



ORGANISATION DE LA CONFÉRENCE ISLAMIQUE



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

# PERSPECTIVES DE L'OCI

décembre 2008

---

SYSTÈMES ET DÉPENSE DE SANTÉ DANS  
LES PAYS MEMBRES DE L'OCI

Attar Sokak No: 4, 06700 GOP, Ankara, TURQUIE  
**Tel:** +90-312-468 6172 (4 lines) **Fax:** +90-312-467 3458  
**E - poste:** oicankara@sesric.org **Web:** www.sesric.org

# PERSPECTIVES DE L'OCI

## SYSTÈMES ET DÉPENSE DE SANTÉ DANS LES PAYS MEMBRES DE L'OCI

---

### INTRODUCTION

---

Le bien-être de l'humanité est basé sur le développement de la santé qui est généralement et largement acceptée comme principe moral des capitaux propres. Au cours des dernières décennies, la question de la santé a gagné la grande importance comme conducteur important de progrès socio-économique autour du globe, avec plus de ressources que jamais étant investi dans ce secteur. Dans une vue d'ensemble générale, les gens sont plus sains, plus riches et vivent plus long aujourd'hui qu'il y a 30 ans. Selon la question du Rapport de Santé Mondial 2008, si les enfants mouraient toujours aux taux de 1978, il y aurait eu 16.2 millions de décès globalement en 2006 (où le chiffre réel était 9.5 millions). Cette différence de 6.7 millions signifie que les 18.329 vies des enfants étaient sauvées chaque jour.

Cependant, le rapport mentionne également d'autres questions qui devraient gagner une attention sérieuse : Premièrement, le progrès substantiel dans le développement de santé au cours des dernières décennies a été profondément inégal, avec la convergence vers la santé améliorée dans une grande partie du monde, mais en même temps, avec un nombre considérable de pays étant de plus en plus en retard ou même perdants (inégalité). Deuxièmement, la nature des problèmes de santé change des manières qui seulement ont été partiellement prévues, et à un taux qui était complètement inattendu ; le vieillissement et les effets de l'urbanisation et de la mondialisation mal-contrôlées accélèrent la transmission mondiale des maladies contagieuses et augmentent le fardeau des désordres chroniques et non-communicables (Nature). Troisièmement, les systèmes de santé ne sont pas isolés dans le mouvement rapide du changement et de la transformation qui est une part essentielle de mondialisation d'aujourd'hui ; Crises économiques/politiques contestent l'état et les rôles institutionnels pour assurer l'accès, la livraison et le financement des soins de santé (Extériorités).

D'ailleurs, le rapport tire l'attention sur cinq points faibles importants de la livraison de soins de santé. Premièrement, les gens avec la plupart des moyens et moindres problèmes de santé consomment la plupart de soin, tandis que ceux avec moindres moyens et la plupart des problèmes de santé consomment moins (soin inverse). Deuxièmement, la protection sociale faible mène aux dépenses extrêmement nocives ; Plus de 100 millions de personnes tombent annuellement dans la pauvreté parce qu'ils doivent payer des soins de santé (Appauvrissant le Soin). Troisièmement, les services de santé pour les pauvres et les groupes marginalisés sont souvent fortement réduits en fragments et sévèrement sous-ressourcés en raison de la spécialisation excessive des fournisseurs de soins de santé (Soin Réduit en Fragments). Quatrièmement, la conception pauvre des systèmes de santé qui ne peut pas assurer les normes de sûreté et d'hygiène mène aux taux élevés d'infections hôpital-acquises, d'erreurs de médicament et d'autres effets nuisibles évitables (Soin Peu Sûr). Cinquièmement, foyers d'attribution de ressource la plupart du temps aux services curatifs à coût élevé négligeant le potentiel de la promotion primaire d'empêchement et de santé d'empêcher jusqu'à 70% du fardeau de la maladie en plus le

manque de l'expertise pour atténuer les effets nuisibles sur la santé d'autres secteurs (soin mal dirigé).

La question du développement de santé gagne une plus grande importance quand les pays membres de l'OCI sont considérés. Leur nature et niveaux élevés mélangés d'hétérogénéité et de divergence dans la structure économique et la mise en œuvre réclament l'action d'urgence requise pour le perfectionnement et l'utilisation de la répartition des ressources.

