sexes en terme du TMA est passé de 53,4 à 53,0, ce qui représente un changement négligeable pour le groupe de l'OCI. Par conséquent, il est difficile d'affirmer qu'il y a eu une amélioration significative dans la réduction de la disparité entre les sexes en termes du TMA entre 2010 et 2017 dans les pays de l'OCI. Au niveau de chaque pays, le Qatar a enregistré le TMA le plus bas (46) chez la population féminine tandis que la Sierra Leone a enregistré le TMA le plus élevé (383) en 2017. À la population masculine, le TMA le plus élevé a été enregistré au Côte d'ivoire (406) et le TMA le plus faible a été observé au Qatar (64) (graphique 3.5). De façon générale, parmi les régions de l'OCI, le TMA la plus élevée a été enregistrée dans les pays de l'OCI situés en Afrique subsaharienne, tant pour les hommes (297,7 décès pour 1000 habitants en moyenne) que pour les femmes (253,7 décès pour 1000 habitants en moyenne) en 2017.

De façon générale, la situation de la mortalité chez les adultes a été améliorée de manière remarquable dans les pays de l'OCI et leur TMA a montré une tendance à la baisse au cours de la période entre 2010-2017 ; grâce aux efforts considérables déployés par les institutions nationales et internationales pour lutter contre les maladies transmissibles 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 éradiquer la disparité entre les sexes en termes de TMA pour créer des sociétés plus égales. Pour que ces efforts puissent porter leurs fruits, il est fondamental de coopérer avec la communauté internationale et de tirer bénéfice des expériences d'autres pays de l'OCI.



**Graphique 3.5:** Pays de l'OCI avec le plus haut et le plus bas taux de mortalité des hommes (en haut) et des femmes (en bas) adultes, 2017



Source: Banque mondiale, IDM

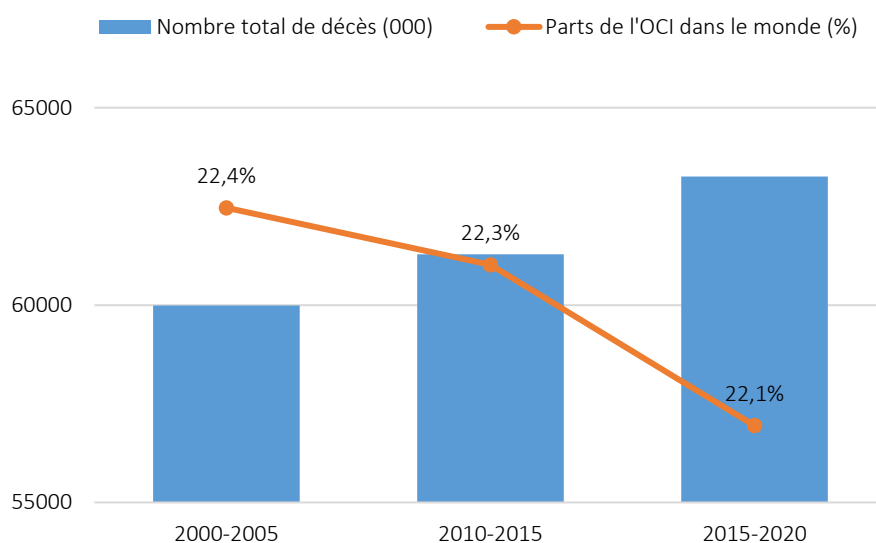
### 3.3 Causes de mortalité

Le nombre total de décès pourrait être réduit dans un pays ou une région en améliorant la disponibilité et l'accès aux services de santé et en luttant contre les maladies, notamment par des efforts de prévention et l'utilisation des nouvelles technologies. De même, une tendance négative dans le nombre de conflits, de guerres et de catastrophes naturelles pourrait contribuer à réduire le nombre total de décès dans un pays ou une région donnés.

Le graphique 3.6 présente le nombre total estimatif de décès dans le groupe de l'OCI et indique la part de l'OCI dans le monde sur la période 2000-2015. Le nombre total de décès dans les pays de l'OCI a été estimé à environ 60 millions sur la période 2000-2005. Et ce chiffre devrait atteindre 63,3 millions pour la période 2015-2020. Néanmoins, la part des décès enregistrés dans les pays de l'OCI dans le monde est en baisse, passant de 22,4 % pendant la période 2000-2005 à 22,3 % pendant la période 2010-2015. On estime qu'elle devrait encore

baisser à 22,1 % au cours de la période 2015-2020. Cette tendance pourrait s'expliquer par un certain nombre de facteurs tels que l'allongement de l'espérance de vie, l'amélioration des services de santé et une vaste gamme d'efforts de prévention des maladies déployés par les pays de l'OCI.

**Graphique 3.6:** Nombre total de décès dans les pays de l'OCI (tous les sexes), en milliers (à gauche) et sa part dans le monde (%) (2000-2020)



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les estimations du DESA de l'ONU

Selon l'OMS, les causes de décès peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les maladies non transmissibles (MNT), les maladies transmissibles (MT) et les blessures. Les niveaux de développement des pays influent non seulement sur les taux de mortalité, l'espérance de vie et la qualité de vie de leurs habitants, mais déterminent aussi les principales causes de décès de ses citoyens. Au fur et à mesure que les pays se développent, ils peuvent investir davantage dans la lutte contre les maladies transmissibles qui pourraient être facilement prévenues, par conséquent, leurs habitants ne meurent généralement pas de ces maladies. Cependant, les pays plus développés ont tendance à souffrir davantage des MNT qui menacent leur population, comme le diabète, l'obésité et l'inactivité physique.

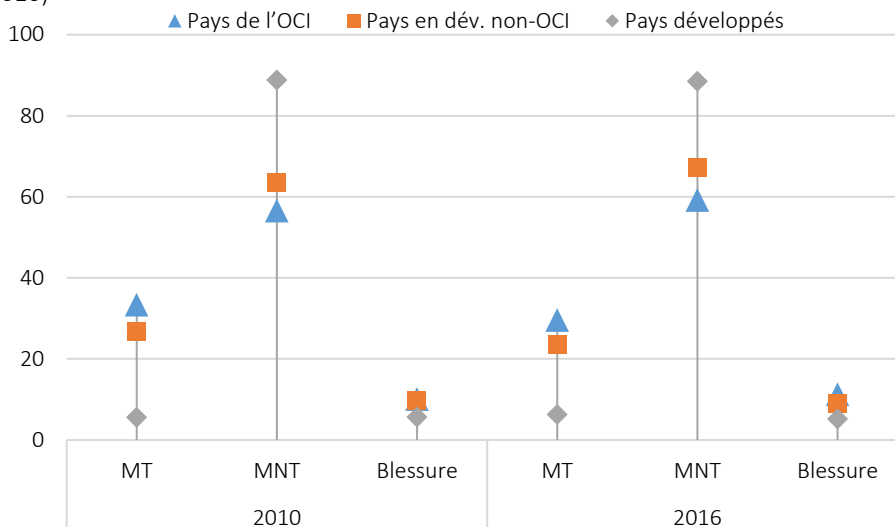
Le graphique 3.7 montre les causes du décès à travers les groupes de pays entre 2010 et 2016. Selon les dernières estimations, les MNT sont la cause du décès principale dans le monde entier. En 2016, 68,8 % de tous les décès dans le monde ont été attribués aux MNT. Dans le groupe de l'OCI, les MNT ont causé 56,6 % de tous les décès en 2010 et 59,2 % en 2016. La part des MT a diminué de 33,4 % en 2010 à 29,6 % en 2016 ; grâce aux efforts des pays de l'OCI pour faire face aux maladies transmissibles en coopération avec les institutions internationales compétentes. La part des décès causés par des blessures a légèrement augmenté, passant de 10 % en 2010 à 11,3 % en 2016 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. Les décideurs politiques doivent accorder une attention particulière à l'augmentation de la prévalence des décès causés par les MNT lors de la mise en œuvre des politiques de lutte contre les maladies transmissibles (graphique 3.7).

**Graphique 3.7:** Principales causes de décès (en pourcentage du total des décès) (2000-2016)



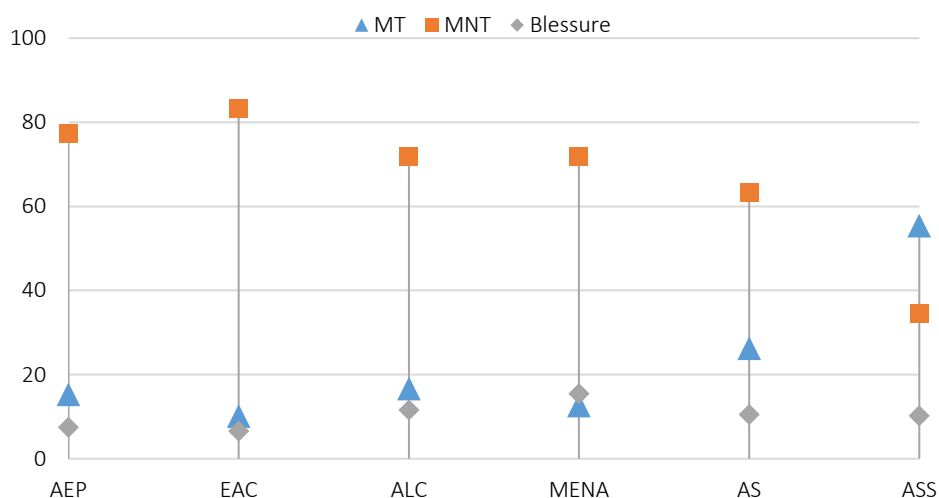
Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur la base de données des Indicateurs du développement dans le monde (IDM) de la banque mondiale.

Dans les pays avancés, en 2016, 88,5 % de tous les décès ont été causés par les MNT comparés à 67,3 % dans les pays en développement non membres de l'OCI. En revanche, en 2016, seulement 6,3 % de tous les décès ont été causés par des MT et la principale cause de 5,2 % de tous les décès était des blessures dans les pays développés. Cependant, dans les pays en développement non membres de l'OCI, les MT ont causé beaucoup de pertes de vies: 23,7 % de tous les décès ont été causés par les MT en 2016. Comparés à la moyenne des pays de l'OCI (29,6 %), les MT ont eu moins d'impact dans les pays en développement non membres de l'OCI en termes de causes de décès. Dans les pays en développement non membres de l'OCI, les blessures ont causé 9,0 % de tous les décès en 2016.

Au niveau des groupes régionaux de l'OCI, l'Afrique subsaharienne (ASS) est le groupe qui a le plus souffert des maladies transmissibles et des pathologies maternelles, prénatales et nutritionnelles qui ont causé 55,4 % de décès en 2016. 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 les MT, où 26,2 % des personnes sont mortes de ces maladies en 2016 (graphique 3.8). Au niveau national, 65,3 % de tous les décès au Mozambique ont été causés par des MT, suivis par la Somalie avec une part de 64,2 % en 2016. Ces chiffres font du Mozambique et de la Somalie les pays les plus touchés par les MT car ils ont le pourcentage le plus élevé de décès causés

par ces maladies. D'autre part, la région de l'Europe et de l'Asie Centrale souffre le plus en termes de décès causées par les MNT où, en moyenne, 83,4 % de tous les décès ont été causés par ces maladies (graphique 3.8). L'EAC est suivie par la région de l'Asie de l'Est et le Pacifique (AEP) où 77,2 % de toutes les personnes meurent à cause des MNT. Environ 93,1 % de tous les décès en Albanie ont été causés par les MNT, ce qui représente la part la plus élevée parmi les pays de l'OCI. Les blessures ont entraîné des pertes de vie surtout dans les régions de l'ALC et du MOAN où 15,4 % et 11,6 % de tous les décès ont été causés par des blessures en 2016, respectivement (graphique 3.8).

**Graphique 3.8:** Principales causes de décès dans les régions de l'OCI (pourcentage du total des décès), 2016



Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur la base de données des Indicateurs du développement dans le monde (WDI) de la banque mondiale.

### 3.4 Maladies Transmissibles

Les maladies infectieuses sont causées par des microorganismes pathogènes, tels que bactéries, virus, parasites ou champignons ; les maladies peuvent se transmettre, directement ou indirectement, d'une personne à une autre. Ces types de maladies sont généralement appelées maladies transmissibles et la plupart du temps, ces maladies peuvent être évitées. Cette section examine la prévalence des MT dans les pays de l'OCI.

#### 3.4.1 VIH/SIDA

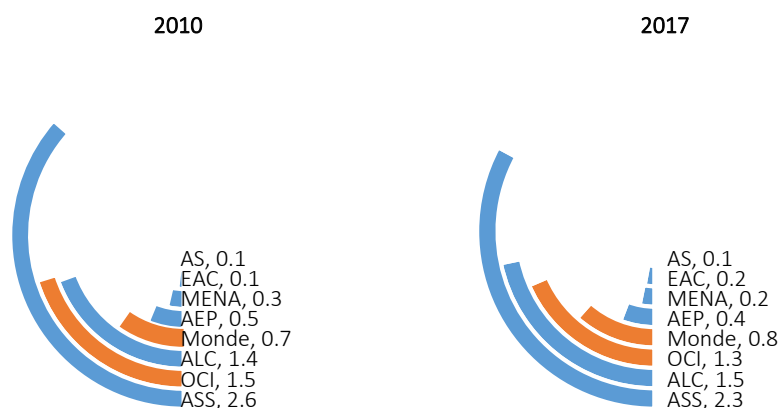
Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) cible le système immunitaire et affaiblit les systèmes de surveillance et de défense contre les infections et certains types de cancer. Au fur et à mesure que le virus détruit et altère la fonction des cellules immunitaires, les personnes infectées deviennent progressivement immunodéficientes. Le stade le plus avancé de l'infection au VIH est le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui peut prendre de



2 à 15 ans selon les individus. Le sida se définit par le développement de certains cancers, infections ou autres manifestations cliniques graves.

Selon l'OMS (2019), 1,7 million de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2018 et environ 38 millions vivent avec le VIH dans le monde. La région de l'Afrique est restée la plus gravement touchée, avec environ 1,1 million de nouveaux cas d'infection par le VIH estimés dans cette région en 2018. Le VIH peut être transmis par l'échange de divers liquides organiques provenant de personnes infectées, comme le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales. Pour poser un diagnostic, il faut effectuer un test de dépistage du VIH qui révèle l'état infectieux en détectant la présence ou l'absence d'anticorps anti-VIH dans le sang.

**Graphique 3.9:** Prévalence du VIH/Sida (% de la population âgée de 15 à 49 ans) dans les régions du monde et de l'OCI (2010-2017)

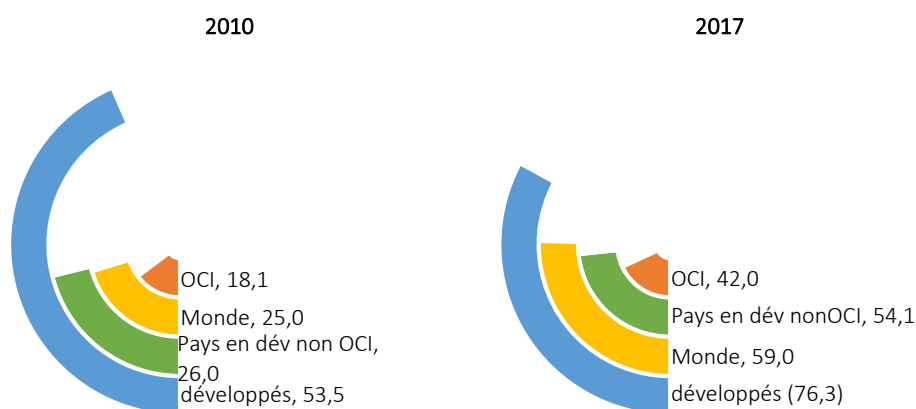


Source: Calculs préparés par SESRIC basés sur la Banque mondiale, statistiques sur la santé, la nutrition et la population.

Selon le graphique 3.9 (à gauche), la prévalence du VIH dans le monde a légèrement augmenté entre 2010 et 2017. Grâce aux campagnes internationales et nationales, certains pays de l'OCI ont enregistré une baisse significative de la prévalence des cas de VIH au cours de cette période. En 2017, le taux de prévalence mondial moyen était de 0,8 %. Le taux de prévalence moyen dans les pays de l'OCI est en baisse, passant de 1,5 % en 2010 à 1,3 % en 2017. Dans les sous-régions de l'OCI, la prévalence du VIH était concentrée surtout en Afrique subsaharienne. L'Afrique subsaharienne est la région qui a le plus souffert du VIH, avec un taux de prévalence moyen de 2,3 % en 2017, un taux supérieur à la moyenne mondiale (0,8 %) et à la moyenne de l'OCI (1,3 %). Parmi les sous-régions de l'OCI, Afrique subsaharienne a enregistré les cas de VIH les plus faibles, car 0,1 % seulement de toute la population a été diagnostiqué de VIH (graphique 3.9, à droite).

La couverture de la thérapie antirétrovirale est l'un des moyens les plus efficaces de prévention et de traitement du sida. Selon l'OMS, les médicaments antirétroviraux permettent aux personnes vivant avec le VIH de vivre de nombreuses années avant de développer les symptômes du sida. Le taux de couverture de la thérapie antirétrovirale dans le groupe de l'OCI, en moyenne, était en hausse, passant de 18,1 % en 2010 à 42 % en 2017. Toutefois, cette moyenne demeure inférieure à la moyenne mondiale de 59,0 % en 2017 (graphique 3.10).

**Graphique 3.10:** Couverture des traitements antirétroviraux (% de personnes vivant avec le VIH/sida) (2010-2017)



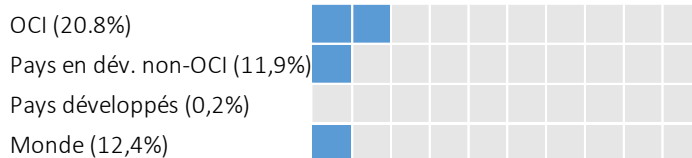
Source: Calculs préparés par SESRIC basés sur la Banque mondiale, statistiques sur la santé, la nutrition et la population.

### 3.4.2 Diarrhée

La diarrhée se définit comme le passage d'au moins trois selles liquides ou molles par jour (ou un passage plus fréquent que la normale pour un individu). C'est la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde. Chaque année, la diarrhée tue environ 525 000 enfants de moins de cinq ans. Dans le monde, il y a près de 1,7 milliard de cas de maladies diarrhéiques chaque année. La diarrhée est également l'une des principales causes de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans.

Une proportion importante de la diarrhée peut être évitée grâce à l'accès à l'eau potable et

**Graphique 3.11:** Taux de mortalité attribuable à l'eau insalubre, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène (pour 100 000 habitants), 2016

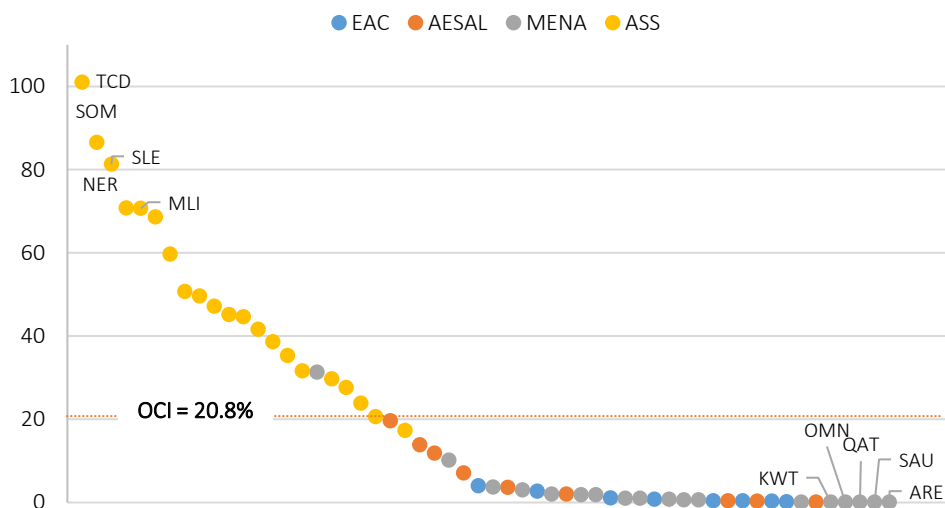


Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de la Banque mondiale, IDM



à un assainissement et une hygiène adéquats. Les pays de l'OCI ont, en moyenne, augmenté leurs installations sanitaires et leurs sources d'eau par rapport aux années 90. En 2015, en moyenne, 67,6 % de la population des pays de l'OCI ont accès à des installations sanitaires améliorées et 84,3 % de la population ont accès à des sources d'eau améliorées (SESRIC, 2017). Néanmoins, le taux de mortalité attribué à l'eau insalubre, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène (pour 100.000 habitants) était encore élevé dans les pays de l'OCI, en moyenne, mesuré à 20,9 en 2016 où la moyenne mondiale était de 12,5 la même année (graphique 3.11). A cet égard, les pays de l'OCI situés en Afrique subsaharienne ont le plus souffert. Au Tchad, ce chiffre était de 101 en 2016, suivi par la Somalie (86,6). Globalement, ces chiffres indiquent que l'accès à l'assainissement et aux sources d'eau reste un problème clé dans un certain nombre de pays de l'OCI, en particulier en Afrique subsaharienne. En particulier, ces deux facteurs (eau insalubre et manque d'assainissement amélioré) sont parmi les principales causes des cas de diarrhée observés et sont responsables de nombreux décès. Par conséquent, les pays de l'OCI doivent investir davantage dans l'infrastructure pour réduire le nombre de décès causés par la diarrhée qui est une maladie transmissible évitable.

**Graphique 3.12:** Taux de mortalité attribuable à l'eau insalubre, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène dans les pays de l'OCI (pour 100 000 habitants), 2016



Source: Banque mondiale, IDM

### 3.4.3 Paludisme

Le paludisme est une maladie mortelle causée par des parasites qui sont transmis à l'homme par les piqûres de moustiques infectés. En 2017, le paludisme a causé environ 435 000 décès, principalement chez les enfants africains. Le paludisme est une maladie évitable et guérissable. Le renforcement des mesures de prévention et de lutte contre le paludisme réduit considérablement le fardeau du paludisme dans plusieurs pays en développement. Néanmoins, le nombre total de cas de paludisme dans certains pays de l'OCI est en

augmentation et, par conséquent, la part des pays de l'OCI dans le monde en termes de cas de paludisme signalés est passée de 50,8 % en 2016 à 52,3 % en 2017

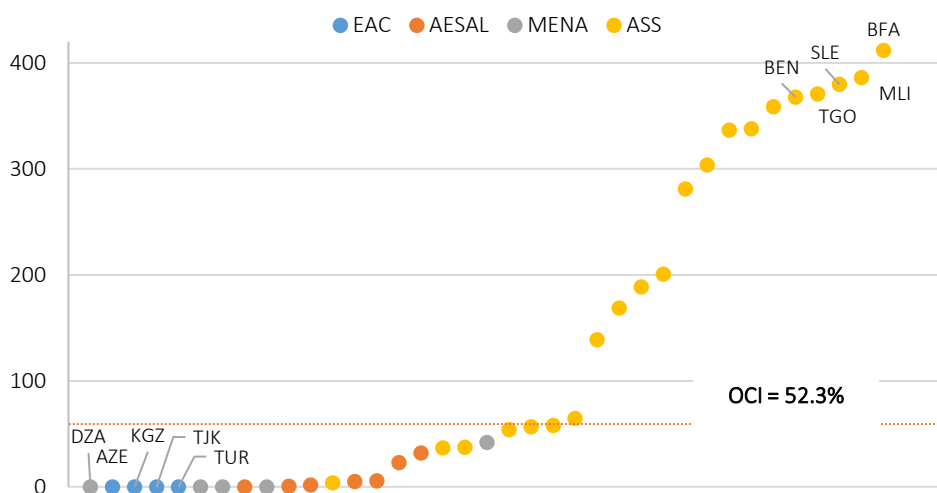
**Graphique 3.13:** Pourcentage des cas de paludisme signalés dans le monde, 2017



Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de la Banque mondiale, IDM

(graphique 3.13). En 2017, on estimait à 219 millions le nombre de cas de paludisme dans 87 pays. Le Burkina Faso (412), le Mali (386) et la Sierra Leone (380) ont été les trois premiers pays de l'OCI en termes d'incidence du paludisme (pour 1.000 habitants) en 2017 (graphique 3.14).

**Graphique 3.14:** Pays de l'OCI en termes d'incidence du paludisme (pour 1.000 populations à risque), 2017\*



Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de la Banque mondiale, IDM

Remarque : Les pays pour lesquels des données sont disponibles sont déclarés

La lutte contre le paludisme est axée sur l'information en matière de santé publique, la science et la recherche, la prévention et le contrôle, la gestion des cas et la réglementation des tests diagnostiques et des vaccins. En particulier, les médicaments antipaludiques et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide sont très efficaces pour combattre le paludisme chez les enfants. A cet égard, les pays de l'OCI doivent redoubler d'efforts pour lutter contre le paludisme en investissant davantage dans ces médicaments et ces moustiquaires. Les OMD et les ODD ont tous deux abordé au paludisme et ont fixé des objectifs pour que les pays luttent contre le paludisme dans le monde entier. L'OIC-SHPA 2014-2023 présente également une feuille de route pour les pays de l'OCI pour la lutte contre le paludisme dans le domaine thématique 2.



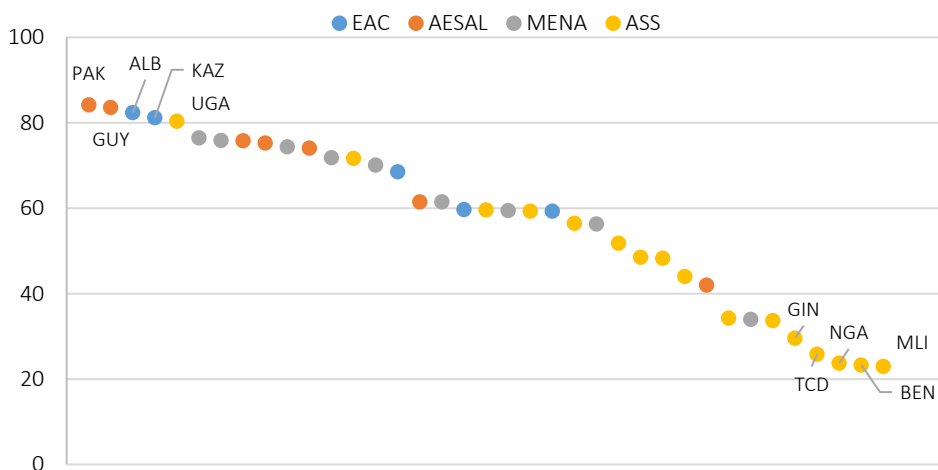
### 3.4.4 Pneumonie

La pneumonie est une forme d'infection respiratoire aiguë qui affecte les poumons. Les poumons sont constitués de petits sacs appelés alvéoles, qui se remplissent d'air lorsqu'une personne en bonne santé respire. Lorsqu'une personne souffre de pneumonie, les alvéoles sont remplies de pus et de liquide, ce qui rend la respiration douloureuse et limite l'apport en oxygène.

La pneumonie est la principale cause de décès infectieux chez les enfants dans le monde et a tué environ 808 694 enfants de moins de cinq ans en 2017, soit 15 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans. La pneumonie touche les enfants et les familles partout dans le monde, mais elle est plus répandue en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. La pneumonie peut être évitée par la vaccination, une nutrition adéquate et la prise en compte des facteurs environnementaux. Les enfants peuvent être protégés contre la pneumonie ; elle peut être évitée par de simples interventions et traitée avec des médicaments et des soins peu coûteux et d'une technologie rudimentaire.

Le traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) est utilisé pour combattre la pneumonie. Il aide à améliorer la qualité de la respiration et, avec le temps, à éradiquer la pneumonie. Selon le SESRIC (2017), les pays de l'OCI ont, en moyenne, enregistré une amélioration du taux de traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) depuis les années 90. Néanmoins, il existe un écart important entre les performances individuelles des pays de l'OCI. Par exemple, au Mali, au Bénin et au Nigeria, le taux est resté inférieur à 24 %, alors que dans les pays de l'OCI comme l'Albanie, le Guyana et le Pakistan, il a dépassé 80 % (graphique 3.15). A cette fin, de nombreux pays de l'OCI doivent intensifier leurs efforts pour augmenter

**Graphique 3.15:** Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) (pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant consulté un agent de santé) dans les pays de l'OCI,



Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de la Banque mondiale, IDM

le taux de couverture du traitement des IRA. En particulier, les pays de l'OCI situés en Afrique subsaharienne qui souffrent beaucoup de pneumonie et de problèmes respiratoires connexes doivent enregistrer davantage de progrès.

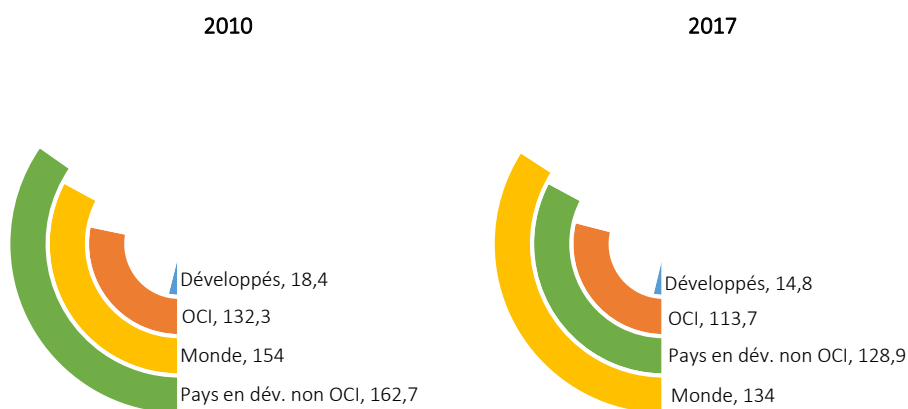
### 3.4.5 Tuberculose

La tuberculose (TB) est une maladie bactérienne infectieuse causée par le mycobacterium tuberculosis, qui affecte le plus souvent les poumons. Elle se transmet d'une personne à l'autre par les gouttelettes de la gorge et des poumons des personnes atteintes de la maladie respiratoire active. Les symptômes de la tuberculose active des poumons sont la toux, parfois accompagnée d'expectorations ou de sang, de douleurs thoraciques, de faiblesse, de perte de poids, de fièvre et de sueurs nocturnes.

Selon l'OMS, la tuberculose (TB) est l'une des 10 premières causes de décès dans le monde. En 2017, 10 millions de personnes sont tombées malades de la tuberculose et 1,6 million en sont mortes. En 2017, 87 % des nouveaux cas de tuberculose sont survenus dans les 30 pays où le fardeau de la tuberculose est élevé. Huit pays représentaient les deux tiers des nouveaux cas de tuberculose : L'Inde, la Chine, l'Indonésie, les Philippines, le Pakistan, le Nigeria, le Bangladesh et l'Afrique du Sud où quatre d'entre eux sont membres de l'OCI.

La tuberculose peut être traitée par un traitement de six mois aux antibiotiques. C'était l'une des maladies transmissibles spécifiques mentionnées dans les OMD (OMD 6). L'éradication de l'épidémie de tuberculose d'ici 2030 fait partie des objectifs de santé des Objectifs de développement durable (ODD). Le nombre estimatif de personnes qui tombent malades de la tuberculose chaque année diminue, bien que très lentement.

**Graphique 3.16:** Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants), 2010 et 2017



*Source:* Calculs préparés par SESRIC basés sur la Banque mondiale, statistiques sur la santé, la nutrition et la population.





L'incidence mondiale de la tuberculose est passée de 154 en 2010 à 134 en 2017 (graphique 3.16). Les pays de l'OCI, en moyenne, ont également suivi une tendance négative similaire où l'incidence de la tuberculose a diminué de 132,3 (pour 100 000 habitants) en 2010 à 113,7 en 2017. Dans les pays en développement non membres de l'OCI, en moyenne, le taux d'incidents a également régressé de 162,7 en 2010 à 128,9 en 2017.

Un taux de réussite élevé dans le traitement de la tuberculose est l'une des raisons de la réduction du nombre de décès dus à la tuberculose dans le monde. Les pays de l'OCI ont connu, en moyenne, une augmentation du taux de réussite du traitement de la tuberculose qui est passé de 80,7 % en 2010 à 81,7 % en 2016 (graphique 3.17). Le taux de réussite mondial est passé de 84 à 81 % au cours de la même période.

Dans l'ensemble, le groupe de l'OCI a, en moyenne, enregistré des progrès significatifs dans la réduction de l'incidence de la tuberculose, principalement grâce aux efforts de prévention et à une meilleure nutrition. Néanmoins, les pays de l'OCI doivent encore déployer des efforts pour améliorer la prévention de la tuberculose et le taux de réussite de son traitement afin de réduire davantage le nombre de nouveaux cas et de décès causés par la tuberculose.

**Graphique 3.17:** Taux de réussite du traitement de la tuberculose (pourcentage de nouveaux cas, 2016)



*Source:* Calculs du personnel du SESRIC basés sur les statistiques de la Banque Mondiale sur la Nutrition

### 3.4.6 Polio

La polio est une maladie hautement infectieuse causée par un virus. Elle envahit le système nerveux et peut provoquer une paralysie totale en quelques heures. Le virus se transmet de personne à personne principalement par voie fécale-orale ou, moins fréquemment, par un véhicule commun (p. ex. eau ou aliments contaminés) et se multiplie dans l'intestin. Les symptômes initiaux sont la fièvre, la fatigue, les maux de tête, les vomissements, la raideur dans le cou et la douleur dans les membres. Une infection sur 200 entraîne une paralysie irréversible (généralement dans les jambes). Parmi les personnes paralysées, 5 à 10 % meurent lorsque leurs muscles respiratoires sont immobilisés.

La polio touche principalement les enfants de moins de 5 ans. Il n'y a pas de remède contre la polio, on ne peut que la prévenir. Deux vaccins promettent la possibilité d'une éradication. Le nombre de cas de polio a diminué de plus de 99 % depuis 1988, passant d'environ 350 000 cas à l'époque à 33 cas déclarés en 2018. Grâce à l'effort mondial d'éradication de la maladie, des millions de personnes ont été sauvées de la paralysie. Cette réduction est le résultat de l'effort mondial d'éradication de la maladie. Selon les estimations de l'OMS, l'éradication de la poliomyélite permettrait d'économiser au moins 40 à 50 milliards de dollars entre 1988 et 2035, principalement dans les pays à faible revenu dont plusieurs pays de l'OCI.

### 3.5 Maladies non transmissibles

Les MNT chroniques sont la première cause de décès et d'invalidité dans le monde. Le terme MNT désigne un groupe d'affections qui ne sont pas principalement causées par une infection aiguë, qui ont des conséquences à long terme sur la santé et qui nécessitent souvent un traitement et des soins à long terme. Ces maladies comprennent les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques, parmi les principales. De nombreuses maladies non transmissibles peuvent être évitées en réduisant les facteurs de risque communs tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique et les régimes alimentaires malsains.

Selon l'OMS, les maladies non transmissibles (MNT) tuent 41 millions de personnes chaque année, soit 71 % de tous les décès dans le monde. Les maladies cardiovasculaires sont responsables de la plupart des décès dus aux MNT, soit 17,9 millions de personnes par an, suivies des cancers (9,0 millions), des maladies respiratoires (3,9 millions) et du diabète (1,6 million). Ces quatre groupes de maladies représentent plus de 80 % de tous les décès causés par les MNT.

Les MNT ont des conséquences socio-économiques importantes. Des millions de dollars sont alloués au traitement des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des maladies respiratoires chroniques, qui compromettent la viabilité des budgets nationaux des soins de santé. Selon les estimations de l'OMS, près de 100 millions de personnes sont poussées dans la pauvreté chaque année parce qu'elles doivent payer de leur poche les services de santé. Cela indique qu'il existe une forte corrélation entre les MNT et la pauvreté. Dans les pays en développement, de nombreuses personnes pauvres tombent dans un dangereux cercle vicieux où la pauvreté et les maladies non transmissibles se renforcent mutuellement. La capacité des familles pauvres à lutter contre les maladies non transmissibles diminue à mesure qu'elles sont poussées dans la pauvreté et se retrouvent avec moins d'argent pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. Dans ce contexte, les politiques de lutte contre les maladies non transmissibles doivent comprendre trois volets : le traitement des maladies, la réduction des facteurs de risque qui conduisent aux maladies non transmissibles (c'est-à-dire la prévention) et la prise en compte des impacts socio-économiques des maladies non transmissibles sur la population. Les Nations Unies et d'autres organisations internationales accordent une attention particulière aux MNT qui touchent des millions de personnes dans le monde entier. Les objectifs de développement durable (ODD) ont fixé comme objectif de réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles par la prévention et le traitement d'ici 2030.



### 3.5.1 Maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques

#### 3.5.1.1 Faits de base

Les maladies cardiovasculaires sont causées par des troubles du cœur et des vaisseaux sanguins et comprennent les maladies coronariennes (crises cardiaques), les maladies cérébrovasculaires (AVC), l'hypertension artérielle, les maladies artérielles périphériques, les maladies cardiaques rhumatismales, les cardiopathies congénitales et l'insuffisance cardiaque. Les principales causes des maladies cardiovasculaires sont le tabagisme, l'inactivité physique, une mauvaise alimentation et la consommation d'alcool. Les facteurs génétiques et environnementaux ont également des effets sur les maladies cardiovasculaires.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de décès dans le monde. En d'autres termes, plus de personnes meurent chaque année de maladies cardiovasculaires que de toute autre cause. Selon l'OMS, environ 17,9 millions de personnes sont mortes de maladies cardiovasculaires en 2016, soit 31 % de tous les décès dans le monde.

Selon l'OMS, le cancer est un terme générique pour un grand groupe de maladies qui peuvent affecter n'importe quelle partie du corps. Les autres termes utilisés sont tumeurs malignes et néoplasmes. L'une des caractéristiques du cancer est la création rapide de cellules anormales qui se développent au-delà de leurs limites habituelles et qui peuvent ensuite envahir des parties adjacentes du corps et se propager à d'autres organes, ce dernier processus est appelé métastase. Les métastases sont la principale cause de décès par cancer.

Les cancers comptent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde, 9,6 millions de décès liés au cancer ayant été déclarés en 2018. Dans le monde, près d'un décès sur six est dû au cancer. Environ un tiers des décès par cancer sont dus aux 5 principaux risques comportementaux et alimentaires : indice de masse corporelle élevé, faible consommation de fruits et légumes, manque d'activité physique, consommation de tabac et d'alcool. En 2018, les causes les plus courantes de décès par cancer sont les cancers du poumon (2,09 millions de décès), du sein (2,09 millions) et colorectal (1,80 million).

Les maladies respiratoires chroniques (MRC) sont des maladies des voies respiratoires et d'autres structures pulmonaires. Certaines des maladies les plus courantes comprennent l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et les allergies respiratoires. Des centaines de millions de personnes souffrent chaque jour de maladies respiratoires chroniques. Selon les dernières estimations de l'OMS, environ 235 millions de personnes souffriront d'asthme en 2017. Plus de 3 millions de personnes sont décédées de la MPOC en 2017, ce qui équivaut à 6 % de tous les décès dans le monde cette année-là.

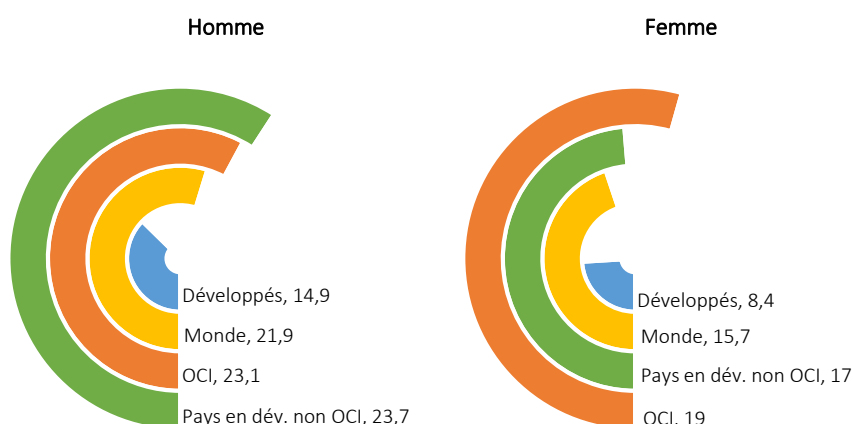
En plus de la fumée du tabac, d'autres facteurs de risque comme la pollution de l'air, les produits chimiques et les poussières utilisés au travail et les infections fréquentes des voies respiratoires inférieures pendant l'enfance sont parmi les principales causes de la MRC.

Le diabète est une MNT chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou lorsque l'organisme ne peut utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. L'hyperglycémie, ou augmentation de la glycémie, est un effet courant du diabète non contrôlé et entraîne avec le temps de graves dommages à de nombreux systèmes de l'organisme, en particulier les nerfs et les vaisseaux sanguins. Les causes du diabète sont complexes. Toutefois, l'augmentation mondiale de la prévalence du diabète peut être attribuée à l'augmentation rapide du surpoids, y compris l'obésité et l'inactivité physique. En 2016, on estime à 1,6 million le nombre de décès directement causés par le diabète dans le monde.

### 3.5.1.2 taux de mortalité

Le graphique 3.18 présente le taux de mortalité attribuable aux MCV, au cancer, au diabète ou aux Maladies respiratoires chroniques (MRC) entre 30 et 70 ans en 2010 et 2016. Parmi la population féminine, le taux de mortalité est passé de 16,6 % en 2010 à 15,7 % en 2016 au niveau mondial. Une réduction similaire a été observée dans la population masculine : le taux est passé de 23,3 % à 21,9 % au cours de la même période. Les pays de l'OCI ont également réussi, en moyenne, à réduire le taux de mortalité des hommes et des femmes au cours de cette période. Le taux moyen de mortalité de la population masculine dans les pays de l'OCI est passé de 24,3 % en 2010 à 23,1 % en 2016, tandis que celui de la population féminine est tombé de 20,2 % en 2010 à 19,0 % en 2016. Parmi les pays en développement non membres de l'OCI, en moyenne, une tendance similaire à la baisse a été observée au cours de la période 2010-2016 parmi la population masculine et féminine.

