



Elizabeth Cuffy de la communauté de Fundaye, à New Kru Town, au Liberia. Crédit : Renata Rendón/Oxfam

PLUS JAMAIS ÇA !

Mettre en place des systèmes de santé résilients et tirer les enseignements de la crise liée à Ebola

Il aura fallu la menace d’une crise sanitaire internationale pour mettre en évidence les lacunes des systèmes de santé africains. Des systèmes de santé résilients, gratuits au point d’utilisation, constituent manifestement un bien public international. Ils sont primordiaux pour la mise en place d’une couverture santé universelle et pour faire rapidement face aux flambées de maladie.

Des systèmes de santé résilients requièrent des investissements à long terme dans leurs six principales composantes clés : un nombre adapté d’agents de santé formés, des médicaments disponibles, des systèmes d’informations de santé robustes (notamment la surveillance), une infrastructure adéquate, un financement public suffisant et un secteur public solide pour assurer des services équitables de qualité. Des investissements dans la recherche et le développement de médicaments sont également indispensables.

RÉSUMÉ

Voilà à peine plus d'un an que le fléau du virus Ebola s'est abattu sur l'Afrique de l'Ouest, semant la peur dans la région et au-delà. En mars 2015, la maladie avait coûté la vie à plus de 10 000 personnes, principalement au Liberia, en Sierra Leone et en Guinée. Elle a dévasté des communautés entières sur les plans économique et psychosocial¹.

La flambée d'Ebola s'est avérée un « test d'effort » exceptionnellement difficile, relatif à la capacité des systèmes de santé des pays concernés à faire face à une telle urgence, ainsi qu'un test sévère pour la communauté internationale.

Quelles performances ces systèmes de santé ont-ils affichées dans le cadre de ce test critique ? Qu'a-t-on appris de la crise liée à Ebola pour veiller à ce que les futurs systèmes de santé fassent preuve de la résilience nécessaire pour protéger les besoins en santé de toutes les populations exposées à des menaces majeures pour la santé publique ?

Bien avant cette crise, l'accès aux services de santé, à de l'eau potable et à des installations sanitaires sûres en Afrique de l'Ouest était inadapté. Il existait des inégalités prononcées entre les régions, les catégories socioéconomiques et les sexes³. Les coûts des services de santé pour les particuliers ont entraîné l'accroissement de la pauvreté et creusé les inégalités. De nombreux centres médicaux, lorsqu'ils existaient, n'ont pas été en mesure de fournir les services nécessaires en toute sécurité, en raison d'un manque de personnel, de médicaments et d'informations sanitaires. La capacité insuffisante de ces pays à prendre en charge les infections infantiles et à assurer des accouchements sans danger reflète bien cette situation.

Lorsque le virus Ebola a frappé, les pays concernés disposaient de capacités limitées en matière de surveillance, de tests biologiques, d'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola et le suivi de leur état de santé ou de contrôle de l'infection. La peur, la stigmatisation et la méfiance à l'égard des installations sanitaires ont retardé la mise en place de réponses efficaces⁵. Les systèmes de santé, incapables de gérer l'urgence, l'étaient encore moins de continuer à assurer les services existants. Les programmes de vaccination, par exemple, ont été suspendus, rendant ainsi un million d'enfants vulnérables à la rougeole dans les pays où elle sévit le plus⁶. Les pays touchés n'ont pas été en mesure de contenir Ebola au sein de leurs frontières.

Chroniques, les dépenses publiques faibles en matière de santé ont nui à la disponibilité, au caractère abordable et à la qualité des services de santé, ce qui s'est soldé par une pénurie d'installations et de médicaments, ainsi que par l'introduction du paiement des soins de santé par les usagers. Par conséquent, les personnes vivant dans la pauvreté sont contraintes de rechercher des soins ailleurs, souvent auprès de prestataires privés sans qualification. Les gens doivent choisir

La Sierra Leone affiche le taux de mortalité des moins de cinq ans le plus élevé au monde : un enfant sur trois meurt, principalement du paludisme, de diarrhées ou d'une pneumonie².

Avant la flambée d'Ebola, les dépenses de santé directes représentaient 35 % de toutes les dépenses de santé au Liberia, près de 65 % en Guinée et 76 % en Sierra Leone⁴.

entre être malades et assumer le paiement de soins de santé de mauvaise qualité. Ce type de choix aggrave la pauvreté et creuse les inégalités.

Il est donc évident qu'il faut redonner la priorité aux investissements dans les soins de santé pour le bien public général, en protégeant la santé des gens et en prévenant la propagation des maladies. Ceci requiert un engagement à long terme des gouvernements nationaux et des bailleurs de fonds internationaux envers le soutien de systèmes de santé résilients et la garantie d'une couverture universelle de services de santé, gratuits au point d'utilisation et en mesure de faire face aux flambées de maladie. La crise liée à Ebola a montré qu'une action internationale visant à protéger la santé est essentielle, car les infections ne s'arrêtent pas aux frontières.

Elle a révélé plusieurs problèmes majeurs dont la résolution devrait être intégrée dans les plans nationaux. Par exemple, l'implication des communautés dans la protection et la promotion de la santé a été essentielle pour contrôler la flambée. Les agents de santé communautaire et les bénévoles ont joué un rôle clé dans le contrôle de la propagation de l'infection en diffusant des informations exactes, en se chargeant de la surveillance et de l'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola et le suivi de leur état de santé, ainsi qu'en promouvant les pratiques d'hygiène et les inhumations sans danger. Les personnes interrogées dans le cadre de la recherche menée par Oxfam dans le district de Montserrado, au Liberia, par exemple, ont insisté sur l'importance d'une mobilisation sociale continue et de la diffusion d'informations relatives à l'hygiène⁷.

Les six éléments nécessaires pour des systèmes de santé résilients

Des systèmes résilients reposent sur six composantes indispensables :

- un nombre adapté d'agents de santé formés, notamment du personnel non clinicien et des agents de santé communautaire ;
- du matériel médical, notamment des médicaments, des outils diagnostiques et des vaccins ;
- des systèmes d'informations de santé robustes, notamment la surveillance ;
- un nombre adapté d'installations de santé bien équipées (infrastructure), notamment un accès à de l'eau propre et à des installations d'assainissement ;
- un financement adapté ;
- un secteur public solide pour assurer des services équitables de qualité.