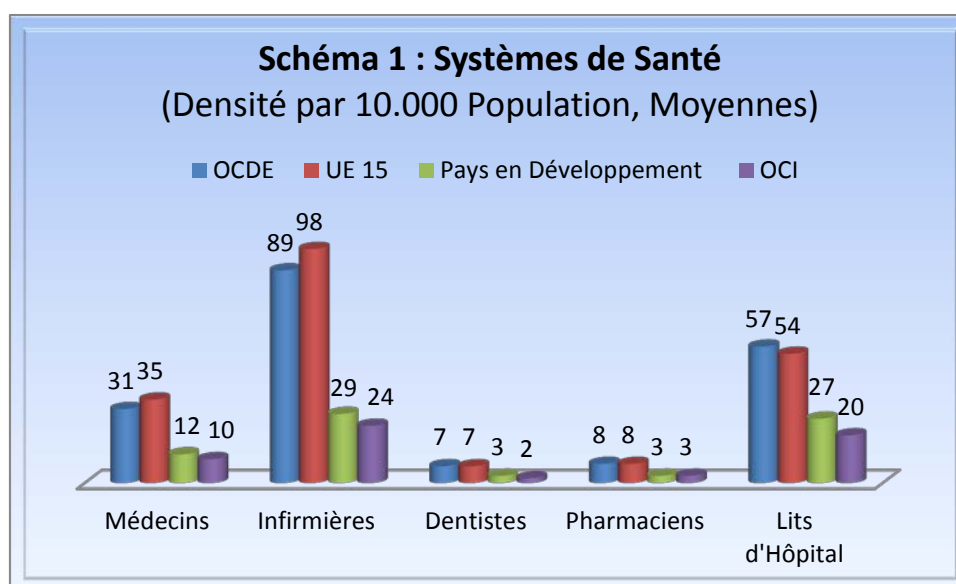
---

### SYSTÈMES DE SANTÉ

---

Le concept de systèmes de santé se concentre sur les services de santé donnés pour la population d'un pays. Il est généralement mesuré par le nombre de médecins, d'infirmières, de dentistes, de pharmaciens et de lits d'hôpital disponibles par 10.000 humains de la population. Les données utilisées pour les calculs sont les dernières données disponibles de pays qui s'étendent de 1997 à 2007.

Tenant en compte les quatre groupes de pays comparés, à savoir ; l'OCDE, l'UE 15, les pays en développement <sup>1</sup> et l'OCI, on l'identifie clairement que le groupe de l'OCI est loin derrière ceux de l'OCDE et de l'UE 15 pour toutes les cinq catégories (Schéma 1). En général, le niveau moyen des systèmes de santé dans le groupe de l'OCI est environ un tiers que celui à l'OCDE et à l'UE 15. Et, une fois comparé au groupe des pays en développement, l'OCI est encore au-dessous de la moyenne pour toutes les catégories excepté le nombre de pharmaciens par 10.000 où il est au niveau moyen des pays en développement. C'est-à-dire, le niveau moyen des systèmes de santé dans le groupe de l'OCI est également derrière celui des pays en développement.

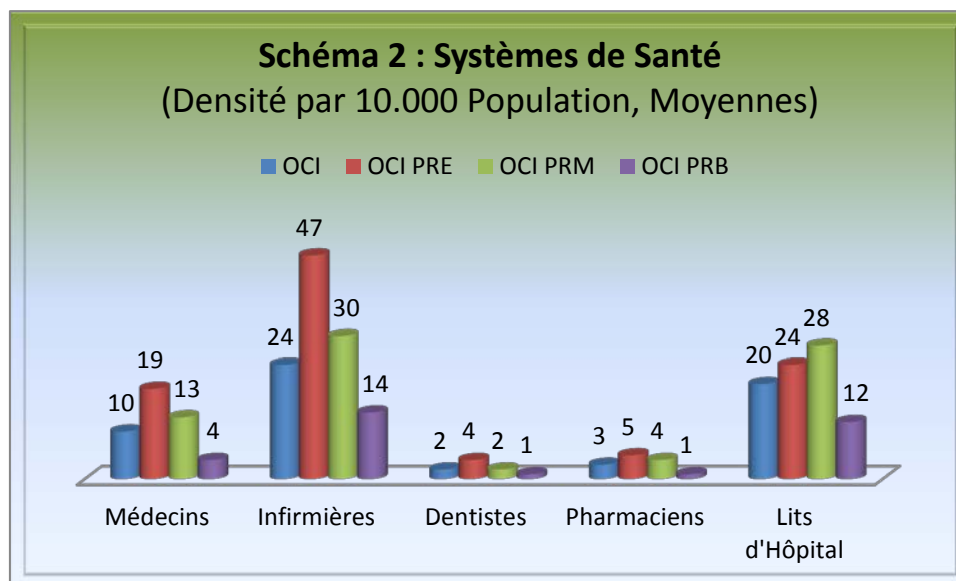


Source : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Système d'Information Statistique (OMSSIS).