**Graphique 3.18:** Mortalité par MCV, cancer, diabète ou maladies cardio-vasculaires entre 30 et 70 ans (%), 2016

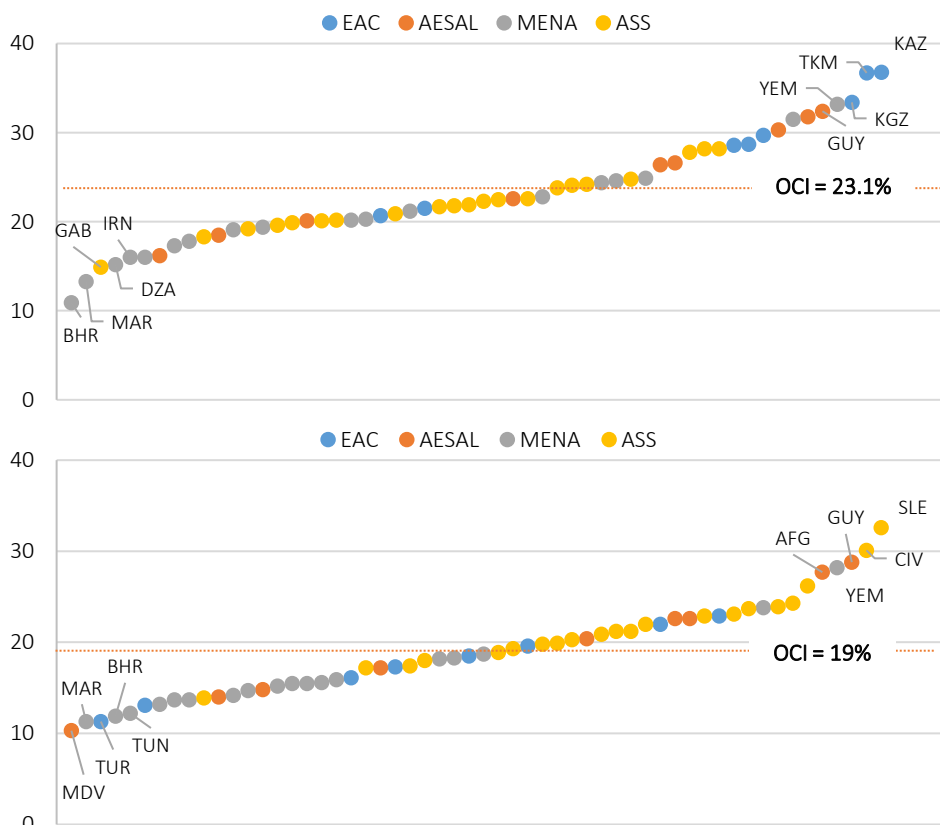


*Source:* Calculs préparés par SESRIC basés sur la Banque mondiale, statistiques sur la santé, la nutrition et la population.



Au niveau national, parmi la population féminine, le taux de mortalité le plus faible, entraîné par les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète ou les MRC, a été enregistré aux Maldives (10,3 %), au Maroc (11,3 %), en Turquie (11,3 %) et à Bahreïn (11,9 %) en 2016. La Sierra Leone (32,6 %) et la Côte d'Ivoire (30,1 %) avaient les taux de mortalité les plus élevés la même année. Parmi la population masculine, Bahreïn (10,9 %) et le Maroc (13,3 %) étaient les deux pays de l'OCI où le taux de mortalité était le plus faible, tandis que le Kazakhstan (36,8 %) et le Turkménistan (36,7 %) avaient les taux les plus élevés (graphique 3.19).

**Graphique 3.19:** Pays de l'OCI avec le taux de mortalité le plus élevé et le plus faible chez les hommes (en haut) et les femmes (en bas) due aux MCV, au cancer, au diabète ou aux MRC (%), 2016



Source: Statistiques de la Banque mondiale sur la santé, la nutrition et la population

Dans l'ensemble, les chiffres révèlent que les pays de l'OCI ont, en moyenne, enregistré des progrès dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète ou les MRC au cours de la période 2010-2016. Néanmoins, ils doivent intensifier leurs efforts en termes de prévention, de détection et de traitement afin de réduire davantage la mortalité causée par ces maladies.

### 3.5.1.3 Prévention et traitement

La plupart des maladies cardiovasculaires peuvent être prévenues en faisant face aux facteurs de risque comportementaux comme le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'obésité, l'inactivité physique et la consommation nocive d'alcool. De nombreux dispositifs médicaux et médicaments sont disponibles dans le monde entier pour améliorer le bien-être des patients atteints de MCV et pour les guérir. A 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 conduisent aux maladies cardiovasculaires, ainsi que pour améliorer et développer les méthodes de traitement spécifiques des maladies cardiovasculaires.

Chaque type de cancer nécessite un schéma thérapeutique spécifique qui englobe une ou plusieurs modalités telles que la chirurgie, et/ou la radiothérapie, et/ou la chimiothérapie. A cet égard, la détection précoce et le diagnostic correct sont essentiels pour un traitement adéquat et efficace. Environ un tiers des décès par cancer sont dus à cinq principaux risques comportementaux et alimentaires : indice de masse corporelle élevé, faible consommation de fruits et légumes, manque d'activité physique, tabagisme et consommation d'alcool. Le tabagisme est le facteur de risque le plus important de cancer causant environ 20 % des décès par cancer dans le monde et environ 70 % des décès par cancer du poumon. Par conséquent, la lutte contre ces facteurs de risque revêt une importance cruciale pour tous les pays afin de réduire le nombre de décès causés par le cancer. Des technologies innovatrices et de nouveaux médicaments sont désormais disponibles pour traiter les personnes atteintes de cancer. A cet égard, les pays de l'OCI doivent améliorer davantage les capacités de leurs systèmes nationaux de santé pour fournir ces médicaments et technologies à leurs populations en temps opportun.

Selon l'OMS, les principaux facteurs de risque de maladies respiratoires sont le tabagisme, la pollution de l'air intérieur, la pollution extérieure, les allergènes, les risques professionnels et la vulnérabilité. Tout en investissant dans le traitement des maladies respiratoires, les pays de l'OCI ne doivent pas négliger de mettre en œuvre des politiques visant à réduire les facteurs de risque susmentionnés qui causent des millions de décès chaque année. A cet égard, l'initiative "Sans tabac de l'OCI" du Centre de Recherches Statistiques économiques, sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC) pourrait jouer un rôle important pour réduire la mortalité causée par les maladies respiratoires dans les pays de l'OCI. Bien que la plupart des MRC ne soient pas guérissables, la technologie et les médicaments ont aidé les personnes atteintes de MRC à améliorer leur qualité de vie. A cet égard, les pays de l'OCI doivent suivre de près l'évolution de la situation dans ce domaine en vue de la fourniture efficace de ces médicaments et technologies de traitement à leurs populations.

Les pays de l'OCI doivent déployer des efforts considérables pour lutter contre les facteurs de risque qui pourraient causer le diabète tels que l'obésité et le manque d'activité physique. En particulier, certains ingrédients utilisés dans l'industrie alimentaire tels que le sucre et les additifs devraient être surveillés attentivement par les autorités nationales pour réduire la prévalence du diabète à long terme dans les pays de l'OCI. En outre, des campagnes de



sensibilisation sur le diabète et la promotion de modes de vie sains dans les milieux sociaux joueraient un rôle dans la prévention du diabète.

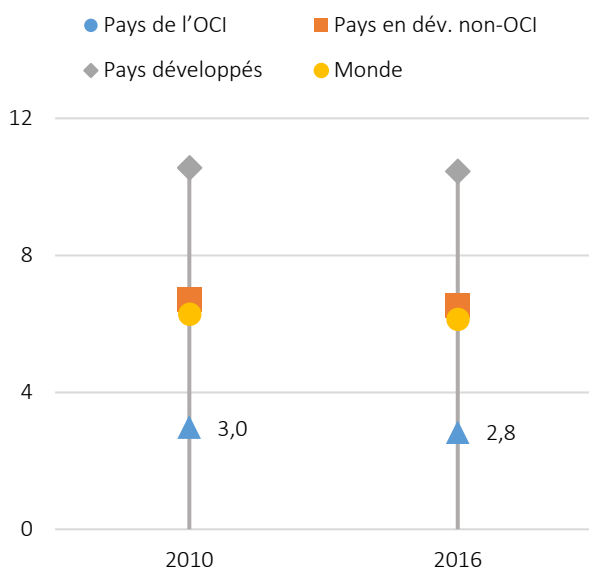
### 3.6 Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont des facteurs qui peuvent causer des MNT dans le monde entier, allant de la consommation nocive d'alcool à l'inactivité physique. Cette sous-section passe en revue la position des pays de l'OCI en ce qui concerne les principaux facteurs de risque par rapport aux autres groupes et formule quelques recommandations pour l'avenir.

#### 3.6.1 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est un facteur causal dans plus de 200 maladies, y compris des maladies infectieuses comme la tuberculose ainsi que l'évolution du VIH/SIDA et des blessures. C'est donc un facteur de risque pour plusieurs maladies qui touchent des millions de personnes dans le monde. Dans le monde, 3 millions de décès par an résultent de la consommation nocive d'alcool, ce qui représente 5,3 % de tous les décès, selon les estimations de l'OMS. En particulier, dans le groupe des 20-39 ans, environ 13,5 % du total des décès sont attribuables à l'alcool.

**Graphique 3.20:** Consommation d'alcool par habitant (15 ans et plus) (en litres d'alcool pur), 2010 et 2016



Source: Calculs préparés par SESRIC basés sur la Banque mondiale, statistiques sur la santé, la nutrition et la population.

A part ses conséquences sur la santé, la consommation d'alcool entraîne des pertes sociales et économiques importantes pour les individus et la société. Dans ce contexte, les gouvernements du monde entier doivent lutter contre la consommation nocive d'alcool. Le graphique 3.20 montre que la moyenne mondiale de la consommation d'alcool par habitant est passée de 6,3 litres en 2010 à 6,1 litres en 2016. Le groupe de l'OCI a connu, en moyenne, une légère baisse, passant de 3,0 litres à 2,8 litres au cours de la même période. Les pays développés ont également enregistré, en moyenne, une réduction de 10,6 à 10,5 litres. La moyenne des pays en développement non

membres de l'OCI a également légèrement baissé, passant de 6,7 litres en 2010 à 6,5 litres en 2016.

Ces chiffres impliquent qu'il existe, en moyenne, une tendance mondiale à la baisse en termes de consommation nocive d'alcool. Néanmoins, davantage d'efforts doivent être déployés par certains pays de l'OCI où la consommation moyenne d'alcool par personne est très élevée. En particulier, ces pays de l'OCI se concentrent principalement dans les régions de l'ASS (4,3 litres) et de la EAC (4,4 litres). Ces pays de l'OCI doivent élaborer et mettre en œuvre des stratégies efficaces pour réduire la consommation nocive d'alcool. Certaines des stratégies utilisées dans le monde à cet égard comprennent :

- réglementer la commercialisation des boissons alcoolisées (en particulier pour les jeunes) ;
- réglementer et restreindre la disponibilité de l'alcool ;
- adopter de politiques appropriées en matière de conduite en état d'ébriété ;
- réduire la demande grâce à des mécanismes de taxation et de tarification ;
- sensibiliser aux problèmes de santé publique causés par la consommation nocive d'alcool et soutenir des politiques efficaces en matière d'alcool ;
- offrir un traitement accessible et abordable aux personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool ; et
- la mise en œuvre de programmes de dépistage et d'interventions sanitaires pour la consommation dangereuse et nocive d'alcool.

En plus des stratégies mondiales susmentionnées, les pays de l'OCI peuvent transmettre le message unique de l'Islam à la société que l'Islam interdit l'usage de l'alcool, avec l'aide des érudits islamiques. Si le message est transmis largement et efficacement à la société, cette stratégie peut aider de nombreux musulmans de tous les pays de l'OCI à arrêter la consommation d'alcool.

### 3.6.2 Tabagisme

L'OMS indique que le tabac tue jusqu'à la moitié de ses consommateurs. La fumée du tabac contient plus de 4 000 produits chimiques, dont au moins 250 sont nocifs et plus de 50 causent le cancer. On estime que le tabac tue plus de 8 millions de personnes chaque année. Plus de 7 millions de ces décès sont le résultat de la consommation directe du tabac, tandis que plus de 1,2 million sont le résultat de l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire. Les pays en développement sont en général ceux qui souffrent le plus du tabagisme. Près de 80 % des 1,1 milliard de fumeurs du monde vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les fumeurs qui meurent prématurément privent leur famille de revenus, augmentent le coût des soins de santé et entravent le développement économique.

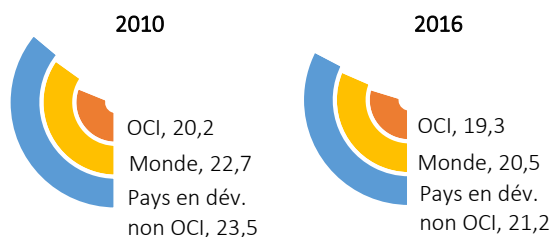
Comme le montre le graphique 3.21, malgré les efforts déployés à l'échelle mondiale pour réduire la prévalence du tabagisme n'a pas diminué de façon significative, passant de 22,7 % en 2010 à 20,5 % en 2016 au niveau mondial. Dans les pays en développement, le





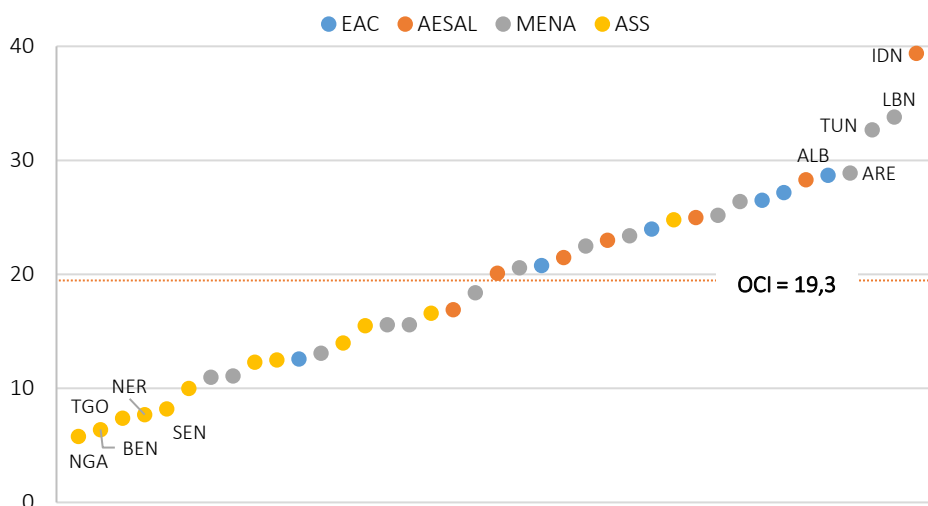
taux d'inflation a diminué de 20,2% en 2010 à 19,3% en 2016. La moyenne des pays en développement non membres de l'OCI est restée supérieure à la moyenne mondiale en 2010 et 2016. Au niveau des pays de l'OCI, comme le montre le graphique 3.22 (à droite), l'Indonésie avait le taux de prévalence du tabagisme le plus élevé (39,4 %), suivie du Liban (33,8 %) et de la Tunisie (32,7 %) en 2016. Au Niger, au Togo, au Bénin et au Nigeria, les taux de prévalence sont restés inférieurs à 8 %, soit les taux les plus bas enregistrés dans les pays de l'OCI en 2016.

**Graphique 3.21:** Prévalence du tabagisme, total (15 ans et plus), 2010 et 2016



Source: Calculs préparés par SESRIC basés sur la Banque mondiale, statistiques sur la santé, la nutrition et la population.

**Graphique 3.22:** Prévalence du tabagisme dans les pays de l'OCI (15 ans et plus), 2016



Source: Statistiques de la Banque mondiale sur la santé, la nutrition et la population

Parmi les moyens efficaces de lutter contre le tabagisme : l'augmentation des taxes sur les produits du tabac, l'interdiction de la publicité pour les produits du tabac et l'interdiction de fumer dans certaines zones en général. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est entrée en vigueur en février 2005. Depuis lors, elle est devenue l'une des traités les plus largement adoptés dans l'histoire des Nations Unies avec 180 États, couvrant 90 % de la population mondiale. En 2008, l'OMS a mis en place un moyen pratique et économique pour

intensifier la mise en œuvre des dispositions de la Convention-cadre de l'OMS sur le terrain appelé MPOWER. Les six mesures du MPOWER comprennent :

- Surveiller l'usage du tabac et les politiques de prévention ;
- Protéger les gens du tabagisme ;
- Offrir de l'aide pour cesser de fumer ;
- Mettre en garde contre les dangers du tabac ;
- Faire respecter les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac ; et
- Augmenter les taxes sur le tabac.

L'intervention de l'OCI en ce qui concerne le tabagisme a également été très efficace et complète. Le processus a commencé en 2007 avec une initiative développée par le Centre de recherches statistiques économiques, sociales et de formation pour les pays Islamiques (SESRIC) en réponse à la propagation de l'épidémie du tabagisme dans les pays de l'OCI qui s'appelle " OCI sans tabac ". Cette initiative vise à promouvoir une approche coordonnée à l'échelle de l'OCI pour limiter et contrôler la propagation de l'épidémie de tabagisme dans les pays de l'OCI. L'initiative se concentre sur des programmes de formation et de renforcement des capacités pour faciliter le développement et la mise en œuvre de stratégies nationales durables de lutte antitabac dans les pays de l'OCI. Conformément aux décisions et résolutions de la Première Conférence Islamique des Ministres de la Santé (2007), les principaux objectifs de l'initiative OCI sans tabac peuvent être énumérés comme suit :

- sensibiliser davantage le public à la lutte contre le tabagisme, en fournissant des connaissances et de l'information fondées sur des données probantes et empêcher ainsi les enfants de commencer à fumer;
- établir des réseaux et des partenariats OCI pour échanger des expériences et des pratiques exemplaires en matière de stratégies, d'initiatives, de projets et de programmes de lutte contre le tabagisme ; et
- renforcer les capacités des organisations ou institutions pertinentes pour une meilleure coordination des politiques afin d'atteindre l'objectif de l'OCI sans tabac.

Le Programme d'action stratégique de l'OCI pour la santé 2014-2023 (OIC-SHPA) énumère également les mesures à prendre en matière de lutte contre le tabagisme dans plusieurs domaines thématiques. À cette fin, tant au niveau mondial qu'au niveau de l'OCI, il existe des initiatives et des mécanismes pour faire face à la consommation du tabac. En coopération avec les organisations internationales, les pays de l'OCI peuvent réduire efficacement l'usage du tabac et sauver de nombreuses vies.

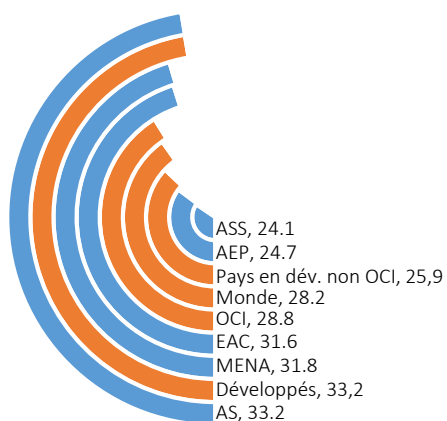
### 3.6.3 Manque d'activité physique

L'OMS définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui nécessite une dépense énergétique - y compris les activités entreprises pendant le travail, les jeux, les tâches ménagères, les voyages et les loisirs. Une activité



physique d'intensité modérée ou vigoureuse a des effets bénéfiques sur la santé. Le manque d'activité physique est l'un des 10 principaux facteurs de risque de décès dans le monde. Selon l'OMS, un adulte sur quatre n'est pas assez actif dans le monde et c'est un facteur de risque clé pour les maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète.

**Graphique 3.23:** Prévalence du manque d'activité physique parmi la population de 18+ (%), 2016



*Source:* Calculs du personnel du SESRIC basés sur le Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la santé.

*Remarque:* La région de l'Amérique latine n'est pas mentionnée en raison de données manquantes.

membres (25,9 %). Dans l'ensemble des sous-régions de l'OCI, la prévalence la plus élevée d'activité physique insuffisante a été observée en Afrique du Sud, avec un taux moyen de 33,2 %. La plus faible prévalence du manque d'activité physique a été relevée en Afrique subsaharienne (24,1 %) en 2016.

Les États membres de l'OMS ont convenu de réduire de 10 % le manque d'activité physique d'ici 2025. Pour encourager l'activité physique, les gouvernements doivent veiller à ce que la marche, le vélo et les autres formes de transport actif soient accessibles et sécuritaires pour tous ; les politiques du travail et du lieu de travail encouragent l'activité physique ; les écoles disposent d'espaces et d'installations sécuritaires où les élèves peuvent passer leur temps libre activement ; l'éducation physique aide les enfants à adopter des comportements qui leur permettront de demeurer physiquement actifs toute leur vie et les installations sportives et de loisirs offrent à chacun la possibilité de pratiquer du sport. A cet égard, les décideurs des

L'activité physique a d'importants bienfaits pour la santé et contribue à prévenir les MNT. Plus de 80 % de la population adolescente mondiale est insuffisamment active physiquement. Les facteurs socio-économiques et socioculturels influent sur les modes de vie des gens. Avec une urbanisation croissante, d'autres facteurs ont commencé à influencer l'activité physique. Les raisons courantes de l'inactivité physique dans les zones urbaines sont la violence, la circulation à haute densité, la faible qualité de l'air, la pollution et le manque de parcs, de trottoirs et d'installations sportives et récréatives.

Le graphique 3.23 montre la prévalence du manque d'activité physique chez les adultes dans les groupes de pays et les sous-régions de l'OCI en 2016. Dans les pays de l'OCI, en moyenne, la prévalence de l'insuffisance de l'activité physique était de 28,8 %, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale (28,2 %) et à la moyenne des pays en développement non

pays de l'OCI doivent prendre les dispositions nécessaires pour promouvoir un mode de vie plus actif physiquement afin d'avoir des générations en meilleure santé et de réduire la pression sur les systèmes de sécurité sociale.

### 3.6.4 Obésité

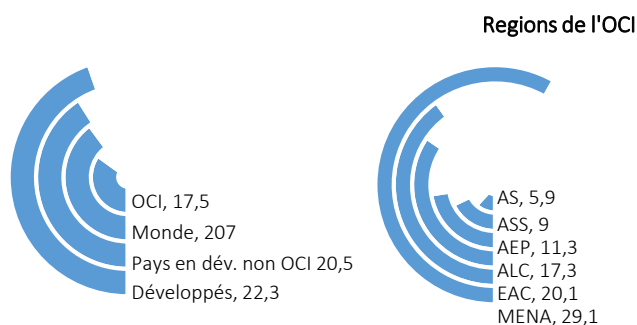
L'obésité est définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut nuire à la santé. L'OMS définit l'obésité comme un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30<sup>1</sup>. L'obésité entraîne des effets métaboliques néfastes sur la tension artérielle, le cholestérol, les triglycérides et la résistance à l'insuline. Les risques de coronaropathie, d'accident ischémique cérébral et de diabète sucré de type 2 augmentent régulièrement avec l'augmentation de l'IMC. Un IMC plus élevé augmente également le risque de cancer du sein, du côlon, de la prostate, de l'endomètre, des reins et de la vésicule biliaire. Les taux de mortalité augmentent avec l'augmentation du degré de surpoids, tel que mesuré par l'indice de masse corporelle.

L'obésité dans le monde a presque triplé depuis 1975. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes de 18 ans et plus présentaient une surcharge pondérale supérieure à 25. De ce nombre, plus de 650 millions étaient obèses. A l'échelle mondiale, 13 % des adultes de 18 ans et plus étaient obèses en 2016.

La prévalence d'un indice de masse corporelle élevé augmente avec le niveau de revenu des pays. Selon les estimations de l'OMS, la prévalence globale de l'obésité est plus de quatre fois plus élevée dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu.

Selon le graphique 3.24 (à gauche), la prévalence de l'obésité dans le groupe de l'OCI est passée de 15,2 % en 2010 à 17,5 % en 2016. Dans les pays développés, le taux de prévalence moyen a atteint 22,3 % en 2016. Parmi tous les groupes de pays, la moyenne des pays de l'OCI était la plus basse en 2016 en termes de prévalence de l'obésité. Parmi les sous-régions de l'OCI, la région MENA a été la plus

**Graphique 3.24:** Prévalence de l'obésité chez les personnes de 18 ans et plus de la population (%), 2010 et 2016



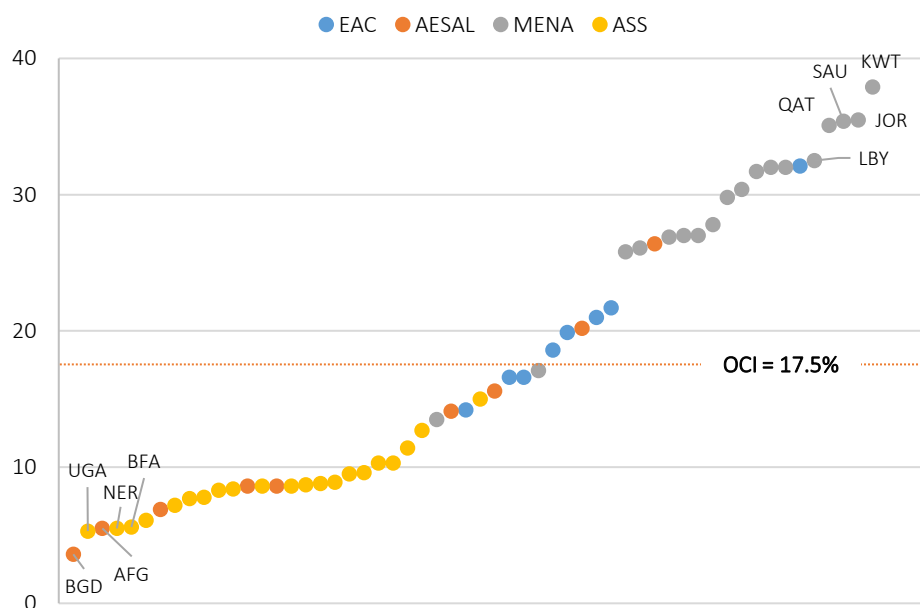
Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la santé

<sup>1</sup>L'indice de masse corporelle (IMC) est un indice simple de poids par rapport à la taille qui est couramment utilisé pour classer le surpoids et l'obésité chez les adultes. Il se définit comme le poids d'une personne en kilogrammes divisé par le carré de sa hauteur en mètres (kg/m<sup>2</sup>).



exposée à l'obésité avec un taux de prévalence moyen de 29,1 % en 2016. L'Afrique du Sud avait le taux de prévalence de l'obésité le plus faible de toutes les sous-régions de l'OCI, avec un taux de prévalence moyen de 5,9 % (graphique 3.24, à droite). Au niveau national, le Koweït (37,9 %) et la Jordanie (35,5 %) affichaient la prévalence de l'obésité la plus élevée en 2016. Inversement, la prévalence de l'obésité était la plus faible au Bangladesh (3,6 %) parmi les pays de l'OCI (graphique 3.25).

**Graphique 3.25:** Prévalence de l'obésité parmi les adultes, 18 ans et plus dans les pays de l'OCI (% de la population), 2016



Source: Données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'obésité peut être prévenue. Au niveau individuel, les gens peuvent limiter l'apport énergétique provenant des graisses et des sucres totaux ; augmenter la consommation de fruits et légumes, ainsi que de légumineuses, de grains entiers et de noix ; pratiquer une activité physique régulière (60 minutes par jour pour les enfants et 150 minutes par semaine pour les adultes). L'industrie alimentaire peut jouer un rôle important dans la promotion d'une alimentation saine en réduisant la teneur en matières grasses, en sucre et en sel des aliments transformés ; en veillant à ce que tous les consommateurs aient accès à des choix sains et nutritifs à un prix abordable ; en faisant du marketing responsable, surtout auprès des enfants et des adolescents ; en assurant la disponibilité de choix alimentaires sains et en favorisant la pratique régulière d'activité physique sur le marché du travail. Dans ce contexte, les décideurs des pays de l'OCI ont la responsabilité de concevoir des politiques visant à promouvoir des régimes alimentaires sains, à encourager l'augmentation de l'activité physique et à réglementer l'industrie alimentaire au profit de leurs populations.

# CHAPITRE 4

## Nutrition et santé maternelles, néonatales et infantiles

La santé est d'une importance cruciale pour le bien-être de tous les êtres humains. Selon la définition de l'OMS, la santé ne signifie pas seulement une absence de maladie, mais c'est un concept multidimensionnel qui comprend l'état de bien-être physique, mental et social d'une personne. Le droit à la santé est vital pour tout un chacun, mais il est particulièrement important pour les mères et les enfants parce qu'ils sont vulnérables et plus en danger face aux complications de maladie et de santé. La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (MNCH) désigne principalement la santé des femmes et des bébés pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement. La fourniture de soins de qualité durant cette période est capitale pour la santé et la survie de la mère et du bébé.

### 4.1 Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est demeurée très élevée dans le monde en voie de développement. Selon les dernières estimations de l'OMS, près de 300 mille femmes sont mortes des causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement en 2015. Presque tous ces décès ont eu lieu dans les pays en développement, particulièrement en Afrique subsaharienne et en Asie. Environ 75 % de tous les décès maternels dans le monde sont causés par cinq complications majeures pendant et après la grossesse (OMS, 2014a) Mortalité maternelle, Fiche d'information N° 348). Parmi ces complications, le saignement sévère (généralement saignement sévère après l'accouchement) est la cause principale des décès maternelles, soit 27 % des décès maternels, suivi de l'hypertension pendant la grossesse (14 %), d'infections souvent après l'accouchement (11 %), de complications liées à l'accouchement (9 %) et de l'avortement non médicalisé (8 %).

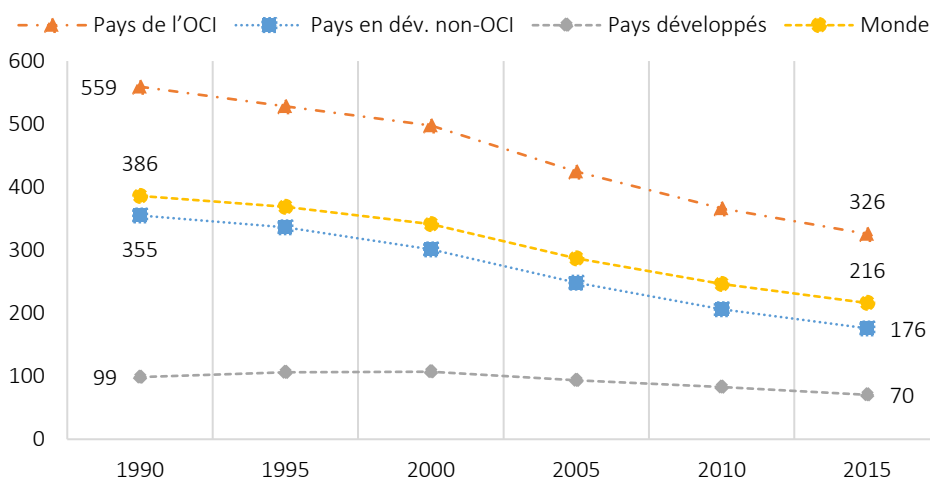
Dans les pays de l'OCI, environ 149 mille femmes sont mortes des causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement en 2015, représentant 49 % des décès maternelles totaux du monde. La mortalité maternelle est demeurée fortement concentrée dans un groupe de pays de l'OCI. En 2015, près de la moitié (49,7 %) de tous les décès maternels de l'OCI ont été signalés seulement dans trois pays, à savoir le Nigeria, le Pakistan, et l'Indonésie. Parmi ces



pays très affectés, le Nigeria seulement a représenté presque les deux tiers (38,9 %) des décès maternels totaux de l'OCI en 2015. Entre autres, le Pakistan représentait 6,5 %, suivi de l'Indonésie (4,3 %).

En vertu de l'OMD 5, tous les pays se sont engagés à réduire la mortalité maternelle par trois quarts entre 1990 et 2015. Les efforts déployés pour atteindre cet objectif ont réellement porté leurs fruits puisque le taux de mortalité maternelle (TMM) a diminué de 386 décès par 100 000 naissances vivantes en 1990 à 216 décès en 2015, soit une diminution de 44 % (graphique 4.1). On peut observer une tendance semblable pour les pays en développement non membres de l'OCI avec une baisse générale de 50 % du TMM. Conformément aux tendances mondiales, les pays de l'OCI ont également connu une certaine amélioration des conditions de santé maternelle et le TMM a diminué de 559 décès en 1990 à 326 décès en 2015, soit une diminution de 42 %. Cependant, en dépit de cette amélioration, le TMM dans les pays membres de l'OCI est demeuré significativement plus élevé que les moyennes des autres groupes.

**Graphique 4.1:** Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (1990 - 2015)

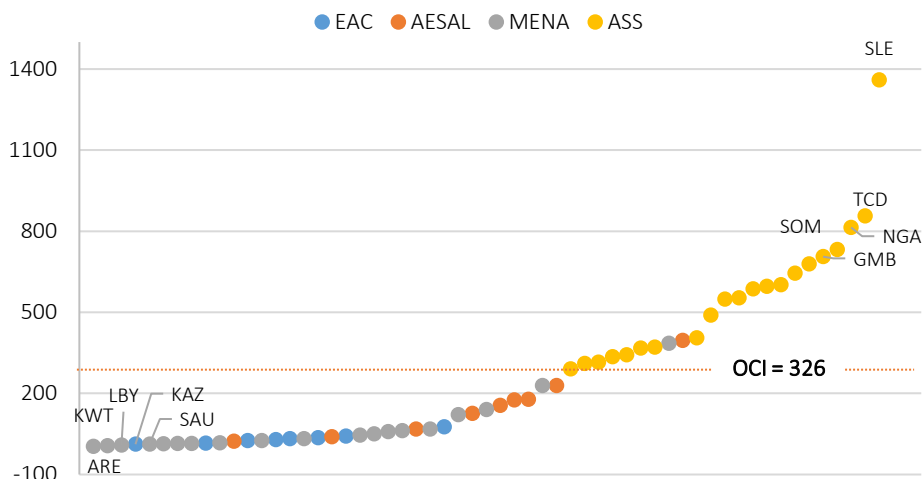


Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la santé

Au niveau individuel des pays (graphique 4.2), la Sierra Leone a enregistré le TMM le plus élevé (1360 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), suivie du Tchad (856 décès), et le Nigeria (814 décès). Parmi ces pays, la Sierra Leone occupe le premier rang en matière de TMM le plus élevé au monde, le Tchad troisième et le Nigeria quatrième. Par contre, le Koweït a enregistré le TMM le plus bas avec seulement 4 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, suivi des Émirats arabes unis (6 décès) et la Libye (11 décès). Entre 1990 et 2015, 25 pays de l'OCI ont enregistré plus de 50 % de diminution de TMM. La majorité de ces pays sont de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (11 pays) et de l'Europe

et Asie centrale (5 pays). D'autre part, deux pays de l'OCI tels que le Guyana et le Surinam ont connu des améliorations en matière de TMM.

**Graphique 4.2:** Pays de l'OCI avec le TMM le plus bas et le plus élevé, 2015



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

## 4.2 Mortalité des nouveau-nés et de l'enfant

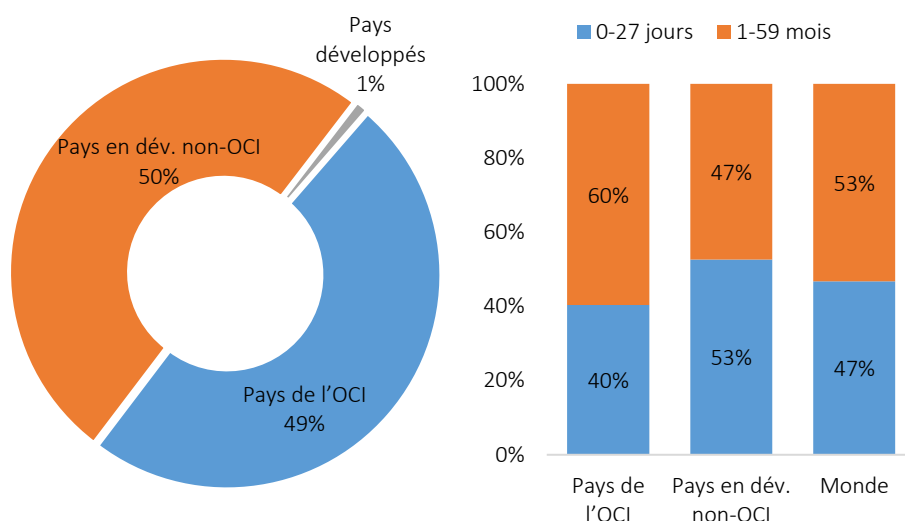
Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes. Il est l'un des indicateurs les plus importants sur l'état de santé des enfants qui reflète principalement la couverture et l'efficacité générales des services de soins de santé ainsi que le développement socio-économique dans un pays. C'était l'indicateur de référence de l'objectif du Millénaire pour le développement N° 4 des Nations Unies pour réduire de deux-tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015 (ONU, 2014). Au niveau mondial, environ 5,4 millions d'enfants sont décédés avant d'atteindre leur cinquième anniversaire en 2017. Le risque de décès pour un enfant est plus élevé durant la période néonatale ; c-à-d. les 28 premiers jours de vie. En 2017, 47 % des décès des enfants de moins de cinq ans ont eu lieu au cours de la période néonatale. La majorité de ces décès peuvent facilement être évités en assurant un accès efficace à l'accouchement sans risque et aux services de soins néonataux (OMS, 2015).

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est demeurée fortement concentrée dans les pays en développement, y compris les pays membres de l'OCI, qui ont représenté plus de 99 % du total mondial en 2017. Étant une partie importante du monde en développement, les pays de l'OCI ont représenté 49% du total mondial de décès des moins de cinq ans en 2017. Plus de 40% des décès infantiles dans les pays de l'OCI se sont produits durant le premier mois de la vie (schéma 4.3).





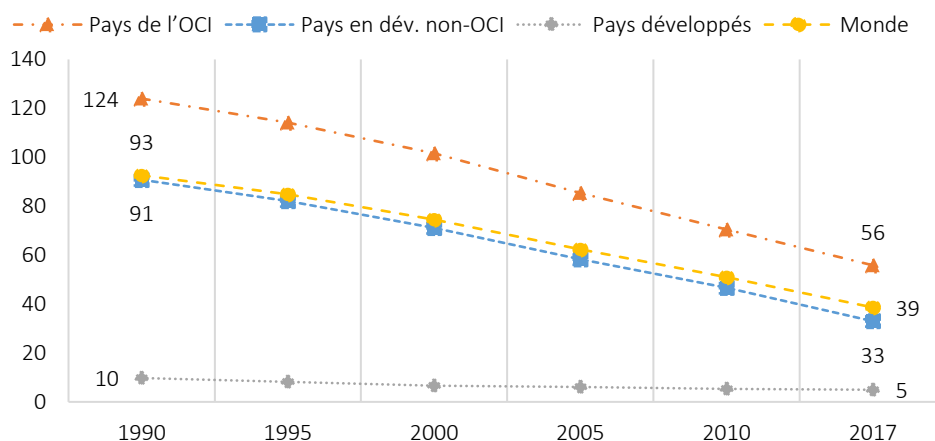
**Graphique 4.3:** Distribution et structure d'âge des décès d'enfants de moins de 5 ans, 2017



Source: Calculs du personnel de SESRIC fondés sur le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile.

Au cours des années, la mortalité infantile a montré une tendance à la baisse à travers le monde (schéma 4.4) où le taux moyen de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMS5) a diminué de 54% depuis 1990, pour atteindre 39 décès par 1000 naissances vivantes en 2017. Les pays en développement non membres de l'OCI ont également enregistré des progrès remarquables avec un déclin de 58% du TMM5 depuis 1990. Par rapport aux tendances mondiales, la situation de la mortalité infantile s'est également améliorée dans les pays de

**Graphique 4.4:** Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes (1990-2017)

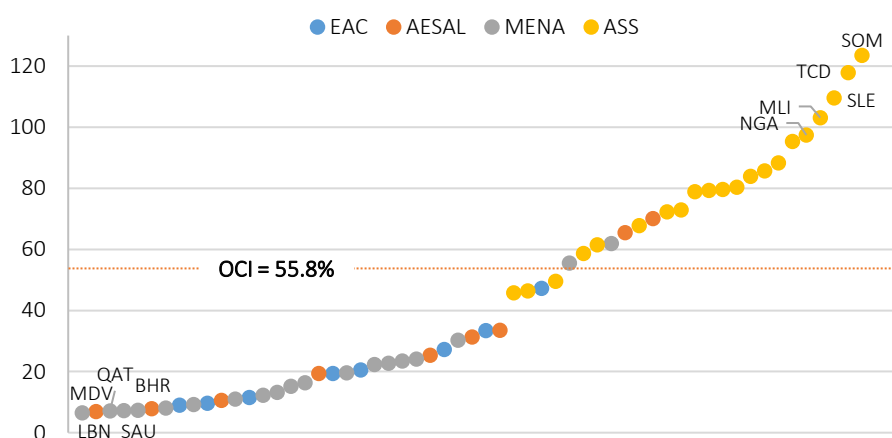


Source: Calculs du personnel de SESRIC fondés sur le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile.

l'OCI. Si en 1990 le TMM5 était évalué à 124 décès pour 1000 naissances vivantes, les pays de l'OCI sont parvenus à ramener ce taux à 56 pour 1000 naissances vivantes en 2017, soit 68 % de baisse. Néanmoins, en dépit de cette amélioration, le groupe de l'OCI n'a réalisé qu'un infime progrès dans la réduction des décès infantiles depuis 1990. À partir de 2017, un enfant sur 17 dans les pays de l'OCI est décédé avant sa cinquième anniversaire comparé à un enfant sur 30 dans d'autres pays en développement et un enfant sur 25 dans le monde.