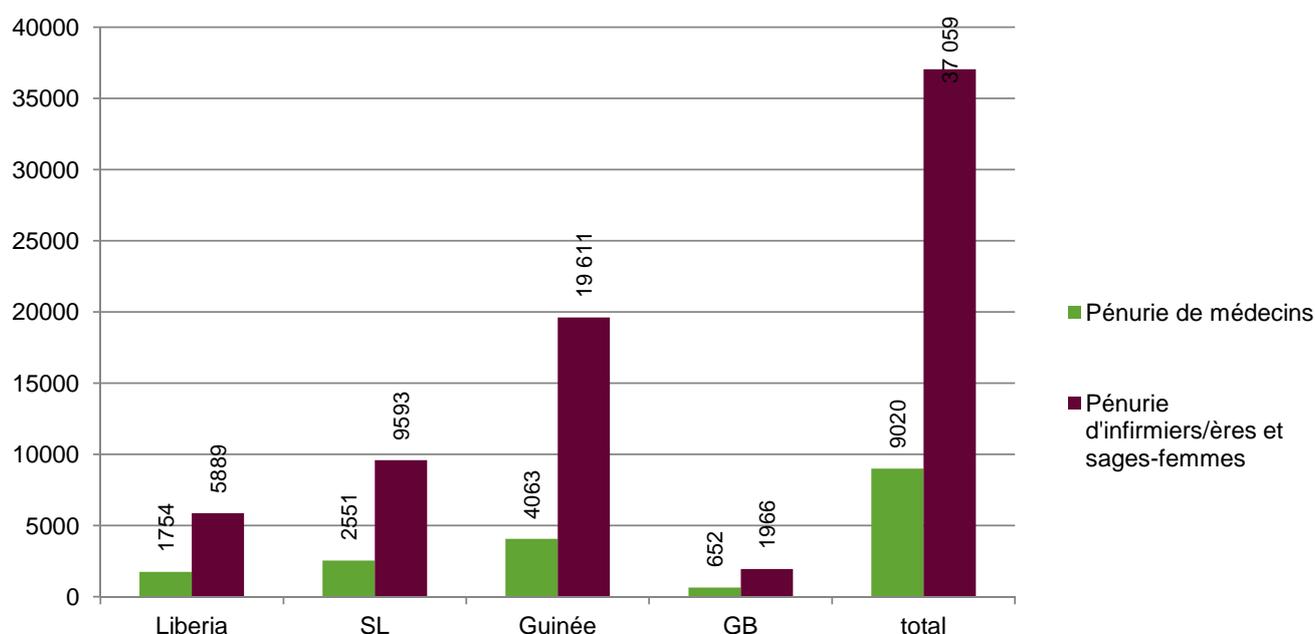
Le Liberia, la Sierra Leone, la Guinée et la Guinée-Bissau ont besoin de 420 millions de dollars pour former 9 020 médecins et 37 059 infirmiers/ères et sages-femmes.

Une fois ces professionnel-le-s formé-e-s, 297 millions de dollars par an seront nécessaires pour les rémunérer pendant dix ans.

Un nombre adapté d'agents de santé formés : D'après la norme de l'OMS, qui compte un minimum de 2,3 médecins, infirmiers/ères et sages-femmes pour 1 000 personnes, Oxfam a calculé les pénuries de main-d'œuvre sanitaire dans les pays les plus touchés, ainsi que les coûts de formation du personnel clinicien manquant et de sa rémunération pendant 10 et 20 ans (cf. annexe 1 dans le rapport complet). Le Liberia, la Sierra Leone, la Guinée et la Guinée-Bissau voisine ont besoin de 420 millions de dollars pour former les 9 020 médecins et 37 059 infirmiers/infirmières et sages-femmes nécessaires pour combler la pénurie de main-d'œuvre dans ce secteur. Une fois ces professionnel-le-s formé-e-s, 297 millions de dollars par an seront nécessaires pour les rémunérer pendant dix ans.

La pénurie d'agents de santé n'est pas spécifique à ces pays. L'Afrique est le continent du monde le plus fortement touché par les maladies, mais ne compte que 3 % des professionnels de santé du monde entier⁸.

Figure 1 : Pénurie estimée de médecins, infirmiers/ères et sages-femmes au Liberia, en Sierra Leone, en Guinée et en Guinée-Bissau



Remarque : estimations d'Oxfam, sur la base de la norme minimale de 2,3 médecins, infirmiers/ères et sages-femmes pour 1 000 personnes stipulée par l'OMS. Voir les calculs en annexe 1 dans le rapport complet.

Un accès à suffisamment de matériel médical, notamment des médicaments, des outils diagnostiques et des vaccins : La crise liée à Ebola a mis en lumière l'échec du système de recherche et développement (R&D) international. Ce système dépend de monopoles de propriété intellectuelle (PI), et donc d'intérêts commerciaux, pour encourager les laboratoires pharmaceutiques à mener des recherches sur de nouveaux produits. La recherche et le développement autour d'Ebola ne sont clairement associés à aucun intérêt commercial. Parallèlement, ces monopoles de PI permettent aux laboratoires d'imposer des prix élevés pour leurs nouveaux produits. La crise liée à Ebola illustre le besoin de réforme du système, afin que les besoins en

On compte actuellement 0,8 lit d'hôpital pour 10 000 personnes au Liberia et 0,3 en Guinée, contre une moyenne de 50 lits pour 10 000 personnes dans les pays de l'OCDE⁹

santé du grand public dictent les priorités en matière de recherche internationale et que les nouveaux produits soient abordables. Les vaccins et médicaments anti-Ebola en cours de test ont été développés grâce à des financements publics, mais la manière dont les laboratoires pharmaceutiques définiront le prix de ces produits potentiels reste floue.

Des systèmes d'informations de santé robustes : Des capacités de surveillance faibles, associées à la peur et à la méfiance des communautés envers les services de santé, ont compliqué l'obtention de données précises pendant la crise liée à Ebola. Le recueil des données dépend d'agents de santé formés et motivés et de l'implication des communautés dans le processus. Ces systèmes doivent intégrer une surveillance efficace. Des systèmes d'informations de santé robustes sont essentiels pour prendre des décisions concernant les politiques et l'affectation des ressources.