---

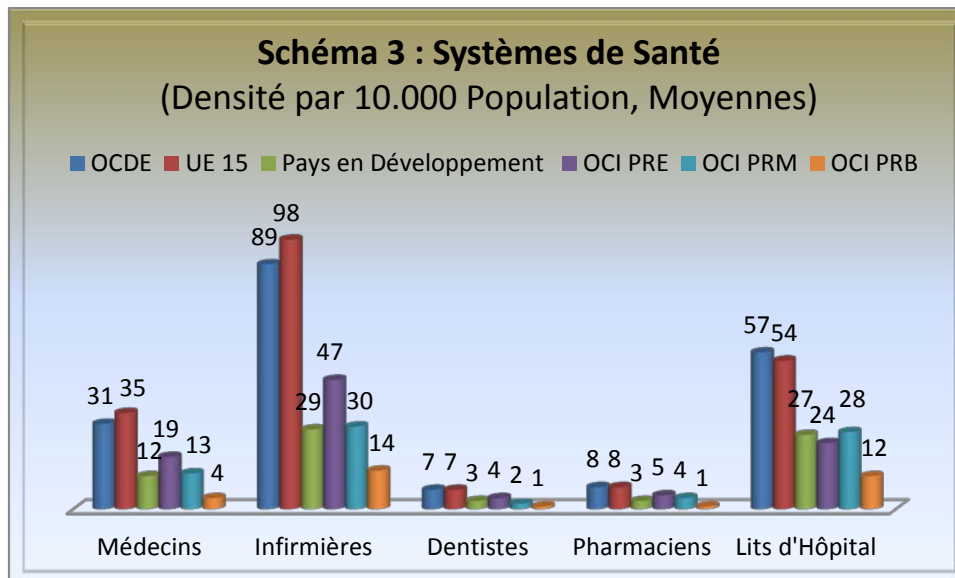
<sup>1</sup> Le groupe des pays en développement est classifié selon la composition du pays du FMI des groupes de perspectives économiques mondiaux, base de données de perspectives économiques mondiaux, avril 2008, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2008/01/weodata/groups.htm>

Quand les sous-groupes de revenu de l'OCI sont considérés, on l'identifie clairement que, alors que tous pays membres de l'OCI de revenus élevés et de revenu moyen (OCI-PRE et OCI-PRM) se comportent bien au-dessus de la moyenne de l'OCI en tant que groupe pour presque toutes les cinq catégories, les pays membres de l'OCI du revenu bas (OCI-PRB) souffrent beaucoup en ce qui concerne leur niveau moyen des chiffres de systèmes de santé (Schéma 2). En comparant les "bons" interprètes des sous-groupes de l'OCI (OCI-PRE et OCI-PRM) aux niveaux moyens enregistrés par tous les groupes de l'OCDE et l'UE 15, les deux niveaux moyens de sous-groupes de l'OCI des systèmes de santé sont sensiblement lointain derrière ceux enregistrés par toutes les groupes de l'OCDE et l'UE 15.



Source: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Système d'Information Statistique (OMSSIS).

Comparant les sous-groupes de revenu de l'OCI aux groupes de pays de l'OCDE, l'UE 15, et les pays en développement montrent, comme prévu, que tous les sous-groupes de trois revenus de l'OCI sont lointains derrière l'OCDE et l'UE 15. Mais comparé au groupe des pays en développement, PRE de l'OCI- et les PRM de l'OCI tous les deux exécutés mieux que la moyenne des pays en développement en ce qui concerne le nombre de médecins, d'infirmières et de pharmaciens. Le sous-groupe des PRB de l'OCI est lointain derrière la moyenne des pays en développement pour toutes les cinq catégories. Concernant la catégorie des lits d'hôpital, étonnant, l'OCI-PRE a enregistré une moyenne au-dessous de celle des pays en développement tandis que les PRM de l'OCI enregistreraient une moyenne au-dessus de celle des pays en développement (Schéma 3).



Source: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Système d'Information Statistique (OMSSIS).