Au niveau national, plusieurs pays de l'OCI ont accompli de grands progrès face à la mortalité infantile au cours des deux dernières décennies. Lors des années 1990-2017, plus de deux-tiers (66 %) de diminution a été enregistrée dans 20 pays de l'OCI dont 10 ont connu une diminution comprise entre 50 à 65 %. En 2017, le TMM5 dans les pays de l'OCI était compris entre 7 décès pour 1000 naissances vivantes au Bahreïn, le plus bas taux, à un taux élevé de 127 en Somalie (graphique 4.5). Neuf pays de l'OCI ont enregistré des TMM5 inférieurs à 10 décès pour 1000 naissances vivantes. En revanche, 6 pays de l'OCI de la région de l'ASS ont enregistré des TMM5 supérieurs à 90 pour 1000 naissances vivantes. Tous ces six pays sont classés parmi les 10 premiers pays avec le TMM5 le plus élevé du monde. En 2017, la Somalie a été classée premier en matière de TMM5 le plus élevé dans le monde, suivie par le Tchad (classé deuxième), la Sierra Leone (classée quatrième), le Mali (cinquième), le Nigeria (sixième) et le Bénin (septième).

**Graphique 4.5:** Pays de l'OCI avec les TMM5 les plus bas et les plus élevés, 2017



Source: Calculs du personnel de SESRIC fondés sur le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile.

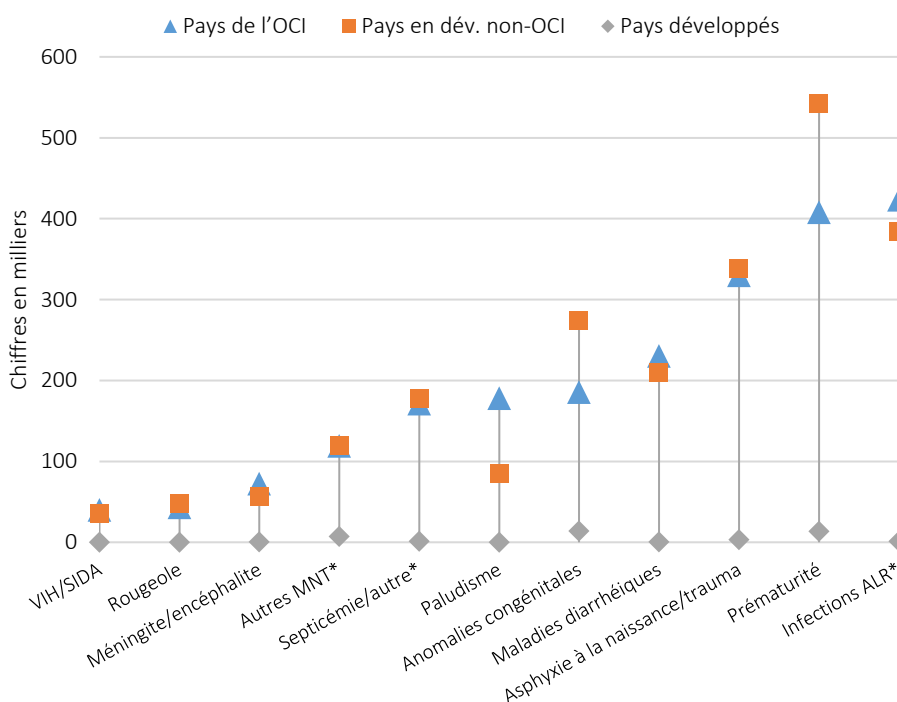
### 4.3 Causes principales de mortalité infantile

Au niveau mondial, les infections aiguës des voies respiratoires inférieures et les complications liées à la prématurité ont causé plus d'un tiers des décès totaux chez les enfants de moins de cinq ans en 2017. En effet, ces causes sont en grande partie évitables et/ou curables en garantissant l'accès aux interventions simples et abordables comme la



vaccination, les soins de santé prénataux et l'assistance qualifiée à l'accouchement. Comme le montre le graphique 4.6, la prématurité représentait à elle seule la plus grande cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans en 2017, et plus de 50 % des décès des enfants de moins de cinq ans étaient dus à des causes telles que la pneumonie / sepsis (pneumonie néonatale), la diarrhée, les anomalies congénitales et les maladies liées à l'asphyxie néonatale et au trauma. On observe également une situation semblable dans les pays en développement non membres de l'OCI où les principales causes de décès parmi les enfants de moins de cinq ans sont la prématurité, les infections aiguës des voies respiratoires inférieures, l'asphyxie néonatale et les anomalies congénitales. Par contre, les causes de mortalité infantile dans les pays développés sont plus associées à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement qu'aux maladies infectieuses. Les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays membres de l'OCI sont semblables à celles des autres pays en développement. Comme le montre le graphique 4.6, 37,8 % des décès de enfants de moins de cinq ans ont été causés par trois maladies infectieuses : les infections aiguës des voies

**Graphique 4.6:** Principales causes de la mortalité infantile (nombre de décès en milliers par cause), 2017



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur le Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la santé.

\*Infections ALR: infections aiguës des voies respiratoires inférieures, sepsis/autres: sepsis et d'autres maladies infectieuses du nouveau-né, autres MNT: autres maladies non-transmissibles.

respiratoires inférieures (19,2 %), la diarrhée (10,5 %), et la malaria ou le paludisme (8 %). Parmi les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, la prématurité (18,5 %) reste la principale cause de décès des moins de cinq ans, suivie par l'asphyxie à la naissance (15 %) et des anomalies congénitales (8,4 %).

#### 4.4 Services de soins de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant

Les experts en matière de santé sont d'avis que la majorité des décès maternels et infantiles sont évitables et des interventions comme le soin prénatal, l'assistance qualifiée à l'accouchement, la vaccination, et le soin précoce pour la pneumonie, la diarrhée et le paludisme sont critiques pour la survie et le bien-être des mères et des enfants. Cette sous-section examine la performance des pays de l'OCI en matière de couverture de certaines de ces interventions sélectionnées.

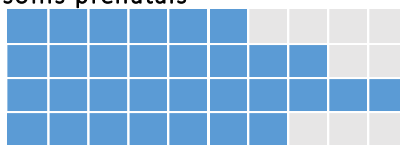
##### 4.4.1 Soins prénatals

Les soins prénatals et la consultation prénatale constituent le point d'entrée au système de santé formel. Il fournit une base solide pour surveiller et améliorer la santé de la mère et du bébé par l'identification et la prévention/le contrôle des complications prénatales à une étape précoce (OMS, 2010). La couverture des soins prénatals mesure la proportion du total de femmes enceintes âgées de 15-49 qui ont visité un professionnel de santé qualifié pour des raisons liées à la grossesse. Le nombre de visites et leurs suivis sont très importants pour la qualité et l'efficacité des soins prénatals.

**Graphique 4.7:** Couverture médiane des soins prénatals, 2009-2018\*

##### Couverture médiane des soins prénatals

OCI (64,5%)  
Pays en dév. non-OCI  
Pays développés (97,5%)  
Monde (78,1%)



*Source:* Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la Santé

\* Données disponibles les plus récentes

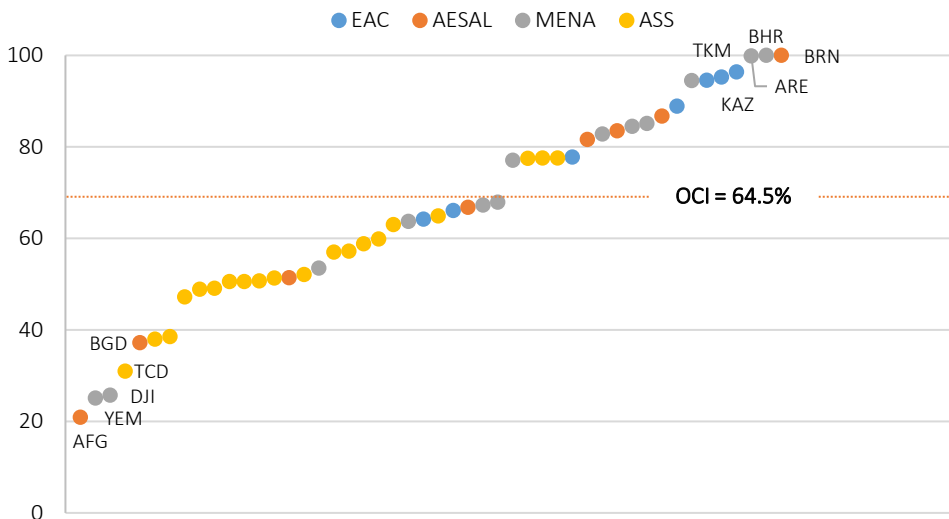
La fourniture de soin prénatal de qualité est restée une grande préoccupation dans plusieurs pays de l'OCI. Au cours de la période 2009-2018, environ 64,5 % de femmes enceintes totales dans les pays de l'OCI ont bénéficié des quatre contrôles prénatals recommandés (graphique 4.7). La couverture médiane des soins prénatals de l'OCI est demeurée en-dessous des moyennes des pays en développement non membres de l'OCI et du monde.

Au niveau individuel des pays, plus de 80 % des femmes enceintes ont visité quatre fois une clinique de santé dans 14 pays de l'OCI tandis que ce ratio variait de 50 % à 78 % dans 24 autres pays. L'Afghanistan, le Yémen et le Djibouti ont enregistré le plus bas taux de couverture de soins prénatals où respectivement seulement 20,9 %, 25,1 % et 25,7 % de femmes ont visité un centre médical quatre fois pendant la grossesse (graphique 4.8). Dans l'ensemble, le taux de couverture de soins prénatals de 10 pays membres de l'OCI est



demeuré en dessous de 50 %. La majorité des pays de l'OCI avec la plus faible couverture de soins prénatals est situé dans la région ASS (11 pays)

**Graphique 4.8:** Couverture de soins prénatals (% de femmes avec au moins 4 visites) dans les pays membres de l'OCI, 2009-2018\*



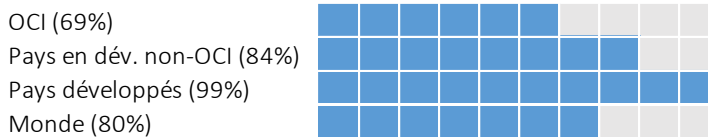
Source: Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la Santé  
\* Données disponibles les plus récentes

#### 4.4.2 Accouchement assisté par un personnel de santé qualifié

Les soins de santé et l'assistance qualifiés lors de l'accouchement sont impératifs pour la santé et la survie de la mère et du bébé. Selon les dernières estimations de l'OMS, à l'échelle mondiale, environ 2 millions de décès maternels et néonatales chaque année sont causés par le manque de soins appropriés pendant l'accouchement. Ces décès sont largement évitables en fournissant une assistance de personnel de santé qualifié - médecin, infirmière ou sage-femme - pendant l'accouchement.

Selon les dernières estimations, dans le monde environ un quart (20%) des naissances se tiennent toujours sans assistance et sans soins qualifiés (graphique 4.9).

**Graphique 4.9:** Pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié, 2005-2017\*



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé, Indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale et Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.

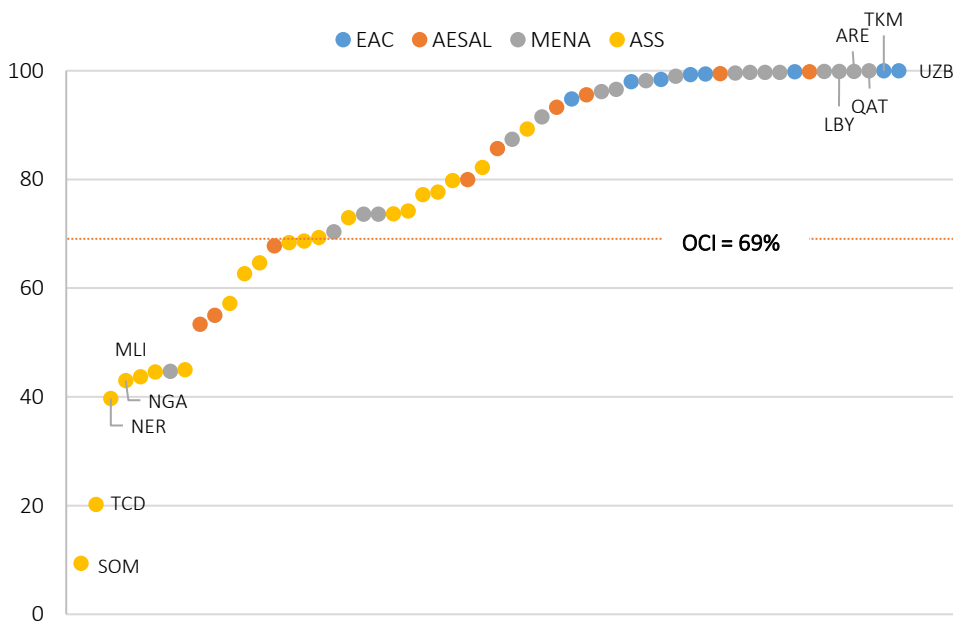
\*Dernières données disponibles

La majorité de ces accouchements non-assistés se produisent dans les pays en voie de

développement. Pendant la période 2005-2017, un médecin, une infirmière ou une sage-femme a assisté 69 % des accouchements dans les pays de l'OCI. En revanche, ce ratio s'établit à 84% dans les pays en développement non membres de l'OCI et 80% dans le monde.

Au cours des années, la majorité des pays de l'OCI ont connu une amélioration en terme des naissances assistées par un personnel de santé qualifié. Au cours des années 2005-2017, le personnel de santé a assisté plus de 90 % des accouchements dans 25 pays de l'OCI (graphique 4.10). La majorité de ces pays les plus performants sont originaires de la région MENA (13 pays) et de la région EAC (7 pays). En revanche, moins de la moitié des accouchements totaux étaient assistées par un personnel de santé qualifié dans 8 pays de l'OCI. La situation est restée particulièrement préoccupante en Somalie et au Tchad où plus de 70 % du total des accouchements se sont déroulés sans aucune assistance de personnel qualifié (graphique 4.10).

**Graphique 4.10:** Pays de l'OCI avec les plus élevés et les plus bas pourcentages de naissances assistées par un personnel de santé qualifié, 2005-2017\*



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé, Indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale et Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.

#### 4.4.3 Vaccination

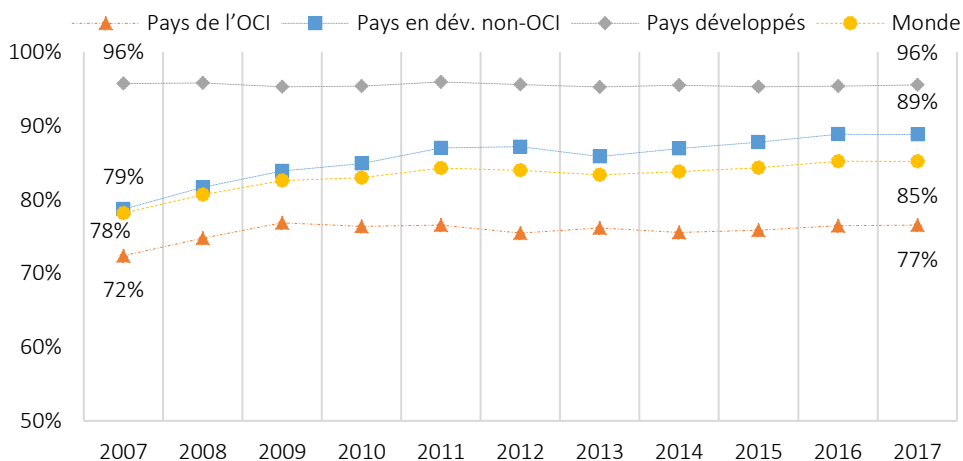
Compte tenu des risques sanitaires spécifiques à l'âge, la vaccination de l'enfant est l'une des méthodes les plus efficaces pour prévenir les maladies telles que la rougeole, la méningite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la fièvre jaune, la poliomyélite et l'hépatite B. Au fil des années, de sérieux efforts ont été déployés dans le monde entier pour développer et améliorer les programmes nationaux de vaccination et la couverture vaccinale en veillant à



ce que les agents de santé aient accès aux vaccins nécessaires et une formation du personnel de santé. Ces efforts nobles vers la couverture vaccinale croissante ont aidé à empêcher des millions de décès infantiles à travers le monde.

La couverture du DTC3, une combinaison de vaccins contre trois maladies infectieuses: la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (toux coquelucheuse), est employée comme indicateur de repère de programme courant de vaccination dans un pays/région par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (l'UNICEF) et l'OMS (OMS, 2015a). Mondialement, la couverture vaccinale par le DTC3 au cours de la première année de vie est passée de 78% en 2007 à 85% en 2017, correspondant à une augmentation de 7 points de pourcentage (schéma 4.11). Une tendance semblable a prévalu dans les pays en développement non membres de l'OCI avec une couverture vaccinale médiane augmentant de 79 % en 2007 à 89 % en 2017. Les pays de l'OCI ont également connu une amélioration de la vaccination de DTC3 parmi les bébés âgés d'un an et leur taux de couverture médian a augmenté de 72 % en 2007 à 77 % en 2017. Bien que la couverture de l'OCI soit demeurée au-dessous de la médiane du monde et des pays en développement non membres de l'OCI, ils se rattrapent rapidement avec une augmentation de cinq points de pourcentage au cours de la période 2007-2017.

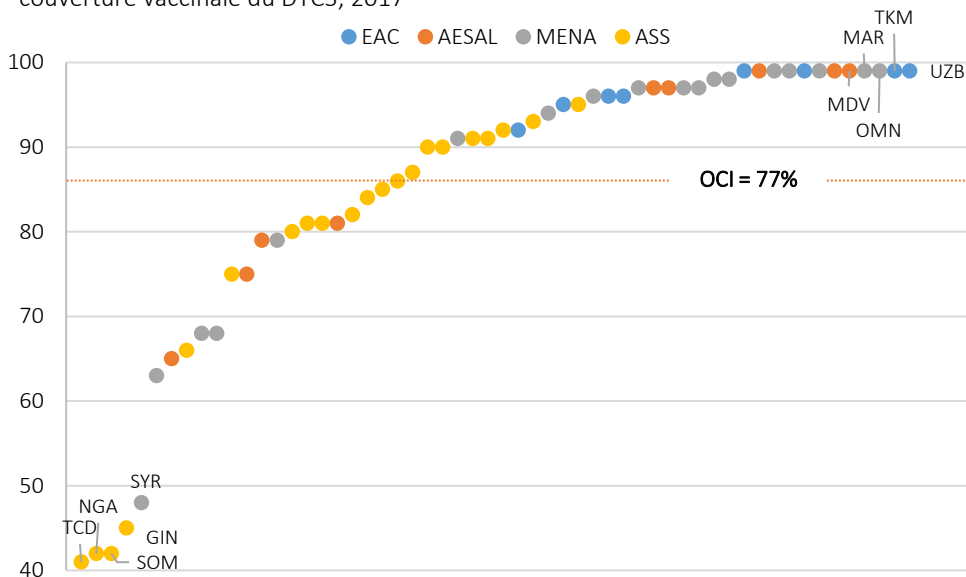
**Graphique 4.11:** Couverture vaccinale du DTC3, 2007-2017



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé, Indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale et Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.

La couverture vaccinale du DTC3 est demeurée assez élevée dans la majorité des pays de l'OCI. En 2017, 33 pays membres ont enregistré des taux de couverture de 90% ou plus. Parmi

**Graphique 4.12:** Pays de l'OCI avec les plus élevés et les plus bas pourcentages de couverture vaccinale du DTC3, 2017



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur les données de l'Organisation mondiale de la Santé, Indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale et Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.

ces 30 pays, 12 pays de l'OCI ont enregistré une couverture vaccinale de 99 % (graphique 3.12). Entre autres, 9 pays se trouvaient dans l'intervalle 80-89 % et le taux de couverture est demeuré entre 70 et 79 % pour 4 autres pays de l'OCI. En revanche, environ 50 % d'enfants âgés d'un an n'ont pas été vaccinés contre le DTC dans 5 pays de l'OCI. Parmi ces pays, tel qu'illustré dans le graphique 4.12, le plus bas taux de couverture a été enregistré au Tchad (41 %), suivi du Nigeria (42 %) et de la Somalie (42 %).

#### 4.5 Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Dans le monde, plus de 33 % de tous les décès des enfants de moins de cinq ans sont causés par seulement trois maladies infectieuses, à savoir la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. Le fardeau combiné de ces trois maladies représente environ 30 % de tous les décès des moins de cinq ans dans les pays en développement non membres de l'OCI et plus de 37 % dans les pays de l'OCI (graphique 4.6). La majorité de ces décès sont évitables à l'aide des mesures peu coûteuses, abordables et faciles à mettre en place.

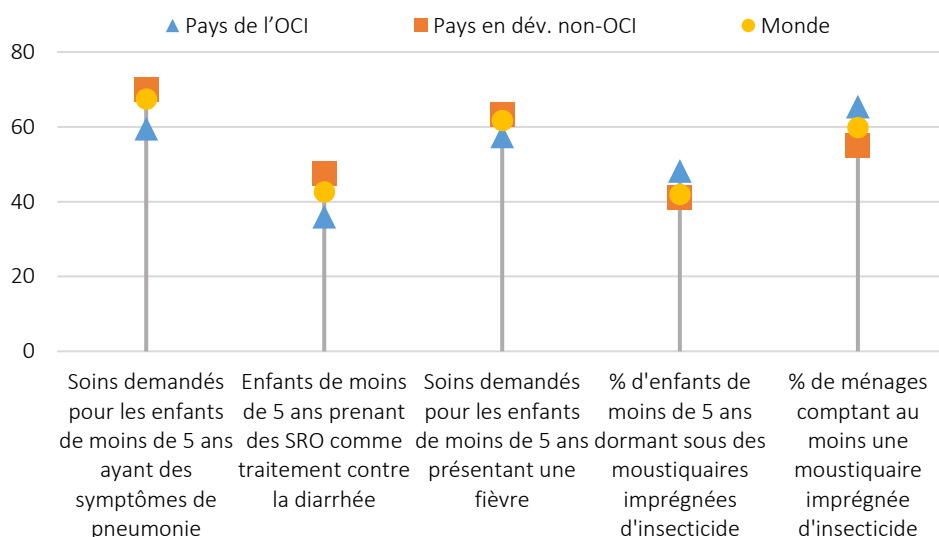
La diminution de la mortalité infantile causée par les infections respiratoires aiguës est demeurée un objectif difficile à atteindre principalement à cause des plans de vaccination inachevés, de la malnutrition, de la recherche tardive de soins et de l'insuffisance de





traitement. Les dernières estimations montrent que 67,4 % des enfants ayant des symptômes de pneumonie dans le monde ont vu un fournisseur de soins de santé dans période 2010-2017. La même situation prévaut dans les pays en développement membres et non membres de l'OCI. Néanmoins, les soins contre la pneumonie étaient comparativement élevés dans les pays de l'OCI enregistrant un taux de couverture de 59,5 % (graphique 4.13).

**Graphique 4.13:** Couverture médiane des mesures contre les maladies infectieuses, 2010-2017\*



Source: Référentiel de données de l'Organisation mondiale de la Santé

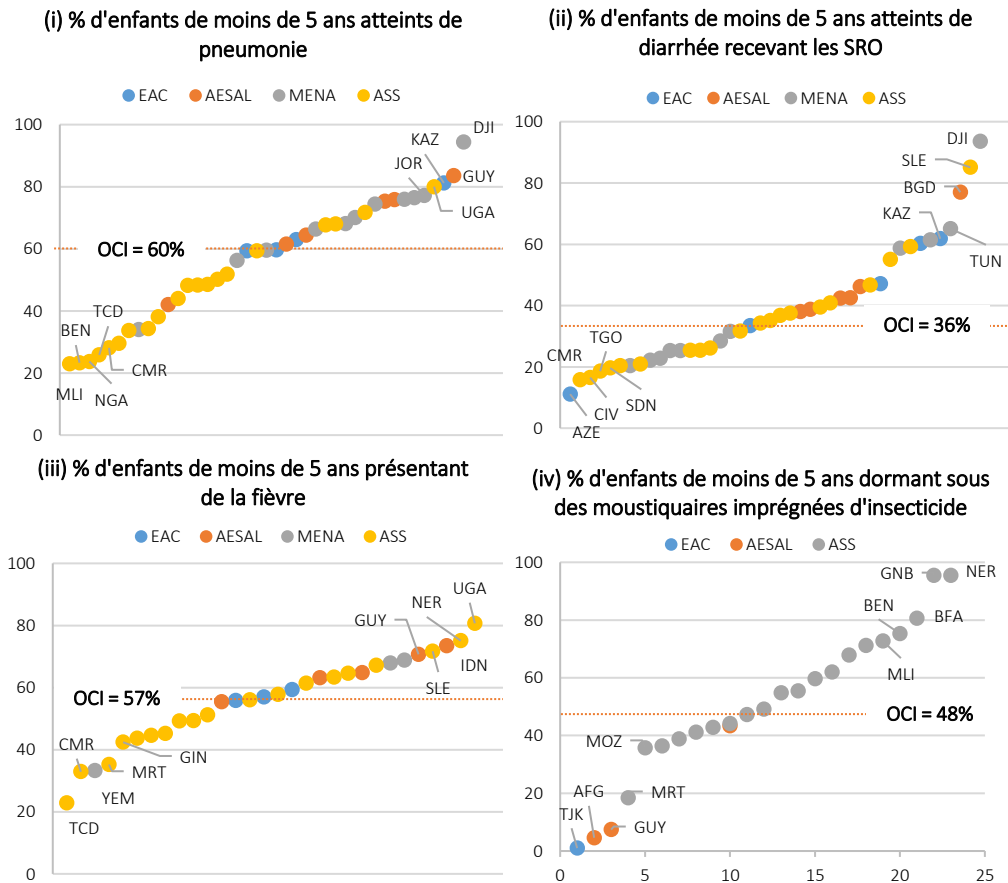
\* Données disponibles les plus récentes

La diarrhée est une autre cause majeure de mortalité des enfants, représentant 9% du total des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde. Bien que la diarrhée chez les enfants puisse être traitée avec une simple solution à base de sels de réhydratation orale (SRO), seulement, moins de la moitié des enfants (42,6 %) ayant la diarrhée ont été traités dans le monde avec la SRO entre 2010 et 2017. Le taux de couverture a été enregistré à 36 % dans l'OCI et à 25 % dans d'autres pays en développement (graphique 4.13).

Plus de 5% des décès chez les enfants dans le monde sont imputables au paludisme. La plupart de ces décès sont survenus dans les pays de l'OCI, soit 67,6 % des décès dans le monde entre 2010 et 2017. Dormir sous moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) est le moyen le plus efficace de prévenir l'infection paludéenne et de réduire les décès liés au paludisme. Dans le monde, le nombre médian d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide était de 41,9 %. Bien que le taux de couverture médian soit demeuré comparativement meilleur dans les pays de l'OCI, seulement, 48 % d'enfants dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (graphique 4.13). En moyenne, plus de la moitié des ménages totaux ont possédé au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans les

pays en développement non membres de l'OCI en comparaison à la moyenne de l'OCI de 65,4 %.

**Graphique 4.14:** Taux de couverture médian de suppléments dans les pays membres de l'OCI, 2010-2017\*



Source: Données de l'UNICEF

\* Données disponibles les plus récentes

Les décès d'enfants causés par la pneumonie, la diarrhée et le paludisme sont demeurés fortement concentrés dans deux régions de l'OCI à savoir l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. En 2017, dans les pays de l'OCI, la majorité des décès des moins de cinq ans causés par le paludisme sont survenus dans la région de l'ASS. Malgré ce lourd tribut, des estimations récentes montrent que la couverture médiane des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) n'a atteint que 55 % des enfants de cette région et qu'environ 73 % des ménages possédaient au moins une MII. Pour plusieurs pays dans la région de l'ASS, la couverture de MII est restée encore inférieure à la valeur de la médiane régionale (graphique 4.14). Dans l'ensemble, la plus basse couverture médiane a été enregistrée en Mauritanie où seulement



18 % des enfants dormaient sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide, suivie du Mozambique (35,7 %), et du Tchad (36,4 %).

Dans la période 2010 -2017, un grand nombre de décès d'enfants causés par la diarrhée dans les pays de l'OCI ont été signalés dans différentes régions. Néanmoins, le traitement par SRO est resté faible dans les quatre régions de l'OCI, avec une couverture médiane inférieure à 50 %. D'après les données limitées disponibles, la couverture médiane du traitement de la diarrhée avec les SRO s'est étendue à 28,4 % des enfants dans la région MENA, 32,9 % des enfants en ASS, 42,4 % des enfants dans la région AESAL et 47,1 % des enfants dans la région EAC en 2010-2017. Suivant les indications du graphique 4.14 (ii), moins de 30 % des enfants souffrants de la diarrhée ont été traités avec les SRO dans 16 pays, dont la majorité est originaire de l'ASS. Le Cameroun a enregistré la plus faible couverture en SRO (15,8 %), suivi de la Côte d'Ivoire (16,5 %) et du Togo (18,6 %).

Pour ce qui est de la pneumonie, la couverture médiane pour les enfants de moins de 5 ans variait selon les régions de l'OCI. Une fois que les enfants développent des symptômes de pneumonie, la recherche précoce de soins et le traitement rapide peuvent sauver leur vie. Pourtant, entre 2010 et 2017, la couverture médiane pour le traitement des symptômes de la pneumonie a été la plus faible en ASS (46 %), suivie par l'EAC (61,3 %), l'AESAL (69,8 %) et le MENA (70,1 %). Au niveau des différents pays, comme le montre le graphique 4.14, plus de deux-tiers des enfants souffrants de la pneumonie ont visité un agent de santé dans quatre pays de l'OCI à savoir le Gabon (67,7 %), la Gambie (68 %), la Sierra Leone (71,7 %) et Ouganda (80 %). Du côté opposé de l'échelle, la recherche de soins contre la pneumonie est demeurée la plus faible au Mali (23 %), suivi du Bénin (23,3 %) et du Nigeria (23,7 %).

## 4.6 Nutrition

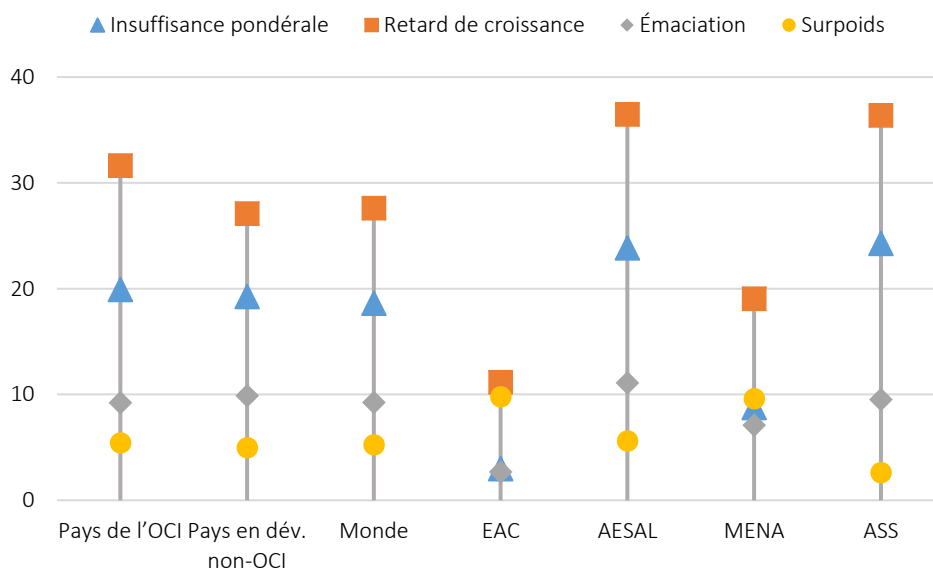
Une nutrition infantile appropriée est l'un des outils les plus puissants pour élever une génération saine et productive. Elle aide non seulement à améliorer les chances de survie des enfants pendant les premières années de la vie, mais contribue également à leur développement physique et cognitif. D'autre part, la malnutrition augmente non seulement le risque de décès chez les enfants atteints de maladies courantes telles que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme, mais peut aussi mener au retard de croissance, ce qui est irréversible et associé à une capacité cognitive altérée et à une performance réduite à l'école et au travail. Selon l'UNICEF (2013a), l'état nutritionnel des enfants est évalué par la mesure de leur poids et leur taille. Les indicateurs les plus couramment utilisés de l'état nutritionnel sont le retard de croissance, l'insuffisance pondérale, l'émaciation, et le surpoids.

### 4.6.1 Incidence de la malnutrition

Les dernières évaluations de l'OMS montrent que près d'un enfant sur quatre ou environ 149 millions d'enfants dans le monde, surtout dans les pays en développement, accusent un retard de croissance en 2018. En outre, environ 49 millions d'enfants souffraient d'émaciation. Les pays de l'OCI comprennent 31 % des cas d'enfants souffrant de retard de

croissance entre 2010 et 2018 (graphique 4.15). Par contre, ce pourcentage est d'environ 27 % dans d'autres pays en développement et dans le monde. Parmi les régions de l'OCI, la plus forte prévalence du retard de croissance a été enregistrée en AESAL (36,4 %), suivie de l'ASS (36,3 %), du MENA (19 %) et de l'EAC (11,1 %). La distribution des enfants avec un retard de croissance est demeurée fortement inégale à travers les pays de l'OCI et plus de la moitié de ces enfants vivait dans quatre pays, à savoir le Nigeria (21,4 % du total de l'OCI), le Pakistan (14,7 %), l'Indonésie (13,6 %) et le Bangladesh (8,6 %).

**Graphique 4.15:** État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans (en pourcentage), 2010-2018\*



Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de l'UNICEF

Au cours de la période 2010-2018, 18,6 % des enfants de moins de cinq ans dans le monde étaient en insuffisance pondérale. Parmi les pays en développement, le groupe des pays non membres de l'OCI présentait le plus grand nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale (63%), suivi par les pays de l'OCI (37%). Comme l'illustre le graphique 4.15, la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui étaient en insuffisance pondérale a été évaluée à 19,9 % dans les pays de l'OCI; suivis de près des autres pays en développement (19,2 %). Parmi les régions de l'OCI, comme le montre le graphique 4.15, la prévalence d'insuffisance pondérale est demeurée la plus élevée en ASS (24,2 %), suivie de l'AESAL (23,8 %) et du MENA (8,7 %). En termes de nombres absolus d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale, l'ASS et l'AESAL abritaient environ 80 % des enfants atteints d'insuffisance pondérale dans les pays de l'OCI. Environ deux tiers des enfants avec une insuffisance pondérale dans les pays de l'OCI vivaient tous dans cinq pays à savoir le Nigeria (24,6 % de total de l'OCI), le Pakistan (14,3 %), le Bangladesh (12,3 %), l'Indonésie (11,8 %) et le Soudan (4,8 %).

L'émaciation est un problème de santé majeur. Dans le monde, plus de 49 millions d'enfants de moins de 5 ans sont modérément ou sévèrement émaciés en 2018, soit environ 7,3 % des



enfants dans le monde. Comme le montre le graphique 4.15, la prévalence de l'émaciation est restée plus ou moins la même dans l'OCI et dans d'autres pays en développement avec respectivement un taux de 9,2 % et 9,9 %. Parmi les régions de l'OCI, l'émaciation est plus répandue dans l'AESAL, où près d'un enfant sur six (11 %) est modérément ou sévèrement émacié (graphique 4.15). Une situation semblable prévaut dans la région de l'ASS. Les cas d'émaciation sont les plus élevés dans les régions de l'AESAL et de l'ASS, qui représente 83,7 % des enfants émaciés dans les pays de l'OCI (42,8 % vivant dans l'AESAL et 40,9 % dans l'ASS). Il convient de noter que plus de la moitié de tous les enfants émaciés de l'OCI vivaient dans quatre pays seulement, à savoir le Nigeria (18,2 %), l'Indonésie (17,4 %), le Bangladesh (11,7 %) et le Pakistan (9,5 %).

Le surpoids et l'obésité chez les enfants sont en hausse partout dans le monde en particulier dans le monde en développement. L'obésité et le surpoids des enfants ont des conséquences graves sur la santé telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, et divers cancers. Au niveau mondial, environ 5,9 % des enfants de moins de 5 ans présentaient une surcharge pondérale. Bien que le surpoids ait été autrefois principalement associé aux pays à revenu élevé, le nombre d'enfants de moins de cinq ans en surpoids a triplé entre 2000 et 2018 en Europe orientale et en Asie centrale. Durant la période entre 2010 -2018, la prévalence du surpoids chez les enfants est demeurée plus élevée dans les pays de l'OCI (5,4%) que dans les autres pays en développement (4,9%). La prévalence du surpoids est demeurée la plus élevée dans les régions de l'EAC et du MENA (graphique 4.15). Ces deux régions ont représenté 44 % de cas d'enfants souffrant de surpoids dans l'OCI (36,8 % vivant dans la région AESAL et 33,3 % au MENA). Au niveau des différents pays, la proportion la plus élevée d'enfants en surpoids dans l'OCI (25 %) résident en Indonésie, suivie de l'Égypte (16,8 %) et de la Turquie (6,6 %).

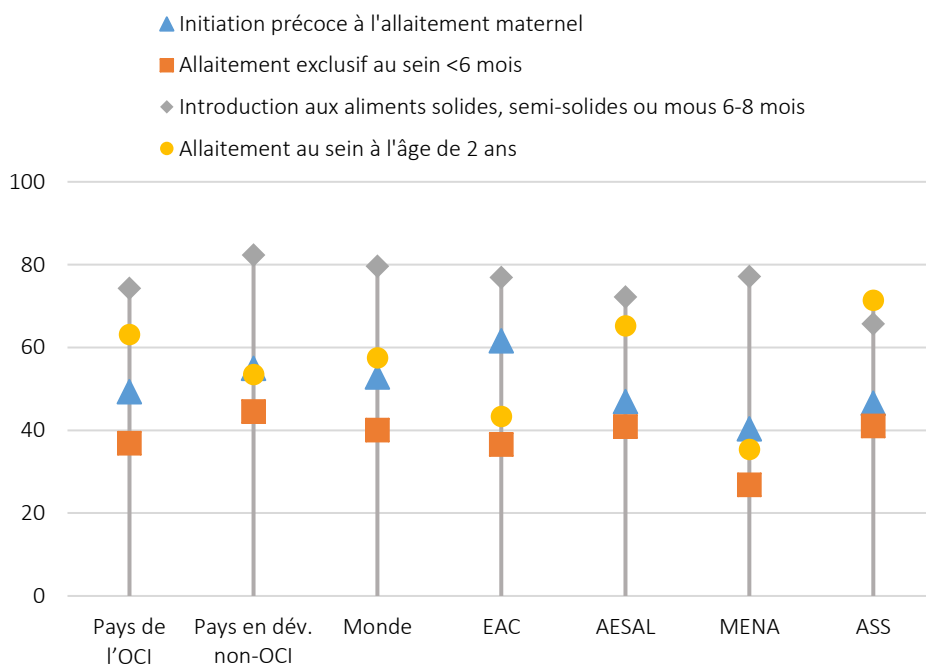
#### 4.6.2 Pratiques d'alimentation

Une alimentation appropriée, particulièrement au cours des deux premières années de la vie, est essentielle pour la survie, la croissance et le développement d'un enfant. Sur les meilleures pratiques en matière d'alimentation des enfants, les agences internationales de santé comme l'UNICEF et l'OMS recommandent que les bébés soient nourris au sein dans un délai d'une heure après la naissance, nourris exclusivement au sein pour les six premiers mois de vie et même au-delà jusqu'à 2 ans et plus. À partir de 6 mois, l'allaitement doit être accompagné d'une alimentation complémentaire sûre, adaptée à l'âge du nourrisson et comprenant des aliments solides, semi-solides et mous. Selon les résultats récents de l'UNICEF (2013), l'application de ces mesures pourrait réduire les décès des enfants âgés de moins de 5 ans de 20 % au niveau mondial.

Les dernières estimations sur les pratiques alimentaires entre les nourrissons et les jeunes enfants indiquent que malgré leur importance cruciale pour la nutrition de l'enfant, un nombre important de nourrissons et de jeunes enfants ne sont pas nourris au sein. Seulement 52,8% des nourrissons dans le monde ont bénéficié d'une mise au sein dans l'heure qui suit la naissance et 40% de l'allaitement exclusif au sein pendant la période allant de 0 à 5 mois (schéma 4.16). Conformément aux tendances mondiales, la couverture médiane des

pratiques en matière d'alimentation des bébés et des enfants est demeurée plus ou moins semblable dans les pays de l'OCI et dans les pays en développement non membres de l'OCI. Dans les pays de l'OCI, une médiane de 49,3 % de nourrissons ont été mis au sein au cours de la première heure de naissance après la naissance, et 36,9 % ont été exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de vie. Le taux d'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans est resté relativement bon dans les pays de l'OCI avec une médiane de 63,1 % des enfants nourris au sein jusqu'à l'âge de 2 ans. Les chiffres relatifs aux aliments complémentaires sûrs et adéquats pour enfants indiquent que les aliments solides, semi-solides ou liquides ont été introduits dans le régime de 74,2% des nourrissons dans les pays de l'OCI à partir de 6 à 8 mois. L'introduction d'aliments complémentaires pour nourrissons est restée plus ou moins la même dans le monde et dans les pays en développement non membres de l'OCI. En général, la moyenne des pays de l'OCI pour l'initiation précoce à l'allaitement au sein et l'allaitement exclusif au sein pendant six mois est demeurée manifestement inférieure à la moyenne des pays en développement non membres de l'OCI (graphique 4.16).

**Graphique 4.16:** Taux de couverture médian des pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants (en pourcentage), 2010-2018



Source: Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de l'UNICEF

Les pratiques d'allaitement au sein recommandées varient significativement entre les régions de l'OCI (graphique 4.16). La part des nourrissons qui sont allaités au sein dans un délai d'une heure après la naissance varie de 46,5 % en ASS à 61,6 % dans la région EAC. D'autre part, en matière d'allaitement continu jusqu'à l'âge de 2 ans, le taux de couverture varie de 35,4 % dans la région MENA à 71,4 % dans la région de l'ASS. En général, les données provenant de



trois indicateurs liés à l’allaitement au sein révèlent qu’un nombre important d’enfants sont restés vulnérables à la malnutrition dans tous les régions de l’OCI. Concernant l’introduction d’aliments complémentaires, la région MENA a enregistré le taux de couverture le plus élevé de 77,1 % tandis que, plus de la moitié des nourrissons ont été initiés aux aliments solides, semi-solides ou mous à partir de 6 à 8 mois dans les régions ASS, MENA et AESAL (graphique 4.16).