Un nombre adapté d'installations de santé bien équipées (infrastructure) : Les statistiques relatives au nombre de lits d'hôpital illustrent la faible couverture de l'infrastructure de santé dans les pays touchés par Ebola. On compte actuellement 0,8 lit d'hôpital pour 10 000 personnes au Liberia et 0,3 en Guinée, contre une moyenne de 50 lits pour 10 000 personnes dans les pays de l'OCDE¹⁰. Pour mettre en place des systèmes de santé résilients, il est indispensable d'accroître le nombre de dispensaires et d'hôpitaux de district bien équipés, afin d'assurer la couverture adéquate des besoins en santé des communautés. De l'eau propre, des installations d'assainissement et la promotion de l'hygiène doivent être explicitement incluses dans les plans d'infrastructure.

Un financement adapté : Les financements actuels, bien qu'ils aient augmenté depuis la fin de la guerre civile au Liberia et en Sierra Leone, restent insuffisants. En se basant sur le chiffre de 86 dollars par tête (dernière estimation du financement minimal nécessaire pour garantir l'universalité des soins de santé primaires¹¹), Oxfam a estimé le déficit de financement total par pays (cf. figure 2, page suivante).

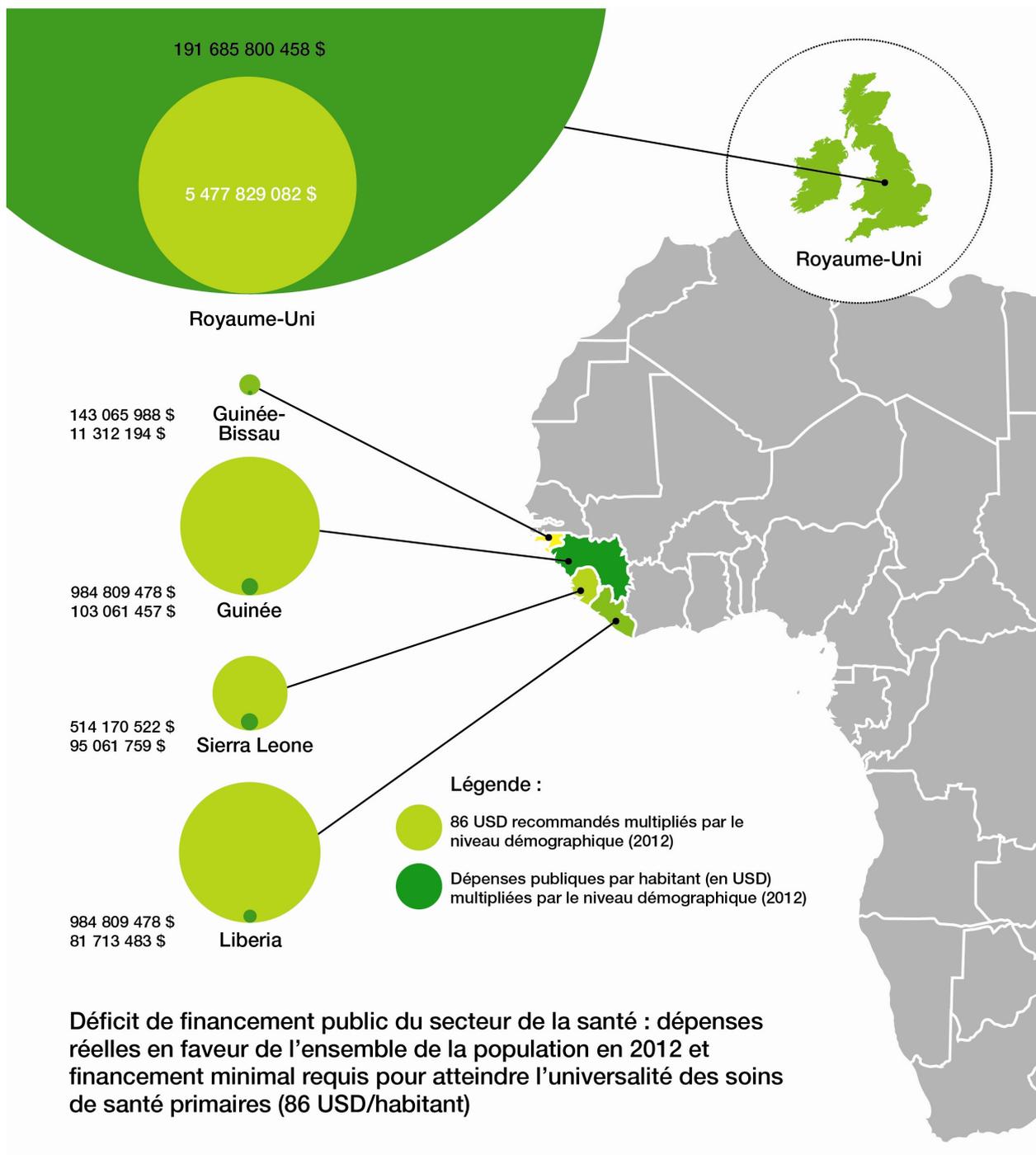
En supposant que, pour chaque pays, le financement consacré au secteur de la santé reste identique à celui de 2012, le déficit de financement annuel à combler pour garantir l'universalité des soins de santé primaires s'élève à environ 419 millions de dollars pour la Sierra Leone, à 279 millions de dollars pour le Liberia, à 882 millions de dollars pour la Guinée et à 132 millions de dollars pour la Guinée-Bissau. Bien qu'il semble conséquent, il est réaliste d'espérer le combler avec la fiscalité, soutenue par les contributions des bailleurs de fonds. Le financement par l'impôt constitue le système le plus équitable et le plus durable pour mobiliser et distribuer des fonds en faveur du secteur de la santé. Le paiement des soins de santé par les usagers est, au contraire, reconnu comme « le mode de financement des services de santé le moins équitable » et une méthode qui « punit les personnes pauvres »¹². Étant données les répercussions négatives d'Ebola sur les finances des ménages, tout particulièrement de ceux dirigés par des femmes, l'introduction du paiement des soins de santé par les usagers serait une

Le déficit de financement annuel qui doit être comblé pour atteindre l'universalité des soins de santé primaires est d'environ 419 millions de dollars pour la Sierra Leone, de 279 millions de dollars pour le Liberia, de 882 millions de dollars pour la Guinée et de 132 millions de dollars pour la Guinée-Bissau.

mesure régressive qui plongerait davantage de personnes dans la pauvreté.