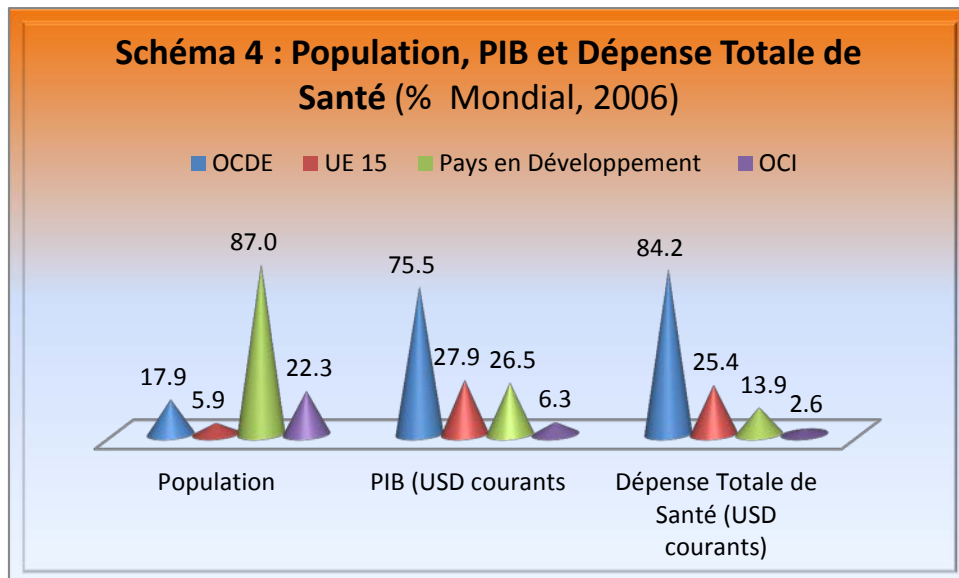
---

## DÉPENSE DE SANTÉ

---

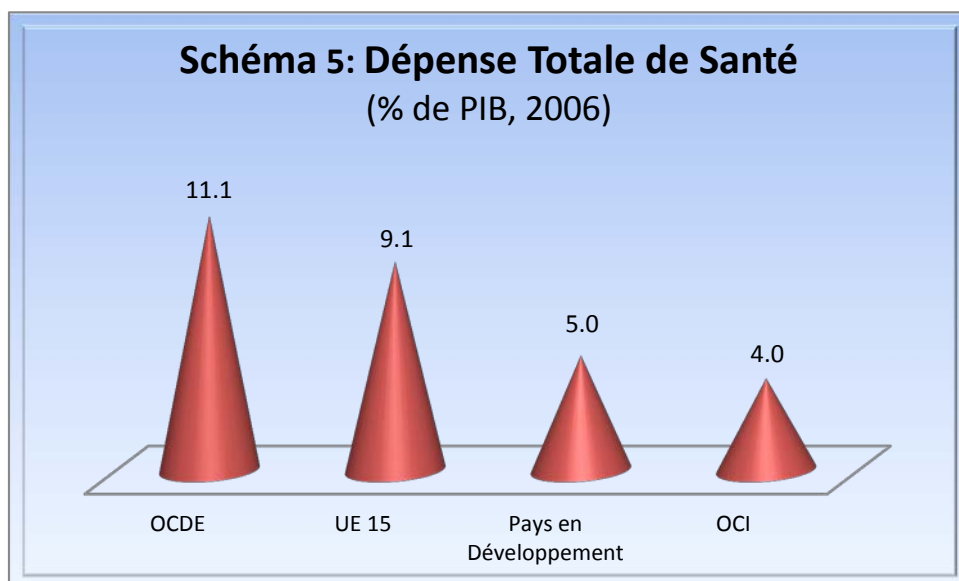
Le concept de la dépense de santé se concentre sur le côté financier du développement de santé en ce qui concerne la population d'un pays. Il est analysé ici en comparant la population, le PIB et toute la dépense de santé pour les groupes de pays en question pendant l'année 2006. L'analyse de dépense de santé fournit également l'explication et le raisonnement pour les situations mentionnées ci-dessus en ce qui concerne l'analyse fonctionnelle de santé.

Au niveau global, avec 17.9% de la population du monde, l'OCDE gagne 75.5% du PIB mondial et dépense 84.2% de la dépense de santé de total mondial. De la même manière, l'UE 15, avec 5.9% de la population du monde, gagne 27.9% du PIB mondial et dépense 25.4% de la dépense de santé de total mondial. Mais, l'image est renversée en considérant le groupe des pays en développement, le pourcentage de population le plus élevé du monde mais le plus bas du PIB et la dépense totale de santé comparée à l'OCDE et à l'UE 15. De la même manière quant au groupe des pays en développement, au groupe de l'OCI avec respectivement un pourcentage plus élevé de population du PIB inférieur enregistré du monde et à la dépense totale de santé comparée à l'OCDE et à l'UE 15.



Source: La Division de la Statistique des Nations Unies, la Base de Données des Agrégats Principaux des Comptes Nationaux.

Ceci donne une idée au sujet des tendances globales du développement de santé dans ces quatre groupes. Mais que diriez-vous des soins du développement de santé ? Combien ces quatre groupes s'inquiètent-ils du développement de santé ? Cette issue peut être expliquée en analysant leur dépense totale de santé comme pourcentage de leurs propres PIB (Schéma 5).