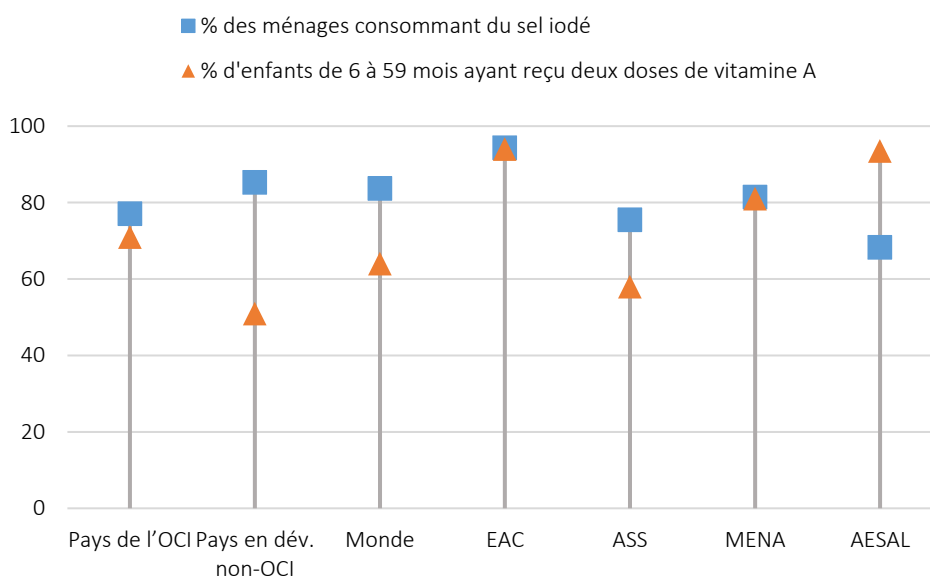
## 4.7 Carences en oligoéléments

Les carences en micronutriments telles qu’en vitamine A, fer, iode, zinc, et acide folique sont très courantes chez les femmes et les enfants dans les pays en développement à faible revenu, y compris certains pays de l’OCI. Tandis que les efforts pour améliorer l’état nutritionnel des nourrissons à travers l’allaitement au sein et l’alimentation complémentaire sont essentielles, les interventions comme la supplémentation sont considérées comme une approche accélérée pour améliorer la prise de micronutriments indispensables pour les femmes et les enfants. Cette sous-section présente un bref aperçu des efforts exercés par les pays de l’OCI pour réduire les carences en micronutriments au niveau des enfants.

### 4.7.1 Supplément en vitamine A

Selon l’OMS (2015c), la carence en vitamine A est un problème de santé public particulièrement en Afrique et en Asie du Sud-Est. En plus d’être la principale cause de cécité

**Graphique 4.17:** Taux de couverture médian du supplément de vitamine A et consommation médian de sel iodé dans les ménages (pourcentage), 2010-2017\*.



Source: Données de l’UNICEF

\* Données disponibles les plus récentes

évitables chez les enfants, elle augmente aussi le risque de maladie et de décès causé par des infections graves. Dans le monde, environ deux tiers (64 %) des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu deux doses de vitamine A entre 2010 et 2017 (graphique 4.17). Le taux de couverture médian de supplémentation en vitamine A est demeurée la plus élevée dans les pays de l'OCI où 71 % des enfants ont reçu deux doses de vitamine A. Les pays en développement non membres de l'OCI ont enregistré un taux de couverture médian comparativement faible de 51 %. La couverture de supplémentation en vitamine A varie considérablement dans les régions de l'OCI. Au cours de la période 2010-2017, l'EAC a enregistré le taux de couverture médian le plus élevé de 94 %, suivie de l'AESAL (93,5 %) et du MENA (81 %). En revanche, au niveau de la région de l'ASS, les enfants sont restés plus vulnérables aux carences en vitamine A et donc à la cécité, avec plus de la moitié des enfants âgés de 6 à 59 mois n'ayant pas reçu deux doses de vitamine A (graphique 4.17).

#### 4.7.2 Consommation de sel iodé

La consommation de sel iodé en juste proportion est une autre mesure importante pour empêcher et réduire la carence en iode et ses conséquences. L'iodure est essentiel au développement fœtal. Si les mères n'ont pas un apport adéquat en iode, les bébés peuvent développer une forme d'une déficience mentale appelée crétinisme (OMS, 2015c). En conséquence, cela affecte la performance des enfants à l'école ainsi que leur productivité et leur capacité à trouver un emploi à l'âge adulte. La consommation de sel contenant de l'iodure peut prévenir les principales causes de retard mental et d'autres troubles dus à la carence en iode. A l'échelle mondiale, près de 86 % de la population a accès au sel iodé en 2018. Selon les dernières estimations, dans le monde, 83,7 % de ménages ont consommé du sel iodé (>0 parties par million ou plus), mais la couverture varie considérablement entre les pays en développement (graphique 4.18). Les pays en développement non membres de l'OCI ont enregistré la plus grande couverture où 85,3 % des ménages consomment du sel iodé. Par contre, seulement 77,1 % des ménages consommaient du sel iodé dans les pays de l'OCI. La consommation de sel enrichi en iode dans les ménages des régions de l'OCI a également évolué où le plus grand nombre de ménages se situe la région EAC (94,4 %), suivie du MENA (81,5 %), et de l'ASS (75,5 %). La plus faible consommation de sel iodé par les ménages a été observée dans la région AESAL (68,3 %).

Au niveau des différents pays, 14 sur 32 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, avaient atteint l'objectif universel de 80 % de taux de couverture médian de supplémentation en vitamine A. Parmi ces 14 pays, la couverture est restée au-delà de 90 % dans 11 pays de l'OCI des régions EAC, AESAL et MENA (graphique 4.18). Concernant la consommation de sel iodé, parmi les 35 pays de l'OCI pour lesquels les données sont disponibles, seulement les 10 pays sont parvenus à dépasser l'objectif mondial de 90 % du taux de couverture médian. Entre autres, la consommation de sel iodé varie de 50 à 89% dans 19 pays de l'OCI. Dans 11 de ces pays, la couverture est restée plus de 70%. Par ailleurs, les statistiques relatives au taux de couverture médian montrent qu'en Mauritanie et en Guinée-Bissau, moins de 30 % des ménages consommaient du sel enrichi en iode. Le taux de



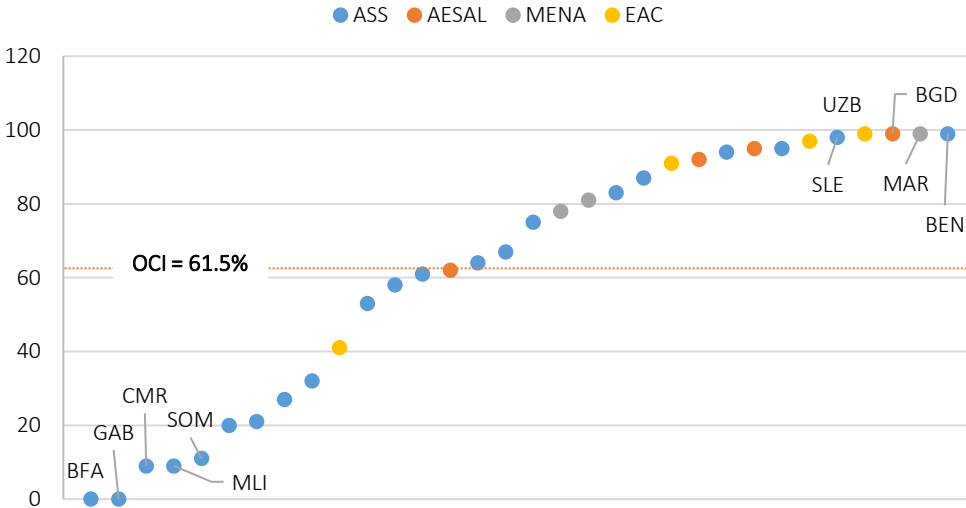


couverture médian est resté inférieur à 50 % au Soudan (34,4 %), au Mozambique (42,4 %),

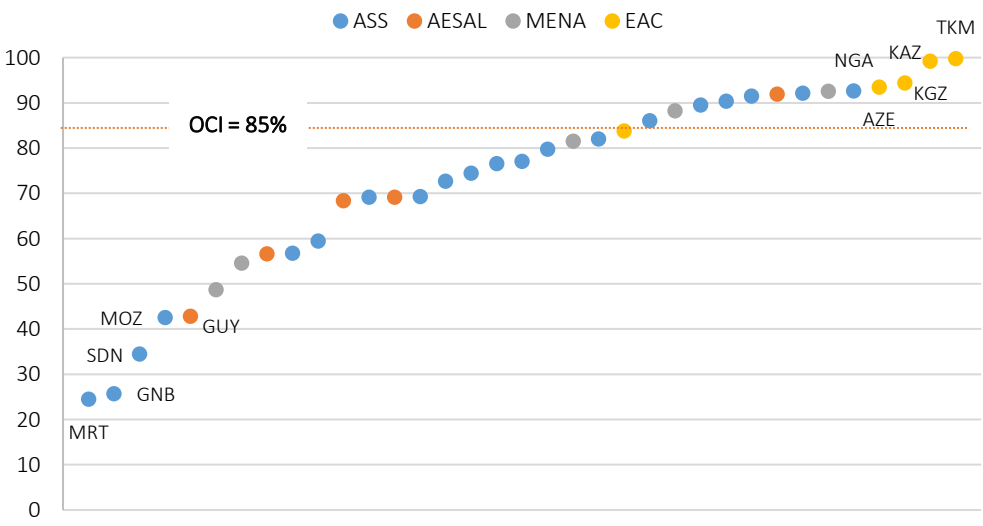


**Graphique 4.18:** Taux de couverture médian de suppléments dans les pays membres de l'OCI, 2010-2017\*

% d'enfants âgés 6-59 mois qui ont reçu deux doses de supplément de vitamine A dans les pays membres de l'OCI



% des ménages qui consomment du sel iodé dans les pays membres de l'OCI



Source: Données de l'UNICEF  
 \* Données disponibles les plus récentes

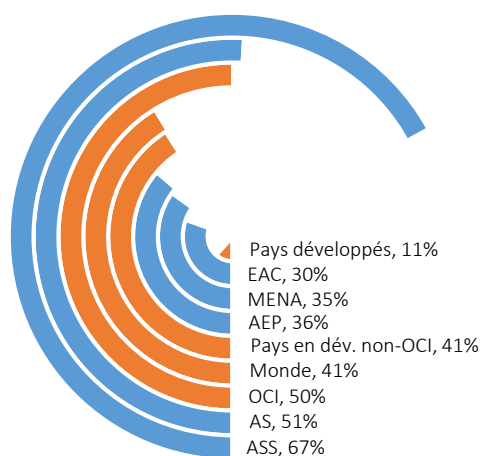
au Guyana (42,7 %) et au Yémen (48,6 %).



### 4.7.3 Anémie ferriprive

La carence en fer est l'un des troubles nutritionnels les plus fréquents et les plus répandus dans le monde. Cependant, elle est en grande partie répandue parmi les enfants et les femmes des pays en développement à faible revenu, quoique c'est la seule carence nutritionnelle qui est aussi très répandue dans les pays avancés. La carence en fer est indiquée comme la première cause de l'anémie chez les femmes et les enfants. Pendant la grossesse, la carence en fer peut être néfaste pour la mère et l'enfant. Elle a pour conséquence des complications au cours de l'accouchement, l'accroissement de risque de mortalité maternelle et le développement physique et mental altéré de l'enfant (l'UNICEF, 2004).

**Graphique 4.19:** Prévalence de l'anémie ferriprive, 2016



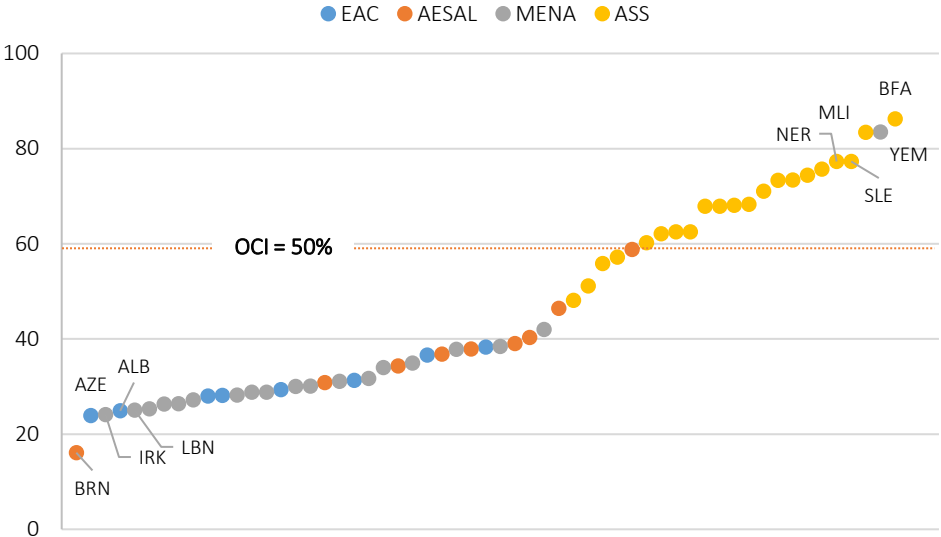
*Source:* Calculs du personnel de SESRIC basés sur les données de la Banque mondiale, IDM

Selon les dernières estimations, plus de 41 % d'enfants âgés de moins de 5 ans étaient anémiques en 2016. Bien que la prévalence de l'anémie était de 11% pour les pays développés, les chiffres ont été stupéfiants dans les pays en développement non membres, et membres de l'OCI, avec 41% et 50% des enfants souffrant d'anémie respectivement (schéma 4.19). Dans la région de l'OCI, l'anémie chez les enfants est demeurée un défi important de santé dans l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. Ces deux régions représentaient plus de 70% du nombre total d'enfants anémiques dans les pays de l'OCI. Comme le montre le schéma 4.19, environ 67% des enfants souffraient d'anémie en Afrique subsaharienne et 51% dans la région l'AS. En revanche, moins de 40% des enfants étaient anémiques dans les autres régions.

En étudiant les différents pays, comme l'illustre le graphique 4.20, le Brunei a enregistré la plus faible prévalence de l'anémie parmi les enfants (16 %), suivi de l'Azerbaïdjan (24 %) et de l'Irak (24 %). En revanche, la prévalence s'est avérée forte au Burkina Faso (86%), suivi par le

Yémen (84%) et le Sénégal (83%). En général, plus de la moitié des enfants étaient anémiques dans 22 pays de l'OCI, 20 d'entre eux dans la région de l'ASS

**Graphique 4.20:** Les pays membres de l'OCI avec la prévalence de l'anémie la plus élevée et la plus faible, 2016



Source: IDM de la Banque mondiale.



# CHAPITRE 5

## Médicaments, vaccins et technologies médicales

Le rôle des médicaments, vaccins et technologies médicales dans le soutien au développement des sociétés en bonne santé est d'une importance capitale. En particulier, l'industrie pharmaceutique constitue un des éléments essentiels d'un système de santé efficace et fiable. Les produits pharmaceutiques, tels que les médicaments et les vaccins, sont fondamentaux et exigent un financement conséquent. Les dispositifs médicaux sont également importants pour fournir les soins de santé et améliorer la santé des personnes et des populations. Un des objectifs stratégiques de l'OMS est d'assurer l'accès, la qualité et la bonne utilisation des dispositifs médicaux.

D'après ce qui précède, cette section décrit la situation actuelle des médicaments, des vaccins ainsi que de la technologie médicale dans les pays de l'OCI.

### 5.1 Industrie pharmaceutique

Aujourd'hui les produits pharmaceutiques sont devenus un élément indispensable du système de santé dans le monde. Au cours de l'histoire, les produits pharmaceutiques ont joué un rôle essentiel dans le développement humain en améliorant la qualité de vie et en minimisant le temps passé dans les hôpitaux. Grâce à l'industrie pharmaceutique novatrice, presque toutes les épidémies et maladies chroniques sont aujourd'hui curables. En raison de son lien direct avec l'aide sociale et le bien-être des êtres humains, l'industrie pharmaceutique est d'une importance stratégique pour le développement d'une nation saine et productive. L'industrie pharmaceutique est considérée être l'une des plus grandes industries mondiales et à croissance rapide. C'est une source importante de génération d'emploi et de recettes en devises pour beaucoup de pays dans le monde entier.

Cependant, en dépit de tous ces accomplissements extraordinaires, c'est une dure réalité de savoir qu'annuellement plus de 2,3 millions de personnes meurent à travers le monde (OMS, 2011), en grande partie dans les pays en développement à revenu faible, à cause de



l'indisponibilité et l'inaccessibilité des médicaments nécessaires. Beaucoup de pays en développement, y compris certains pays de l'OCI, n'ont aucune ou pas assez de capacité de production dans l'industrie pharmaceutique. L'industrie locale couvre une toute petite partie de la demande pharmaceutique domestique et ils dépendent fortement des importations et de l'aide médicamenteuse. En outre, la part de médicaments payés directement (c.-à-d. par le patient) varie entre 40 à 60 % dans ces pays. En conséquence, les médicaments ne sont ni disponibles ni accessibles pour la grande partie de la population et des centaines de milliers de personnes meurent de maladies évitables et traitables. Cette section va tenter d'examiner la disponibilité des médicaments dans les pays de l'OCI en se concentrant sur la production, la consommation et les tendances commerciales des produits pharmaceutiques dans ces pays sur la base des plus récentes données disponibles.

### 5.1.1 Production et consommation mondiales

L'industrie pharmaceutique mondiale a connu une croissance rapide au cours des années et a émergé en tant que l'une des industries ayant la plus rapide expansion au monde. Cependant, la production et la consommation pharmaceutiques du monde est inégalement dispersée dans le monde. Les pays avancés sont les principaux producteurs et consommateurs de produits pharmaceutiques. Selon IQVIA (2019) (société internationale de conseil et de services de données), le volume de l'industrie pharmaceutique est passé de 1 100 milliards de dollars en 2015 à 1 205 milliards en 2018. Au cours de cette période, le taux de croissance de l'industrie (par rapport à l'année précédente) a connu une tendance décroissante de 10 % en 2015 à 6,3 % en 2018. 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. Depuis 2008, le ralentissement économique dans les pays avancés a conduit à l'une des pires crises financières et économiques mondiales depuis la Grande Dépression. Les effets négatifs de cet effondrement de portée historique ont été ressentis à travers le globe et tous les secteurs étaient gravement touchés. Après la période de reprise, les incertitudes de l'économie mondiale et les déséquilibres mondiaux qui frappent surtout les marchés émergents demeurent parmi les principaux défis qui limitent les trajectoires de croissance de l'industrie pharmaceutique (graphique 5.1).

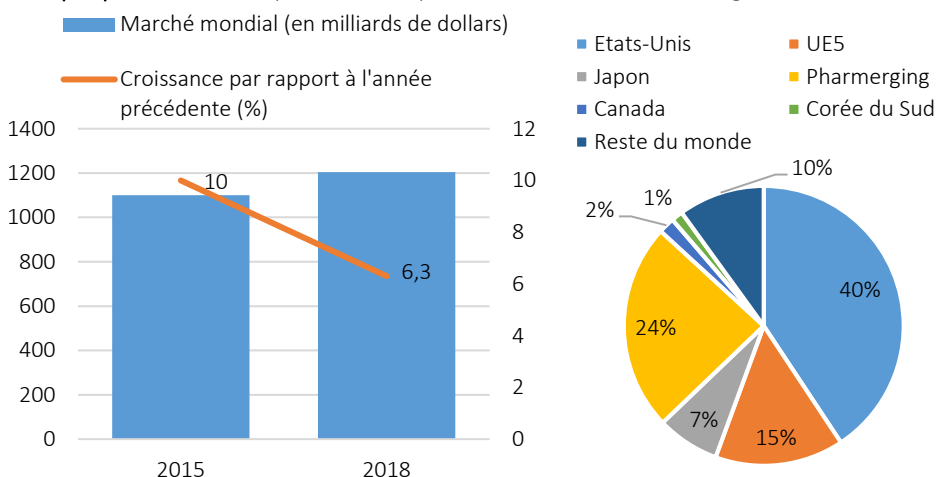
Selon les estimations de l'IQVIA, le marché pharmaceutique mondial dépassera 1,5 billion de dollars en 2023, avec un taux de croissance annuel composé de 3 à 6 % sur la période 2019-2023. Les principaux moteurs de la croissance continueront d'être les États-Unis et les marchés émergents, avec une croissance annuelle composée de 4 à 7 % et de 5 à 8 % respectivement (IQVIA, 2019).

La croissance démographique, le vieillissement de la population et l'amélioration de l'accès aux marchés émergents continueront d'être parmi les principaux facteurs de croissance dans le monde dans un proche avenir. Le marché pharmaceutique mondial, en termes de production et de consommation, est fortement concentré dans les régions développées. En



2018, les États-Unis représentaient la part la plus importante (40 %) des dépenses mondiales, suivis des marchés *pharmerging* (marchés pharmaceutiques des pays émergents) (24 %) et les cinq pays de l'Union européenne (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni et Espagne) (15 %). Les marchés *pharmerging* comprennent la Chine, le Brésil, l'Inde, la Russie, le Mexique, la Turquie, la Pologne, l'Arabie saoudite, l'Indonésie, l'Égypte, les Philippines, le Pakistan, le Vietnam, le Bangladesh, l'Argentine, l'Algérie, la Colombie, le Chili, le Nigeria et le Kazakhstan. Tandis que le reste du monde, en grande partie les régions en développement, représentaient seulement 10 % de la consommation pharmaceutique mondiale.

**Graphique 5.1:** Marché pharmaceutique mondial et distribution régionale



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur le rapport 2019 de l'Institut humain IQVIA

### 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 rencontrent beaucoup de défis socio-économiques, y compris l'établissement d'un système de soins de santé efficace et efficient. Dans ces pays, le secteur de la santé souffre toujours de beaucoup de problèmes allant de manque d'infrastructure au nombre insuffisant de personnel médical. Cependant la pénurie et l'inaccessibilité des médicaments nécessaires sont parmi les défis les plus importants. En raison de l'indisponibilité de données pertinentes sur la plupart des pays de l'OCI, l'analyse globale et comparative sur la capacité de production de l'industrie pharmaceutique au niveau de l'OCI n'est pas possible. Cependant, une vue d'ensemble de l'industrie pharmaceutique dans les pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, selon les régions géographiques, est présentée dans la section suivante.

#### Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA)

Le développement économique change le profil de la santé dans la région MENA, avec l'accroissement de la prévalence des maladies transmissibles. Dans ce contexte, les sociétés internationales reconnaissent la valeur et le potentiel de la région MENA. Par exemple, Sanofi

est la plus grande société pharmaceutique au Maroc, tandis que GlaxoSmithKline est le leader en Arabie saoudite. En outre, certains producteurs locaux tels que Hikma de la Jordanie et SPIMACO de l'Arabie saoudite cherchent à devenir les leaders régionaux. Les ventes pharmaceutiques dans la région MENA s'élevaient à environ 35,8 milliards de dollars aux prix de détail en 2016, y compris les ventes des pharmacies et hôpitaux. La Turquie, l'Égypte et l'Arabie saoudite sont les principaux intervenants dans la région du MENA.

Le marché pharmaceutique égyptien a progressé avec un taux de croissance annuel composé (TCAC) de 17 % entre 2011 et 2017 pour atteindre une valeur de marché totale de 50 milliards de livres égyptiennes (EGP) en 2017. Cependant, la consommation par habitant est encore faible. Malgré les récents problèmes de production, on s'attend à ce que la production augmente pendant que le système de soins de santé continue sa transition vers la modernisation. L'Égypte devient un marché très attrayant pour les sociétés pharmaceutiques multinationales parmi les marchés « pharmerging ».

La Jordanie a un niveau relativement élevé de production nationale. Cependant, la majorité est exportée, entraînant un marché dépendant des importations. La plupart des produits pharmaceutiques importés sont des médicaments en détail des pays situés dans l'Europe de l'Ouest, tels que la Suisse et l'Allemagne. D'autre part, les exportations portent principalement sur les médicaments semi-finis et en détails destinés à d'autres pays dans la région MENA. La plus grande société pharmaceutique jordanienne est Hikma Pharmaceuticals avec une part de marché de plus de 10 %. La société a un certain nombre d'installations industrielles en Jordanie, ainsi que des structures de R-D. En 2010, Hikma a acquis des marchés d'injectables d'une compagnie des États-Unis qui a augmenté de manière significative la portée des marchés d'injectables de la société dans le monde entier. Hikma a également acquis une société algérienne ainsi qu'une société tunisienne en 2010, renforçant sa présence dans la région MENA.

Bien que le marché pharmaceutique marocain soit petit par rapport au monde, les dépenses en produits pharmaceutiques par habitant sont comparativement élevées pour un pays africain. Plus de 50 % des sociétés pharmaceutiques sont possédées par des intérêts étrangers, représentant plus que la moitié du chiffre d'affaires de l'industrie. Les multinationales ayant une forte présence sur le marché pharmaceutique marocain comprennent Sanofi, GlaxoSmithKline et Pfizer. Hikma a également augmenté sa pénétration de marché, suivant l'acquisition de 63,9 % de Promopharm. Le marché pharmaceutique a connu une évolution positive, atteignant 1,48 milliard de dollars américains de ventes en 2017, avec des prévisions de 1,9 milliard de dollars américains en 2021 et une croissance annuelle de 6,7 % du TCAC.

Le marché pharmaceutique saoudien est le plus riche dans la région du Golfe. Le secteur privé de la pharmacie tend à favoriser les produits pharmaceutiques de marque mais il est marqué par des contrôles des prix. Les principaux acteurs du marché pharmaceutique saoudien sont Novartis AG, SPIMACO, Pfizer Inc. et Glaxosmithkline plc, Jamjoom Pharma et Tabuk Pharmaceutical Manufacturing Co. pour ne citer que ces sociétés. Le secteur public, plus





orienté vers le générique, dépend des recettes pétrolières et est caractérisé par une limitation des coûts. Il y a peu de production nationale en Arabie saoudite, donc la grande majorité du marché est approvisionné par les importations. Il y a seulement peu de grands fabricants domestiques dans le pays. Les produits pharmaceutiques localement fabriqués fournissent seulement environ 15 % du marché, et le reste de la production est principalement exportée vers d'autres pays du CCG.

## Asie

Dans la région de l'Asie Centrale, la Turquie a émergé comme un marché pharmaceutique prometteur. Aujourd'hui, la Turquie est l'un des plus grands producteurs pharmaceutiques du groupe des pays de l'OCI. Il y a 69 entreprises pharmaceutiques en Turquie dont 15 sont des multinationales. La Turquie accueille également 10 sociétés productrices de matières premières pour l'industrie pharmaceutique, dont 3 sont des multinationales. Il existe 25 centres de recherche et développement (R&D) qui répondent aux besoins de l'industrie pharmaceutique. Le marché pharmaceutique turc a progressé de 16,5 % en 2016 et les ventes ont atteint 20,7 milliards de livres turques (TRY), avec un TCAC de 7,6 % sur la période 2011-2016.

L'industrie pharmaceutique et le marché turc a de grand potentiel de croissance et est placée dans un groupe de pays appelé marchés "pharmergings", qui comprend les marchés pharmaceutiques à croissance rapide dans le monde. Les marchés "pharmergings" sont 21 pays identifiés par IMS Health comme ayant plus de 1 milliard de dollars de croissance des dépenses de produits pharmaceutiques entre 2014 à 2019 et un PIB par habitant de moins de 30 000 dollars. Parmi ces marchés pharmerging, la Turquie, l'Arabie saoudite, l'Indonésie, l'Égypte, l'Algérie, le Bangladesh, le Nigeria, le Kazakhstan et le Pakistan sont des pays de l'OCI.

En Asie-Pacifique, la Malaisie est l'un des marchés pharmaceutiques à croissance la plus rapide évalué à environ 1,6 milliard de dollars en 2012. Selon l'Autorité de contrôle des médicaments de la Malaisie, en 2012 il y avait 235 sociétés pharmaceutiques enregistrées dans le pays et les fabricants au niveau local ont produit environ 25 à 30 % pour la demande intérieure. D'après ses riches ressources naturelles (flore et faune), la Malaisie pourrait devenir un acteur important du marché de bio générique (phytothérapies et vitamines) de la région. La Malaisie a désigné les soins de santé comme l'une des douze zones économiques nationales clés (NKEA) du pays, en accordant une attention particulière aux produits pharmaceutiques. Le gouvernement encourage les investissements privés ainsi que les collaborations public-privé dans le secteur pharmaceutique.

L'Indonésie est un autre marché pharmaceutique en expansion de la région. En 2016, le marché pharmaceutique indonésien valait plus de 6 milliards de dollars, et il devrait plus que doubler en 2020. Selon l'Agence nationale des médicaments et de l'alimentation (BPOM), l'Indonésie dispose d'une grande industrie pharmaceutique comprenant 108 sociétés. En 2012, les sociétés locales ont représenté 75 % des ventes de médicaments dans le pays. Plusieurs sociétés pharmaceutiques étrangères possèdent des bureaux et des installations de

fabrication en Indonésie. Selon l'International Pharmaceutical Manufacturers Group (IPMG), une association d'entreprises pharmaceutiques étrangères en Indonésie, les entreprises pharmaceutiques étrangères ont investi plus d'un milliard de dollars américains sur le marché pharmaceutique indonésien ces dernières années.

### **Afrique subsaharienne (ASS)**

La région de l'ASS représente 25 % des cas de maladie dans le monde et représente moins de 1 % des dépenses mondiales pour la santé. Les patients financent 50 % de l'ensemble des dépenses de santé en ASS. Selon l'Enquête sur la santé dans le monde 2003, la part moyenne de médicaments dans les paiements directs de santé en ASS (14 pays) est de 37 %, alors qu'au niveau des différents pays, cette part varie de 11 % au Tchad à 62,2 % au Burkina Faso. En 2012, le marché pharmaceutique en ASS a été évalué à 23 milliards de dollars avec une part de 2,3 % des 965 milliards de dollars du marché mondial. En ASS, 37 sur 44 pays possèdent une certaine production pharmaceutique et la fabrication locale représente 25 à 30 % de la demande locale de l'ASS. Cependant, la production pharmaceutique est fortement concentrée dans quelques 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 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 Nigeria est le deuxième principal producteur avec une part de 6 % (c.-à-d. 1,4 milliards de dollars). Parmi d'autres pays de l'OCI, le Maroc a produit une valeur de 1,2 milliard de dollars et la Tunisie 0,8 milliard de dollars en médicaments en 2012.

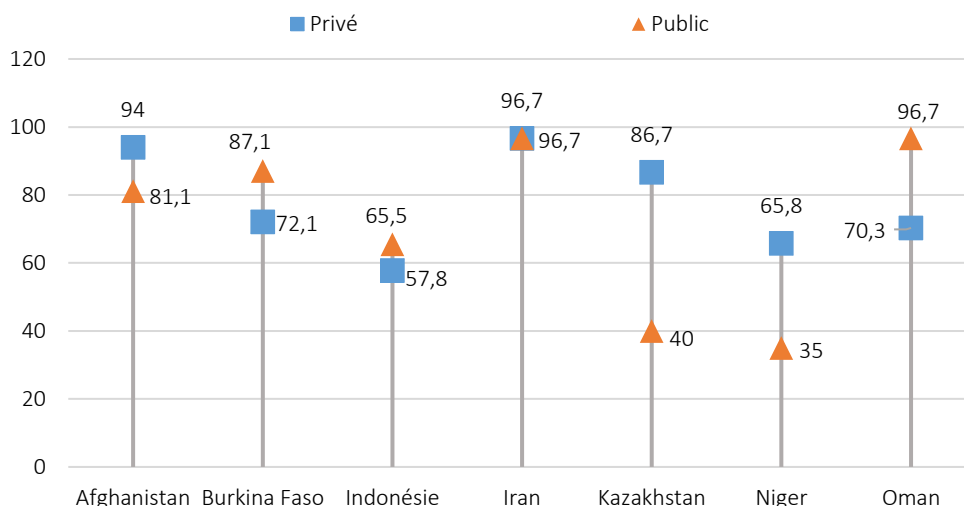
#### **5.1.3 Disponibilité de médicaments essentiels et génériques**

La cible 8.E des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD) reconnaissent la nécessité d'améliorer la disponibilité de médicaments abordables dans les pays en développement. Plusieurs pays ont accompli des progrès dans l'accès progressif aux médicaments essentiels. Cependant, l'accès aux médicaments essentiels dans les pays en développement n'est pas suffisant. Dans les pays pour lesquels les données sont disponibles, les médicaments essentiels ne sont disponibles que seulement dans 57 % des structures sanitaires publiques et 65 % privées en 2012. Les prix des médicaments sont environ 3,3 à 5,7 fois supérieurs aux prix de référence internationaux (ONU, 2013).

Dans les pays de l'OCI, pour lesquels les données pertinentes sont disponibles, la disponibilité médiane de médicaments génériques sélectionnés pour la santé du secteur public varie entre 35 % et 96,7 % (avec une moyenne générale de 71,9 %) (graphique 5.2). De même, pour le secteur privé de la santé, les pays de l'OCI ont représenté une structure hétérogène, avec la disponibilité médiane variant de 57,8 % à 96,7 % (avec une moyenne globale de 77,6 %). L'Iran a le taux de disponibilité médian le plus élevé de médicaments génériques sélectionnés avec 96,7 % dans le secteur public et privé. Cependant, la disponibilité était faible dans un certain nombre de pays de l'OCI. Par exemple, le Niger a le plus bas taux de disponibilité avec 35 %



**Graphique 5.2:** Disponibilité médiane des médicaments génériques (%), 2007-2013



Source: Données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

dans le secteur public et l'Indonésie a le plus bas taux de disponibilité avec 57,8 % dans le secteur privé.

Les médicaments sont des ingrédients incontournables pour la prévention et le traitement sûr et efficace des maladies. Il est donc essentiel d'y accéder facilement et en temps utile. Les médicaments 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 de médicaments essentiels dans le secteur public est limitée en raison des ressources insuffisantes et d'une distribution et fourniture inefficaces. Par conséquent, le secteur privé devient le fournisseur principal en médicament aux patients. Cependant, ils sont plus chers. Au cours de la période 2003-2009, et en raison des prix de fabrication plus élevés, des marges bénéficiaires importantes, des impôts et des tarifs élevés, le ratio de prix à la consommation médian des médicaments génériques choisis dans le secteur privé étaient trois fois supérieur au ratio des prix dans le secteur public dans les pays de l'OCI (SESRIC, 2014).

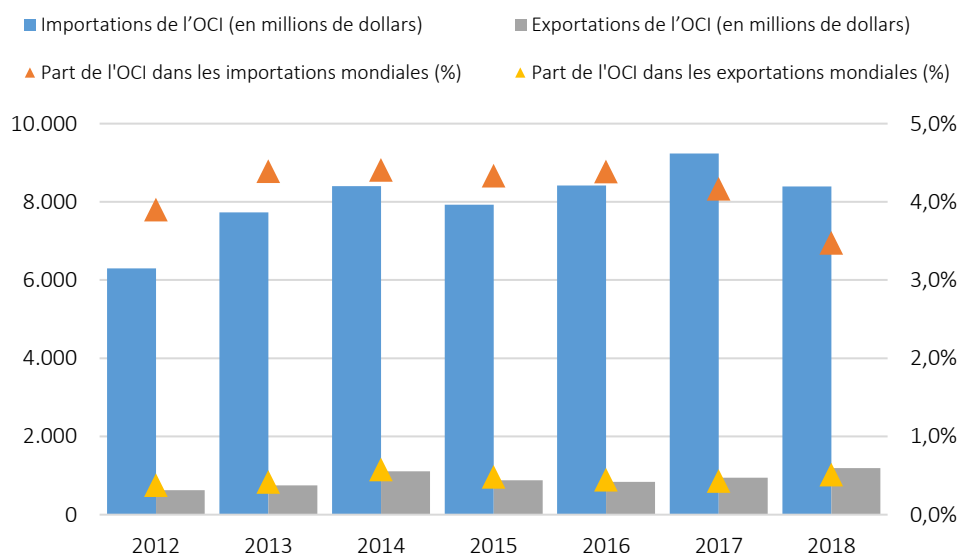
La pharmacovigilance est définie comme la science et les activités relatives à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets indésirables ou tout autre problème lié aux médicaments. Dans les pays de l'OCI, la pharmacovigilance est qualifiée de faible en ce qui concerne la détection, l'investigation et la communication des effets indésirables consécutifs à la prise de médicament et à la vaccination. Les systèmes efficaces pour la garantie et la surveillance de qualité n'existent pas dans beaucoup de pays et la vente de médicaments contrefaits est un problème majeur. Plus de 90 % des produits médicaux sont importés (SESRIC, 2014).

### 5.1.4 Commerce de produits pharmaceutiques

Cette section analyse les exportations et importations de produits pharmaceutiques des pays de l'OCI ainsi que le commerce de produits pharmaceutiques au niveau intra-OCI à l'aide de la base de données Comtrade de l'ONU au niveau de 3 chiffres « produits médicaux et pharmaceutiques, autre que les médicaments de 542 » (groupe 541 du CTCI).

Le commerce mondial de produit pharmaceutique a connu une tendance haussière au cours de la période 2015-2018. En 2018, les exportations mondiales de produits pharmaceutiques étaient évaluées à 231 milliards de dollars et les importations à 241 milliards de dollars. Cependant, comme la production, le commerce de produits pharmaceutiques est également demeuré fortement concentré dans les pays avancés qui a représenté environ 95 % des exportations du monde et absorbé presque 85 % des importations de produits pharmaceutiques en 2018. En tant que groupe, les pays avancés sont les exportateurs nets de produits pharmaceutiques tandis que les pays en développement sont eux les importateurs nets.

**Graphique 5.3:** Commerce de produits pharmaceutiques de l'OCI\* (2012-2018)



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur la base de données COMTRADE des Nations Unies

\*Les calculs sont fondés sur le code de produit 541 (Médicaments et produits pharmaceutiques autres que les médicaments du groupe 542) selon la révision 4 de la Classification type pour le commerce international de la base de données COMTRADE.

Étant une partie notable des pays en développement, la majorité des pays de l'OCI sont des importateurs nets de produits pharmaceutiques et leur part dans le commerce mondial de produits pharmaceutiques est demeurée très faible. Comme l'illustre le graphique 5.3, les



exportations de produits pharmaceutiques de l'OCI ont connu une tendance haussière au cours de la période 2012-2014. En 2018, les exportations de produits pharmaceutiques de l'OCI s'élevaient à 1 191 milliards de dollars par rapport à 628,7 millions de dollars en 2010, correspondant à une augmentation de 89 %. En 2018, les pays de l'OCI en tant que groupe ont représenté environ 0,4 % du total des exportations de produits pharmaceutiques du monde. En général, les exportations de produits pharmaceutiques de l'OCI sont demeurées fortement concentrées en Europe et Asie centrale (EAC) et en Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA) qui représentent respectivement 41,4 % et 29,4 % des exportations totales de l'OCI en 2018.

Avec une capacité de production faible et un savoir-faire technologique limité, la majorité des pays de l'OCI ne peuvent pas produire localement une quantité suffisante de produits pharmaceutiques pour répondre à leurs besoins domestiques. En conséquence, ils sont obligés de les importer. Les importations de produits pharmaceutiques de l'OCI ont connu une tendance haussière de 6,3 milliards de dollars en 2012 à 9,2 milliards de dollars en 2017. En 2018, elles ont été évaluées à 8,4 milliards de dollars en 2018. Comparée aux exportations pharmaceutiques, la part des pays de l'OCI, en tant que groupe, est restée beaucoup plus élevée dans le total mondial des importations pharmaceutiques. Sur la période 2013-2017, la part des pays membres dans les importations mondiales de produits pharmaceutiques a été, en moyenne, supérieure à 4 %. En 2018, elles ont représenté 3,5 % du total des exportations de produits pharmaceutiques dans le monde. Comme pour les exportations, les importations de produits pharmaceutiques de l'OCI sont également demeurées fortement concentrées dans les régions MENA et EAC, qui ont représentés respectivement 41,3 % et 31 % des importations totales de l'OCI en 2018.

**Tableau 5.1:** Les 10 principaux exportateurs et importateurs de produits pharmaceutiques de l'OCI, en 2018

Classement	Pays	Exportations (en millions de dollars des États-Unis)	Part dans les exportations totales de l'OCI	Classement	Pays	Importations (en millions de dollars des États-Unis)	Part dans les importations totales de l'OCI
1	Turquie	484,1	40,6%	1	Turquie	2237,1	26,6%
2	EAU	273,0	22,9%	2	Arabie saoudite	1198,1	14,3%
3	Malaisie	213,1	17,9%	3	EAU	851,8	10,1%
4	Indonésie	124,2	10,4%	4	Indonésie	763,1	9,1%
5	Égypte	46,0	3,9%	5	Pakistan	592,2	7,1%
6	Arabie saoudite	26,4	2,2%	6	Égypte	519,4	6,2%
7	Kazakhstan	8,6	0,7%	7	Malaisie	448,6	5,3%
8	Pakistan	5,2	0,4%	8	Koweït	369,7	4,4%
9	Sénégal	3,4	0,3%	9	Liban	369,7	4,4%
10	Liban	3,1	0,3%	10	Kazakhstan	307,4	3,7%

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

Les exportations de produits pharmaceutiques des pays de l'OCI sont fortement concentrées dans un petit nombre d'entre eux où seulement 10 pays de l'OCI ont représenté plus de 95 % de toutes les exportations de produits pharmaceutiques de l'OCI en 2018 (tableau 5,1). Le Brunei est resté l'exportateur principal de produits pharmaceutiques de l'OCI avec des exportations évaluées à 484,1 millions de dollars, soit 38 % des exportations totales de produits pharmaceutiques de l'OCI en 2018. Parmi les dix principaux pays exportateurs de l'OCI, les cinq premiers à savoir la Turquie, les Émirats arabes unis, la Malaisie, l'Indonésie, l'Égypte ont représenté 95,7 % des exportations totales de produits pharmaceutiques au niveau de l'OCI en 2018.