Un secteur public solide pour assurer des services équitables de qualité : Ceci est primordial pour la mise en place d'une couverture de santé universelle, car le secteur public faible des pays touchés par Ebola a montré qu'il était incapable de maintenir des services de santé normaux et encore moins de faire face à la flambée. La prestation de services privés risque de créer des systèmes à deux vitesses, au sein desquels les personnes vivant dans la pauvreté paieront pour des services d'une qualité douteuse, notamment auprès de trafiquants de médicaments, alors que les personnes riches auront les moyens de fréquenter un hôpital cinq étoiles.

Figure 2 : Carte illustrant le déficit de financement au Liberia, en Sierra Leone, en Guinée et en Guinée-Bissau par rapport au Royaume-Uni.



Remarque : ce calcul est fondé sur les dépenses publiques et le niveau démographique de 2012 et les dépenses estimées pour la même population si les dépenses par tête sont accrues de manière à atteindre 86 dollars par tête.

L'expérience d'autres pays

L'expérience tirée des flambées d'Ebola précédentes, survenues dans d'autres pays, met en avant de nombreux facteurs pouvant contribuer au contrôle de la maladie. Il s'agit notamment de systèmes de santé efficaces, d'une action rapide du gouvernement et de la participation des communautés, du recours aux médias pour diffuser des informations et d'une réponse internationale coordonnée. Les facteurs démographiques, notamment la mobilité de la population, peuvent également majorer le risque de la propagation de la maladie. Toutefois, des recherches approfondies sont nécessaires pour comprendre l'importance et l'association relatives de certains facteurs dans des contextes donnés.

Des systèmes de santé efficaces : Lors de la flambée survenue en 2000 en Ouganda, les services de santé ont réagi rapidement et mis en place une surveillance efficace, des systèmes de prise en charge des cas cliniques et une application stricte des mesures de contrôle de l'infection, ainsi que la formation d'agents de santé¹³. La République démocratique du Congo (RDC) a acquis une expertise certaine, en raison des six flambées d'Ebola précédentes, et a pu déployer rapidement une équipe d'experts pour contrôler la flambée de 2014¹⁴.

La participation des communautés et une action nationale rapide : En Afrique de l'Ouest, le manque de confiance des communautés a retardé le signalement des cas et, par conséquent, le contrôle de la flambée d'Ebola. Cette méfiance a atteint un niveau terrifiant dans un cas, dans le sud de la Guinée, où des villageois ont tué un groupe d'agents de santé¹⁵. Toutefois, un travail intensif au sein des communautés a parfois permis de modifier les pratiques d'inhumation ancestrales. Au Nigéria, une réponse rapide des autorités a permis le prompt redéploiement des ressources de la campagne nationale d'éradication de la polio pour contrôler Ebola¹⁶.

Lors des flambées précédentes en Ouganda et en RDC, les autorités se sont impliquées auprès des communautés par l'intermédiaire de groupes communautaires traditionnels et d'ONG¹⁷.

Le recours aux médias : Le Nigéria a utilisé la technologie mobile pour diffuser des messages lors de la crise Ebola en Afrique de l'Ouest, alors que le ministère de la Santé ougandais formait les journalistes à communiquer en toute sécurité sur la maladie. Ces deux mesures ont permis la diffusion d'informations précieuses parmi la population¹⁸.

Les caractéristiques démographiques des populations infectées influent sur les résultats : les infections survenues dans des zones rurales reculées, comme en RDC et en Ouganda, ont diminué les risques d'entrer en contact avec un sujet infecté¹⁹. Cependant, les personnes vivant dans des régions reculées n'ont accès ni aux informations ni aux services, ce qui complique l'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola et le suivi de leur état de santé. En Afrique de l'Ouest, une population très mobile a facilité la propagation de l'infection dans les différents pays²⁰.

Une réponse internationale opportune : Un soutien international rapide, coordonné et efficace s'est avéré essentiel pour le travail national visant à confiner les flambées précédentes.

Conclusions et recommandations

Il est temps pour les décideurs d'admettre que des systèmes de santé résilients constituent un bien public international auquel tout le monde devrait avoir accès. Ces systèmes²¹ assurent la couverture universelle des services de santé, gratuits au point d'utilisation, et ont la capacité de faire face à de potentielles flambées. La gratuité des services de santé élimine les obstacles financiers qui empêchent les personnes vivant dans la pauvreté d'y accéder autrement. Des investissements dans des systèmes de santé résilients remettent en question les relations bailleurs de fonds/bénéficiaires traditionnelles, généralement centrées sur un financement à court terme des programmes, plutôt que sur un financement complet et à long terme des services de santé. L'aide doit être envisagée comme une contribution financière qui bénéficie mutuellement à toutes les populations. Les systèmes de santé nationaux font peu à peu partie d'une vision de la santé cohérente à l'international ; une vision selon laquelle les efforts locaux et internationaux sont mutuellement renforcés grâce à des principes communs. C'est la vision offerte par la couverture santé universelle. Alors que les pays touchés élaborent leurs plans de relèvement, les États comme les bailleurs de fonds doivent adopter une vision à long terme du développement de systèmes de santé résilients.