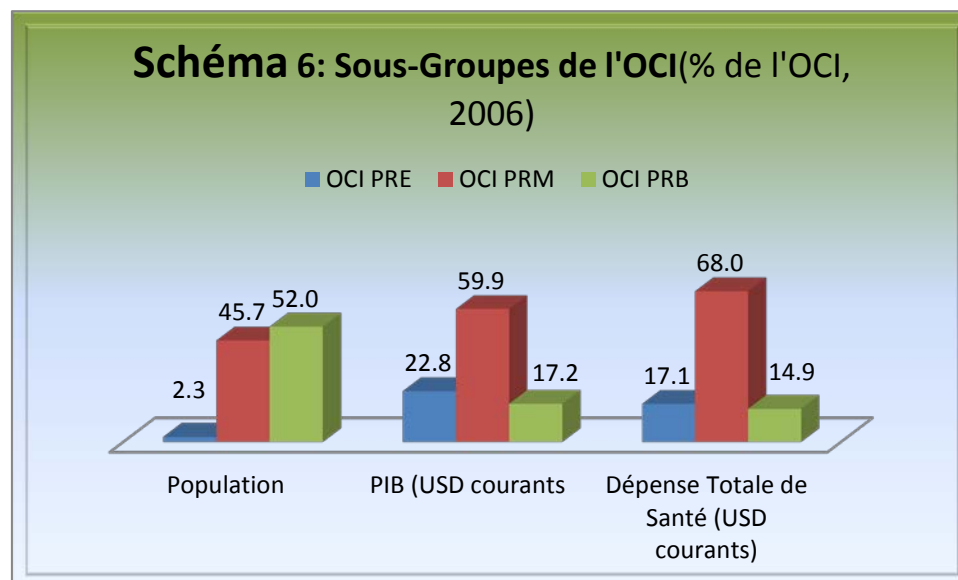


Source: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Système d'Information Statistique (OMSSIS).

Tandis que l'OCDE et l'UE 15 dépensent 11.1% et 9.1%, respectivement, de leurs PIB sur le développement de santé, des groupes des pays en développement et de l'OCI dépensent seulement 5% et 4%, respectivement, de leurs PIB sur le développement de santé (Schéma 5). Tenant en compte la nature mélangée du groupe de l'OCI qui reflète des niveaux élevés d'hétérogénéité et de divergence dans la structure économique et la mise en œuvre de ces pays où, hors des pays moins-avancés du monde 50, 22 sont des pays membres de l'OCI, et se rappelant que, vers la fin de 2006, toute la dette extérieure

du groupe de l'OCI s'est élevée à 752.6 milliards de dollars des États-Unis, et que, selon les 2008 classifications de la banque mondiale, 22 pays membres de l'OCI sont considérés fortement les pays pauvres très endettés (PPTE)<sup>2</sup>, la question du développement de santé devient un défi important et un sujet de préoccupation pressant qui a besoin de planification et de politiques sérieuses réforme pour plus de répartition des ressources.

L'image du groupe de l'OCI devient plus claire quand on prend en considération les sous-groupes de revenu de l'OCI. Avec 2.3% de la population de l'OCI, l'OCI-PRE gagne 22.8% du PIB de l'OCI et dépense 17.1% de toute la dépense de santé de l'OCI. De la même manière, les PRM de l'OCI-, avec 45.7% de la population de l'OCI, gagne 59.9% du PIB de l'OCI et dépense 68% de toute la dépense de santé de l'OCI. Mais, l'image est renversée en considérant les PRB de l'OCI, le pourcentage de population le plus élevé de l'OCI mais le plus bas du PIB et toute la dépense de santé en ce qui concerne tous les PRE de l'OCI et les PRM de l'OCI (Schéma 6).



Source : La Division de la Statistique des Nations Unies, la Base de Données des Agrégats Principaux des Comptes Nationaux.

---

### ANNÉES D'INCAPACITÉ - LA VIE AJUSTÉE (DALYS)

---

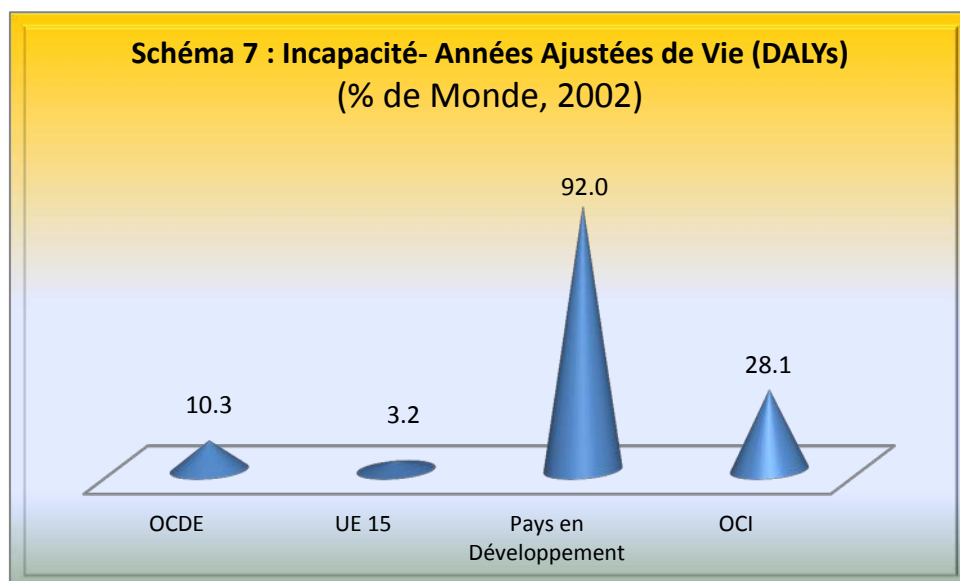
L'année de l'incapacité - la vie ajustée (DALY) est une mesure nouvellement présentée qui constitue les fondations du fardeau global de l'Organisation Mondiale de la Santé de l'Analyse de la Maladie (OMS GBD) <sup>3</sup>. La DALY est une mesure d'espace de santé qui