Une tendance semblable est aussi observée au niveau des importations. En 2018, les 10 principaux importateurs ont représenté plus de 90 % des importations totales de produits pharmaceutiques de l'OCI (tableau 5.1). La Turquie est demeurée le principal importateur de produits pharmaceutique avec des importations évaluées à 2 237 millions de dollars, soit 26,6 % des importations totales de produits pharmaceutiques de l'OCI en 2018. Parmi les dix principaux importateurs, les cinq principaux importateurs tels que la Turquie, l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unies, l'Indonésie et le Pakistan ont représenté plus de 67 % des importations totales de produits pharmaceutiques de l'OCI en 2018.

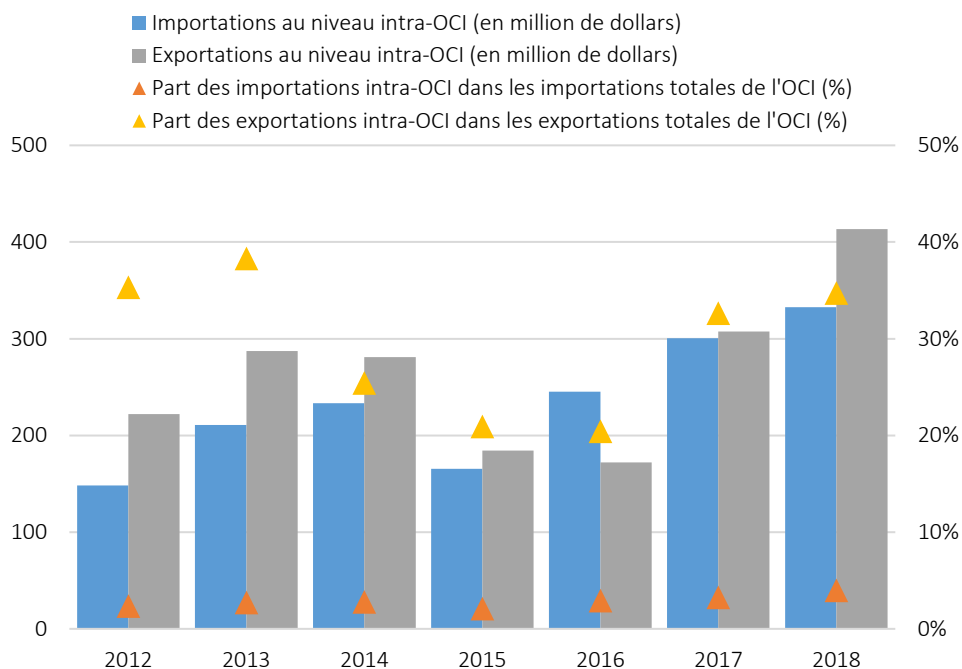
### **Commerce de produits pharmaceutiques à l'intra-OCI**

Au niveau intra-OCI, le volume des échanges de produits pharmaceutiques a presque été multiplié par deux, passant de 370 millions de dollars en 2012 à 746 millions de dollars en 2018. D'après le graphique 5.4, les exportations de produits pharmaceutiques au niveau intra-OCI ont montré une tendance haussière au cours de la période 2012-2018, passant de 94 millions de dollars à 109 millions. En moyenne, les exportations de l'intra-OCI ont représenté moins de la moitié du total de toutes les exportations de produits pharmaceutiques de l'OCI au cours de cette période. Les exportations de produits pharmaceutiques de l'intra-OCI sont demeurées fortement concentrées dans peu de pays de l'OCI.

La part des importations intra-OCI de produits pharmaceutiques a augmenté de 2,4 % en 2012 à 4 % en 2018 dans les importations totales de produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCI. Cela indique que plusieurs pays de l'OCI se dépendent de plus en plus sur les pays non membres de l'OCI pour satisfaire leurs demandes en produits pharmaceutiques domestiques (graphique 5.4).



**Graphique 5.4:** Commerce intra-OCI des produits pharmaceutiques\* (2012-2018)



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur la base de données COMTRADE des Nations Unies

\*Les calculs sont fondés sur le code de produit 541 (Médicaments et produits pharmaceutiques autres que les médicaments du groupe 542) selon la révision 4 de la Classification type pour le commerce international de la base de données COMTRADE.

## 5.2 Vaccins

L'industrie mondiale de vaccins est dominée par quelques sociétés multinationales. Cependant, les sociétés en Chine, Inde et d'autres économies émergentes sont récemment devenues d'importants fabricants de vaccins et ont commencé à vendre les vaccins sur les marchés internationaux. Depuis de nombreuses années, le secteur des vaccins est caractérisé par des contrôles de prix des gouvernements, un groupe de produits développés basé sur un ensemble limité de technologies. Ces caractéristiques ont contraint le niveau de l'investissement affectant ainsi l'élan de l'innovation technologique. Mais ces dernières années, comme de nouveaux vaccins ont été introduits pour remplacer des technologies plus anciennes et adresser de nouveaux cas de maladie, la tarification a également augmenté.

### 5.2.1 Production

Le marché mondial de vaccin s'est considérablement développé au cours de la dernière décennie, passant de 5 milliards de dollars en 2000 à 34 milliards en 2017. C'est un marché

en expansion rapide avec un taux de croissance annuel de 10 à 15 %. Selon les estimations, le marché de vaccins représente 2 à 3 % du marché pharmaceutique mondial (OMS, 2013). Dans le monde, les ventes de vaccins sont fortement concentrées dans les pays avancés, ce qui représente plus de 80 % des ventes totales en termes de valeur. La fabrication de vaccins est considérée être une activité très complexe principalement en raison de faible retour sur investissement et des risques élevés de R-D. C'est partiellement à cause de ces facteurs que, en dépit d'une augmentation dans la demande de vaccins, le nombre de pays producteurs de vaccins a diminué de 63 en 1990 à 44 en 2010. Aujourd'hui, les pays en développement émergents sont les principaux producteurs de vaccins. À partir de 2013, plus de 70 % de la demande mondiale de vaccins est satisfaite 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 estimations, seulement deux pays de l'OCI à savoir l'Indonésie et l'Iran ont de bonnes capacités de production alors que les autres producteurs de vaccins comme le Sénégal, l'Ouzbékistan, le Bangladesh, la Tunisie et l'Égypte sont caractérisés par de faibles capacités de production. L'Indonésie est restée le pays le plus performant avec une part de 10 % de la production mondiale de vaccins et est le troisième plus grand producteur de vaccins après la Chine et l'Inde.

### 5.2.2 Commerce

Comme la production de vaccins est très limitée dans les pays de l'OCI, ils 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 ; antisérums, vaccins et produits semblables » (groupe 5416 de CTCI) a été utilisée afin d'analyser le commerce de vaccins au sein de l'OCI. Entre 2012 et 2018, les exportations de vaccins de l'OCI ont révélé une tendance à la hausse de 268 millions de dollars en 2012 à 331 millions de dollars en 2018 avec une part de 0,8 % dans le total mondial. De même, les importations de vaccins de l'OCI ont augmenté de 3,37 milliards de dollars en 2012 à 5,3 milliards de dollars en 2016. Toutefois, elles ont régressé au cours de la période 2017-2018. Elles ont été évaluées à 2,95 milliards de dollars en 2018 et représentaient une part de 6,6 % dans le monde (graphique 5.5).

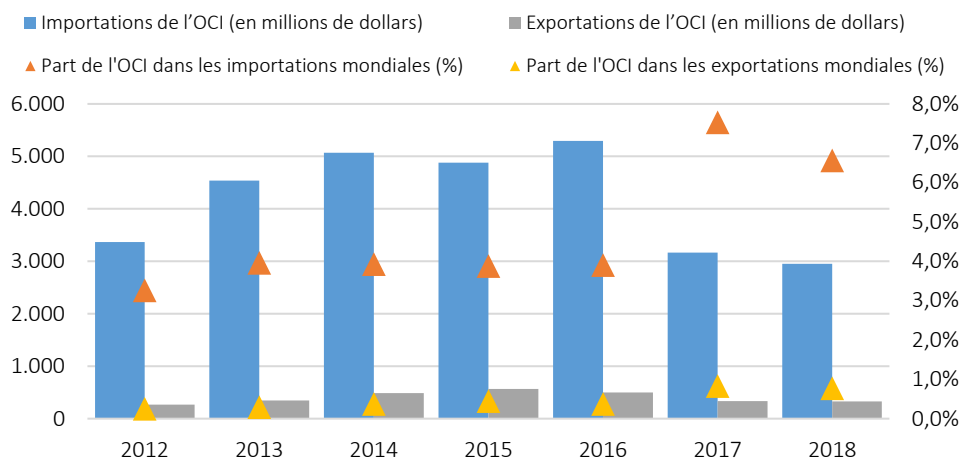
Les pays de l'OCI affichent une structure hétérogène en matière de fourniture de vaccins. Les pays de l'OCI à faible revenu se procure un nombre important de vaccins à travers l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), tandis que les pays à revenu élevé tels que les pays du Golfe s'autoapprovisionnent en vaccins. Par contre, les pays à revenu moyen éprouvent des difficultés financières et opérationnelles avec l'introduction de nouveaux vaccins. Parmi d'autres facteurs, le manque de fonds suffisants et les prix élevés courants des nouveaux vaccins constituent deux principaux obstacles à surmonter. En plus des vaccinations, les programmes nationaux de vaccination sont préoccupés par la qualité et la sécurité des vaccinations par l'adoption des technologies d'injection sécurisées (seringues





autobloquantes, boîtes de stockage, et incinérateurs) et l'entretien approprié de la chaîne du froid et des stocks de vaccins.

**Graphique 5.5:** Commerce de vaccins de l'OCI\* (2012-2018)



Source: Calculs du personnel du SESRIC basés sur la base de données COMTRADE des Nations Unies

\*Les calculs sont fondés sur le code de produit 5416 (Glycosides ; glandes ou autres organes et leurs extraits ; antisérums, vaccins et produits similaires) selon la révision 4 de la Classification type pour le commerce international de la base de données COMTRADE.

Les pays de l'OCI sont classés dans deux groupes selon la source des vaccins qui sont employés dans leur Programme élargi de vaccination (PEV). Le premier groupe se compose de 31 pays de l'OCI s'approvisionnant en vaccins auprès de l'UNICEF et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) 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 se procurant les vaccins directement des fabricants comme 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 des dispositifs médicaux, sont cruciales pour les services offerts dans la prévention, le diagnostic, et le traitement de maladie, d'épidémie, et d'incapacité. Plusieurs définitions existent pour le terme 'technologies de santé'. Selon l'initiative mondiale concernant les technologies de santé, elles se rapportent à l'application des connaissances et des qualifications organisées sous forme de dispositifs, de procédures, et de systèmes élaborés pour résoudre un problème de santé et pour améliorer la qualité des vies.

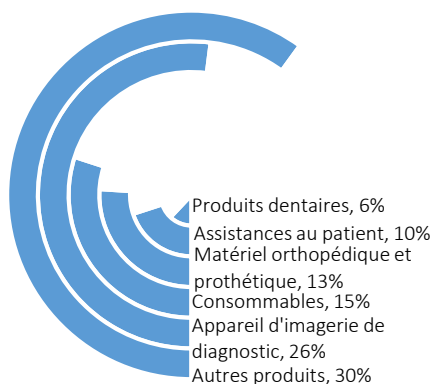
Cette section va essayer de présenter l'état de développement du programme de technologie de santé consacré aux dispositifs médicaux sur le marché mondial et dans les pays de l'OCI à

l'aide de l'enquête de référence du pays sur les dispositifs médicaux dirigée par l'OMS entre 2010 et 2013.

### 5.3.1 Marché de dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux désignent un objet, un instrument, un appareil ou une machine qui est utilisé 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 à des fins sanitaires. Il y a approximativement 10 000 types de groupes de dispositifs médicaux génériques disponibles dans les marchés mondiaux. Tel que le décrit le graphique 5.6, l'équipement d'imagerie diagnostique représente la plus grande proportion (26 %) du marché mondial, d'autres équipements électromédicaux tels que les moniteurs, les défibrillateurs, les stérilisateur constituent environ 30 %, suivis des consommables (15 %) et des dispositifs orthopédiques ainsi que prothétiques (13 %). En 2014, on a estimé que le marché mondial de dispositifs médicaux était évalué à 361 milliards de dollars. Avec 3 % de croissance moyenne, le marché mondial de dispositifs médicaux atteindra 427 milliards de dollars en 2018. Le marché du « reste du monde » (toutes les régions en dehors des États-Unis, l'Europe, et l'Asie) représente un cinquième du marché mondial de dispositifs.

**Graphique 5.6:** Marché mondial de dispositifs médicaux



Source: OMS, Atlas mondial des dispositifs médicaux, 2013-2014

### 5.3.2 Politiques sur les technologies de santé

Une politique nationale de technologie de santé (dispositif médical) peut aider à garantir une meilleure utilisation des ressources selon les besoins de la population. En 2013/2014, 23 sur 48 pays de l'OCI (48 %) ont une politique nationale de technologies médicales. D'autre part, 25 sur 48 pays de l'OCI (52 %) n'en ont aucune. Un tel ratio est très comparable à la moyenne des pays développés de 38 % et égal la moyenne du monde de 52 %. L'Algérie, le Bénin, la Jordanie, le Maroc, Oman, le Qatar et l'Arabie saoudite ont une politique nationale de technologie mais elle ne fait pas partie du programme/plan ou de politique de santé national.

Les unités du 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. Au cours de la période 2013-2014, 40 sur 48 pays de l'OCI (83 %) disposent d'une unité au sein du ministère de la Santé. Cette situation montre que quoique plusieurs pays de l'OCI disposent des unités responsables de la gestion des dispositifs médicaux, ils n'ont pas de politique nationale sur les dispositifs médicaux, ce qui sous-entend



que ces unités au ministère de la Santé ne sont pas efficaces (SESRIC, 2014a). En d'autres termes, les planificateurs nationaux de santé dans plusieurs pays de l'OCI devraient travailler à identifier des concepts tels que l'évaluation et la gestion des technologies de santé. En outre, 8 sur 48 pays de l'OCI à savoir le Bangladesh, le Burkina Faso, le Tchad et les Comores ne disposaient d'aucune unité (tableau 5.2).

	Oui	Non
Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale consacrée aux technologies de la santé ?	23	25
Votre pays dispose-t-il d'une unité spécialisée dans les technologies de la santé au sein du ministère de la Santé ?	40	8

Source: OMS, référentiel de données

### Listes de dispositifs médicaux approuvés

La disponibilité de la liste nationale de dispositifs médicaux approuvés pour l'achat ou le remboursement est l'un des indicateurs énumérés dans l'objectif stratégique 11 de l'OMS qui soutient l'accès amélioré aux produits et technologies de soins de santé sûrs et efficaces. Lors de la période 2013-2014, 28 sur 47 pays de l'OCI, pour lesquels les données sont disponibles, n'ont eu aucune liste nationale pour la fourniture ou le remboursement de dispositifs médicaux approuvés. La Jordanie, le Kirghizistan, le Mali, la Sierra Leone, le Tadjikistan, la Turquie et Ouganda disposent d'une liste nationale de dispositifs médicaux approuvés pour l'achat ou le remboursement. D'autre part, dans la même période, 12 sur 47 pays de l'OCI avaient une liste nationale mais il s'agissait seulement d'une recommandation (graphique 5.7).

Graphique 5.7: Pays de l'OCI disposant d'une liste de dispositifs médicaux, 2013-2014



Source: Données de l'OMS

### Nomenclature officielle pour les dispositifs médicaux

Le type de système de nomenclature pour les dispositifs médicaux d'un pays désigne plusieurs systèmes de nomenclature sur les dispositifs médicaux qui facilitent une meilleure classification, régulation 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. Au cours de la période 2013-2014, 25 sur 48 pays de l'OCI n'utilisent aucun type de nomenclature. Cependant, 12 sur 48 pays de l'OCI tels que l'Albanie, l'Égypte, le

Kazakhstan, la Turquie, la Tunisie et Ouganda utilisent un système de nomenclature établi au niveau national. La Gambie et l'Indonésie utilisent plus d'un système de nomenclature (graphique 5.8).

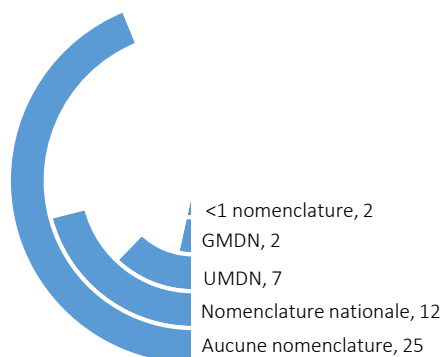
La Jordanie, le Kirghizistan, le Maroc, le Qatar, la Sierra Leone, la Somalie et le Soudan utilisent un système de nomenclature basé sur le Système universel de nomenclature des dispositifs médicaux (UMDNS). En outre, le Tadjikistan et la Malaisie ont utilisé un système de nomenclature basé sur la (GMDN – « Global Medical Device Nomenclature »). D'autre part, seulement 7 sur 48 pays de l'OCI, à savoir l'Albanie, la Libye, l'Arabie saoudite, le Sénégal, la Sierra Leone, le Soudan et le Tadjikistan utilisent la nomenclature pour des fins de réglementation, d'approvisionnement ou d'inventaire.

#### Approvisionnement en dispositifs médicaux

L'approvisionnement en dispositifs médicaux effectués au niveau national est la manière dont les pays s'approvisionnent en dispositifs médicaux au niveau national ou non. Il permet aux pays d'élaborer des données spécifiques sur l'approvisionnement. La fourniture excessive de produits approvisionnés entraîne l'accroissement des coûts de livraison et l'accès inéquitable entre la population (OMS/EMRO, 2012). 15 sur 48 pays de l'OCI avec des données n'ont pas effectué d'approvisionnement en dispositifs médicaux au niveau national (graphique 5.9).

En outre, une directive nationale est indispensable pour la distribution des ressources dans un contexte domestique. Les directives, politiques ou recommandations nationales relatives à l'approvisionnement en dispositifs médicaux sont importantes pour l'allocation optimale des ressources pour des dispositifs médicaux et le processus d'approvisionnement. 22 sur 48 pays de l'OCI avec des données n'ont aucune directive pour l'approvisionnement en dispositifs médicaux.

**Graphique 5.8:** Pays de l'OCI disposant d'une nomenclature dispositifs médicaux, 2013-2014



Source: Données de l'OMS

**Graphique 5.9:** Pays de l'OCI achetant des dispositifs médicaux, 2013-2014



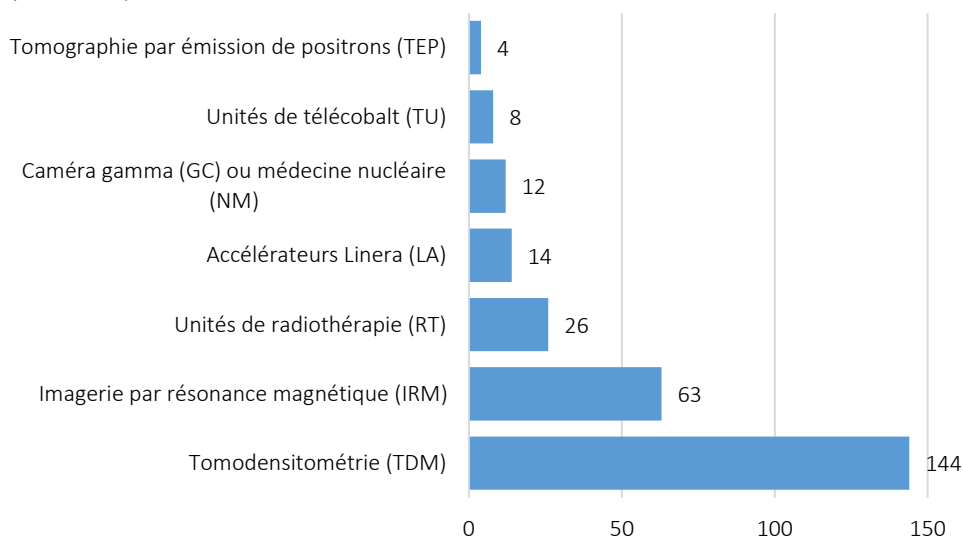
Source: Données de l'OMS



### Disponibilité des dispositifs médicaux

En général, l'équipement spécialisé de technologies de pointe est peu disponible dans les pays de l'OCI. Au cours de la période 2013-2014, les unités de Tomodensitométrie (TDM) ou TC-Scan des secteurs public et privé représentent la plus grande densité en dispositifs médicaux parmi les pays de l'OCI avec 144 TDM par million de personnes (graphique 5.10). La densité des unités de tomodensitométrie est suivie de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), d'unités de radiothérapie (RT), d'accélérateur linéaire (AL), de caméra gamma ou médecine nucléaire (CG ou MN), d'unité de télécobalt (UT), de tomographie par émission de positrons (PET) avec un intervalle de 4 à 63 unités par million de personnes dans les pays de l'OCI (graphique 5.10).

**Graphique 5.10:** Densité des dispositifs médicaux dans les pays de l'OCI (par million de personnes), 2013-2014



Source: OMS, référentiel de données

# CHAPITRE 6

## Gestion des risques liés aux situations d'urgence sanitaire

Les situations d'urgence auxquelles sont confrontés les pays du monde entier sont très diverses, notamment les risques naturels, les conflits, les déplacements massifs, le changement climatique, la pauvreté et d'autres problèmes de santé publique. Il est important de noter le caractère particulier de la santé en matière d'urgence. La plupart, sinon la totalité des situations d'urgence affectent la santé des personnes. Les préoccupations mondiales en matière de santé publique qui résultent des situations d'urgence comprennent la flambée de maladie infectieuses, la contamination chimique et radiologique, les invalidités, les problèmes psychologiques et d'autres effets sur la santé. Dans de telles situations d'urgence, les gens sont souvent privés de soins de base et essentiels, de médicaments vitaux, d'infrastructures adéquates et de fournitures médicales.

Aujourd'hui, un enfant sur quatre est affecté par un conflit ou une catastrophe (UNICEF, Santé dans les situations d'urgence, 2018). En 2017, plus de 300 catastrophes naturelles ont touché plus de 95,6 millions de personnes, provoquant la mort de 9 697 et entraînant un coût total de 335 milliards de dollars (Relief Web, 2018). On estime que près de deux milliards de personnes vivent dans des pays où les activités de développement sont affectées par la fragilité, les conflits, et la violence (BM, 2017). Dans le monde, 65,6 millions de personnes sont déplacées de force à travers le monde. Le changement climatique a des répercussions sur l'environnement qui ont des effets néfastes inévitables dans le monde entier.

La santé est au cœur des urgences susmentionnées. Par conséquent, il est essentiel de disposer de mécanismes appropriés de gestion des risques d'urgence pour être en mesure de réduire efficacement les effets négatifs sur la santé. L'approche traditionnelle de la santé dans les situations d'urgence s'est concentrée sur une réponse efficace au problème. Toutefois, on observe depuis peu une tendance vers le renforcement de la prévention et de l'atténuation. Certains pays ont mieux réussi à prendre des mesures préventives telles que la mise en place de systèmes de santé résilients fondés sur la protection des installations et des services et le renforcement des capacités en vue de fournir une réponse et un redressement rapides et



efficaces. Toutefois, la plupart des pays du monde réagissent encore aux situations d'urgence par le biais du mécanisme traditionnel d'intervention.

Afin de lutter contre les problèmes de santé dans les situations d'urgence à l'échelle mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a directement mentionné la protection des personnes contre les situations d'urgence sanitaire comme objectif dans son plan stratégique quinquennal (OMS, Dix menaces pour la santé mondiale en 2019) - le 13e programme de travail général. Le plan du document est axé sur l'objectif de trois milliards de personnes : faire en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient d'une couverture médicale universelle, qu'un milliard de personnes supplémentaires soient protégées des urgences sanitaires et qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être (OMS, 2019). Dans le cadre de cette évolution mondiale des situations d'urgence et de la nécessité pour le secteur de la santé de préparer, prévenir, atténuer et répondre à de telles situations, il est essentiel que nous évaluions la situation dans les États membres de l'OCI.

La plupart des États membres de l'OCI sont confrontés à toute une série de situations d'urgence résultant de catastrophes naturelles, de conflits armés et de la pauvreté, entre autres. Souvent, ces situations d'urgence ont des implications sur les structures politiques, sociales, économiques et de santé publique des pays de l'OCI. Qu'elles soient dues à des catastrophes naturelles, à des conflits, à des épidémies ou à tout autre danger, les crises d'urgence peuvent avoir de graves répercussions sur les systèmes de santé. Le défi le plus important auquel sont confrontés les États membres de l'OCI est le renforcement de leurs systèmes de santé afin qu'ils soient plus résilients et plus efficaces pour faire face aux urgences.

Les États membres de l'OCI sont divers sous de nombreux aspects, y compris au niveau socio-économique, du développement, de l'infrastructure et de la santé. Les situations d'urgence auxquelles ils sont confrontés sont également hétérogènes. Si certains pays de l'OCI sont confrontés à des catastrophes naturelles, d'autres sont en proie à des situations d'urgence dues aux conflits et à la violence. Les pays membres de l'OCI représentent 61,5 % de toutes les personnes déplacées dans le monde avec plus de 25 millions de personnes déplacées (SESRIC, 2017). La Syrie est devenue le centre de l'une des crises humanitaires les plus graves de l'époque moderne. En outre, les catastrophes naturelles au cours des quatre dernières décennies ont connu une tendance à la hausse plus marquée dans les pays de l'OCI, l'augmentation significative d'environ 681 incidents enregistrés dans les années 1990 à 1747 au cours de la période 2000-2016 avec un taux d'augmentation plus élevé que celui de la moyenne mondiale (SESRIC, 2017). Outre les coûts socio-économiques importants occasionnés par ces conflits et ces catastrophes, les populations des pays de l'OCI sont confrontées à d'importantes limitations sanitaires et pénuries dans les situations d'urgence.

Même si chaque situation d'urgence est différente, les vulnérabilités du secteur de la santé présentent de nombreux points communs. L'intégration de méthodes et de politiques communes de gestion des catastrophes dans le système de santé permet de renforcer la

résilience des communautés et du système de santé. Les Etats membres de l'OCI doivent encore relever le défi de passer de l'intervention et du relèvement à la prévention et à l'atténuation dans leurs systèmes de santé. Il est important de mentionner que certains pays de l'OCI ont fait des progrès dans la gestion des risques de catastrophe et dans leurs réponses sanitaires. Pourtant, les capacités sanitaires des pays de l'OCI présentent une extrême diversité. Les conflits en cours, le manque de financement des systèmes de santé, l'accès limité aux ressources et à la technologie, entre autres, sont les principaux facteurs qui empêchent les pays de l'OCI de développer leurs capacités.

A la lumière de ce qui précède, cette section se concentre sur les besoins et les capacités des Etats membres de l'OCI en matière d'urgence sanitaire. Elle réaffirme l'importance et la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour la gestion des situations d'urgence. Ce chapitre évalue la situation actuelle dans les pays de l'OCI ; cependant, en raison de la nature limitée des données concernant les informations sur la réponse sanitaire, une évaluation complète n'a pu être réalisée. Néanmoins, il fournit une vue d'ensemble très importante pour les pays de l'OCI. Les conflits étant une source majeure de préoccupations sanitaires et se manifestant davantage dans les pays de l'OCI, la dernière partie du chapitre est consacrée à l'analyse de la situation sanitaire dans les Etats membres touchés par un conflit.

## 6.1 Besoin de renforcement des capacités du système sanitaire

Des situations d'urgence de types, d'ampleur et de complexité variés se produisent dans de nombreuses régions du monde, et ce malgré la panoplie de mesures prises pour les prévenir. Lorsque des situations d'urgence surviennent, les pays et les communautés concernés doivent être prêts à faire face aux conséquences humaines, économiques, sociales et sanitaires potentielles. En cas d'urgence, la plus grande vulnérabilité de n'importe quel pays au cours d'une situation d'urgence et de son déroulement est la santé et le bien-être de ses citoyens. Qu'il s'agisse de catastrophes naturelles ou de conflits provoqués par l'homme, la continuité et la viabilité du système de santé sont exposées à de graves risques en période de crise. Les situations d'urgence peuvent compromettre des années de développement du secteur de la santé en raison des dommages infligés aux infrastructures, aux fournitures, aux travailleurs et, en fin de compte, aux systèmes de santé dans leur ensemble.

En période d'urgence, il est encore plus important de fournir des services de santé efficaces pour réduire au minimum le fardeau que cela représente pour la population. La préparation aux situations d'urgence exige que les capacités des systèmes de santé des pays et des acteurs régionaux et internationaux soient renforcées et qu'ils soient prêts à intervenir rapidement et de manière opérationnelle. Il est donc d'une importance vitale de prendre des mesures spécifiques pour renforcer la capacité du système de santé à gérer les situations d'urgence. Le renforcement des capacités du système de santé en matière de gestion des situations d'urgence comprend la capacité d'être préparé avant la crise pour être en mesure de réagir efficacement lorsqu'elle survient, de maintenir les fonctions essentielles en cas de crise, de protéger les infrastructures sanitaires et d'être capable de se réorganiser si la situation l'exige (Kruk et al. 2015). Le renforcement des capacités du système de santé, qui va de la politique,





de la formulation, de la recherche et de la formation à la satisfaction des demandes de financement, d'infrastructure et d'offre, comporte plusieurs éléments différents pour réussir. Avant de poursuivre l'examen des éléments susmentionnés, il est important de souligner que le renforcement des capacités du système de santé pour les situations d'urgence exige que les systèmes de santé dans leur ensemble avant et après les crises soient renforcés et fonctionnent correctement.

Le premier élément important du renforcement des capacités du système de santé est le financement. Au niveau mondial, les établissements de santé des pays à faible revenu sont généralement sous-financés et se concentrent sur des interventions à court terme qui ne sont pas suffisamment durables pour renforcer les systèmes de santé. Dans les pays à faible revenu, les institutions telles que les ministères de la santé, les universités et les organisations d'élaboration des politiques de santé sont généralement sous-financées et le financement est souvent irrégulier et exclusivement destiné à des questions et projets à court terme (Swanson et al., 2019). Les politiques mondiales au niveau macroéconomique, telles que l'aide, les questions de propriété intellectuelle et la tarification des produits pharmaceutiques, ont toutes un impact sur la capacité des systèmes de santé. Les obstacles causés par le financement entravent la capacité des pays à mettre en place des systèmes de santé résilients, efficaces et opérationnels. Par conséquent, le financement est une composante vitale du renforcement des capacités du système de santé non seulement pour qu'il fonctionne correctement en temps "normal", mais aussi pour qu'il fonctionne efficacement en période d'urgence.

Le financement des systèmes de santé est une préoccupation majeure pour les États membres de l'OCI. Comme discuté en détail dans les sections précédentes, les dépenses de santé de l'OCI par habitant, en pourcentage du PIB et en part des dépenses publiques, sont toutes inférieures aux moyennes mondiales et aux moyennes des groupes de pays en développement non membres de l'OCI (voir chapitre 2). Sans le financement nécessaire, il est très difficile d'accroître la capacité du système de santé à jouer un rôle actif dans la gestion des urgences. De nombreux pays de l'OCI sont confrontés à une grande diversité de risques naturels et d'origine humaine, ce qui nécessite des financements et des ressources pour un large éventail de questions allant des catastrophes naturelles et des épidémies aux déplacements massifs et aux conflits. Le plus souvent, ces pays sont confrontés à plus d'une situation dangereuse. Le tableau 6.1 présente les multiples risques auxquels sont confrontés les différents pays de l'OCI. Toutes ces situations exigent un financement ciblé pour réduire et éliminer les problèmes de santé découlant de ces situations dangereuses. C'est par le biais d'un financement holistique et global systématique que les États membres de l'OCI peuvent accroître les capacités de leurs systèmes de santé à faire face aux multiples risques auxquels ils sont confrontés.

Tableau 6.1: Les risques rencontrés dans les États membres de l'OCI, 2016-2018



Pays	Identification des risques	Pays	Identification des risques
<b>Afghanistan</b>	Catastrophes naturelles, épidémies de maladies, conflits armés, personnes déplacées	<b>Oman</b>	Épidémies de maladies, catastrophes naturelles, accueil de personnes déplacées, migration de la main-d'œuvre
<b>Bahreïn</b>	Épidémies de maladies, migration de main-d'œuvre	<b>Pakistan</b>	Catastrophes naturelles, épidémies de maladies, personnes déplacées, conflits armés, rassemblements populaires
<b>Djibouti</b>	Épidémies de maladies	<b>Palestine</b>	Conflits armés, épidémies de maladies
<b>Égypte</b>	Épidémies de maladies, accueil de personnes déplacées	<b>Qatar</b>	Épidémies de maladies, migration de main-d'œuvre, rassemblements populaires
<b>Jordanie</b>	Épidémies de maladies, accueil de personnes déplacées	<b>Arabie saoudite</b>	Catastrophes naturelles, épidémies de maladies, migration de main-d'œuvre, rassemblements populaires
<b>Iran</b>	Catastrophes naturelles, épidémies de maladies	<b>Somalie</b>	Catastrophes naturelles, conflits armés, épidémies de maladies
<b>Irak</b>	Catastrophes naturelles, conflits armés, épidémies de maladies, rassemblements populaires	<b>Soudan</b>	Catastrophes naturelles, conflits armés, épidémies de maladies
<b>Koweït</b>	Épidémies de maladies, migration de main-d'œuvre	<b>Syrie</b>	Conflits armés, épidémies de maladies, personnes déplacées
<b>Liban</b>	Liban	<b>Tunisie</b>	Catastrophes naturelles, épidémies de maladies, rassemblements populaires
<b>Libye</b>	Épidémies de maladies, Conflits armés	<b>EAU</b>	Épidémies de maladies, migration de main-d'œuvre, rassemblements populaires
<b>Maroc</b>	Épidémies de maladies, migration de main-d'œuvre	<b>Yémen</b>	Conflits armés, épidémies de maladies

*Source:* Compilé à partir de l'OMS, 7e Sommet mondial de la santé, 2019

Un autre aspect important du renforcement des systèmes de santé pour qu'ils soient mieux préparés à répondre aux urgences est le renforcement des capacités de recherche sur la santé. La recherche en santé soutient l'identification des problèmes et des solutions pendant les situations d'urgence, et c'est un élément fondamental des capacités du système de santé. Une recherche en santé adéquate permet de mieux gérer les problèmes de santé en période de crise et d'en réduire le fardeau sur la vie des personnes. La recherche en santé est non seulement importante dans les situations d'urgence pour y répondre efficacement, mais elle est également essentielle avant qu'une crise ne survienne. La recherche en santé préventive peut aider à atténuer le problème en détectant l'ampleur de l'urgence avant qu'elle ne se



produise, les fournitures et les besoins nécessaires, les types de risques sanitaires que la crise peut causer et la façon dont une intervention devrait se faire.

Malgré des niveaux d'investissement croissants dans le renforcement de la capacité de recherche en santé, cette dernière est concentrée de façon disproportionnée dans le Nord (Bowsher et al., 2019). Par exemple, le Lancet Global Health a établi que seulement 35 % des auteurs proviennent des pays à revenu faible et moyen (PRFM) tandis que les autres proviennent des pays développés. Ainsi, Bowsher et al. (2019) soutiennent que la capacité actuelle de mener des recherches en santé dans de nombreux PRFM demeure limitée et sape la transformation des systèmes de santé en entités durables capables de répondre efficacement aux urgences.

Un autre aspect de la recherche en santé, particulièrement important pour les pays de l'OCI, est la recherche qui émerge des pays en conflit. Les recherches menées dans les pays touchés par les conflits sont encore moins fréquentes malgré les besoins sanitaires criants des populations touchées par les conflits (Bowsher et al., 2019). La recherche et les publications ont tendance à baisser dans la région de l'OCI par rapport aux autres groupes de pays (SESRIC, 2019). Dans ce contexte, la recherche en santé dans les pays de l'OCI, y compris les pays en conflit, est extrêmement limitée, voire nulle. Par conséquent, les pays de l'OCI doivent redoubler d'énergie pour accroître la recherche en santé en tant qu'élément de leur cadre pour renforcer la capacité du système de santé à faire face aux nombreuses urgences et crises auxquelles ils sont confrontés, ou pourraient le devenir dans le futur.

En plus du financement et de la recherche, il est nécessaire de concevoir des politiques de santé qui soutiennent des systèmes de santé efficaces pour la gestion des urgences. Au niveau national, les politiques de santé, les normes sociales et le secteur privé influencent fortement la capacité des systèmes de santé. Les politiques telles que le financement, la réglementation, les investissements dans l'infrastructure et l'utilisation de la technologie permettent ou entravent la capacité du secteur de la santé de fournir des interventions sanitaires efficaces, surtout en situation d'urgence (Swanson, 2019). Dans le contexte de la politique de santé, il y a aussi des questions de normes sociales comme le fait de ne pas considérer la santé comme une priorité au niveau individuel, familial, communautaire et gouvernemental. Lorsque la santé devient secondaire par rapport à d'autres questions, la préparation, l'atténuation et l'intervention en cas d'urgence sur le plan de la santé deviennent limitées. Par conséquent, les politiques doivent avoir pour objectif de renforcer les systèmes de santé en mettant en place des réglementations internationalement reconnues, en fournissant un financement, en encourageant la recherche et en éliminant les normes sociales négatives. Dans les Etats membres de l'OCI, les politiques de santé présentent de grandes disparités, des forces et des faiblesses. Bien que certains pays de l'OCI aient mieux réussi dans leurs politiques visant à accroître les capacités de leurs systèmes de santé, beaucoup ne disposent pas d'une méthode globale pour développer leurs systèmes de santé. Il en résulte une incapacité de se préparer, d'atténuer ou d'intervenir de façon appropriée en cas d'urgence.

Un élément généralement sous-estimé de la capacité du système de santé est l'utilisation de la technologie. Le renforcement des capacités du système de santé englobe les activités qui améliorent l'une ou l'ensemble des fonctions essentielles des services, telles que les ressources humaines pour la santé, le financement de la santé, la gouvernance de la santé, l'information sanitaire, les produits, vaccins et technologies médicaux et la prestation de services. Dans ce contexte, il est important de souligner que les technologies et l'informatique de la santé sont intrinsèquement une composante importante des systèmes de santé. La National Library of Medicine des États-Unis d'Amérique définit l'informatique de la santé comme l'étude interdisciplinaire de la conception, du développement, de l'adoption et de l'application des innovations fondées sur les technologies de l'information (TI) dans la prestation, la gestion et la planification des services de santé (Siribaddana, 2019). La technologie de l'information est moins courante dans les PRFM que dans les pays développés.

Parmi les pays de l'OCI, certains ont pu progresser dans l'adoption d'outils technologiques pour renforcer les capacités des systèmes de santé, tandis que d'autres n'ont pas été en mesure d'utiliser ces systèmes. Ces types de technologies prennent encore plus d'importance en temps de crise. Grâce aux technologies adoptées à juste titre et au personnel formé pour les utiliser, les problèmes de santé en situation d'urgence peuvent être considérablement atténués (Siribaddana, 2019). Les États membres de l'OCI doivent accorder plus d'attention à l'adoption des technologies de la santé pour les aider à faire face aux différents types d'urgences. Le tableau 6.2 présente certaines des méthodes conventionnelles par rapport aux nouvelles méthodes technologiques dans les interventions des services médicaux d'urgence pour les situations d'urgence. Alors que de nombreux pays de l'OCI ont encore tendance à utiliser les méthodes conventionnelles dans les situations d'urgence, les pays développés utilisent largement les méthodes technologiques dans leurs systèmes de santé et s'orientent vers une utilisation nouvelle et innovante de l'informatique pour améliorer les capacités de leurs systèmes de santé à répondre aux urgences.

**Tableau 6.2:** Méthodes conventionnelles et méthodes technologiques dans les systèmes de santé

Domaine	Méthodes conventionnelles	Méthodes technologiques
Communication	Lignes fixes	Satellite
Géolocalisation	Communication radio/cartes papier	Système mondial de localisation, identification par radiofréquence et triangulation cellulaire.
Suivi des patients	Étiquettes papier	Suivi des codes-barres
Données et surveillance des patients	Étiquettes papier	Système de surveillance électronique
Conduite et gestion d'incident	Communication radio/tableau blanc	Tableaux de bord électroniques

*Source:* Chan et al., 2004



Enfin, un aspect extrêmement important de la capacité des systèmes de santé est celui des ressources humaines. Les capacités humaines sont essentielles au renforcement de la résilience des systèmes de santé et l'assurance de la continuité dans la prestation de services efficaces et de qualité à toutes les personnes de tous horizons. Lorsque les systèmes de santé et les agents sanitaires sont bien préparés pour les urgences, et en position d'anticiper les besoins sanitaires de la population, ils peuvent réagir plus rapidement et efficacement en cas de crise. Dans l'épidémie d'Ebola de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest par exemple, de nombreux agents de santé sont morts, et des systèmes de santé déjà fragiles ont été encore affaiblis, ce qui a entraîné une augmentation des décès maternels et infantiles (EWEC, 2015). Les ressources humaines dans le secteur de la santé de la région de l'OCI sont encore limitées et la compétence souhaitée n'a pas été atteinte (voir chapitre 2 pour les détails). Par conséquent, la préparation du système de santé aux situations d'urgence exige une quantité et une qualité adéquates d'agents de santé pour être en mesure de réagir efficacement et en temps opportun aux crises.