Les pays, particulièrement ceux qui ont été victimes de la flambée d'Ebola, doivent :

- investir dans des systèmes de santé publics, placés au cœur de plans nationaux visant à atteindre une couverture santé universelle et à assurer une réponse adaptée aux futures flambées. Les gouvernements doivent élaborer des plans, accompagnés d'une évaluation des coûts, afin de bâtir des systèmes de santé pouvant répondre aux besoins en santé et garantir la sécurité sanitaire. Ils devraient notamment inclure la formation et la fidélisation des agents de santé (notamment des agents de santé communautaire), l'accès aux médicaments et aux technologies de santé, des systèmes d'informations de santé (dont la surveillance) et l'infrastructure (dont les installations d'eau et d'assainissement) ;
- accroître progressivement les ressources publiques afin de combler le déficit de financement de la santé annuelle ; utiliser des systèmes fiscaux progressifs pour financer des systèmes de santé résilients, afin d'assurer des services efficaces, efficaces et équitables, gratuits au point d'utilisation ;
- encourager la confiance au sein des communautés en veillant à leur participation à la prise de décisions et à l'intégration au corps des professionnels de santé des agents de santé communautaire et des bénévoles formés pendant la flambée d'Ebola.

Les bailleurs de fonds et les agences internationales doivent :

- soutenir les plans gouvernementaux de relèvement post-Ebola grâce à la construction de systèmes de santé résilients en tant que bien public international qui accroît la couverture santé universelle, gratuit au point d'utilisation et qui répond aux flambées. Les bailleurs de fonds devraient repenser les relations bailleurs de fonds /bénéficiaires traditionnelles, qui ont, autrefois, déséquilibré la prestation de services de santé en faveur de projets et de politiques spécifiques, aux dépens de soins de santé gratuits et complets ;
- s'engager envers un financement des systèmes de santé à plus long terme, par le biais de l'affectation de financements du développement des services de santé en dix ans, à condition que les plans soient bien mis en œuvre ;
- aider les pays à introduire des mesures efficaces pour leur permettre d'accroître les ressources nationales grâce à une fiscalité juste ;
- contribuer à la création d'un système fiscal international, fondé sur la justice et la transparence.

Les États et les agences de santé internationales doivent :

- donner leur aval à un traité de R&D qui promeuve un financement public de la R&D et qui soit centré sur les besoins en santé publique, de manière à fournir des vaccins, des outils diagnostiques et des médicaments pour les maladies comme Ebola. Le financement de la R&D doit être séparé du prix des produits qui en résultent ;
- laisser les organisations de la société civile jouer leur rôle, qui consiste à veiller à l'obligation de rendre des comptes et à la transparence de toutes les parties prenantes et à permettre aux communautés de participer à la prise de décisions au plus haut niveau politique, ainsi qu'à contrôler les politiques et le financement de systèmes de santé en faveur des personnes pauvres.

1 INTRODUCTION

La flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest a déjà coûté la vie à plus de 10 500 personnes²³ et a dévasté des communautés entières sur les plans économique et psychosocial. Les ménages vivant dans la pauvreté ont été sévèrement touchés par la mort de leurs soutiens de famille et la perte de leurs moyens de subsistance. Cette crise a révélé la grande faiblesse et la grande précarité des systèmes de santé chroniquement sous-financés d'Afrique de l'Ouest, qui résultent d'une négligence à long terme des soins de santé et de la réduction des dépenses publiques pendant plusieurs dizaines d'années, en partie attribuables aux politiques des bailleurs de fonds²⁴.

Bien avant cette crise, l'accès aux services de santé, à de l'eau potable et à des installations sanitaires sûres était inadapté. Il existait des inégalités prononcées en fonction de la situation géographique, du statut socioéconomique et du sexe des personnes²⁵. Les coûts des services de santé pour les particuliers ont entraîné l'accroissement de la pauvreté et, par conséquent, contribué à creuser les inégalités. De nombreux centres médicaux, lorsqu'ils existaient, n'ont pas été en mesure de fournir les services nécessaires en toute sécurité, en raison d'un manque de personnel, de médicaments et d'informations sanitaires. La faible capacité de ces pays à prendre en charge les infections infantiles et à assurer des accouchements sans danger reflète bien cette situation. La Sierra Leone affiche le taux de mortalité des moins de cinq ans le plus élevé au monde : un enfant sur trois meurt, principalement du paludisme, de diarrhées ou d'une pneumonie²⁶.

Lorsque le virus Ebola a frappé, les pays concernés disposaient de capacités limitées en matière de surveillance, de tests biologiques, d'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola et de suivi de leur état de santé ou de contrôle de l'infection. La peur, la stigmatisation et la méfiance à l'égard des installations sanitaires ont retardé la mise en place de réponses efficaces²⁷. Les systèmes de santé, incapables de gérer l'urgence, l'étaient encore moins de continuer à assurer les services existants. Les vaccinations, par exemple, ont été suspendues, rendant ainsi un million d'enfants vulnérables à la rougeole dans les pays où elle sévit le plus²⁸.

Il est donc évident qu'il faut redonner la priorité aux investissements dans les soins de santé pour le bien public général, en protégeant la santé des citoyens et en prévenant la propagation des maladies. Ceci requiert un engagement à long terme des gouvernements nationaux et des bailleurs de fonds internationaux envers le soutien de systèmes de santé résilients et la garantie d'une couverture universelle de services de santé publics, gratuits au point d'utilisation et en mesure de faire face aux flambées de maladie. La crise liée à Ebola a montré qu'une action internationale visant à protéger la santé est essentielle, car les infections ne s'arrêtent pas à la frontière.

« Ebola n'est pas une maladie normale. Ce genre de choses n'est jamais arrivé avant. Des médecins mourraient, des infirmiers/ères mourraient, des agents d'entretien mourraient. Au début, les gens ne savaient pas quoi faire, jusqu'à ce que nous soyons formé-e-s. L'une après l'autre, les formations nous ont aidé-e-s à nous adapter. Mais, à l'avenir, tous les médecins devraient être formés à la prise en charge d'Ebola. »

Alice Stevens, infirmière en chef à l'hôpital public de Jui, à l'ouest de la Sierra Leone²²

Elle a révélé plusieurs problèmes majeurs dont la résolution doit être intégrée dans les futurs plans nationaux. Par exemple, l'implication des communautés dans la protection et la promotion de la santé a été essentielle pour contrôler la flambée. Les agents de santé communautaire et les bénévoles ont joué un rôle clé dans le contrôle de la propagation de l'infection en diffusant des informations exactes, en se chargeant de la surveillance et de l'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola et du suivi de leur état de santé, ainsi qu'en promouvant les pratiques d'hygiène et les inhumations sans danger. Les personnes interrogées dans le cadre de la recherche menée par Oxfam dans le district de Montserrado, au Liberia, par exemple, ont insisté sur l'importance d'une mobilisation sociale continue et de la diffusion d'informations relatives à l'hygiène²⁹.