<sup>2</sup> SESRIC (2008), rapport économique annuel sur les pays de l'OCI.

<sup>3</sup> (OMS GBD) l'analyse fournit une évaluation complète et comparable de la mortalité et la perte de santé due aux maladies, aux dommages et aux facteurs de risque pour toutes les régions du monde. Le fardeau global de la maladie est évalué en utilisant l'année d'incapacité- la vie ajustée (DALY), une mesure temps-basée qui combine des années d'en raison perdu par vie de la mortalité prématurée et les années d'en raison perdu par vie du temps ont vécue dans les états moins que la santé complète. La première étude 1990 de GBD a mesuré les effets sur la santé des plus de 100 maladies et dommages pour huit régions du monde en 1990. Elle a produit des évaluations complètes et intérieurement conformées de la mortalité et de la morbidité par âge, sexe et région. Cette étude était mise à jour pendant l'année 2000-2002 et a inclus une analyse plus étendue de la mortalité et le fardeau de la maladie attribuable à 26 facteurs de risque globaux  
*(footnote continued)*

prolonge le concept des années potentielles d'en raison perdu par vie de la mort prématurée pour inclure des années équivalentes de la vie "saine" perdue en vertu d'être dans les états de santé ou d'incapacité pauvre. Les cartels de DALY dans une mesure le temps ont vécu avec l'incapacité et le temps a perdu en raison de la mortalité prématurée. Une DALY peut être considéré en tant qu'une année de la vie "saine" perdue. Les résultats de l'analyse de DALY peuvent être compris comme réflexion des situations mentionnées ci-dessus en ce qui concerne les analyses de systèmes et de dépense de santé.

Tenant en compte l'OCDE, l'UE 15, les pays en développement et les groupes de pays de l'OCI, on l'identifie clairement que le groupe de l'OCI est beaucoup loin derrière toutes les groupes de l'OCDE et l'UE 15. Tandis que l'OCDE et l'UE 15 enregistraient 10.3% et 3.2%, respectivement, des DALY mondiales, le groupe de l'OCI a enregistré 28.1% des DALY mondiales (la Palestine n'est pas incluse dans cette analyse car ses données ne sont pas disponibles). La plus mauvaise image est celle du groupe des pays en développement ; enregistrant 92.0 des DALY mondiales (Schéma 7). Se rappelant que le groupe des pays en développement fait 87% de la population du monde, son record de DALY n'est pas étonnant en raison de son pourcentage du PIB mondial sensiblement bas (26.5%) dont seulement 5% est consacré à la dépense totale de santé. Une personne ne serait pas confondue en disant que le "monde" est instamment besoin de perfectionnements sérieux dans la question du développement de santé. Cela vaut également pour le groupe de l'OCI car c'est un sous-groupe des pays en développement. Les figures des DALY reflètent la situation des systèmes de santé qui, alternativement, est une réflexion de la situation du rapport/de la relation des Dépense-PIB de santé.



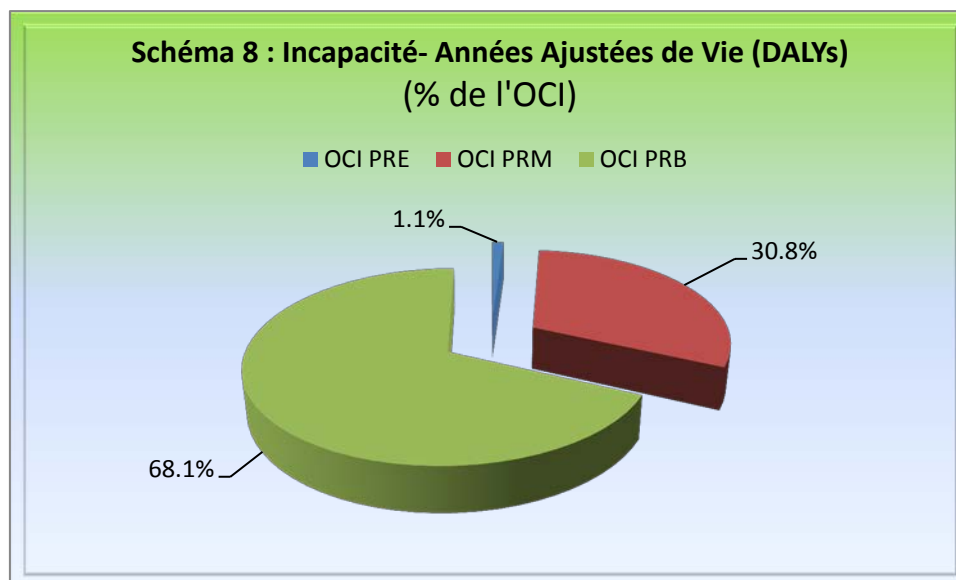
Source: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Décès et Bilans Estimatifs de DALY pour 2002 par Cause pour des États Membres de l'OMS.