**Encadré 6.1:** Les technologies de l'information dans le domaine de la santé utilisées dans les services médicaux d'urgence

Les fournisseurs de services médicaux d'urgence (SMU) de tous les jours saisissent les données dans un dossier électronique de soins du patient (ePCR « electronic patient care record »), l'équivalent d'un dossier de santé électronique (DSE) du SMU. Les données recueillies comprennent des renseignements individuels sur les patients ainsi que des données opérationnelles, sur la prestation des services et sur la qualité. Dans la plupart des cas, les fournisseurs locaux de services médicaux d'urgence partagent un ensemble de données NEMSIS minimales dépersonnalisées agrégées avec l'organisme médical d'État qui partage ensuite un sous-ensemble de ces données à l'échelle nationale, qui est recueilli et stocké dans une base de données nationale NEMSIS. Enfin, l'ensemble de données uniforme et la base de données nationale du Système national d'information sur les SMU (NEMSIS) peuvent aider les partenaires locaux, étatiques et nationaux à aborder des questions comme le rendement et les interventions cliniques, la planification stratégique et les exigences futures des SMU.

*Source:* Services médicaux d'urgence et préparation aux situations d'urgence. Consulté à l'adresse [healthit.gov](http://healthit.gov), 2019

Les cinq éléments susmentionnés (financement, recherche, politiques, technologie et ressources humaines) jouent un rôle déterminant dans le renforcement de la capacité des systèmes de santé à répondre aux urgences de manière rapide, efficace et complète. Dans ce contexte, le Règlement sanitaire international (RSI) adopté par les États membres de l'OMS en 2005 exige que tous les pays aient la capacité de détecter, d'évaluer, de signaler et de répondre aux urgences de santé publique de portée internationale à tous les niveaux de gouvernement, et de signaler de tels événements immédiatement à l'OMS pour déterminer si une réponse globale et coordonnée est nécessaire. Les épidémies de la dernière décennie

en Afrique, y compris dans certains pays de l'OCI, ont souligné l'importance de la mise en œuvre du RSI, et le renforcement du système de santé et son interaction au niveau local et national pour apporter des réponses efficaces

Une approche multisectorielle commune, efficace et coordonnée, comportant tous les risques et mesures spécifiques aux risques, est nécessaire pour assurer la préparation pour tous types d'urgence, y compris des épidémies locales et nationales de maladies infectieuses, des épidémies et des pandémies ; et d'autres types de situations d'urgence causées par des risques naturels, technologiques et sociaux qui peuvent avoir une incidence importante sur les résultats de santé. Le tableau 6.3 fournit les descriptions des différents types de situations d'urgence liées à la santé. Afin d'assurer une intervention rapide, efficace et efficiente face à de tels événements, il est important de renforcer la préparation des pays et des collectivités aux urgences.

Récemment, l'OMS a élaboré un Cadre stratégique pour la préparation aux situations d'urgence (SFEP), qui définit les principes et les éléments d'un plan efficace de préparation aux urgences sanitaires pour un pays. Il préconise de donner la priorité aux ressources financières et autres pour la préparation aux situations d'urgence aux niveaux communautaire et national, et pour mobiliser et soutenir l'augmentation des investissements nationaux et internationaux (OMS, 2017a). Il peut donc être utile de définir les priorités et de mettre en œuvre d'importantes mesures de préparation aux situations d'urgence tout en renforçant la collaboration intersectorielle avec les autres divisions gouvernementales, le secteur privé et la société civile.

**Tableau 6.3: Différents d'urgences**

Principaux groupes	Groupes	Sous-groupes	Exemples	Caractéristiques et Actions
<b>Situations d'urgence dues à des risques naturels</b>	Risques biologiques	<i>Épidémies aux niveaux local et national</i>	Ebola, méningite et autres maladies transmissibles	La Leur gestion dépend largement de la capacité des systèmes de santé locaux et nationaux à les détecter et répondre de façon rapide et efficace.
		<i>Épidémies dues à des agents pathogènes à potentiel pandémique</i>	MERS CoV et grippe aviaire A(H5N1)	Ces pathogènes sont potentiellement hautement transmissibles pour l'homme et ont été détectés dans de nombreux pays, mais n'ont pas encore atteint le statut de pandémie. Fondamentalement, différentes actions peuvent être nécessaires.



	<i>Pandémies</i>	La grippe A(H1N1)	Requiert généralement une réponse conséquente. Il est nécessaire de réduire la transmission et la gestion de l'intervention, avec un accès limité aux vaccins, médicaments et autres formes d'assistance.
	Risques hydro- - météorologiques et géophysiques	Les inondations, la sécheresse et les tremblements de terre	Les catastrophes naturelles entraînent des effets directs et indirects sur la santé et la désorganisation des systèmes de santé et la société (et la possibilité des épidémies), exigent une préparation multi-sectorielle et une protection du secteur de la santé.
<b>Situations d'urgence dues à des risques d'origine humaine</b>	Risques technologiques -	La pollution industrielle, radiation nucléaire, déchets toxiques, les incendies et les déversements de produits chimiques	Ceux-ci peuvent causer des effets localisés ou entraîner de vastes phénomènes régionaux ou mondiaux.
	Risques sociétaux -	Les conflits armés, le terrorisme, l'utilisation délibérée d'agents chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires	Les conflits armés peuvent causer beaucoup de morbidité et de perte en vie et la perturbation des services de base, y compris la santé qui peut prendre de nombreuses années, mêmes des décennies. Une aide internationale substantielle est habituellement nécessaire.
<i>Source:</i> Compilé à partir de l'OMS (2017a).			

Le Cadre stratégique pour la préparation aux situations d'urgence identifie douze principaux composants qui représentent des domaines distincts de travail. Il s'agit notamment des éléments associés au renforcement des domaines décrits dans le tableau 6.4. Ces domaines

identifiés par l'OMS indiquent l'importance d'accroître la capacité des systèmes de santé dans leur ensemble. Dans les pays de l'OCI où beaucoup de ces domaines sont manquants ou limités, cela devient extrêmement pertinent pour eux. Par l'amélioration et l'investissement dans le renforcement des domaines mentionnés dans le tableau 6.4, les pays de l'OCI seront mieux équipés pour préparer, atténuer et répondre aux divers types d'urgences comme indiqué dans le tableau ci-dessus.

En même temps, la préparation aux situations d'urgence est une responsabilité partagée qui exige une coordination entre les communautés et les acteurs nationaux et internationaux. Cela nécessite également des partenariats efficaces entre les acteurs publics et privés, la société civile, les donateurs et les agences techniques. Par conséquent, pour assurer la sécurité sanitaire, il faut une action et des investissements multisectoriels coordonnés pour renforcer la préparation aux situations d'urgence. Une fois préparées, les interventions sont plus rapides et plus efficaces, et les conséquences humaines, économiques et sociétales des urgences peuvent être considérablement limitées. La préparation aux situations d'urgence a un coût, mais il s'agit d'un investissement dans la santé, la sûreté, la sécurité et le développement. Les situations d'urgence sanitaire causées par des catastrophes naturelles, des conflits et la propagation transfrontalière de maladies infectieuses ont renforcé la reconnaissance des effets profonds des urgences sur le développement.

**Tableau 6.4:** Douze composantes de base du Cadre stratégique pour la préparation aux situations d'urgence

Domaine	Composante
<i>Gouvernance</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Politiques et législations nationales qui intègrent la préparation aux situations d'urgence</li> <li>2. Plans de préparation, d'intervention et de rétablissement en cas d'urgence</li> <li>3. Mécanismes de coordination</li> </ol>
<i>Capacités</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluations des risques et des capacités afin de déterminer les priorités en matière de préparation aux situations d'urgence</li> <li>2. Surveillance et alerte rapide, gestion de l'information</li> <li>3. Accès aux services de diagnostic pendant les situations d'urgence</li> <li>4. Services de santé et services d'urgence de base et sans danger.</li> <li>5. Communications du risque</li> <li>6. Développement de la recherche et des évaluations pour éclairer et accélérer la préparation aux situations d'urgence</li> </ol>
<i>Ressources</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ressources financières pour la préparation aux situations d'urgence et financement d'urgence pour les interventions</li> <li>2. Mécanismes logistiques et fournitures essentielles pour la santé</li> <li>3. Des ressources humaines dévouées, formées et équipées pour les urgences</li> </ol>

Source: OMS, 2017

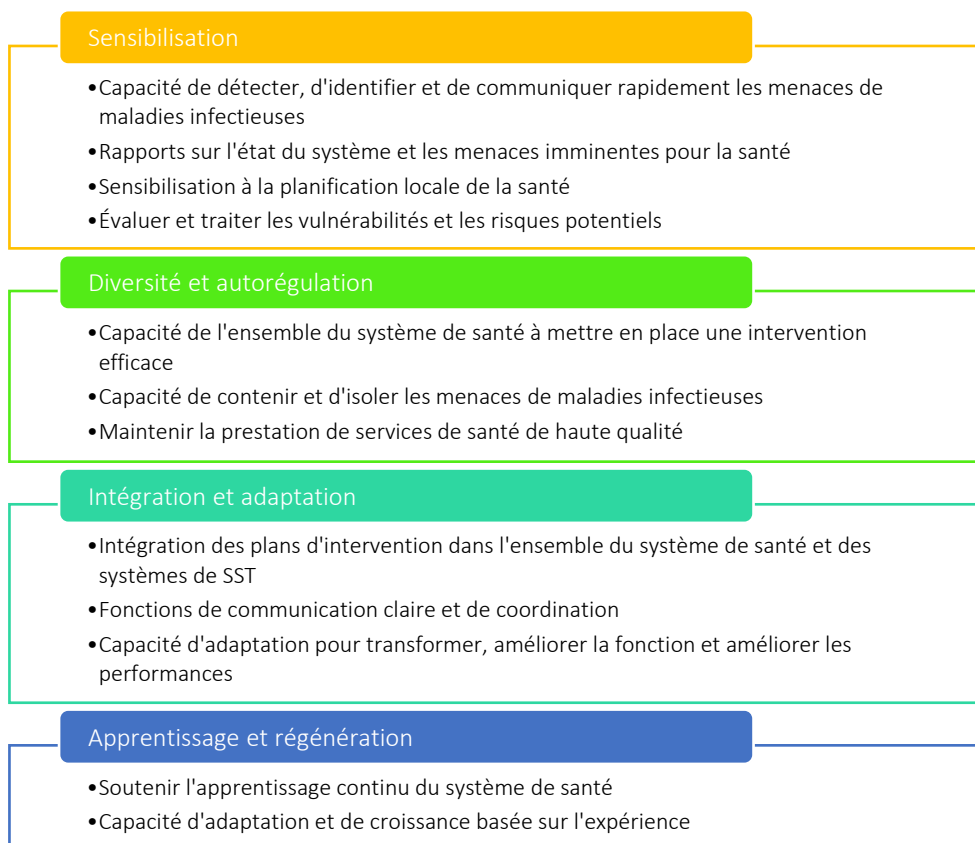




La gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes exige une évaluation systématique des risques pour la santé publique posés par les risques, leur prévention et leur atténuation, la préparation aux urgences par des plans complets et multisectoriels, assortis des législations et politiques appropriées, et le renforcement des capacités, une intervention rapide et efficace en cas de catastrophe, et la planification du redressement post catastrophe (OMS, 2017b). Si une gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes efficace est en place, bon nombre des décès, blessures, maladies, invalidités, problèmes psychosociaux et autres impacts sur la santé pourraient être évités ou réduits de façon significative. Cependant, chaque nouvelle menace révèle les défis persistants de la gestion des risques sanitaires en période d'urgence et de catastrophe. De nombreux pays pourraient réduire leur vulnérabilité et protéger les installations sanitaires en renforçant la résilience des systèmes de santé au niveau communautaire. C'est en construisant des systèmes de santé résilients et en renforçant les capacités sanitaires que l'on peut lutter efficacement contre les situations d'urgence et réduire considérablement les risques sanitaires qu'elles présentent. Par conséquent, la résilience est une composante importante des systèmes de santé et doit être examinée avec soin.

La résilience du système de santé peut être définie comme la capacité des acteurs, des institutions et des communautés de la santé à se préparer aux crises et à y répondre efficacement ; à maintenir les fonctions essentielles lorsqu'une crise survient ; et, à partir des leçons tirées durant la crise, à se réorganiser si les conditions l'exigent. Les systèmes de santé sont résilients s'ils protègent la vie humaine et produisent de bons résultats de santé pour tous pendant et après une crise (Kruk et al., 2015).

Un système de santé résilient présente quatre caractéristiques (graphique 6.1). Tout d'abord, il y a la prise de conscience. Les systèmes de santé résilients devraient être capables de détecter, d'identifier et de communiquer rapidement les menaces de maladies infectieuses. Ils devraient également être en mesure d'évaluer et de répondre aux vulnérabilités et aux risques potentiels. Deuxièmement, il y a la diversité et l'autoréglementation. Ils devraient avoir la capacité de contenir et d'isoler un grand nombre de menaces de maladies infectieuses. Ils s'autorégulent également, avec la capacité de contenir et d'isoler les menaces pour la santé tout en fournissant des services de santé de base et en évitant de propager l'instabilité dans l'ensemble du système.

**Graphique 6.1:** Caractéristiques de la résilience du système de santé

**Source:** Compilé à partir de Kruk et al. (2015) et Ontario (2016)

Troisièmement, ils doivent être intégrés et adaptatifs. Les systèmes de santé résilients rassemblent divers acteurs, idées et groupes pour formuler des solutions et passer à l'action. Les systèmes de santé résilients sont également adaptatifs. Par conséquent, ils sont capables de se transformer de manière à améliorer leur fonctionnement dans des conditions très défavorables. Enfin, des améliorations sont toujours possibles. Il est d'une importance vitale que le système de santé continue à se perfectionner, à s'adapter et à évoluer afin d'être très proactif, réceptif et fonctionnel.

Afin de développer des systèmes de santé adaptables et résilients, il est essentiel que les services soient flexibles et stables. Les systèmes doivent être prêts à prendre en charge un grand nombre de patients et à assurer différentes fonctions à la fois. Des plans de continuité des services de santé doivent être établis, les services prioritaires identifiés et le mécanisme de coordination des interventions bien conçu. En outre, un plan d'action multisectoriel devrait être élaboré pour protéger les personnes touchées dans des domaines plus vastes tels que l'eau, l'assainissement, la nutrition et la sécurité. Pour assurer la continuité des services de



santé, les infrastructures essentielles telles que les communications, la logistique, l'approvisionnement en énergie et en eau doivent également être protégées au moyen d'une coordination multisectorielle.

Dans les pays touchés par des crises, l'insuffisance des services de santé et des infrastructures de base intensifie considérablement les défis de la réponse aux catastrophes. Les pays dotés de systèmes de santé bien développés sont souvent beaucoup plus résilients et mieux préparés aux catastrophes. Les soins de santé primaires renforcent la résilience de la communauté et fournissent la fondation pour répondre aux urgences. Les actions communautaires sont également essentielles pour protéger la santé dans les situations d'urgence, car elles préviennent les risques à la source en utilisant la connaissance locale des risques locaux et en évitant l'exposition aux dangers locaux. Par conséquent, une communauté bien préparée et organisée peut réduire les risques et les impacts des urgences et sauver de nombreuses vies (OMS, 2013).

Pendant les crises, des systèmes de santé résilients permettront de réduire les pertes en vies humaines et d'atténuer les conséquences néfastes pour la santé en fournissant des soins efficaces pour les urgences et les besoins sanitaires courants. Des systèmes de santé résilients peuvent également contribuer à minimiser les perturbations sociales et économiques qui caractérisent les épidémies et autres menaces sanitaires à grande échelle. Une préoccupation majeure après les crises est l'apparition de maladies. En général, la pauvreté, l'urbanisation et les déplacements de population ont entraîné une concentration des populations humaines dans des conditions qui favorisent des flambées majeures. Le défi consiste à renforcer les efforts déployés à l'échelle mondiale pour détecter et contenir les menaces d'épidémies. Afin d'empêcher de telles épidémies, un système d'alerte et d'intervention devrait être développé avec divers composants dont la surveillance, l'intervention et l'évaluation après l'événement.

## 6.2 Évaluation des capacités du système de santé pour la gestion de secours

L'évaluation des capacités actuelles du système de santé est essentielle pour la préparation aux situations d'urgence. Le manque de données sur les ressources sanitaires disponibles crée souvent une lacune majeure dans la prise de décision lors des situations d'urgence. Nickerson et al. (2015) suggèrent que l'évaluation de la disponibilité et de la fonctionnalité des services et des installations sanitaires est techniquement faisable en situation d'urgence, même dans des circonstances difficiles. À cet égard, le Système de cartographie de la disponibilité des ressources sanitaires de l'OMS aide à promouvoir et à soutenir les bonnes pratiques en matière de cartographie des ressources et services sanitaires disponibles dans les situations d'urgence afin de renforcer la prise de décisions sur la base des informations dont le Groupe Santé est doté. Il vise à garantir que l'évaluation et le suivi de la disponibilité des ressources et des services de santé puissent être effectués systématiquement et rapidement malgré le temps, les ressources et l'accessibilité limités.

Dans cette optique, plusieurs outils et mécanismes d'évaluation sont mis au point pour évaluer la préparation des systèmes de santé aux urgences. Il existe également divers mécanismes d'intervention dans différents pays, où les sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge assument de grandes responsabilités. La présente sous-section traite certains éléments des capacités du système de santé d'urgence.

### 6.2.1 Le cadre du système de santé d'urgence

Le cadre du système de santé d'urgence, élaboré par l'OMS comme base conceptuelle utilisée pour décrire et analyser les systèmes de santé en situation d'urgence, est composé de six éléments fondamentaux : 1) leadership et gouvernance, 2) personnel de santé, 3) produits médicaux, vaccins et technologie, 4) information sanitaire, 5) financement de la santé et 6) prestation des services. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté le renforcement des systèmes de santé comme approche d'appui à la préparation aux situations d'urgence et au renforcement des capacités de gestion des crises, et a élaboré une boîte à outils pratique, orientée vers l'action, fondée sur ces six fonctions, qui est subdivisée en 16 composantes clés et 51 caractéristiques essentielles pour faciliter une évaluation structurée et reproductible de la préparation des systèmes de santé.

La version finale de la boîte à outils a été publiée début 2012 sur la base d'évaluations pilotes réalisées dans une vingtaine de pays, dont l'Azerbaïdjan, le Kazakhstan et la Turquie. Ces rapports utilisaient une méthode d'évaluation normalisée avec une approche multisectorielle tous risques, adoptant le cadre des systèmes de santé de l'OMS comme base conceptuelle pour décrire et analyser l'état de préparation des systèmes de santé aux crises et identifier les recommandations clés (OMS, 2012). De brefs résultats de ces rapports ont été présentés dans l'édition 2015 du Rapport sur la santé de l'OCI.

Comme les évaluations des services de santé d'urgence ne sont disponibles que pour quelques pays de l'OCI, il serait bénéfique pour les autres pays de l'OCI de mener une étude d'évaluation sur leurs capacités et besoins existants, éventuellement en coopération avec l'OMS ou d'autres organisations professionnelles. Dans l'ensemble, la mise en œuvre de tout programme national intégré de préparation aux situations d'urgence exige un personnel suffisant et bien équipé pour élaborer des plans normalisés de préparation aux situations d'urgence dans le secteur de la santé et pour formuler des politiques en matière d'éducation, de formation, d'accréditation et de recherche.

Les ministères de la santé devraient disposer d'une certaine forme d'arrangement institutionnel pour assurer le développement et le maintien des programmes de préparation et de réponse aux urgences sanitaires. Un système efficace d'intervention d'urgence devrait comprendre un établissement de santé professionnel, un personnel technique de santé bien formé, un système de surveillance et de déclaration des maladies efficace et précis, un laboratoire moderne, un système d'information électronique qui peut faciliter la communication rapide avec les autres services, un approvisionnement adéquat en

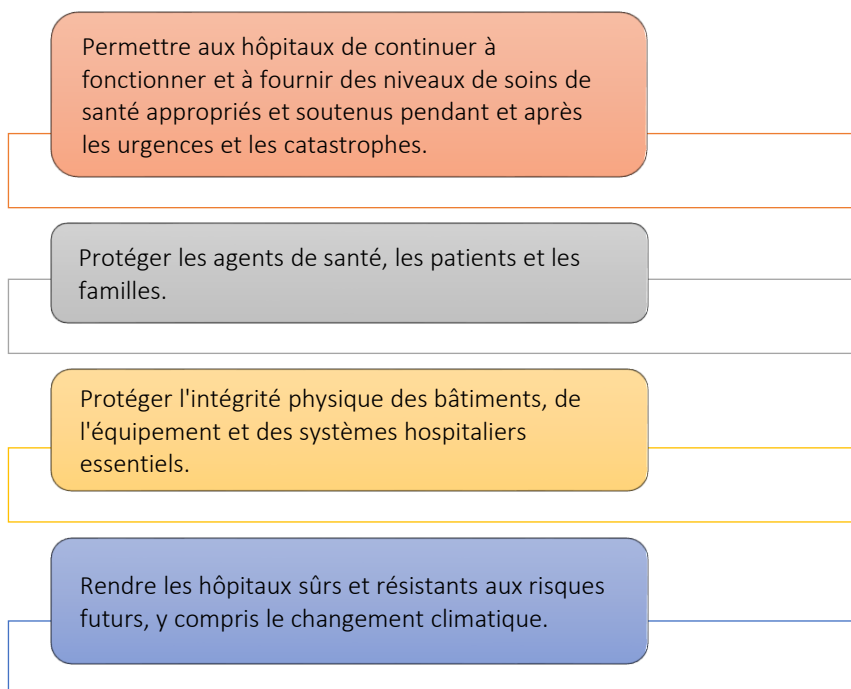


médicaments et en vaccins et des méthodes efficaces pour prévenir la propagation des maladies, qui sont tous essentiels au contrôle des urgences (APEC, 2012).

### 6.2.2 Évaluation de la sécurité des hôpitaux

Dans de nombreux pays, les hôpitaux sont le dernier refuge pour les personnes touchées par une catastrophe qui cherchent refuge et les soins dont elles ont désespérément besoin. Les systèmes hospitaliers représentent également un investissement important - jusqu'à 70 % du budget du ministère de la Santé - et sont un indicateur du bien-être social. La perte d'un hôpital peut entraîner une perte de sécurité, de connectivité et de confiance dans les communautés locales. Pourtant, les faits montrent que les établissements de santé et les agents de santé sont parmi les principales victimes des situations d'urgence et autres crises. La perte des services d'urgence en cas de situations d'urgence et de catastrophes réduit considérablement les possibilités de sauver des vies et de minimiser les autres conséquences de santé (OMS, 2015a).

**Graphique 6.2:** Quatre objectifs du Cadre général pour la sécurité hospitalière dans les hôpitaux (CSHF)



*Source:* OMS, 2015b

Comme nous l'avons souligné dans les sections précédentes du présent rapport, les moyennes de la CAO en termes d'établissements de soins de santé sont le plus souvent inférieures par rapport aux moyennes des autres groupes de pays. Plus spécifiquement, les

postes de soins médicaux, les centres de santé et les hôpitaux à travers l'OCI étaient à la traîne par rapport aux moyennes mondiales et aux pays en développement non-membres de l'OCI. Cela souligne la gravité de cette question et la nécessité pour que les pays de l'OCI augmentent leurs infrastructures sanitaires, et plus particulièrement pour y faire face aux situations d'urgence. Outre la quantité d'établissements de soins médicaux, il faut s'assurer qu'ils sont construits conformément aux réglementations internationales de manière à résister à différents types de risques.

En 2015, l'OMS a publié le Cadre détaillé d'hôpitaux sans risques (CSHF) 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. Il s'agit de veiller à ce que les installations sanitaires soient construites de façon sécuritaire pour résister aux dangers et demeurer opérationnelles en cas d'urgence. La conception de nouveaux hôpitaux sûrs ou l'adoption de mesures visant à améliorer la sécurité des hôpitaux existants comportent quatre objectifs, comme l'indique le graphique 6.2.

À cet égard, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et un groupe d'experts des Caraïbes et d'Amérique latine ont mis au point l'indice de sécurité hospitalière (HSI) pour évaluer le niveau de sécurité global d'un hôpital ou d'un établissement de santé en cas d'urgence (PAHO, 2015). L'HSI non seulement estime la capacité opérationnelle d'un hôpital pendant et après une urgence, mais il fournit également des fourchettes qui aident les autorités à déterminer quels hôpitaux ont le plus besoin de mesures urgentes pour améliorer leur sécurité et leur fonctionnalité. La détermination des scores de l'HSI est une manière innovante de gérer les risques dans le secteur de la santé et les pays de l'OCI devraient unir leurs efforts pour mesurer la sécurité des installations sanitaires et ainsi les renforcer.

### 6.2.3 Organismes d'intervention d'urgence en santé et initiatives régionales

Partout dans le monde, les Sociétés du Croissant-Rouge et de la Croix-Rouge sont les principales institutions qui fournissent les premiers secours et les interventions d'urgence ainsi que la lutte contre les épidémies, les programmes de promotion et de prévention de la santé, les soins psychosociaux et l'autonomisation communautaire. Des centaines de milliers de bénévoles travaillent dans ces communautés pour promouvoir la santé et le bien-être et prévenir les maladies non seulement en cas d'urgence mais aussi en temps normal.

Dans le monde, 190 Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont membres de la Fédération internationale. 157 d'entre elles sont des Sociétés de la Croix-Rouge et 33 sont des Sociétés du Croissant-Rouge. Dans les pays de l'OCI, il y a 33 Sociétés du Croissant-Rouge et 23 sociétés de la Croix Rouge.<sup>2</sup> Oman est le seul pays qui ne dispose pas d'une société nationale qui est membre de la FICR

---

<sup>2</sup> Les pays suivants ont des sociétés de la Croix Rouge: Albanie, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guyana, Indonésie,



Ces sociétés et leurs millions de bénévoles interviennent en première ligne en cas d'urgence. Elles fournissent une assistance immédiate aux victimes et participent à des activités à long terme qui permettront de sauver des vies et améliorer la santé. En raison du nombre croissant de catastrophes et de conflits, les épidémies de maladies infectieuses causent chaque année un grand nombre de décès et de handicaps. Les flambées de maladies infectieuses sont plus fréquentes dans les communautés pauvres et fragiles, ce qui rend encore plus difficile le contrôle de la maladie et la prestation de soins de santé efficaces. Les NRCS peuvent grandement contribuer à la prévention des éclosions de maladies et permettre aux gens et aux collectivités d'avoir accès à l'aide vitale dont ils ont besoin.

Bien qu'il existe de grandes différences en termes de capacités et de moyens au sein de NRCS dans les pays de l'OCI, il n'existe pas d'indicateur comparable pour évaluer la performance de ces sociétés. Par conséquent, il est important d'accroître la coopération et le partenariat entre les NRCS des pays de l'OCI pour partager les expériences et transférer les connaissances et les capacités.

Au niveau régional au sein de l'OCI, le Comité islamique du Croissant-Rouge international (CICI) a été créé en tant qu'institution spécialisée pour renforcer la coopération entre les sociétés nationales des pays membres et coordonner l'action humanitaire. La huitième Conférence islamique des ministres des Affaires étrangères, tenue en mai 1977 à Tripoli (Libye), a approuvé le principe de la création de cette institution. Il a été lancé en 1982 avec la création d'un secrétariat à Benghazi, en Libye. Selon les informations fournies sur leur site web, il y a actuellement 18 pays de l'OCI qui ont ratifié l'accord<sup>3</sup> de CICI et deux autres pays sont signataires<sup>4</sup>. Le CICI a de nombreuses fonctions, mais il est principalement conçu pour entreprendre les tâches ci-dessous.

- Fournir l'aide et l'assistance en cas de catastrophe.
- Fournir des services et des soins aux victimes des conflits armés et prendre des initiatives pacifiques afin de résoudre les problèmes humains qui en résultent ;
- Établir des relations étroites de coopération avec les organisations actives dans le domaine des services humanitaires, en particulier avec le Croissant Rouge et de la Croix Rouge.
- Contribuer aux efforts déployés pour établir de meilleures relations entre les peuples, promouvoir la solidarité pour défendre les droits de l'homme, soutenir l'appel à la justice et à la paix, et prévenir les risques de guerre.

---

Liban, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Surinam, Togo et Ouganda. Les autres pays de l'OCI ont des sociétés du Croissant-Rouge.

<sup>3</sup> Les pays ratifiés sont la Libye, le Mali, l'Arabie saoudite, l'Iran, la Syrie, la Tunisie, le Soudan, la Jordanie, le Qatar, les Émirats arabes unis, les Comores, le Yémen, le Maroc, le Niger, la Mauritanie, l'Algérie, l'Irak et Djibouti.

<sup>4</sup> Les pays signataires sont la Turquie et la Guinée.



Outre le NRCS, il existe un nombre croissant d'organisations de la société civile qui ciblent les personnes vulnérables et affectées pour répondre à leurs besoins sanitaires et humanitaires pendant et après les situations d'urgence. Elles jouent un rôle de plus en plus important dans ce domaine et, avec un soutien et une facilitation adéquats, elles peuvent jouer un rôle encore plus important pour aider les gens et atténuer les privations liées à leur santé.

### 6.3 Situation actuelle du secteur de la santé dans les pays touchés par des conflits

Bien que les pays de l'OCI soient confrontés à un certain nombre de risques naturels et anthropiques différents, les conflits dans la région de l'OCI requièrent une attention particulière. Actuellement, le nombre et l'intensité des conflits dans les pays de l'OCI sont en augmentation. 60 % de tous les conflits dans le monde se produisent dans les pays de l'OCI (SESRIC, 2019). Comme conséquence directe, aujourd'hui les pays de l'OCI comptent pour 61,5 % de toutes les populations déplacées dans le monde avec plus de 25 millions de personnes déplacées. Plus alarmant encore, environ 80% de tous les nouveaux déplacements internes dans le monde entre 2014-15 ont eu lieu dans les pays de l'OCI. De plus, 71% (environ 89 millions) de personnes qui ont besoin d'une aide humanitaire dans le monde résident dans les pays de l'OCI.

Il existe un certain nombre de zones de conflit dans le monde qui ont de graves conséquences sur la santé. Le tableau 6.5 présente la liste des pays classés 3, 2 et 1 par l'OMS. Les situations d'urgence de troisième degré sont celles qui surviennent dans un ou plusieurs pays et qui ont des conséquences considérables sur la santé publique et qui nécessitent une intervention plus importante. Les situations d'urgence de deuxième degré désignent les situations dans un pays où un ou plusieurs événements nécessitent une réponse massive. Enfin, les situations d'urgence de premier degré sont les pays où un événement unique ou multiple ne pose qu'un problème de santé publique minimal et ne nécessite qu'une intervention minimale.

sur 9 pays en développement ayant des préoccupations de santé publique (Troisième degré) sont les pays de l'OCI. En outre, 11 pays dans la situation d'urgence de deuxième degré font également partie du groupe de l'OCI. Au total, 20 des 35 pays ayant des problèmes de santé sont membres de l'OCI. Il comprend les pays qui ont des problèmes de santé dus à des conflits ainsi qu'à des épidémies et à d'autres raisons. Si l'on examine le tableau 6.5, il devient évident que les pays de l'OCI sont confrontés à un nombre disproportionné de situations d'urgence, plus particulièrement à cause des conflits. Par conséquent, cette sous-section fournit des informations sur la situation actuelle du secteur de la santé dans certains pays de l'OCI touchés par des conflits. Les informations proviennent principalement du rapport de l'OMS sur ses plans d'intervention humanitaire pour 2017 (voir OMS, 2017b).





Tableau 6.5: Liste de pays avec des soucis, des crises et des urgences de santé

	3e degré	2e degré	1er degré
<b>Pays de l'OCI (18)</b>	Irak	Afghanistan	Tchad
	Mozambique	Burkina Faso	Djibouti
	Nigeria	Cameroun	Mali
	Somalie	Iran	
	Syrie	Irak	
	Yémen	Libye	
		Mozambique	
		Niger	
		Palestine	
		Pakistan	
		Soudan	
<b>Pays en développement non membres de l'OCI (13)</b>	Éthiopie	Angola	Kenya
	Soudan du sud	Burundi	Tanzanie
	DRC	CAR	Namibie
		Éthiopie	
		Malawi	
		Myanmar	
		Sao Tomé	
		Ukraine	
	Zimbabwe		

*Source:* <https://www.who.int/emergencies/crises/en/>

**Afghanistan** : La persistance du conflit en Afghanistan entraîne une augmentation des déplacements. En 2017, plus de 3,4 millions d'Afghans ont été déplacés en raison du conflit. Les conflits en cours continuent de menacer la sécurité physique et la santé des Afghans. Les attaques contre les établissements de santé, les patients, le personnel médical et les véhicules continuent de perturber et de priver les gens de soins vitaux. Quatre millions et demi de personnes vivent dans les districts touchés par un conflit et ont un accès extrêmement limité aux services de santé. La santé maternelle et infantile reste négligée de manière alarmante. Les taux de mortalité infantile et maternelle sont parmi les plus élevés dans le monde et la malnutrition aiguë sévère a passé les seuils d'urgence dans 20 sur 34 provinces. Environ 1,8 million de personnes ont besoin d'un traitement contre la malnutrition aiguë.

**Tchad**: L'insécurité alimentaire, les mouvements de population et les urgences sanitaires sont trois aspects principaux de la crise humanitaire au Tchad qui contribuent à la vulnérabilité de la population. Les femmes et les enfants sont les plus vulnérables et l'accès aux services de base est très limité. Le Tchad compte actuellement 580 000 personnes déplacées. Plus de quatre millions de personnes sont en situation d'insécurité alimentaire au Tchad, et près d'un million d'entre elles devraient être en situation d'insécurité alimentaire sévère. La situation nutritionnelle reste préoccupante avec près de 991 000 cas de malnutrition attendue en 2017. Le paludisme est la principale cause de mortalité pour les enfants de moins de cinq ans.

Il y a eu 400 000 cas confirmés de paludisme et plus de 7 000 décès ont été enregistrés depuis janvier 2017.

**Iraq :** La crise humanitaire en Irak demeure l'une des plus graves et des plus instables au monde. Plus de 4 millions d'Irakiens sont actuellement déplacés. Au cours de la dernière année, plus de 750 000 personnes ont été déplacées dans les zones touchées par le conflit. En 2017, ce nombre devrait atteindre 1,2 à 1,5 million de civils supplémentaires. Les familles déplacées ont besoin d'une aide d'urgence complète comprenant un abri, de la nourriture, de l'eau, des installations sanitaires, des articles ménagers, des soins de santé, de l'éducation et une protection spécialisée. Le nombre de consultations médicales effectuées dans les dispensaires a été multiplié par huit et plus de la moitié des hôpitaux secondaires et tertiaires de Mossoul ont été endommagés ou détruits. La pénurie d'eau potable pour les populations piégées à Mossoul reste préoccupante car elle augmente le risque d'épidémies de maladies d'origine hydrique.

**Libye:** L'insécurité et la violence en Libye ont créé des conditions de vie dangereuses et endommagé des infrastructures essentielles, ce qui a exposé les gens à des risques élevés de blessures et de décès, entravé l'accès aux services publics et à d'autres services, et entraîné des déplacements. Environ 1,3 million de personnes n'ont pas accès à des services et ressources de soins de santé vitaux. Les installations de santé publique ont été gravement touchées. 43 des 98 hôpitaux évalués sont partiellement fonctionnels ou ne le sont pas du tout en raison d'une pénurie aiguë de médicaments, de fournitures et d'équipements médicaux et d'une grave pénurie de ressources humaines, notamment d'infirmières spécialisées, de sages-femmes et de techniciens. Ces pénuries sont plus prononcées au niveau des soins primaires. Par conséquent, les hôpitaux de référence et les hôpitaux tertiaires sont surchargés de patients qui cherchent de l'aide pour des maladies fréquentes et ne sont pas en mesure de répondre à la demande.

**Mali:** Près de la moitié des plus de 18 millions d'habitants du Mali vivent en dessous du seuil de pauvreté de 2 dollars par jour. Le Mali est en conflit armé depuis 2012 et malgré la signature de l'accord de paix en 2015, les affrontements armés se poursuivent entraînant des conséquences dévastatrices pour la sécurité des civils. L'insécurité a provoqué des déplacements de population, un accès limité aux services sociaux, y compris les soins de santé, l'insécurité alimentaire et les crises en matière de nutrition. Le peuple malien est également vulnérable aux épidémies, aux sécheresses et aux inondations. En 2016, plus de 18 000 personnes ont été touchées par les inondations. Plus de 60 000 personnes pourraient être menacées en raison d'inondations en 2017. L'accès aux soins de santé reste globalement limité dans le pays, en particulier à Kidal où 22 des 32 structures sanitaires existantes ne fonctionnent pas. Cette situation est exacerbée par la pénurie d'agents de santé qualifiés dans la plupart des régions du pays. Le Mali reste à haut risque d'épidémies : en 2016, 500 cas de méningite ont été enregistrés. En outre, les acteurs humanitaires signalent une augmentation de la fréquence des cas de maladies diarrhéiques chez les enfants liés à la consommation d'eau insalubre et aux infections respiratoires dues à des conditions de logement



inadéquates. L'insécurité alimentaire demeure un problème majeur, 19 % de la population vivant dans l'insécurité alimentaire, dont 485 600 personnes souffrant d'une grave insécurité alimentaire.

**Nigeria :** La crise humanitaire dans les six États du nord-est du Nigeria s'est intensifiée après huit années de conflit violent. Le conflit a provoqué de nombreux déplacements forcés, une insécurité alimentaire et nutritionnelle aiguë et de graves violations des droits de l'homme. Certaines zones restent inaccessibles à l'aide humanitaire. La violence a provoqué des déplacements massifs de population vers les pays voisins. La prévalence de la malnutrition sévère, de la morbidité et de la mortalité est élevée. Le manque d'abris de base, d'eau, de latrines et de douches augmente les risques de maladies transmissibles, y compris le choléra. Cela aggrave également la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans. L'infrastructure de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène doit être remise en état et reconstruite de toute urgence pour réduire au minimum les maladies d'origine hydrique.

**Palestine:** La Palestine est toujours en proie à une crise prolongée, qui en est à sa cinquantième année. En 2016, environ un million de personnes auront besoin d'interventions humanitaires en matière de santé et de nutrition, dont 830 000 dans la bande de Gaza et 173 000 en Cisjordanie. À Gaza, les hôpitaux et les cliniques de soins de santé primaires sont aux prises avec des pénuries chroniques de médicaments, de produits jetables et d'équipement essentiel, aggravées par de lourdes pénuries de carburant et des coupures prolongées de courant. En Cisjordanie, les restrictions d'accès aux services de santé demeurent une source de préoccupation pour les patients et le personnel de santé, en particulier dans les zones à accès restreint touchées par le mur de sécurité et les postes de contrôle. Les dispensaires mobiles sont une bouée de sauvetage essentielle pour les communautés touchées.

**Somalie :** Bien que les conflits et les risques environnementaux aient rendu un grand nombre des 12,3 millions d'habitants du pays vulnérables de façon chronique ou aiguë, 2017 présente le potentiel pour que la sécheresse devienne le principal moteur de la crise. L'instabilité politique persistante, les expulsions forcées de personnes déplacées à l'intérieur du pays (IDP), les conflits armés en cours et le stress environnemental omniprésent sont parmi les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité en Somalie. La couverture et la qualité des services sociaux de base dans le pays restent extrêmement faibles. Les conditions de sécheresse récurrentes entraînent l'insécurité alimentaire, la malnutrition et sont liées à des épidémies. L'accès à des services de soins de santé de base et vitaux demeure un défi qui doit être considéré comme prioritaire. La couverture vaccinale est considérablement faible et les épidémies de diarrhée aqueuse aiguë/choléra, de rougeole, de paludisme et d'autres maladies transmissibles sont constamment signalées dans de nombreuses régions. Le mouvement rapide des personnes déplacées à l'intérieur du pays a submergé les établissements de santé. La livraison de médicaments et d'équipements médicaux vitaux a été irrégulière en raison de l'insécurité, de l'inaccessibilité des routes, des pénuries d'électricité et de carburant et de la rupture de la chaîne du froid. La surpopulation, l'absence de systèmes d'aiguillage fonctionnels, l'accès limité aux services de santé, l'utilisation de l'eau

insalubre et les pratiques d'hygiène, ainsi que la malnutrition sous-jacente soulèvent de graves problèmes de contrôle et de prévention en cas de flambées épidémiques.

**Syrie** : Les services de santé essentiels continuent de souffrir d'une grave pénurie dans l'ensemble du pays. L'insuffisance des ressources humaines, des fournitures, de l'équipement et de l'infrastructure continue de perturber le fonctionnement du système de santé. Plus de la moitié des hôpitaux publics et près de la moitié des centres de soins de santé publics sont fermés ou ne fonctionnent que partiellement. Une grave pénurie d'accoucheuses et d'obstétriciens qualifiés signifie que les femmes enceintes n'ont pas accès aux services d'accouchement essentiels. Un Syrien sur cinq a des problèmes de santé mentale modérés et un sur 30 risque de développer des problèmes de santé mentale graves ou sévères. Même s'il s'agit d'un domaine où les besoins sont de plus en plus importants, seuls 20 % des établissements de santé en service sont en mesure de fournir des soins de santé mentale. Les réseaux locaux de santé, qui relient les différents niveaux de soins par le biais de réseaux d'aiguillage, restent fragmentés, ce qui compliquerait la tâche des patients qui cherchent des services. Comme l'accès aux médicaments et aux soins vitaux est restreint, les personnes qui souffrent de maladies chroniques potentiellement mortelles comme le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme, l'épilepsie, le cancer et les maladies cardiovasculaires sont toujours exposées à un risque de décès ou à des complications.

**Yémen** : Près de quatre années de guerre ont dévasté le Yémen, laissant 18,8 millions de personnes dans le besoin d'aide humanitaire et de protection. Le conflit accélère l'effondrement social, économique et institutionnel du pays. Plus de 7 millions de personnes sont confrontées à l'insécurité alimentaire et plus de 8 millions sont confrontées à de graves pénuries d'eau potable et d'assainissement. Près de 3,3 millions de personnes souffrent de malnutrition aiguë sévère. On estime que 14,8 millions de personnes n'ont pas accès aux soins de santé élémentaires, dont 8,8 millions vivent dans des zones gravement mal desservies. En octobre 2016, au moins 274 établissements de santé avaient été endommagés ou détruits, 13 agents sanitaires avaient été tués et 31 blessés. Les principales causes de décès évitables au Yémen sont les maladies transmissibles, les conditions maternelles, périnatales et nutritionnelles (qui représentent dans leur ensemble 50 % de la mortalité) et les maladies non transmissibles (39 % de mortalité).