2 DES SYSTÈMES DE SANTÉ FRAGILES AVANT EBOLA, MAIS DES SIGNES DE PROGRÈS

Ces dix dernières années, le Liberia comme la Sierra Leone se sont relevés de guerres civiles dévastatrices. Ces deux pays ont souffert d'importantes pénuries d'agents de santé, d'installations de santé, de médicaments et de systèmes d'informations de santé. La plupart de leurs hôpitaux publics, tout comme ceux de la Guinée voisine, manquent d'électricité, d'eau courante, d'équipements et de matériel pour offrir des services essentiels, comme des soins obstétricaux d'urgence³⁰.

« La crise liée à Ebola qui sévit actuellement reflète des inégalités durables et croissantes en matière d'accès aux soins de santé de base. La Guinée, le Liberia et la Sierra Leone ne disposent ni du personnel, ni du matériel, ni des systèmes nécessaires pour mettre eux-mêmes un terme à la flambée. »

Jim Yong Kim et Paul Farmer³¹

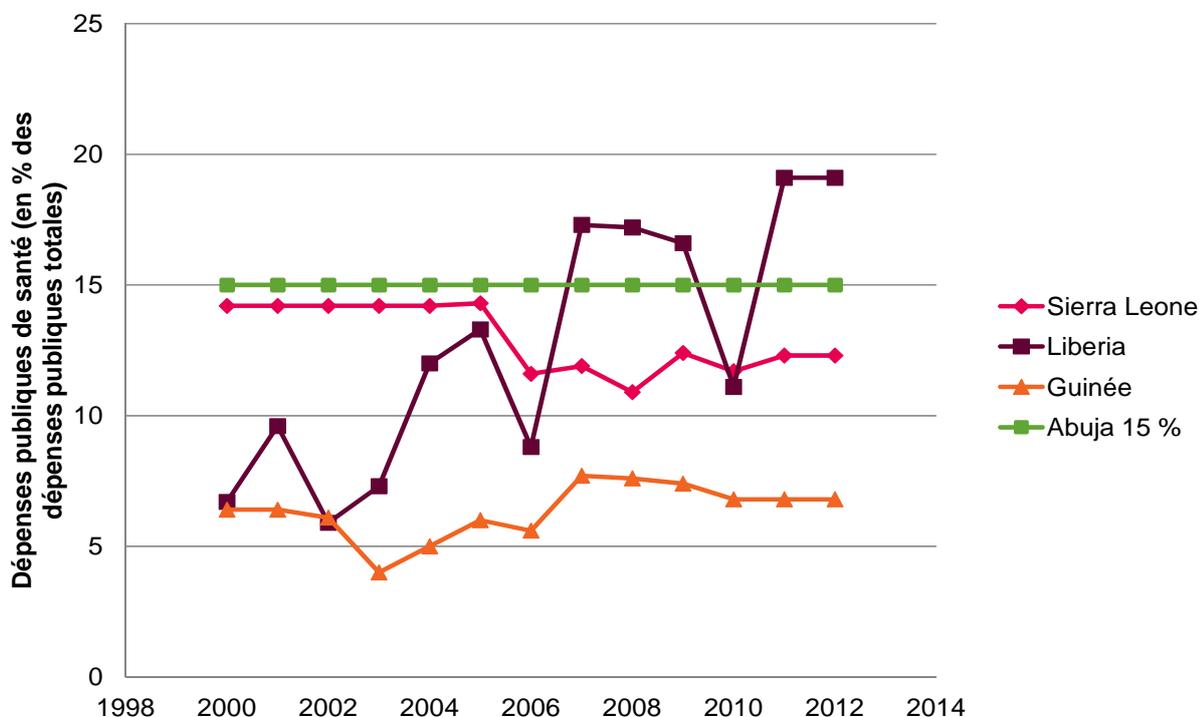
La crise liée à Ebola a entraîné de graves pénuries d'agents de santé dans ces pays. Par exemple, en Sierra Leone, on compte un médecin pour 50 000 personnes et, au Liberia, un pour 100 000 personnes contre un pour 100 personnes au Royaume-Uni³³. Par ailleurs, ces moyennes nationales masquent d'importantes inégalités, car la majorité du personnel formé travaille dans les grandes et moyennes villes, laissant les zones rurales aux mains de prestataires de soins privés sans qualification. La pénurie d'agents de santé est un problème international, mais l'Afrique, continent du monde le plus fortement touché par les maladies, ne compte que 3 % des professionnels de santé du monde entier³⁴. Les programmes d'ajustement structurel du Fonds monétaire international (FMI), dont l'objectif est de réduire les dépenses publiques, ont été jugés responsables de la réduction des dépenses de santé³⁵.

On a pourtant constaté des signes de progrès. Depuis la fin de la guerre civile qui ravageait leur pays respectif, les gouvernements du Liberia et de Sierra Leone, avec l'appui de bailleurs de fonds, ont accru leurs investissements dans les soins de santé et adopté une politique de gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants. En Sierra Leone, cette dernière mesure a entraîné une augmentation de 45 % des accouchements en milieu hospitalier et une hausse de 150 % du nombre de complications pendant l'accouchement pris en charge dans des services de santé³⁶.

Un an après avoir supprimé le paiement des soins de santé par les usagers, le pourcentage d'enfants diagnostiqués et traités avec des médicaments homologués contre le paludisme en Sierra Leone est passé de 51 à 90 %³².

Ces résultats sont le fruit d'une volonté politique de donner la priorité aux politiques de santé en faveur des personnes pauvres, notamment la gratuité des services publics et une hausse des salaires des agents de santé³⁷.

Figure 3 : Dépenses publiques de santé par tête avant Ebola en pourcentage des dépenses publiques totales



La figure 3 illustre des dépenses publiques de santé insuffisantes, par rapport à l'objectif adopté lors de la conférence d'Abuja, qui consiste à investir 15 % du budget public dans la santé³⁸. Seul le Liberia a atteint cet objectif et il reste pourtant bien en deçà du seuil de 86 dollars par tête et par an, qui correspond à la dernière estimation du financement public minimal nécessaire pour garantir l'universalité des soins de santé primaires³⁹.