Quand les sous-groupes de revenu de l'OCI sont considérés, on l'identifie clairement que les PRE de l'OCI a enregistré le pourcentage (négligeable) minimal des DALY dans le groupe de l'OCI qui est une performance sensiblement meilleure comparée à l'OCDE et à l'UE 15. Les PRM de l'OCI ont enregistré presque un tiers qui est meilleur que le

en utilisant un cadre analytique cohérent connu sous le nom d'évaluation comparative de facteur de risque (CRA).



groupe de l'OCDE mais beaucoup plus mauvais que le groupe de l'UE 15, et les PRB de l'OCI ont enregistré presque deux-tiers qui est une performance sensiblement plus mauvaise comparée à l'OCDE et à l'UE 15) des DALY dans le groupe de l'OCI (Schéma 8).



Source: World Health Organization (WHO), Deaths and DALY estimates for 2002 by cause for WHO Member States.

Quand la DALY est âge-normalisée par 100.000 de la population, on l'identifie que la performance de DALY du groupe de l'OCDE s'étend de 8178 à 16246. De la même manière, performance de DALY du groupe de l'UE 15 s'étend de 8178 à 16246. Mais, l'image devient beaucoup plus mauvaise quand on considère le groupe de l'OCI. Seulement le Koweït se convient dans la gamme du groupe de l'UE 15 avec une DALY normalisée enregistrée mieux que le Portugal. Le Koweït, le Qatar, le Bahreïn, le Brunei, l'Oman, les Émirats Arabes Unis, la Malaisie, l'Albanie et la Turquie insérés dans la gamme du groupe de l'OCDE (avec la Turquie ayant la moindre performance en tant que membre de l'OCDE). Les pays membres restants de l'OCI restent loin derrière l'OCDE et l'UE 15 dont 47 pays membres de l'OCI enregistrés ont normalisé des DALY dans la gamme de 16.384 (enregistré par la Tunisie) à 73.362 (enregistré par le Sierra Leone).

Le groupe des pays en développement enregistrés a normalisé des DALY dans la gamme de 9.768 (enregistré par le Monaco) à 84.594 (enregistré par le Lesotho). Comparant les DALY normalisées des pays membres de l'OCI à ceux du groupe des pays en développement, 22 pays membres de l'OCI enregistrés ont normalisé des DALY dans la moitié supérieure (15 dans les 50 principaux) tandis que le reste est à la moitié inférieure (24 dans les derniers 50) des pays en développement (la Palestine n'est pas incluse dans cette analyse en raison de ses données non disponibles).

---

#### RECOMMANDATIONS DE CONCLUSION ET DE POLITIQUE

---

À beaucoup d'égard, les réponses du secteur de santé au monde globale d'aujourd'hui ont été insatisfaisantes et inefficaces. Insatisfaisant car non seulement ils ne prévoient pas mais également ne répondent pas convenablement. Inefficace car la défaillance du système exige la solution d'un système, pas un soulagement provisoire. Les problèmes

avec les ressources humaines pour les systèmes de soins de santé, de finances, d'infrastructure et d'information se prolongent au delà étroitement de la définition du secteur de santé. Ceci soulève l'importance cruciale du travail effectivement à travers des gouvernements et des dépositaires.

La question du Rapport de Santé Mondial de 2008 structure les réformes requises dans le secteur de santé dans quatre groupes qui reflètent la convergence entre l'évidence sur ce qui est nécessaire pour une réponse efficace aux défis de santé du monde d'aujourd'hui, aux valeurs des capitaux propres et de la justice sociale qui constituent la base du mouvement de développement de santé, et aux espérances croissantes de la population dans les sociétés modernes d'aujourd'hui : Premièrement, les réformes qui s'assurent que les systèmes de santé contribuent aux capitaux propres de santé, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, principalement par le déplacement vers l'accès universel et la protection sanitaire sociale (réformes universelles d'assurance) ; Deuxièmement, les réformes qui réorganisent des services de santé comme premiers soins afin de les rendre plus socialement appropriés et plus sensibles au monde globale d'aujourd'hui tout en produisant de meilleurs résultats (réformes de prestation de service) ; Troisièmement, les réformes qui fixent les communautés plus saines, en intégrant des actions de santé publique avec le premier soins et par des ordres publics sains s'engageants à travers des secteurs (réformes d'ordre public) ; Quatrièmement, les réformes qui remplacent la confiance disproportionnée dans la surveillance et le contrôle d'une part, et le dégageant de laissez-faire d'un état à l'autre, par la conduite incluse, participative, négociation-basée exigés par la complexité des systèmes contemporains de santé (les réformes de conduite).