# CHAPITRE 7

## Information, recherche, éducation et activités de plaidoyer

Il existe un lien étroit entre le niveau d'information, d'éducation et de plaidoyer et les résultats sanitaires dans un pays. La recherche a établi qu'il est possible de prévenir plusieurs des problèmes de santé, y compris les maladies, en fournissant au public, aux patients et aux fournisseurs de soins de santé des renseignements exacts et pertinents ainsi qu'une éducation. En ce sens, l'information, l'éducation et le plaidoyer sont tous complémentaires. De nombreuses préoccupations en matière de santé exigent que le public et les fournisseurs de soins de santé reçoivent des renseignements exacts pour qu'ils puissent prendre de bonnes décisions en matière de santé. De plus, l'information et l'éducation en matière de santé ont récemment commencé à évoluer vers la promotion et le plaidoyer en faveur de la santé. Par conséquent, il y a un progrès vers la prévention et l'information, l'éducation et le plaidoyer précoces. L'autre élément est d'avoir la bonne information et l'éducation pour le diagnostic et les processus de guérison, qui peuvent sauver des millions de vies dans le monde et dans la région de l'OCI. Dans ce contexte, cette section se penche sur l'information, la recherche, l'éducation et la défense des intérêts en matière de santé.

### 7.1 Système d'éducation sanitaire

L'éducation à la santé est une composante essentielle du système de santé. Sans une éducation sanitaire appropriée, les pays endurent un lourd fardeau en termes de coûts économiques, de santé des personnes et de la société et en termes d'expansion des questions sanitaires. Par exemple, des études scientifiques suggèrent qu'il y a une énorme charge de morbidité dans les pays africains en raison du manque d'éducation sanitaire. Par conséquent, l'éducation à la santé est un sujet de préoccupation majeur pour les individus, les communautés, les gouvernements et la société dans son ensemble. L'objectif de l'éducation sanitaire est de fournir des informations précises et actualisées à un large éventail d'acteurs, y compris les individus, les familles, les communautés et les prestataires de soins de santé. Il vise à élargir les connaissances, à sensibiliser les gens et à leur fournir les compétences et les attitudes nécessaires pour qu'ils puissent prendre des décisions salutaires.



Les données sur le nombre d'écoles et d'établissements de formation liés à la santé sont très rares dans le monde. Selon les dernières données disponibles du Rapport sur la santé dans le monde de l'OMS (2006), au niveau mondial, il existe 2420 facultés de médecine, 467 écoles ou départements de santé publique et un nombre indéterminé d'écoles postsecondaires d'infirmières dans 169 pays. Ces écoles et établissements forment environ un million de nouveaux médecins, infirmières, sages-femmes et professionnels de la santé publique chaque année.

Il y a un déséquilibre important dans le nombre d'écoles de médecine en termes de taille de la population ou de fardeau national des maladies, surtout dans le monde en développement. Selon les données de l'OMS (2006), avec un total de 1935 facultés de médecine opérationnelles dans le monde, il y a en moyenne une faculté de médecine pour 3,3 millions de personnes dans le monde. L'Asie, avec la plus grande population, compte le plus grand nombre d'écoles de médecine (860). Cependant, alors que plus de 60 % de la population mondiale réside en Asie, seulement 44 % des facultés de médecine y sont situées. De plus, la densité des médecins est faible, avec moins d'un médecin, en moyenne, pour 1 000 habitants. En revanche, près de 16 % des facultés de médecine du monde se trouvent en Amérique du Nord, alors que seulement 8 % de la population mondiale y réside. Le nombre relativement élevé de médecins praticiens, surtout en Amérique du Nord, fait en sorte que la densité continentale est de 2,2 médecins pour 1000 habitants. En Afrique, il n'y avait que 126 facultés de médecine, soit 6,6 % du total mondial. Le tableau 7.1 présente les pays où les facultés de médecine sont les plus actives dans le monde.



**Tableau 7.1:** Pays ayant le plus actif des facultés de médecine dans le monde (les 20 premiers)

Pays	Nombre de facultés de médecine	Part en % du total
Inde	219	11,3
États-Unis	147	7,6
Chine	130	6,7
Brésil	84	4,3
Japon	80	4,1
Mexique	65	3,4
Russie	60	3,1
Corée du Sud	52	2,7
Iran	48	2,5
France	46	2,4
Italie	39	2,0
Turquie	37	1,9
Allemagne	36	1,9
Pakistan	34	1,8
Philippines	34	1,8
Colombie	32	1,7
Indonésie	32	1,7
Royaume-Uni	29	1,5
Pérou	28	1,5
Espagne	26	1,3

*Source:* Boulet et al., 2017

Sur les 20 premières facultés de médecine actives dans le monde, quatre d'entre elles se trouvent dans les pays de l'OCI. Ces pays sont l'Iran avec 48 facultés de médecine, la Turquie avec 37, le Pakistan avec 34 et l'Indonésie avec 32, représentant respectivement 2,5%, 1,9%, 1,8% et 1,7% de la part mondiale totale. Il n'y avait qu'une seule école de médecine active en Guinée-Bissau, au Gabon et au Surinam dans les pays de l'OCI.

Il y avait relativement peu de pays de plus de quatre millions d'habitants qui n'avaient pas d'écoles de médecine (Érythrée et Somalie). Au niveau national, près de la moitié des facultés de médecine du monde sont situées dans 10 pays, dont l'Inde, les États-Unis, la Chine, le Brésil, le Japon, le Mexique, la Russie, la Corée du Sud, l'Iran et la France. D'autre part, 26 pays d'Afrique subsaharienne ont une ou aucune école de médecine (Frenk et al, 2010).

Un nombre suffisant de ressources humaines pour la santé (RHS) dûment qualifiées est un élément essentiel de tout système de santé efficace. De nombreuses régions souffrent d'un manque de personnel de santé. L'Afrique représente le plus haut déficit mondial dans les ressources humaines pour la santé. Un revers majeur pour la région de l'Afrique a été la migration d'un grand nombre de médecins hautement qualifiés, formés dans ces pays, hors du continent (Clemens MA et G Pettersson, 2008). Par exemple, au cours de la période décennale allant de 2002 à 2011, de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont connu une diminution de la densité des médecins en raison de l'augmentation des migrations

(Tankwanchi ABS, et al., 2013). En outre, jusqu'en 2010, huit pays d'Afrique subsaharienne n'avaient pas d'écoles de médecine, ce qui les obligeait donc à dépendre des expatriés et des formations externes (Chen C, et al. 2012). Les preuves montrent qu'il est très urgent et important de développer et d'établir des systèmes d'éducation sanitaire pour les pays qui n'ont pas encore d'écoles de médecine.

Si l'on examine les établissements d'enseignement de la santé dans la région de l'OCI, il devient évident qu'il faut faire davantage pour créer des établissements d'enseignement de la santé. Avec la population la plus jeune du monde, les pays de l'OCI doivent fournir les facilités en matière d'éducation dont les jeunes ont besoin pour poursuivre leur formation dans le domaine médical. Il suffit non seulement de fournir un établissement d'enseignement, mais il faut aussi qu'il y ait d'autres installations pour le compléter, comme des laboratoires, du matériel d'essai et des appareils technologiques pertinents. Avec les établissements d'enseignement, la qualité de l'éducation sanitaire constitue une part importante du système d'éducation sanitaire.

## 7.2 Qualité de l'enseignement dans le domaine de la santé

La qualité de l'enseignement dans le domaine de la santé a une incidence directe sur les résultats en matière de santé. L'enseignement est essentiel au développement économique et social et a un impact profond sur la santé de la population. La formation médicale aura certainement une incidence sur les modèles de pratique et influencera les choix de carrière, ce qui aura un effet net sur la santé de la population, surtout dans les régions sous-développées ou dans les pays où relativement peu de praticiens sont formés. La réforme de la vision, des programmes et des systèmes des établissements d'enseignement pour former des professionnels de la santé capables de répondre aux besoins des populations, d'autonomiser les communautés et d'améliorer le bien-être humain est une occasion importante d'améliorer la santé des diverses communautés dans le monde.

Le fait que la production de la santé est fondée sur le savoir et axée sur la société est trop souvent négligé et que les professionnels de la santé, en tant que courtiers du savoir, sont les principaux moteurs du progrès sanitaire (Zulfiqar Bhutta, et.al. 2010). Il est essentiel de fournir une formation qui assurera une main-d'œuvre mondiale adéquate dans le secteur de la santé. Toutefois, dans l'environnement mondial actuel, où les systèmes de santé sont de plus en plus sollicités, les médecins sont libres de se déplacer d'un lieu à un autre ou même d'un pays à un autre. Plus important encore, pour la plupart de ces personnes, il y a eu, et il continue d'y avoir, de nombreuses options quant à l'endroit où la formation médicale peut avoir lieu, y compris les établissements situés en dehors de leur pays d'origine. Par conséquent, l'obtention d'informations sur la répartition et la qualité des établissements de formation est essentielle à la planification des effectifs de la santé (OMS, 2006).

Plus de quatre millions de personnes dans le monde n'ont pas accès à des services de santé de qualité, en grande partie à cause d'une énorme pénurie, d'un mélange inégal des





compétences et de la répartition géographique inégale du personnel sanitaire. L'OMS estime que 4,3 millions d'agents de santé supplémentaires sont nécessaires dans le monde. La crise du personnel de santé a des conséquences sur la santé et le bien-être de millions de personnes, pourtant, il n'y a pas assez de personnel de santé pour combler cette pénurie. Il est manifestement urgent et essentiel d'élargir les programmes éducatifs pour créer des équipes multidisciplinaires de prestation de services - qui comprennent un mélange soigneusement équilibré de cliniciens, d'agents de santé communautaire et de gestionnaires de la santé. Toutefois, il ne suffira pas d'augmenter le nombre de travailleurs. La pénurie d'agents de santé est aggravée par le fait que leurs aptitudes, leurs compétences, leur expérience clinique et leurs attentes sont souvent mal adaptées aux besoins sanitaires des populations qu'ils servent (OMS, 2017).

Un système de santé ne peut pas fonctionner correctement sans un nombre suffisant d'agents de santé. Selon l'OMS, 83 pays comptent moins de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants. Ce sont les pays les plus pauvres du monde, et cette pénurie est décrite par l'OMS comme " l'un des obstacles les plus critiques à la réalisation des objectifs de santé et de développement ". En 2006, on estimait que 25 % de tous les médecins et 5 % des infirmières formés en Afrique subsaharienne travaillaient dans des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Bien que des données récentes suggèrent que, dans certains de ces pays, l'afflux de travailleurs de la santé formés à l'étranger s'est stabilisé ou a diminué, la migration globale du personnel de santé vers les pays de l'OCDE a augmenté. Un grand nombre de ces employés sont formés aux frais de l'État. Cela signifie essentiellement que les pays riches bénéficient des fonds que les pays pauvres investissent dans la formation des agents de santé (Humanosphere, 2014). Non seulement les travailleurs de la santé sont en migration, mais les éducateurs le sont aussi. La migration des travailleurs de la santé concerne tous les pays d'une manière ou d'une autre. Dans certains cas, les agents de santé quittent leur pays d'origine à la recherche de meilleures conditions de travail et de perspectives de carrière à l'étranger. Dans d'autres, ils quittent les zones rurales pour s'installer dans les zones urbaines. Le résultat est un accès de plus en plus inéquitable aux soins de santé, à l'intérieur des pays et entre pays. L'OMS collabore avec un large éventail de parties prenantes pour trouver des réponses à l'augmentation du personnel de santé afin d'accroître la quantité et d'améliorer la qualité et la pertinence du personnel de santé pour répondre aux besoins du 21<sup>ème</sup> siècle et contribuer à de meilleurs résultats en santé publique (OMS, 2017).

L'aspect le plus important de l'éducation à la santé est sans doute que l'on ne devrait jamais simplement supposer que le matériel éducatif, l'information et les procédures utilisés sont efficaces. Une conférence ou une intervention qui semble efficace peut donner des résultats complètement inattendus et même préjudiciables. L'efficacité de l'éducation en matière de santé repose en grande partie sur des tests continus pour assurer la conformité et la compréhension des connaissances, pour produire des données qui peuvent être utilisées pour mesurer l'efficacité du travail dans le domaine des soins de santé et pour améliorer

l'éducation future dans ce domaine, ainsi que pour corriger et régler les problèmes dès ils se posent.

De plus, cette collecte de données sur l'éducation et ces tests continus exigent la présence d'un " pré-test " de base pour établir l'impact du matériel élaboré ; les éducateurs doivent évaluer les connaissances préalables de l'élève pour mesurer l'efficacité de l'éducation. Il a été démontré que ces connaissances préalables ont une influence considérable sur les observations de l'élève, sa réceptivité à l'apprentissage et ses croyances perceptives. Par conséquent, la plupart des programmes d'éducation à la santé devraient mettre en œuvre certains moyens de tester les connaissances préalables d'un étudiant, en utilisant des questionnaires, des enquêtes et des conversations non-directives parmi tant d'autres. Une fois que les pré-tests adéquats ont été effectués, les éducateurs devraient commencer le programme d'éducation à la santé qu'ils proposent. Le suivi de l'apprenant devrait alors être effectué. À cet égard, il existe diverses mesures que les chercheurs et les éducateurs peuvent adopter pour évaluer les résultats de leur éducation à la santé, notamment :

*Les changements au niveau des connaissances :* Changements manifestes dans les réponses des élèves à des questions, enquêtes, questionnaires ou autres mesures qui ne sont pas des questions préétablies et qui se rapportent au matériel spécifique traité par le programme d'éducation sanitaire. Idéalement, un programme de santé efficace entraînera des changements qui démontreront une plus grande précision factuelle et une meilleure connaissance des questions médicales et de santé spécifiques pendant une période prolongée (Estabrooks C.A. et al. 2003).

*Changements de comportement :* Une éducation sanitaire efficace entraînera des changements de comportement à court et à long terme qui réduiront les comportements à risque et/ou amélioreront la qualité de vie. Ces changements de comportement peuvent être consignés au moyen d'observations de l'évaluateur et de la rétroaction des apprenants, ou par des moyens plus formels, comme des questionnaires et des enquêtes. Il est important de noter que l'ampleur du changement et du maintien du comportement d'un élève dépend fortement des croyances de l'apprenant, particulièrement en ce qui concerne les attentes des résultats découlant du changement de comportement ainsi que les attentes personnelles quant à la capacité de l'élève à subir un changement de comportement.

*La satisfaction des participants/apprenants:* Une mesure subjective basée sur les attentes perçues par l'apprenant concernant son expérience globale et les résultats réels. En général, les données sur la satisfaction des apprenants/participants sont recueillies au moyen de questionnaires ou d'enquêtes ; les données peuvent être utilisées pour améliorer les programmes d'éducation à la santé en ciblant des changements précis relevés par les participants précédents (Appleton-Knapp, 2009).

*L'analyse coût-efficacité (ACE) :* Au sens strict du terme, l'ACE est l'estimation des coûts nets et des effets de toute action. Dans le domaine de l'éducation à la santé, l'ACE permet aux concepteurs de programmes d'illustrer quantitativement le " coût d'opportunité " d'une



décision : les avantages socioéducatifs et médicaux possibles perdus en échange de la mise en place d'un autre programme. En ce sens, il fournit une mesure supplémentaire permettant aux travailleurs de la santé de porter des jugements éclairés dans la création d'un programme d'éducation sanitaire efficace (Gold Marthe R, 1996).

Les dépenses mondiales totales pour la formation des professionnels de la santé s'élèvent à environ 100 milliards de dollars US par an. Ce montant correspond à moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé dans le monde, ce qui ne représente qu'un faible pourcentage pour une industrie à forte intensité de main-d'œuvre. Selon une étude, le coût moyen par diplômé dans le monde est d'environ 113 000 dollars pour les étudiants en médecine et 46 000 dollars pour les infirmières (Frenk et al, 2010). Les principaux défis pour assurer l'accès à une formation de soins de qualité dans les pays de l'OCI ont trait à l'insuffisance des investissements et à la faible priorité accordée à la formation des soins de santé ; le manque de capacités des écoles de soins de santé en termes de disponibilité des formateurs ainsi que des infrastructures ; la nécessité de mettre davantage à jour le curriculum des soins de santé afin de combler le manque de formation des services ; la capacité institutionnelle limitée pour offrir les formations post-base ; et le manque de place sur le développement professionnel permanent (SESRIC, 2015). Chaque pays essaie d'améliorer la qualité de l'éducation, mais les pays de l'OCI, comme tous les autres pays en développement, sont confrontés à de nombreux défis en raison de problèmes économiques, d'instabilité politique, de guerre, de guerre civile, de manque de professionnalisme, de manque de ressources humaines, de manque d'expérience sur le terrain et autres facteurs.

### **7.3 Les effets indésirables des médicaments et l'utilisation irrationnelle des médicaments**

L'utilisation de médicaments est rationnelle (appropriée, véritable, correcte) lorsque les patients reçoivent les médicaments appropriés, à des doses qui répondent à leurs besoins individuels, pour une période de temps adéquate, et au coût le plus bas pour eux et la communauté. L'utilisation irrationnelle (inapproprié, impropre, incorrecte) de médicaments est lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas respectées. L'usage irrationnel peut prendre de nombreuses formes différentes. Par exemple, la polypharmacie, la surconsommation d'antibiotiques et d'injections, le non-respect des directives cliniques et l'automédication inappropriée.

Au niveau mondial, on estime que plus de la moitié de tous les médicaments sont prescrits, délivrés ou vendus de façon inappropriée (OMS, 2009). En outre, il a été estimé que la moitié des patients ne prennent pas leurs médicaments prescrits ou délivrés (Sabaté E, 2003). Les effets indésirables des médicaments et l'utilisation irrationnelle des médicaments constituent un problème mondial extrêmement grave, qui est inutile et nocif. Dans les pays en développement et en transition, moins de 40 % des patients du secteur public et 30 % des patients du secteur privé sont traités conformément aux directives thérapeutiques standard (Kathleen Holloway et Liset Van Dijk, 2011). Cependant, malgré le problème mondial de

l'usage inapproprié, seuls quelques pays contrôlent l'usage des médicaments ou prennent des mesures suffisantes pour redresser la situation (OMS, 2006).

La résistance aux antimicrobiens augmente de façon spectaculaire dans le monde entier en réponse à l'utilisation des antibiotiques, en grande partie à cause d'une surutilisation inappropriée (et entraîne une morbidité et une mortalité importantes (OMS, 2009). Il a été estimé que la résistance aux antimicrobiens coûte chaque année entre 4000 et 5000 millions de dollars aux États-Unis et 9000 millions d'euros en Europe (SCRE, 2004). L'utilisation d'injections non stériles est associée à la propagation d'infections transmissibles par le sang, comme les hépatites B et C et le VIH/sida. Bien que la médecine fondée sur des données probantes ait gagné de l'importance, l'utilisation des lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement est sous-optimale et pourrait être grandement améliorée.

L'utilisation inappropriée de médicaments est généralement produite dans les systèmes de soins sanitaires à l'échelle mondiale, mais largement observée dans les pays en développement. Les exemples courants d'utilisation irrationnelle de médicaments, y compris l'utilisation d'un trop grand nombre de médicaments, en particulier chez les personnes âgées, la surconsommation d'antibiotiques même pour les infections non bactériennes, le surdosage ou la sous-dose de certains médicaments, la prescription massive d'injections lorsque la prise orale est efficace, l'automédication et la prescription de modèles non conformes aux directives cliniques approuvées (Akl OA et al., 2014).

**Tableau 7.2: Interventions visant à promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments**

- Un organisme national multidisciplinaire mandaté pour coordonner les politiques d'utilisation des médicaments
- Directives cliniques
- Listes de médicaments essentiels basées sur les traitements de choix
- Comités pharmaceutiques et thérapeutiques dans les districts et les hôpitaux
- Formation en pharmacothérapie axée sur les problèmes dans les programmes d'études de premier cycle.
- La formation médicale continue en cours d'emploi comme condition d'obtention d'un permis médical.
- Supervision, audit et retour d'information
- Information indépendante sur les médicaments
- Éducation du public sur les médicaments
- Évitement des incitations financières perverses
- Réglementation appropriée et appliquée

Source: OMS, 2006

Dans les pays développés et dans certains pays en transition, où une grande partie de la population est couverte par l'assurance maladie, les agences d'assurance maladie peuvent jouer un rôle important pour promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments en ne remboursant que ceux qui respectent les directives cliniques ou qui contiennent les



médicaments essentiels. Dans certains pays à revenu élevé et intermédiaire, les agences d'assurance remboursent les médicaments selon que ce sont des médicaments essentiels, des médicaments génériques ou approuvés pour un usage particulier. Cependant, dans de nombreux pays à faible revenu, la couverture d'assurance est faible et elle n'est pas suffisante pour établir l'infrastructure sanitaire à court terme. Un défi majeur pour l'avenir consistera à persuader les gouvernements, les donateurs et la communauté internationale d'investir suffisamment dans la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments.

Le manque de compréhension de certains aspects de l'utilisation des médicaments entraîne des actions dangereuses telles que le fait de considérer que l'utilisation de deux médicaments vaut mieux qu'un, ou de penser que deux doses sont plus efficaces qu'une, ou que les injections sont plus efficaces que les pilules, ainsi que l'utilisation de médicaments traditionnels avec des médicaments sur ordonnance sans consultation médicale (Abbott et al., 2009). L'utilisation irrationnelle des médicaments est l'un des problèmes de santé que l'OMS tente de gérer en élaborant des directives telles que la liste des médicaments essentiels et une prescription efficace. Selon l'OMS, l'information et l'éducation du public sur l'utilisation des médicaments sont des éléments clés de la politique nationale en matière de drogues. Malgré les progrès réalisés dans certains pays, les ressources humaines et financières nécessaires à l'éducation du public à l'utilisation des médicaments restent toutefois limitées. Il s'agit généralement d'une activité marginale ou d'une activité qui ne doit être abordée que lorsque les autres éléments de la politique antidrogue sont en place (Management Sciences for Health, 2012).

L'éducation médicale et les conseils des professionnels de la santé peuvent aider les patients bien informés sur l'utilisation des médicaments. L'éducation des patients peut réduire les effets indésirables des médicaments. De nos jours, le partage de l'information est un besoin important pour que les patients utilisent correctement leurs médicaments. Les patients aimeraient recevoir de l'information sur l'innocuité des médicaments qu'ils utilisent par l'entremise de diverses sources. Des efforts continus sont nécessaires pour promouvoir l'utilisation de médicaments de qualité. Les programmes d'éducation sanitaire devraient être davantage axés sur l'utilisation appropriée des médicaments. Dans certains pays, les brochures d'information sont limitées et les gens ne savent pas comment obtenir des informations exactes (OMS, 2006). Les professionnels de la santé doivent jouer un rôle actif dans l'élaboration de programmes d'éducation en matière de santé et communiquer avec des centres d'information indépendants pour obtenir des renseignements sur les médicaments.

Surtout dans les communautés pauvres, les personnes qui ne sont pas qualifiées et qui ne disposent d'aucun contrôle vendent des médicaments des autorités sanitaires locales sur de nombreux marchés. La vaste expansion continue de l'utilisation irrationnelle des médicaments a des effets négatifs sur la santé et l'économie, ce qui a une influence tant au niveau des consommateurs que des gouvernements. Les professionnels de la santé peuvent réduire les problèmes liés aux médicaments chez les consommateurs lorsqu'ils travaillent en collaboration en éduquant, en conseillant et en fournissant aux consommateurs de

médicaments des renseignements fondés sur des données probantes afin d'optimiser l'utilisation des médicaments.

## 7.4 Des freins et contrepoids pour contrôler les pratiques répréhensibles

La faute professionnelle médicale implique des dommages, des blessures ou le décès d'un patient attribués à un comportement négligent d'un médecin ou d'autres professionnels de la santé (Ritchey FJ, 2014). Souvent, les patients (ou leurs familles), qui pensent avoir été victimes d'une faute professionnelle médicale, déposent des plaintes contre les fournisseurs de soins de santé. Cette possibilité a un impact potentiellement important en termes de coûts et de remboursements et conduit les médecins, les autres professionnels de santé et les organismes de santé à souscrire des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile afin de compenser leurs risques. Il existe très peu de données sur les fautes professionnelles dans le monde. La plupart des pays ne recueillent pas et ne communiquent pas de données sur les cas de faute professionnelle.

Selon certaines estimations, jusqu'à 18 000 personnes meurent chaque année à cause de fautes médicales, tandis que 50 000 personnes souffrent d'une infirmité permanente (Emily B., 2013). Selon une étude récente de John Hopkins, plus de 250 000 personnes meurent chaque année aux États-Unis à cause de fautes médicales (John Hopkins, 2013). Les fautes de diagnostic et les diagnostics ratés ou retardés sont des causes majeures de plaintes pour faute professionnelle. Lorsqu'un médecin fait un mauvais diagnostic d'une maladie ou, alternativement, omet de diagnostiquer une maladie pendant un certain temps, le patient peut rater des occasions de traitement qui pourraient causer de graves blessures ou la mort.

En effet, un diagnostic erroné pourrait entraîner la prescription de traitements qui ne sont pas appropriés pour le patient, ce qui pourrait également entraîner des conséquences négatives. Un certain nombre de blessures peuvent être causées par une faute professionnelle médicale à un fœtus au cours de la grossesse ou à un enfant durant le processus d'accouchement. Certaines de ces blessures peuvent être très graves, surtout les lésions cérébrales (comme la paralysie cérébrale et les attaques), les fractures des os et la paralysie totale ou partielle. Bien sûr, beaucoup d'entre eux sont également causés par des causes naturelles. Néanmoins, si la négligence d'un médecin a causé ces conditions ou si le médecin n'a pas pris les mesures nécessaires pour traiter une condition qui pourrait mener à ces conditions, une faute professionnelle médicale peut se produire.

*Les erreurs de médicaments* : Les erreurs de médication sont l'une des formes les plus courantes de faute professionnelle médicale et peuvent survenir de nombreuses façons. Par exemple, un médecin peut faire une erreur lors de la prescription initiale, administrer un médicament de façon inappropriée ou ne pas prendre note d'une interaction médicamenteuse potentiellement nocive. En milieu hospitalier, une forme courante de blessure résulte de l'administration d'un mauvais médicament au mauvais patient.



Cependant, les erreurs de médication les plus courantes impliquent de loin une mauvaise posologie.

*Les erreurs d'anesthésie* : Les erreurs d'anesthésie sont relativement peu fréquentes mais peuvent être plus dangereuses que les erreurs chirurgicales. Même une petite erreur de l'anesthésiste peut entraîner des dommages permanents, des lésions cérébrales ou la mort. Les causes typiques de la faute professionnelle des anesthésiologistes comprennent le fait de ne pas enquêter sur les antécédents médicaux du patient pour déceler d'éventuelles complications ou de ne pas informer le patient des procédures préopératoires nécessaires (comme le fait de ne pas manger pendant une certaine période avant la chirurgie). Parmi les autres erreurs d'anesthésie courantes, mentionnons le fait d'administrer trop d'anesthésie au patient, de ne pas surveiller les signes vitaux du patient, de mettre un tube dans la trachée pour aider le patient à respirer (" intubation ") ou d'utiliser un équipement défectueux.

*Les erreurs de la chirurgie* : Parfois, un chirurgien peut faire une erreur dans la salle d'opération. Un chirurgien peut faire des erreurs par négligence au cours de la chirurgie comme percer un organe ou un vaisseau sanguin, opérer sur la mauvaise partie du corps, ou laisser du matériel chirurgical à l'intérieur du corps. Par ailleurs, le personnel infirmier pourrait être négligent dans les soins postopératoires, ce qui pourrait entraîner l'administration des mauvais médicaments, l'utilisation de procédures inappropriées qui pourraient entraîner une infection ou l'omission de donner au patient des instructions adéquates pour ses propres besoins de rétablissement postopératoire.

## 7.5 Questions sociales et culturelles liées aux services de santé

Il est maintenant largement reconnu que les résultats pour la santé sont profondément influencés par une variété de facteurs sociaux et culturels autres que les soins de santé. Une compréhension des différences culturelles et des attitudes est nécessaire pour que des soins de santé efficaces soient dispensés de façon appropriée. Toutes les cultures ont des systèmes de croyances en matière de santé qui expliquent ce qui cause la maladie, comment la guérir ou la traiter, et qui peut y prendre part.

Les questions culturelles jouent un rôle majeur dans l'observance du traitement par les patients. La mesure dans laquelle les patients perçoivent les services de santé conformément à leurs valeurs culturelles a un effet profond sur leur réception de l'information fournie et leur volonté de l'utiliser. Habituellement, dans les sociétés développées, les maladies sont considérées comme le résultat de phénomènes scientifiques naturels et les autorités préconisent des traitements médicaux qui combattent les micro-organismes ou utilisent des technologies sophistiquées pour diagnostiquer et traiter les maladies. Considérant que, dans d'autres contextes sociaux et culturels, les gens croient que la maladie est le résultat de phénomènes surnaturels et que, par conséquent, seule une intervention spirituelle suffit pour s'en débarrasser.

La diversité croissante de la nation offre aux fournisseurs de soins de santé, aux systèmes de soins de santé et aux décideurs politiques des possibilités et des défis pour créer et offrir des services culturellement adaptés. La compétence culturelle est définie comme la capacité des fournisseurs et des organismes à fournir efficacement des services de soins de santé qui répondent aux besoins sociaux, culturels et linguistiques des patients (Betancourt, et al., 2002). Un système de soins de santé culturellement compétent peut aider à améliorer les résultats de santé et la qualité des soins et contribuer à l'élimination des disparités raciales et ethniques en matière de santé. Parmi les exemples de stratégies visant à faire progresser le système de soins de santé vers ces objectifs, on peut citer la formation pertinente des professionnels de la santé en matière de compétence culturelle et interculturelle et la création de politiques visant à réduire les obstacles administratifs et linguistiques aux soins fournis aux patients.

La famille au sens large exerce une influence considérable, et l'homme le plus âgé de la famille est souvent le décideur et le porte-parole dans la majorité des sociétés en développement. Habituellement, les intérêts et l'honneur de la famille sont plus importants que ceux de chacun des membres de la famille. Les membres les plus âgés de la famille sont respectés et leur autorité est souvent incontestée. Généralement, un membre clé de la famille est consulté pour les décisions importantes en matière de santé. Dans les cultures asiatiques, le maintien de l'harmonie est une valeur importante ; c'est pourquoi l'accent est fortement mis sur la prévention des conflits et des confrontations directes. En raison du respect de l'autorité, le désaccord avec les recommandations des professionnels de la santé est évité. Toutefois, l'absence de désaccord n'indique pas que le patient et sa famille sont d'accord ou vont suivre les recommandations du traitement. Chez les patients chinois, le fait que le comportement de l'individu se répercute sur la famille, la maladie mentale ou tout comportement qui indique un manque de contrôle de soi peut produire de la honte et de la culpabilité. Par conséquent, les patients chinois peuvent être réticents à discuter des symptômes de maladie mentale ou de dépression.

Le continent africain est l'un des plus grands continents du monde et c'est une société multiethnique avec sa nature particulière et ses pratiques diverses. Par exemple, au Nigeria, en tant que pays, est composé de personnes de différents groupes ethniques et pratiques culturelles. Il comporte plus de 250 groupes ethniques aux différentes pratiques culturelles. Certaines de ces pratiques culturelles, qui ont enduré des siècles de pratique au service de la population. Il n'est pas inhabituel de penser à quelque chose de brut et mauvais à chaque fois qu'on parle de pratiques culturelles qu'il concerne la santé. Grâce à différents programmes, les enfants et les jeunes peuvent apprendre à surmonter les pratiques sociales et culturelles qui nuisent à une vie saine. L'encadré 7.1 présente un programme mis en œuvre en Indonésie pour surmonter ces obstacles et fournir une formation.





### Encadré 7.1: Le Programme des petits médecins de l'Indonésie

En Indonésie, l'éducation sanitaire non scolaire appelée "Penyuluhan Keshehatan" fait partie intégrante des services de santé scolaire. Le programme "Dokter Kecil" ou "Petit Docteur", qui bénéficie du soutien personnel du Président, constitue un élément important à cet égard. Le programme fait appel à un groupe d'élèves pour servir de moteurs et de motivateurs de changements visant à promouvoir une meilleure santé à l'école, à la maison et dans la communauté. Les enfants de la quatrième à la sixième année sont sélectionnés par les enseignants pour être de petits médecins en fonction de leur potentiel de leadership, de leur volonté d'aider les autres et leur respect d'une bonne hygiène personnelle.

Les responsabilités du petit médecin sont les suivantes : donner le bon exemple en adoptant un mode de vie sain, en observant une bonne hygiène personnelle et en évitant les comportements à risque ; participer activement à l'amélioration des conditions environnementales en ce qui concerne l'évacuation des eaux usées et des déchets, la protection des sources d'eau potable et le stockage des aliments, la propreté des chambres ; communiquer des messages sur la prévention des diarrhées, la vaccination, et la lutte anti-moustique.. ; surveiller l'hygiène personnelle, la croissance, la vue, la santé bucco-dentaire, l'examen des cicatrices (BCG) et les écarts par rapport à la santé, comme les infections de la peau et des yeux ; informer les enseignants des enfants qui ont besoin d'attention ; fournir un traitement simple, y compris les premiers soins et le renvoi des cas ; tenir un journal de santé ; rédiger des rapports personnels ; et présenter les faits concernant la santé sous forme graphique.

Les petits médecins reçoivent une formation initiale, qui comprend 20 heures de cours. La résolution de problèmes et la participation active sont encouragées. La formation est évaluée au moyen de tests, d'essais, d'évaluations des compétences, de jeux de rôle et de discussions de groupe. Le travail du petit médecin est supervisé et son impact sur l'école et la communauté est observé.

*Source:* OMS, Action pour la santé publique, 1991

De nombreuses pratiques culturelles ont contribué à perpétuer et à augmenter la prévalence de certaines maladies et problèmes de santé. Cependant, toutes les pratiques et croyances culturelles ne peuvent pas être mauvaises. Un grand nombre d'entre eux ont résisté à des siècles et ont même réussi à promouvoir la santé. La plupart des pratiques négatives sont dues à l'ignorance et à l'absence de meilleures alternatives. Il faudrait s'efforcer d'encourager les pratiques qui favorisent la santé et ensuite, en fournissant de l'information et de meilleurs services de soins de santé, décourager celles qui nuisent à la santé humaine.

Les autorités de pays comme le Nigéria et le Pakistan ont souvent signalé l'opposition de groupes religieux et politiques à mener des campagnes nationales de vaccination contre la polio. Pour surmonter ce problème, le SG de l'OCI a obtenu une injonction religieuse de l'Académie islamique Fiqh, qui a émis une fatwa pour encourager les musulmans à participer et à soutenir les campagnes nationales de vaccination contre la polio. Citant longuement le Coran, la fatwa énonce l'obligation de protéger les enfants quand les maladies peuvent être

évitées. Ainsi, la fatwa répond au besoin crucial de sensibiliser les communautés musulmanes aux avantages des campagnes de vaccination contre la polio. Cependant, il y a un fort besoin de fatwas similaires pour soutenir toutes sortes de campagnes de vaccination dans les pays de l'OCI (SESRIC, 2014).

## 7.6 Programmes de sensibilisation à la santé publique

La santé publique est la science de la protection et de l'amélioration de la santé des familles et des collectivités par la promotion de modes de vie sains, la recherche sur la prévention des maladies et des blessures et la détection et le contrôle des maladies infectieuses. Dans l'ensemble, la santé publique vise à protéger la santé de populations entières. Ces groupes de populations peuvent être peu nombreux qu'un quartier local, ou aussi grands qu'un pays ou une région du monde. Les professionnels de la santé publique tentent de prévenir les problèmes en mettant en œuvre des programmes d'éducation, en recommandant des politiques, en administrant des services et en menant des recherches, contrairement aux professionnels cliniques comme les médecins et les infirmières, qui se concentrent principalement sur le traitement des personnes après avoir été malades ou blessés. La santé publique s'efforce également de limiter les disparités en santé. Une grande partie de la santé publique consiste à promouvoir l'équité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé.

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) se sont avérées être un outil de santé publique puissant. Dans les pays en développement, les maladies évitables et les décès prématurés continuent de faire des ravages. L'inégalité d'accès aux services de santé de base affecte des régions, des communautés et des groupes sociaux distincts. Le sous-financement du secteur de la santé dans la plupart des pays a entraîné des insuffisances quantitatives et qualitatives dans la prestation des services et des lacunes croissantes dans l'entretien des installations et du matériel. L'allocation inefficace de ressources limitées et le manque de coordination entre les principales parties prenantes ont entraîné des doubles emplois, des chevauchements de responsabilités et un gaspillage des ressources. La plupart des pays sont à un certain stade de la réforme du secteur de la santé, s'efforçant de fournir un accès élargi et équitable à des services de qualité tout en réduisant ou du moins en maîtrisant l'augmentation des coûts des soins de santé. Les processus de réforme de la santé comportent de nombreuses facettes et il n'existe pas de modèle unique adopté par tous les pays.

Les TIC peuvent apporter une contribution majeure à l'amélioration de l'accès et de la qualité des services tout en limitant les coûts. L'amélioration de la santé passe par l'amélioration des programmes de santé publique et des programmes médicaux conçus pour fournir des soins cliniques électifs, d'urgence et de longue durée, éduquer les gens, améliorer la nutrition et l'hygiène et offrir des conditions de vie plus sanitaires. Celles-ci impliquent à leur tour des changements sociaux et économiques massifs, car de nombreux défis en matière de santé dépassent largement le secteur de la santé.

Le secteur de la santé a toujours été tributaire des technologies. Selon l'OMS (2004), ils constituent l'épine dorsale des services de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies. Les TIC ne sont qu'une catégorie parmi la vaste gamme de technologies qui peuvent



être utiles. Si elles sont dotées des politiques, de l'organisation, des ressources et des institutions appropriées, les TIC peuvent être des outils puissants entre les mains de ceux qui travaillent à l'amélioration de la santé. Les questions des droits de radiodiffusion et des réglementations régissant les médias y sont intégrées. L'accès à la connectivité est mesuré en termes d'accès au téléphone, de possession d'un ordinateur personnel et de connectivité à Internet. L'accès inéquitable existe aussi au sein des sociétés. Dans les pays en développement, les segments de la population ont été contournés par les produits de la révolution de l'information. Cela est rendu encore plus compliqué par l'évolution rapide du déploiement des nouvelles technologies et des normes qui les accompagnent et qui élèvent constamment le niveau d'avancement que doit atteindre toute personne qui veut rester à jour (Ishaq, 2001). Cela fait partie d'un ensemble de contraintes beaucoup plus larges qui comprennent une infrastructure de télécommunications insuffisante, des tarifs de télécommunications élevés, des politiques inappropriées ou faibles, l'inefficacité organisationnelle, le manque de contenu créé localement et la capacité inégale de profiter des activités basées sur l'utilisation de l'information pour obtenir des bénéfices économiques et sociaux.

Des études récentes ont mis en évidence un lien étroit entre l'utilisation du téléphone et une demande accrue de services de santé au Bangladesh, au Pérou et au Laos. L'analyse au niveau des ménages montre que le service téléphonique de base offre la possibilité de fournir en temps opportun des informations sur les services de santé aux ménages qui ont relativement plus besoin de ce type d'informations. Les agents de santé seront en mesure de suivre et de surveiller les symptômes des patients à l'aide de téléphones mobiles dotés de fonctions textuelles, en conjonction avec une base de données centrale. Par exemple, les infirmières visiteuses sur le terrain pourraient poser aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ou la tuberculose une série de questions oui/non sur leur état, leurs symptômes et leurs réactions à des médicaments particuliers.

La radio, la plus durable et la mieux établie des TIC, continue de conserver une position centrale dans la communication sanitaire des pays en développement. Les agents de santé dans les villages peuvent maintenant porter des lecteurs de CDV et de DVD qui peuvent communiquer un message de base, qui peut ensuite être suivi d'une discussion. Précédemment, la vidéo était coûteuse à produire et difficile à montrer dans les zones rurales. La production d'une vidéo peut maintenant se faire sur un simple ordinateur, et le coût de production d'une vidéo en langue locale produite par des agents de santé locaux est inférieur à quelques centaines de dollars. Des lecteurs numériques portatifs peuvent être facilement utilisés pour montrer la vidéo. Ce processus va devenir de plus en plus facile. L'ONG Gamos a exploré cette possibilité au Mexique, en Moldavie, en Afrique du Sud, au Cambodge et au Ghana. Les études d'impact montrent un changement remarquable dans les connaissances et les comportements basés sur les vidéos. Au Ghana, un certain nombre d'organismes, dont la Fondation ghanéenne pour la santé, ont maintenant formé leur personnel et commencent à développer des vidéos en langue locale qui peuvent être partagées entre eux (Gamos, 2005).

Certains pays de l'OCI ont déjà commencé à utiliser largement les TIC dans le domaine de la santé ; la Turquie est l'un de ces pays (Tatar, 2011). Les infrastructures de technologie de l'information sur la santé (TI) en Turquie comprennent le Sağlık-Net (Sağlık-Net en langue

turque), le système centralisé de rendez-vous à l'hôpital, le module de statistiques sanitaires de base, le système de gestion des ressources essentielles et le système de prescription électronique de l'institution de sécurité sociale. Le Sağlık-Net a deux composantes principales : Le Système national d'information sur la santé (NHIS) et le Système d'information en médecine familiale (FMIS). Le NHIS est une infrastructure nationale de partage des dossiers de santé électroniques (DSE) des patients. Jusqu'à présent, 78,9 millions de DSE ont été créés dans le NHIS. De même, la médecine familiale est opérationnelle dans tout le pays via le FMIS. Le système centralisé de rendez-vous à l'hôpital permet aux citoyens de prendre facilement des rendez-vous chez les fournisseurs de soins de santé.