3 COMMENT METTRE EN PLACE DES SYSTÈMES DE SANTÉ RÉSILIENTS

La flambée d'Ebola s'est avérée un « test d'effort » portant sur la résilience des systèmes de santé dans les pays concernés. Un système de santé résilient est défini comme étant « en mesure d'absorber le choc d'une urgence comme Ebola et, parallèlement, de continuer à offrir des services de santé réguliers, tout en permettant le fonctionnement normal d'autres secteurs nationaux »⁴⁰.

Des systèmes résilients reposent sur six composantes indispensables :

- un nombre adapté d'agents de santé formés, notamment du personnel non clinicien et des agents de santé communautaire ;
- du matériel médical, notamment des médicaments, des outils diagnostiques et des vaccins ;
- des systèmes d'informations de santé robustes, notamment la surveillance ;
- un nombre adapté d'installations de santé bien équipées (infrastructure), notamment un accès à de l'eau propre et à des installations d'assainissement ;
- un financement adapté ;
- un secteur public solide pour assurer des services équitables de qualité.

Ces six composantes sont à la base d'un système de santé résilient. Les politiques de financement de la santé déterminent les caractéristiques des usagers des services : en effet, des services de santé chers et dispensés par le secteur privé excluent la majorité de la population. Pour les femmes, le fardeau des soins reste excessivement lourd et elles tendent à se faire soigner plus tard si elles doivent payer à ces fins⁴¹. La crise liée à Ebola a également mis en lumière l'importance de la participation des communautés à la promotion et au maintien de la santé publique.

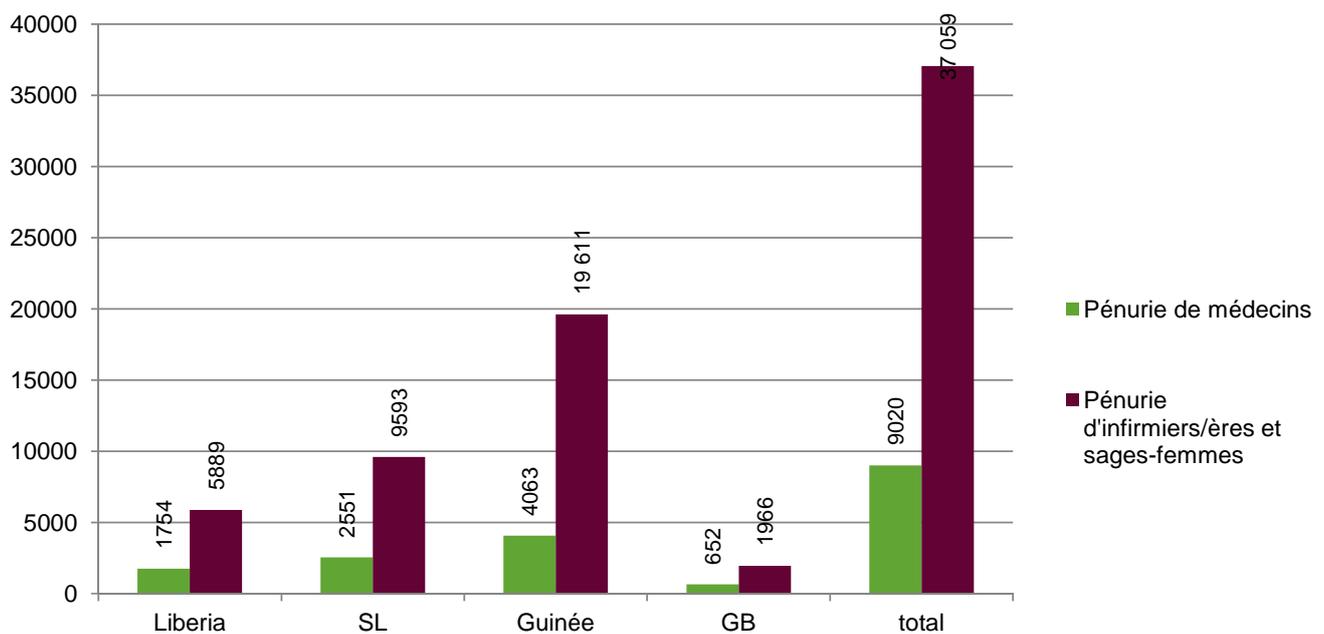
Un nombre adapté d'agents de santé formés

Au plus fort de la crise liée à Ebola, les organisations internationales recrutaient des médecins, des infirmiers/ères, des épidémiologistes, des hygiénistes, des agents de mobilisation communautaire, des logisticiennes et des responsables de programme. Cette phase de recrutement massif a mis en avant les pénuries déplorées dans de nombreuses catégories d'agents de santé. Ebola a aggravé le déficit de professionnel-le-s de santé dans les trois pays les plus touchés, où, au 1^{er} mars 2015, 492 professionnel-le-s médicaux étaient mort-e-s de la maladie⁴³.

« De nombreux infirmiers et infirmières sont mort-e-s. Il est temps que le gouvernement en forme plus. »

Bernadette Samura, agent de santé communautaire bénévole à Pamarankoh, en Sierra Leone⁴²

Figure 4 : Pénurie estimée de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes au Liberia, en Sierra Leone, en Guinée et en Guinée-Bissau (voir les calculs en annexe 1)