À cet égard, et prenant en compte la performance faible du groupe de l'OCI qui réclame l'action d'urgence étant besoin pour le perfectionnement et l'utilisation de la répartition des ressources, il vaut mieux mentionner que la première Conférence Islamique des ministres de santé qui a été tenue à Kuala Lumpur, Malaisie (12-15 juin 2007), a fortement souligné la question de développement de santé dans l'OCI. Les pays membres de l'OCI sont invités à faire face à la déclaration 2007 de Kuala Lumpur qui a été signée par les Ministres de la Santé de l'OCI dans la conférence dite. La déclaration constitue une étape très importante de coopération utilisée des pays membres de l'OCI aux niveaux nationaux, régionaux et internationaux visant à développer, renforcer et maintenir le secteur de santé dans le monde Islamique.

Les ministres ont appelé l'attention cruciale, entre autres, sur : (1) l'importance de la santé au développement humain et à la réduction de pauvreté étant des capitaux économiques importants pour la productivité de travail et le niveau scolaire ; (2) la décision de la 3ème Session Extraordinaire de la Conférence au Sommet Islamique pour établir un fonds spécial au sein de la Banque Islamique de Développement (BID) pour des questions d'atténuation de la pauvreté et de santé dans les pays membres de l'OCI ; (3) que les maladies contagieuses, dans le monde globale d'aujourd'hui, peuvent écarter beaucoup plus rapidement et peuvent mener aux pertes humaines significatives et avoir l'impact négatif sur l'économie des pays membres de l'OCI ; (4) les règlements internationaux de santé (2005) adoptés par chacun des 193 membres de l'OMS ont entré en vigueur le 15 juin 2007 ; (5) que plus d'un tiers d'enfants non vaccinés globalement (9.9 millions d'enfants d'âge bas) résident dans les pays membres de l'OCI ; (6) que le taux allaitant exclusif (jusqu'à 6 mois) dans beaucoup de pays membres de l'OCI est moins de 20% ; (7) qui la mortalité maternelle due aux complications évitables de la grossesse et de

l'accouchement demeure inadmissible-ment haute dans beaucoup de pays membres de l'OCI.

En conséquence, les ministres, entre autres, ont poussé et ont demandé les pays membres de l'OCI : (1) davantage le soutien que la BID place par des contributions généreuses et pressantes ; (2) évaluer les systèmes nationaux existants de santé publique et développer, renforcer et maintenir les capacités de pays de noyau exigées aux termes des règlements internationaux de santé (2005) par la mobilisation des ressources nationales et externes et de l'expertise ; (3) soutenir la mise en œuvre de la résolution de l'Assemblée de la Santé Mondiale (60.28) sur le partage universel de plan d'état pour la préparation de grippe des virus de grippe et accéder au vaccin et à d'autres avantages ; (4) intensifier leur coopération avec l'organisation mondiale de la santé et d'autres organisations internationales pour combattre des soucis globaux de santé ; (5) favoriser l'indépendance collective dans la production et la fourniture vaccinique en renforçant des autorités réglementaires nationales et en améliorant la capacité pour la production vaccinique et la distribution dans les pays membres de l'OCI ; (6) présenter une législation plus forte de lutte anti-tabac pour protéger les générations présentes et futures contre les conséquences de santé, sociales et économiques dévastatrices de la consommation et de l'exposition au tabac et à la fumée de tabac ; (7) inviter le Secrétariat Général de l'OCI, la Banque Islamique de Développement et l'Organisation Mondiale de la Santé à installer un mécanisme consultatif tripartite pour combattre les maladies et les épidémies.

---

## SOURCES

---

Deaths and DALY estimates for 2002 by cause for WHO Member States, Health statistics and health information systems, World Health Organization (WHO), [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_2000\\_2002/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_2000_2002/en/index.html)

IMF (2008), Country Composition of World Economic Outlook Groups, World Economic Outlook Database, April 2008, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2008/01/weodata/groups.htm>

SESRIC (2008), Annual Economic Report on the OIC Countries.

United Nations Statistics Division, National Accounts Main Aggregates Database, Basic Data Selection, <http://unstats.un.org/unsd/snaama/selectionbasicFast.asp>

WHO (2008), The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever.

WHO Statistical Information System (WHOSIS), World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/whosis/en/index.html>