Le module des statistiques de base sur la santé sert à recueillir de l'information sur l'état de santé, les risques et les indicateurs de santé dans l'ensemble du pays. Le Système de gestion des ressources de base accélère la circulation de l'information entre l'administration centrale et les directions provinciales de la santé. Le système de prescription électronique est relié au réseau Sağlık-Net et intégré de façon transparente aux systèmes d'information des fournisseurs de soins de santé. Enfin, la Turquie participe à plusieurs projets internationaux de partage d'expériences et de dissémination du développement national. Alors que certains pays continuent d'utiliser les technologies classiques dues à une politique des télécommunications et à un environnement réglementaire favorable, au manque d'accès à l'électricité, aux options d'énergie solaire et aux sources d'énergie de secours, à une infrastructure et une connectivité insuffisantes et à des coûts élevés.



# CHAPITRE 8

## Conclusions et recommandations politiques

Les 57 pays membres de l'OCI couvrent une vaste zone géographique, répartie sur quatre continents, allant de l'Albanie (Europe) au Nord au Mozambique (Afrique) au Sud, et de la Guyane (Amérique latine) à l'Ouest à l'Indonésie (Asie) à l'Est. Les pays de l'OCI constituent une partie substantielle des pays en développement et, étant à différents niveaux de développement économique, ils ne constituent pas un groupe économique homogène. La nature mixte du groupe des pays de l'OCI reflète des niveaux élevés d'hétérogénéité et de divergence dans la structure et les performances économiques de ces pays. Le degré d'hétérogénéité des profils macroéconomiques et de développement des pays de l'OCI se reflète également dans leurs performances dans le secteur de la santé.

La situation de la couverture des soins de santé est restée très précaire dans de nombreux pays de l'OCI, principalement en raison du manque de ressources financières adéquates et durables, du manque de personnel de santé qualifié et d'infrastructures sanitaires insuffisantes. En ce moment, les pays de l'OCI n'affectent que 4,6 % de leur PIB à la santé alors que les dépenses de santé ne représentent que 8,4 % de leurs dépenses publiques totales. Les dépenses de santé à la charge du patient sont demeurées la méthode de financement de la santé la plus largement utilisée, représentant 36 % des dépenses totales de santé et 82 % des dépenses privées de santé. Au niveau de chaque pays, les dépenses de santé à la charge de l'Etat représentent plus de 50 % des dépenses totales de santé dans 16 pays de l'OCI. D'autre part, la densité moyenne des travailleurs de la santé dans les pays de l'OCI est juste au-dessus du seuil critique de 23 personnels de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 10 000 personnes, généralement considérés comme nécessaires 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 fil des ans, de nombreux pays de l'OCI ont accompli des progrès significatifs à la santé en termes de réalisation du droit des femmes et des enfants, avec plus de ressources que jamais investies dans les services de soins de santé primaires. Bien qu'en moyenne, le taux de



mortalité maternelle ait diminué de 44 % entre 1990 et 2015, de nombreux pays membres n'ont pas atteint la cible de réduction des trois quarts de l'OMD5 d'ici 2015. Une situation similaire prévaut pour les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, car la réduction de 52 % n'est pas suffisante pour atteindre la cible de l'OMD 4, qui vise à réduire de deux tiers la mortalité infantile avant la fin de l'année 2015. La nutrition et la sécurité alimentaire sont un autre sujet de préoccupation majeur pour les pays de l'OCI. En conséquence, non seulement le risque de décès infantile dû à des maladies courantes telles que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme est resté très élevé dans les pays de l'OCI, mais de nombreux enfants souffrent également de troubles physiques et cognitifs causés par la malnutrition et les carences en micronutriments essentiels comme la vitamine A, l'iode et le fer.

Une analyse sur l'état de prévention et de contrôle des maladies montre que, en moyenne, les pays de l'OCI ont amélioré leur position et beaucoup d'entre eux ont pu réduire les mortalités causées par les MT et MNT. Cependant, la moyenne des pays de l'OCI dans de nombreuses maladies et facteurs de risque reste encore supérieure à la moyenne des pays développés ainsi qu'à la moyenne mondiale. Cela implique l'existence de problèmes liés à la prévention et au contrôle des maladies ainsi que des problèmes liés à l'égalité d'accès aux services de santé entre hommes et femmes dans les pays de l'OCI. En d'autres termes, les pays de l'OCI, en moyenne, ont encore un long chemin à faire pour atteindre le niveau des pays développés en matière de prévention et de contrôle de nombreuses maladies. Les maladies transmissibles et non transmissibles sont responsables d'environ 89 % de tous les décès dans les pays de l'OCI.

Les pays de l'OCI, en tant que groupe, sont restés importateurs nets de produits pharmaceutiques et avec quelques exceptions, la majorité d'entre eux ont une base de production pharmaceutique très faible. Considérant le coût relativement élevé des soins de santé, dû à l'indisponibilité des médicaments, de nombreux pays de l'OCI doivent faire de sérieux efforts pour stimuler l'industrie pharmaceutique dans leurs économies. Les dispositifs médicaux sont également l'un des outils d'intervention sanitaire les plus importants pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, ainsi que pour la réadaptation des patients. Cependant, la disponibilité et l'approvisionnement de ces dispositifs est un défi permanent dans de nombreux pays de l'OCI.

Les situations d'urgence et les catastrophes peuvent mettre en danger la continuité et la durabilité des services du secteur de la santé et détruire de nombreuses années de développement du secteur de la santé. Ils peuvent créer de graves problèmes de santé du fait direct du danger ou en raison de la perturbation du système, des installations et des services de santé et de l'accès limité aux soins de santé. Les pays touchés par des conflits souffrent de graves conséquences en termes de services de santé et leurs résultats. Bien que certains pays de l'OCI aient fait des progrès dans la gestion des risques de catastrophe et des interventions sanitaires associées, les capacités de nombreux pays restent extrêmement variables. Il existe de grandes disparités entre les pays en termes de capacité de gestion des urgences sanitaires. Afin de procéder à une analyse complète des capacités existantes des pays de l'OCI, il est nécessaire de réaliser des études d'évaluation pour chaque pays.



Les changements observés dans les caractéristiques des patients et les développements technologiques observés ont renforcé les préoccupations en ce qui concerne la qualité de l'éducation et de la formation sanitaire des professionnels de la santé dans le monde entier. La qualité de l'éducation sanitaire dans les facultés de médecine et les écoles maternelles n'a pas été pleinement adaptée aux besoins des patients et à leurs nécessités. De plus, ces écoles d'enseignement, même dans les pays développés, n'ont pas pu faire en sorte que les futurs professionnels de la santé puissent utiliser les technologies de pointe et interpréter correctement les données obtenues des patients. Les pays de l'OCI ne font pas exception à cette règle. En outre, il existe un lien étroit entre le niveau de sensibilisation du public et les résultats en matière de santé dans un pays. Des recherches ont permis d'établir que la plupart des maladies peuvent être évitées en fournissant aux patients et aux fournisseurs de soins de santé des renseignements exacts et pertinents ainsi qu'une éducation. Selon l'OMS, la majorité des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, du diabète de type 2 et des cas de cancer pourraient être évités simplement en éduquant et en informant les gens sur l'alimentation saine, l'activité et l'exercice physique et non la consommation de tabac. Plus d'un million de vies par an pourraient être sauvées en encourageant l'allaitement maternel jusqu'à au moins deux ans et une grande partie des décès d'enfants de moins de cinq ans pourrait être évitée en sensibilisant les parents à l'importance de la nutrition et à l'utilisation efficace de leur argent qu'ils dépensent parfois sur des bonbons en tant que gâterie.

Dans ce contexte, il a été suggéré de suivre les recommandations politiques suivantes pour améliorer la mise en œuvre des interventions aux niveaux national et intra-OCI et de la coopération internationale afin d'améliorer l'état de santé des pays de l'OCI.

#### *Renforcement du système de santé*

Le renforcement des systèmes de santé nécessite un large éventail d'actions tant au niveau national que régional. La majorité des pays de l'OCI dépendent fortement des dépenses directes pour financer les services de santé alors que la part de la sécurité sociale et de l'assurance maladie privée dans les dépenses totales de santé reste relativement très faible. Cela a été l'un des principaux obstacles à la prestation de services de santé aux groupes pauvres à faible revenu de la société. Cet état de fait nécessite des réformes fondamentales du système de financement de la santé pour permettre un accès plus large aux services de santé. Les réformes exigent une augmentation continue des investissements et des dépenses publiques dans le domaine de la santé, une réduction des dépenses directes et une augmentation du prépaiement et de la mise en commun des risques, qui peuvent inclure le financement par l'impôt, l'assurance sociale obligatoire et d'autres types d'assurance maladie. La marge de manœuvre budgétaire est suffisante pour augmenter les crédits budgétaires alloués au secteur de la santé et pour établir un mécanisme de responsabilisation permettant d'assurer une utilisation transparente et efficace de ces fonds. Il faut prendre les mesures politiques nécessaires pour faciliter les investissements intra-OCI dans le secteur de la santé et renforcer la collaboration avec les agences internationales comme l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale afin de bénéficier de leur expertise et de leur contribution financière pour construire des infrastructures sanitaires. S'inspirant des meilleures pratiques, les pays de l'OCI

devraient commencer à mettre en place des systèmes de financement de la santé basés sur le prépaiement et la mise en commun des risques comme le Seguro Popular au Mexique, le nouveau système médical coopératif rural en Chine et le système d'assurance maladie sociale au Mali pour surmonter les obstacles financiers à l'accès aux soins, notamment dans les zones rurales.

Les changements démographiques et épidémiologiques, l'introduction de nouvelles technologies et le lancement de nouvelles méthodes de traitement contribuent tous à la nécessité croissante de traiter le statut, les performances et les problèmes des agents de santé. À cet égard, il convient de procéder à une évaluation globale du nombre de personnes à former, de la diversité des effectifs à préparer en fonction des caractéristiques démographiques et socioculturelles de la population et de la capacité des agents de santé à développer dans l'exécution des tâches assignées à chaque agent sanitaire. L'insuffisance du personnel de santé dans les pays de l'OCI indique un faible niveau de capacités et de services de santé, une menace qui nécessite d'encourager le développement de ressources humaines plus adéquates dans les domaines de la médecine et de la santé. Afin de remédier à la pénurie de personnel de santé bien formé et efficace, les pays de l'OCI doivent se concentrer sur la création d'une commission des services de santé pour la formation, le recrutement et la gestion du personnel de santé aux niveaux national et intra-OCI et le renforcement de la coopération aux niveaux national et intra-OCI pour accroître les investissements dans les institutions d'éducation et de formation sanitaire. Il est également nécessaire d'accroître les programmes de bourses d'études afin d'attirer un plus grand nombre d'étudiants dans les professions de la santé et la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et diplômes en médecine. Des incitations financières et non financières devraient être conçues pour améliorer l'offre de personnel de santé dans les zones rurales et reculées. Au niveau communautaire, le renforcement de la coopération avec les ONG et les organismes internationaux pourrait également ouvrir la voie à la formation et au déploiement d'agents de santé (comme les sages-femmes communautaires en Indonésie et le programme Visiteur sanitaire principal (LHV) au Pakistan) pour assurer en particulier les services MNH dans les zones rurales.

#### *Prévention et contrôle des maladies*

Les décideurs politiques doivent formuler des stratégies efficaces afin de promouvoir et de sensibiliser le public aux modes de vie sains. Pour que les pays de l'OCI y parviennent, tant en termes de prévention que de contrôle des maladies chroniques et des maladies non transmissibles, ils doivent élaborer et mettre en œuvre des stratégies efficaces conformes aux directives internationales et en coopération avec les organisations internationales compétentes. Dans ce contexte, le SHPA 2014-2023 de l'OCI offre une occasion de renforcer la coopération entre les pays de l'OCI en matière de prévention et de contrôle des maladies. Les directives actuelles de l'OMS proposent également des stratégies de lutte contre plusieurs maladies transmissibles et non transmissibles qui peuvent s'appliquer à de nombreux pays de l'OCI.





La mise en place de mécanismes et de plates-formes pour partager les expériences nationales et transférer les meilleures pratiques aidera de nombreux pays de l'OCI à développer et à adopter des méthodes efficaces de prévention et de lutte contre les maladies sans aucun coût. Dans ce contexte, le programme de liaison à flux inversé de la Banque islamique de développement constitue un important programme de référence qui doit être exploré et utilisé par les pays de l'OCI.

L'hétérogénéité des profils de développement des pays de l'OCI se reflète également dans leurs performances en matière de prévention et de contrôle des maladies. En d'autres termes, les besoins et les priorités des pays de l'OCI peuvent varier considérablement dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies en fonction de leur climat, de la qualité des infrastructures, des fonds publics disponibles, etc. Par conséquent, les directives internationales et la coopération intra-OCI ont leurs limites pour aider les pays de l'OCI en ce qui concerne la prévention et le contrôle des maladies. À cet égard, la part du lion de la responsabilité en matière de prévention et de contrôle des maladies incombe encore aux décideurs politiques nationaux, aux experts et à la société civile des pays de l'OCI. Par conséquent, la formation des décideurs, des experts et de la société civile fait partie intégrante de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie efficace de prévention et de lutte contre les maladies afin de les doter des connaissances scientifiques récentes, des informations et des technologies de pointe les plus récentes pour lutter contre ces maladies. Dans ce contexte, les pays de l'OCI peuvent largement bénéficier des programmes de formation et de renforcement des capacités du Centre de recherches statistiques économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC) dans le domaine de la santé, qui visent à promouvoir la coopération intra-OCI notamment en répondant aux besoins et capacités des pays membres et en facilitant le transfert du savoir et les meilleures pratiques entre ces derniers.

#### *Santé et nutrition de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*

L'état de santé et de nutrition de la mère, du nouveau-né et de l'enfant reste très précaire dans de nombreux pays de l'OCI. Le défi auquel les pays de l'OCI sont maintenant confrontés est de parvenir à une couverture universelle des interventions efficaces, y compris les soins prénatals et postnatals, les accouchements dans des conditions plus sécuritaires, les soins aux nouveaux nés et nourrissons, l'allaitement, la distribution de micronutriments, la vaccination systématique contre des maladies évitables, et le renforcement du contrôle des investissements, en améliorant la santé et le statut alimentaire des femmes et des enfants.

À cet égard, les actions prioritaires devraient comprendre la formation des prestataires de soins prénatals, l'amélioration de l'approvisionnement et de la logistique des établissements de santé, le renforcement des liens d'aiguillage entre les communautés et les hôpitaux fournissant des soins maternels et infantiles d'urgence, et l'investissement pour augmenter et améliorer la formation et l'équipement des agents sanitaires pour atteindre la majorité des enfants qui de nos jours n'ont pas accès à des soins médicaux de base ; développer des programmes de soins maternels et néonataux à domicile basés sur des modèles réussis d'agents de santé communautaires ; éduquer les familles et les communautés sur la meilleure

façon d'élever leurs enfants en bonne santé et de traiter une maladie quand elle survient ; faire meilleur usage des données pour surveiller et améliorer la qualité et la couverture sanitaire de leurs soins.

Pour améliorer la couverture vaccinale des enfants, les actions prioritaires pour les gouvernements et les autres parties prenantes devraient inclure la formulation de stratégies innovantes pour atteindre une couverture vaccinale élevée et équitable ; le développement et l'utilisation de nouveaux vaccins et technologies ; la synchronisation de la Semaine de vaccination dans les pays de l'OCI ; la lutte contre les tabous en matière de vaccination par la participation des dirigeants politiques et religieux ; la mise en place du mécanisme de mise en commun des vaccins pour garantir un accès et un approvisionnement rapides à des vaccins de qualité, notamment les nouveaux et sous utilisés, à prix compétitifs.

Les gouvernements devraient prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'état nutritionnel des enfants en ciblant l'incidence de l'insuffisance pondérale, du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids chez les enfants. Étant donné que la santé de la mère est essentielle pour l'enfant, les pays devraient élaborer et améliorer des programmes et des services de santé publique afin de fournir une éducation et des ressources aux femmes en âge de procréer pour promouvoir une alimentation saine avant la conception et pendant la grossesse, et fournir des évaluations aux femmes enceintes à risque pour les aider à recevoir les soins médicaux appropriés. En outre, des efforts devraient également être faits pour empêcher les femmes de devenir des fumeuses et encourager celles qui fument à cesser de fumer. La recherche universitaire et clinique sur les principales causes des troubles liés à la malnutrition est un autre domaine d'une importance capitale qui doit être dûment pris en compte par les décideurs. Pour lutter contre l'obésité, des campagnes de contrôle du poids à l'échelle de la population visant à sensibiliser le personnel médical, les décideurs politiques et le grand public à la réduction de l'obésité ont été très efficaces. En outre, il est également très important de contrôler la commercialisation d'aliments et de boissons sucrées malsains auprès des enfants et de contrôler l'utilisation d'allégations trompeuses concernant la santé et la nutrition. Dans certains pays, les gouvernements ont également augmenté les taxes sur les aliments riches en calories et pauvres en nutriments pour réduire la consommation de ces produits.

La promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà est essentielle pour l'état nutritionnel des bébés. Comme le recommande la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS, 2003), toutes les mères devraient avoir accès à un soutien qualifié pour lancer et maintenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois et assurer l'introduction en temps voulu d'aliments complémentaires adéquats et sûrs, avec un allaitement continu jusqu'à deux ans ou plus. Pour répondre aux doléances des mères qui travaillent, les gouvernements devraient promulguer des lois protégeant les droits des femmes salariées en matière d'allaitement et établir les moyens de les faire respecter conformément aux normes internationales du travail. En outre, l'enrichissement des aliments, la supplémentation en micronutriments et le traitement de la malnutrition sévère sont également des domaines



politiques importants, en particulier pour les pays à forte charge. Dans cette optique, les pays de l'OCI peuvent bénéficier de l'appui technique et financier des institutions internationales et des partenaires au développement par le biais d'initiatives telles que le Mouvement pour l'intensification de la nutrition (SUN) qui aide les pays à élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales d'alimentation pour les nourrissons et jeunes enfants ; collaborer avec ses partenaires à la réalisation de programmes ayant les objectifs nutritionnels communs ; mobiliser des ressources pour améliorer efficacement la nutrition et se concentrer essentiellement sur la promotion des femmes. Actuellement, 55 pays font partie de ce mouvement, dont 26 pays de l'OCI.

#### *Médicaments, vaccins et technologies médicales*

La production pharmaceutique exige des ressources humaines qualifiées comme des scientifiques, des pharmaciens, des biologistes et des techniciens de laboratoire. Par conséquent, les pays de l'OCI devraient encourager et habiliter leur système d'éducation à transmettre des connaissances de qualité dans les disciplines universitaires comme la chimie, la biologie, les médicaments et autres sciences naturelles. D'autre part, les pays de l'OCI devraient également accorder une attention particulière à la conversion de la fuite des cerveaux des personnes hautement qualifiées en un gain de compétences en facilitant le retour de la diaspora nationale dans leurs pays. En outre, l'industrie pharmaceutique dépend fortement des activités de recherche et de développement (R&D). Des installations de R&D appropriées devraient être construites et les chercheurs et techniciens devraient être dotés des ressources financières nécessaires pour développer une industrie pharmaceutique innovatrice dans les économies de l'OCI. Au niveau intra-OCI, les pays de l'OCI devraient collaborer entre eux en partageant leur expertise pour le développement de l'industrie pharmaceutique. En même temps, les étudiants provenant principalement des pays membres les moins avancés peuvent être inscrits dans des disciplines académiques liées à la pharmacie dans d'autres pays de l'OCI ayant une base pharmaceutique substantielle comme la Turquie, l'Égypte, la Jordanie et la Malaisie pour les doter des connaissances et de l'expertise nécessaires dans ce domaine. Au niveau international, les pays de l'OCI devraient collaborer avec les agences internationales telles que l'OMS et la Banque mondiale pour bénéficier de leur expertise et de leur contribution financière afin de développer leur industrie pharmaceutique nationale. Les pays de l'OCI devraient œuvrer à l'harmonisation régionale et à la simplification des exigences réglementaires afin d'accroître l'accès à des médicaments de bonne qualité, sûrs et efficaces.

De plus, l'accès aux traitements dépend fortement de la disponibilité de médicaments abordables. Un approvisionnement régulier en médicaments essentiels dans les pays de l'OCI est nécessaire pour éviter les pénuries de médicaments qui peuvent causer des souffrances et des décès évitables. Les compagnies pharmaceutiques des pays de l'OCI pourraient être encouragées à produire localement des médicaments essentiels plus abordables. Plus précisément, le soutien aux fabricants locaux de produits médicaux, c'est-à-dire les politiques qui réduisent le coût de fabrication, telles que les subventions, les dons, les terres, les exonérations fiscales et douanières pour les intrants importés pour la production locale

devrait être facilité. Les pays de l'OCI devraient soutenir l'élaboration de spécifications techniques pour les dispositifs médicaux afin de fournir des informations aux décideurs sur les exigences minimales requises pour qu'un dispositif puisse être acheté. Ils doivent également élaborer des directives et des politiques nationales conformes aux normes et règles internationales en matière d'achat et de distribution de vaccins, de médicaments et de dispositifs médicaux afin d'assurer la sécurité, l'efficacité et la qualité dans tous les circuits de distribution.

#### *Gestion des risques liés aux situations d'urgence sanitaire*

La santé, l'éducation et le développement des compétences sont trois domaines critiques où l'investissement dans le capital humain peut faire une réelle différence pour renforcer la résilience des personnes, réduire la probabilité d'une crise et se rétablir après une situation de crise. Cependant, les pays de l'OCI traînent derrière les moyennes mondiales pour tous ces indicateurs, ce qui reflète leur vulnérabilité face aux crises. Tout en constituant presque un quart de la population mondiale, les pays de l'OCI ne représentent que 4,6% de la dépense de santé mondiale. Il est donc nécessaire d'élaborer des stratégies et des programmes visant à améliorer les résultats et les capacités des personnes en matière de santé et d'éducation dans le domaine des connaissances techniques et pratiques.

Les niveaux d'exposition, de vulnérabilité et de capacité d'adaptation des pays de l'OCI à diverses catastrophes et conflits sont très hétérogènes. Si certains pays sont très avancés dans la gestion des risques associés aux crises humanitaires potentielles, d'autres ont besoin d'une amélioration substantielle de leurs capacités pour réduire les vulnérabilités et faire face aux risques. Ce fait crée une opportunité pour la coopération intra-OCI (ou sud-sud) dans le renforcement de la résilience dans les pays vulnérables de l'OCI.

Il est évident que plusieurs pays de l'OCI se heurtent à de sérieux obstacles pour renforcer les capacités de leurs systèmes de santé en raison des conflits en cours ou du manque de ressources adéquates. Les pays de l'OCI doivent établir des politiques de préparation et de réponse aux urgences sanitaires ou renforcer les politiques et programmes existants. Un mécanisme de gestion des catastrophes doté d'une structure administrative appropriée est un élément essentiel de la coordination de l'intervention du secteur de la santé et des autres parties prenantes en cas d'urgence.

Des plans stratégiques globaux fondés sur des cadres internationaux de gestion des risques de catastrophe sont essentiels pour définir des lignes directrices multisectorielles, des rôles et des responsabilités pour la coordination d'une intervention rapide et efficace en cas d'urgence. Une gestion efficace des crises humanitaires est toutefois étroitement liée à la qualité des institutions. Pour une bonne gouvernance et un développement inclusif, il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes et des politiques de développement inclusifs gérés par des institutions nationales et locales fortes.

Une infrastructure de santé publique robuste est le fondement d'une intervention solide et rapide en cas d'urgence. Les installations sanitaires doivent être construites et modifiées pour résister aux catastrophes. Des plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence dans



les hôpitaux doivent être élaborés et mis à l'essai. En outre, des ressources suffisantes devraient être allouées à l'établissement et au fonctionnement des programmes nationaux et la capacité du personnel de santé à intervenir en cas d'urgence doit être renforcée par des formations régulières.

*Information, recherche, éducation et plaidoyer*

Les défis liés à la qualité de l'éducation sanitaire et à la sensibilisation du public soulignent la nécessité de réformes pour améliorer la qualité de l'éducation sanitaire dans les pays de l'OCI. Dans ce contexte, de nombreux pays de l'OCI ont besoin d'un processus de réforme majeur pour avoir de meilleurs systèmes d'éducation et de formation en matière de santé. Pour le succès de ces réformes, la coopération avec la communauté et les organisations internationales est cruciale. Les directives internationales existantes (par exemple les Directives de l'OMS et le Programme d'action stratégique de l'OCI en matière de santé) peuvent aider les pays de l'OCI à économiser du temps et de l'argent dans le processus de réforme. Le renforcement de la coopération intra-OCI par l'identification et le transfert des meilleures pratiques en matière d'éducation et de formation à la santé peut également contribuer de manière significative à améliorer la qualité des services de santé et de l'éducation dans les pays de l'OCI. L'existence d'une hétérogénéité et de conditions locales variables, tant à l'intérieur des pays de l'OCI qu'entre eux, exige davantage de preuves sur le terrain et de points de vue des organisations de la société civile. Autrement, les tentatives de réforme visant à améliorer la qualité et la portée de l'éducation et des services de santé seront vouées à l'échec en raison de la négligence de nombreuses conditions et restrictions régionales/locales dans de nombreux pays de l'OCI.

La participation et l'engagement de toutes les parties prenantes sont également très importants pour lancer et mettre en œuvre des programmes efficaces d'information, d'éducation et de plaidoyer en matière de santé communautaire. Pour ce faire, il est recommandé aux pays de l'OCI d'organiser des conventions entre les prestataires de soins de santé locaux, les dirigeants communautaires et les populations locales afin de rendre l'information sur la santé communautaire et les interventions de promotion plus pertinentes et mieux adaptées à la culture ; de créer des partenariats public-privé et impliquer la société civile, les ONG et les organisations internationales pour aborder les questions liées au financement et à la portée des programmes nationaux de prévention des maladies et de promotion de la santé ; de lancer des programmes scolaires nationaux pour sensibiliser davantage les jeunes aux comportements non appropriés, plus particulièrement à risque comme l'activité physique insuffisante, la malnutrition, la mauvaise hygiène et la consommation de tabac etc. et renforcer la coopération au niveau intra-OCI pour harmoniser l'information, l'éducation et les pratiques de plaidoyer en matière de santé avec les normes internationales en appliquant les directives fournies par les agences internationales de santé.

# ANNEXE

## Classifications des pays

### A. Principaux groupes de pays utilisés dans le rapport

#### Pays de l'OCI (56+1)

---

Afghanistan	Gabon	Malaisie	Somalie
Albanie	Gambie	Maldives	Soudan
Algérie	Guinée	Mali	Surinam
Azerbaïdjan	Guinée-Bissau	Mauritanie	(Syrie)
Bahreïn	Guyana	Maroc	Tadjikistan
Bangladesh	Indonésie	Mozambique	Togo
Bénin	Iran	Niger	Tunisie
Brunei Darussalam	IraK	Nigeria	Turquie
Burkina Faso	Jordanie	Oman	Turkménistan
Cameroun	Kazakhstan	Pakistan	Ouganda
Tchad	Koweït	Palestine	Émirats arabes unis
Comores	République	Qatar	Ouzbékistan
Côte d'Ivoire	kirghize	Arabie saoudite	Yémen
Djibouti	Liban	Sénégal	
Égypte	Libye	Sierra Leone	

#### Pays en développement non membres de l'OCI

---

Angola	Arménie	Bélize	Bosnie et
Antigua-et-	Bahamas	Bhutan	Herzégovine
Barbuda	Barbade	Bolivie	Botswana
Argentine	Biélorussie		Brésil



Bulgarie	Ghana	Monténégro	Soudan du sud
Burundi	Grenade	Myanmar	Sri Lanka
Cap Vert	Guatemala	Namibie	Saint-Kitts-et-Nevis
Cambodge	Haïti	Nauru	Nevis
République centrafricaine	Honduras	Népal	Sainte Lucie
Chili	Hongrie	Nicaragua	Saint-Vincent-et-les Grenadines
Chine	Inde	Palaos	Swaziland
Colombie	Jamaïque	Panama	Tanzanie
Dém. Dém. de Congo	Kenya	Papouasie	Thaïlande
Rép. de Congo	Kiribati	Nouvelle Guinée	Timor-Leste
Costa Rica	Kosovo	Paraguay	Tonga
Croatie	Laos	Pérou	Trinité-et-Tobago
Dominique	Lesotho	Philippines	Tuvalu
Rép. Dominicaine	Liberia	Pologne	Ukraine
Équateur	Macédoine (ARYM)	Roumanie	Uruguay
Salvador	Madagascar	Russie	Vanuatu
Guinée Équatoriale	Madagascar	Rwanda	Venezuela
Érythrée	Malawi	Samoa	Vietnam
Éthiopie	Îles Marshall	São Tomé et Príncipe	Zambie
Fidji	Îles Maurice	Serbie	Zimbabwe
Géorgie	Mexique	Seychelles	
	Micronésie	Les îles Salomon	
	Moldavie	Afrique du Sud	
	Mongolie		

#### Pays développés\* (39):

Australie	France	Lettonie	Saint Marin
Autriche	Allemagne	Lituanie	Singapour
Belgique	Grèce	Luxembourg	Rép. Slovaque
Canada	Hong Kong	Macao	Slovénie
Chypre	Islande	Malte	Espagne
République Tchèque	Irlande	Pays-bas	Suède
Danemark	Israël	Nouvelle-Zélande	Suisse
Estonie	Italie	Norvège	Taiwan
Finlande	Japon	Portugal	Royaume-Uni
	Rép. de Corée	Porto Rico	États-Unis

(\* Basé sur la liste des pays développés classés par le FMI. Dernière mise à jour le 22 avril 2019.)



## B. Classification géographique des pays de l'OCI

(Basé sur le classement de la Banque mondiale)

### Afrique sub-saharienne (21): OCI-ASS

Bénin	Gabon	Mozambique	Soudan
Burkina Faso	Gambie	Niger	Togo
Cameroun	Guinée	Nigeria	Ouganda
Tchad	Guinée-Bissau	Sénégal	
Comores	Mali	Sierra Leone	
Côte d'Ivoire	Mauritanie	Somalie	

### Moyen-Orient et Afrique du Nord (18+1): OCI-MENA

Algérie	Iran	Maroc	(Syrie)
Bahreïn	Jordanie	Oman	Tunisie
Djibouti	Koweït	Palestine	Émirats arabes unis
Égypte	Liban	Qatar	Yémen
IraK	Libye	Arabie saoudite	

### Asie de l'Est et du Sud et Amérique latine (9) : OCI-AESAL

Afghanistan***	Brunei	Indonésie*	Pakistan***
Bangladesh***	Darussalam*	Malaisie*	Surinam**
	Guyana**	Maldives***	

AESAL est la combinaison de pays de (\*) l'Asie de l'Est et du Pacifique, (\*\*) Amérique latine et Caraïbes, et (\*\*\*) l'Asie du Sud.

### Europe et l'Asie centrale (8): OCI-EAC

Albanie	Kazakhstan	Tadjikistan	Turkménistan
Azerbaïdjan	Kirghizistan	Turquie	Ouzbékistan





# RÉFÉRENCES

Abbott F., Dukes MNG, Dukes G., (2009). Global Pharmaceutical Policy: Ensuring Medicines for Tomorrow's World

Akl OA, El Mahalli AA, Elkahky AA, Salem AM (2014). WHO/INRUD Drug Use at Primary Healthcare Centers in Alexandria, Egypt. *J Taibah Univ Med Sci* 2014;9(1):54–64. 6.

Alcántara, H., (2001). The Development Divide in a Digital Age: An Issues Paper. No. 4, UNRISD, Geneva

APEC (2012), A Guide to Public Health Emergency Response Capacity Building, APEC Health Working Group, Asia Pacific Economic Cooperation, November 2012.

Appleton K., Sara L., and Kathleen A., (2009). Measuring Student Expectations and Their Effects on Satisfaction: The Importance of Managing Student Expectations.

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.

Benthall J. and J. Bellion-Jourdan (2003), *The Charitable Crescent: Politics of Aid in the Muslim World*, L.B. Tauris & Co. Ltd., London & New York.

Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002). Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. New York: The Commonwealth Fund.

Bhutaa, Z., et al., (2010). Education of Health Professionals for the 21st Century: A Global Independent Commission

Bowsher, G., Papamichail, A., El Achi, N., Ekzayez, A., Roberts, B., Sullivan, R., & Patel, P. (2019). A Narrative Review of Health Research Capacity Strengthening in Low and Middle-Income Countries: Lessons for Conflict-Affected Areas. *Globalization and Health*, 15(1), 23.



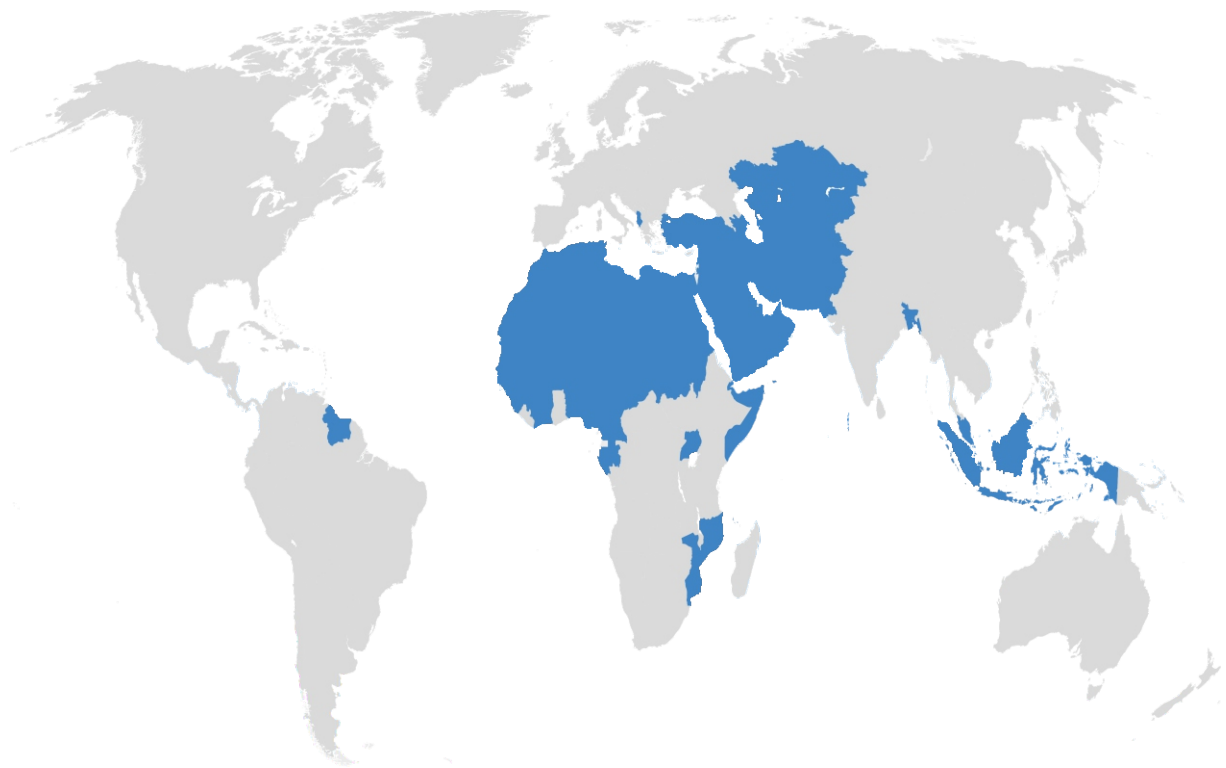
- Calabretta, N. (2002). Consumer-driven, Patient-centered Health Care in the Age of Electronic Information, *Journal of Medical Library Association*, 90 (1):32-37.
- Chan, T. C., Killeen, J., Griswold, W., & Lenert, L. (2004). Information Technology and Emergency Medical Care during Disasters. *Academic Emergency Medicine*, 11(11), 1229-1236.
- Chen C, Buch E, Wassermann T, et al., (2012). A Survey of Sub-Saharan African Medical Schools. *Human Resources for Health*. 10(4).
- Clemens M., Pettersson G., (2008). New Data on African Health Professionals Abroad. *Human Resources for Health*.
- Elizabeth K., (2013). Ten Things Doctors Can Do to Reduce Their Medical Malpractice Exposure. *CoverMed*.
- Emergency Medical Services & Emergency Preparedness | HealthIT.gov. (2019). Retrieved 10 September 2019, from <https://www.healthit.gov/topic/health-it-health-care-settings/emergency-medical-services-emergency-preparedness>
- Emily B., (2013). Lack of Data Creates Concern over True Extent of Medical Errors. *ABC News, World Today*, updated 10 Jun 2013
- Estabrooks C.A., Wallin L., and Margaret Milner (2003). Measuring Knowledge Utilization in Health Care, *Evaluation & Management* 1(1) 3-36.
- EWEC (2015). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030), *Every Woman Every Child*
- Frenk, Julio., et al. (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *The Lancet* 376(9756): 1923-1958.
- Gold, Marthe R., (1996). *Cost-effectiveness in Health*, New York: Oxford University Press, 1996
- Hubley, J. (1988). Health Education in Developing Countries—the Need for an Appropriate Technology. *Health Education Research*, 3(4), 387-392.
- Humanosphere (2014). *Global Health, Eight Facts about Health Workers and the Brain Drain*
- IMS (2014/15). *Pharmerging Markets*, IMS Health, New Jersey.
- Institute of Medicine (2002). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, Washington: National Academy Press
- IQVIA (2019), *The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023: Forecasts and Areas to Watch*, IQVIA Institute.
- Ishaq A., (2001). On the Global Digital Divide. *Finance & Development* 38(3)
- Kathleen, H., and Liset, V. D., (2011). *The World Medicines Situation 2011*. WHO, Geneva
- Kruk, M.E., M. Myers, S.T. Varpilah & B.T. Dahn (2015). What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola, *Lancet* 2015; 385: 1910-12
- Książek P., et al. (2008). Health Education as an Essential Standard in Healthcare Prevention for Students in Education Environment in Lublin



- Lancet (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World.
- Management Sciences for Health (2012). MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, VA
- Neil P., and Frederick B., (2009). Information Needs of Health Care Workers in Developing Countries: A Literature Review with a Focus on Africa, Human Resources for Health
- 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
- Ontario (2016). Building a Ready and Resilient Health System, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario, Canada
- 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](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=964&Itemid=911)
- Ritchey FJ., (2014). Medical Malpractice, *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. New York: Wiley
- Sabaté E., (2003). Adherence to Long-term Therapies, Evidence for Action, WHO, Geneva
- SCRE (2004). Resistance: A Sensitive Issue, European Roadmap to Combat Antimicrobial Resistance, Strategic Council on Resistance in Europe
- SESRIC (2014). Education and Scientific Development in the OIC Member Countries 2014, SESRIC, Ankara
- SESRIC (2014a). Managing Disasters and Conflicts in OIC Countries, SESRIC, Ankara.
- SESRIC (2014b). OIC Strategic Health Programme of Action 2014-2023, SESRIC, Ankara.
- SESRIC (2015). OIC Health Report 2015. SESRIC, Ankara
- SESRIC (2017), OIC Health Report: 2017, Ankara.
- SESRIC (2017). Humanitarian Crises in OIC Countries: Drivers, Impacts, Current Challenges and Potential Remedies, SESRIC, Ankara.
- Siribaddana, P., Hewapathirana, R., Jayatilleke, A. U., Sahay, S., & Dissanayake, V. H. (2019). Strengthening Health Systems through Informatics Capacity Development among Doctors in Low-Resource Contexts: The Sri Lankan Experience. *WHO South-East Asia journal of public health*, 8(2), 87.
- Swanson, R. C., Atun, R., Best, A., Betigeri, A., de Campos, F., Chunharas, S., & Omaswa, F. (2015). Strengthening Health Systems in Low-Income Countries by Enhancing Organizational Capacities and Improving Institutions. *Globalization and Health*, 11(1), 5.
- Tankwanchi ABS., Özden Ç, Vermund SH, (2013). Physician Emigration from Sub-Saharan Africa to the United States:

- Analysis of the 2011 AMA Physician Masterfile. PLoS Medicine.
- Tatar, M., Mollahaliloglu, S., Aydin, S., Maresso, A., Hernandez-Quevedo, C., (2011). Turkey Health System Review, WHO, Geneva
- UNICEF (2004). Vitamin and Mineral Deficiency, Global Progress Report, UNICEF, New York.
- UNICEF (2016). State of the World's Children Report 2016, United Nations Children's Fund, New York.
- OMS (2004). eHealth for Health-care Delivery: Strategy 2004-2007. WHO, Geneva
- OMS (2006). The World Health Report 2006: Working together for Health. WHO, Geneva
- OMS (2009). Medicines Use in Primary Care in Developing and Transitional Countries: Fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006, WHO, Geneva
- OMS (2010). World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.
- OMS (2011). The World Medicine Situation, WHO, Geneva.
- OMS (2012), Toolkit for Assessing Health System Capacity for Crisis Management, User Manual, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- OMS (2012). Local Production and Technology Transfer to Increase Access to Medical Devices, WHO, Geneva.
- OMS (2013), Global Vaccine Market Features and Trends, WHO, Geneva.
- OMS (2013b). Emergency Response Framework, WHO, Geneva.
- OMS (2013c). Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training, WHO, Geneva.
- OMS (2014). Universal Health Coverage (UHC), Fact Sheet No.395 September 2014, WHO, Geneva.
- OMS (2015a), Hospital Safety Index Guide for Evaluators, Second Edition, WHO, Geneva.
- WHO (2015b), Comprehensive Safe Hospitals Framework, WHO, Geneva.
- OMS (2017). Health Workforce, Education and Training, <http://www.who.int/hrh/education/en/>
- OMS (2017a), A Strategic Framework for Emergency Preparedness, WHO, Geneva
- WHO (2017b). Humanitarian Response Plans in 2017, Department for Emergency Risk Management and Humanitarian Response, WHO, Geneva
- OMS (2019), Progress report on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections, Geneva.
- OMS. (1991). *Health Promotion in Developing Countries*. Geneva: The Sundsvall Conference on Supportive Environments.





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

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 ORAN, Ankara, Turquie  
Téléphone : (90-312) 468 61 72-76 Fax: (90-312) 468 57 26  
Email: [oicankara@sesric.org](mailto:oicankara@sesric.org) Web: [www.sesric.org](http://www.sesric.org)