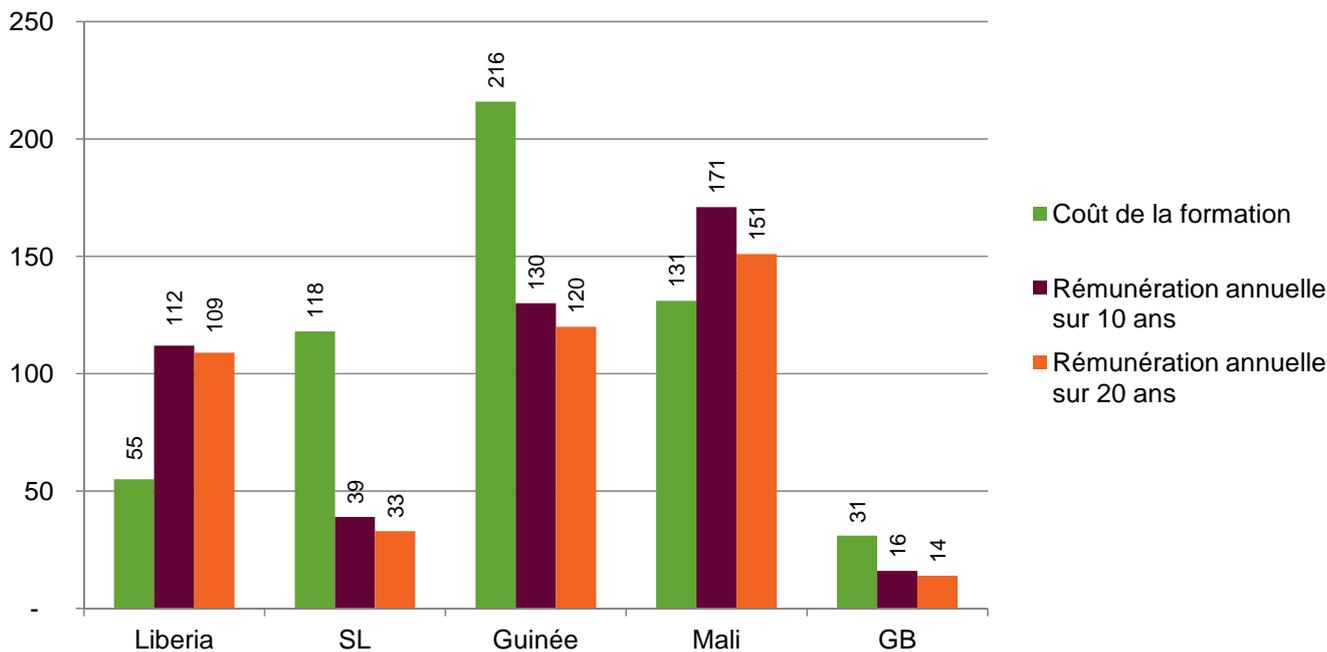


Remarque : estimations d'Oxfam, sur la base de la norme minimale de 2,3 médecins, infirmiers/ères et sages-femmes pour 1 000 personnes stipulée par l'OMS⁴⁴.

Les bas salaires et les paiements tardifs poussent souvent les agents de santé à exiger des dépenses de santé directes pour des services qui devraient être assurés gratuitement. Dans un établissement hospitalier de Sierra Leone, les paiements risqués promis et non honorés ont déclenché un mouvement de grève des employé-e-s, même pendant la flambée d'Ebola⁴⁵.

D'après les calculs d'Oxfam, le Liberia, la Sierra Leone, la Guinée et la Guinée-Bissau (un pays à haut risque d'Ebola) auraient besoin de 420 millions de dollars pour financer la longue formation des 9 020 médecins et 37 059 infirmiers/ères et sages-femmes nécessaires. Une fois ces professionnel-le-s formé-e-s, 297 millions de dollars par an seraient nécessaires pour les rémunérer pendant dix ans⁴⁶. Les investissements à long terme sont plus efficaces, car ils réduisent les coûts au fil du temps et garantissent la fidélisation d'un nombre suffisant d'agents bien formés.

Figure 5 : Coût estimé de la formation et de la rémunération annuelle (pendant 10 et 20 ans) pour combler la pénurie de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes (en millions de dollars)



Remarque : estimations d'Oxfam. Voir la méthodologie en annexe 1.

La planification et la formation des agents de santé doivent correspondre aux besoins en santé nationaux et communautaires. Des enseignements utiles peuvent être tirés de la distribution du traitement contre le VIH, en ce qui concerne la délégation des tâches des médecins aux infirmiers/ères et autres agents de santé⁴⁷.

Par exemple, en Sierra Leone, environ 2 000 agents de santé ont été formés à la détection et au signalement des cas d'Ebola. Ils ont joué un rôle critique, mais tandis que la flambée recule, ils reprennent leur rôle d'origine, qui était limité au paludisme⁴⁸. Le Liberia a fait appel à des milliers de bénévoles en santé communautaire, motivé-e-s par la responsabilité qui leur a été confiée en matière de mobilisation sociale, d'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola et de suivi de leur état de santé, de surveillance, de soutien psychosocial, de prise en charge des cas cliniques et de promotion des inhumations dignes et sans danger. Les agents de santé communautaire et les bénévoles ont joué un rôle clé dans la réponse à la flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest et doivent être intégré-e-s plus étroitement aux systèmes de santé à l'avenir.

Des médicaments disponibles et abordables

L'absence de vaccins et de médicaments efficaces a accentué la flambée d'Ebola, ce qui met en évidence deux problèmes distincts : les règles internationales qui régissent la recherche et le développement (R&D) et des capacités nationales insuffisantes en matière de gestion de l'approvisionnement en médicaments.

Les règles internationales qui régissent la recherche et le développement

Le système de recherche existant ne sert pas bien les intérêts de la santé publique, car il dépend de mesures d'incitation sur les marchés qui biaisent les projets R&D en faveur de produits permettant d'optimiser les bénéfices des laboratoires pharmaceutiques. Ces derniers détiennent des monopoles sur des produits, en vertu de règles de propriété intellectuelle (PI) qui leur permettent de fixer les prix des nouveaux médicaments.

Par exemple, même si les vaccins et médicaments actuellement testés ont été développés grâce à des financements publics, la manière dont les laboratoires pharmaceutiques définiront le prix de ces produits reste floue. Gavi, l'Alliance du Vaccin, a attribué une enveloppe de 300 millions de dollars à l'achat de vaccins contre Ebola, mais n'a pas précisé le prix qu'elle était prête à payer pour ces derniers⁵⁰.

On plaide en faveur d'un traité de R&D international qui promeuve un financement public et novateur des besoins en santé publique prioritaires et sépare le financement du prix final des médicaments.

Des chaînes d'approvisionnement en médicaments nationales

Bien qu'aucun vaccin ou médicament ne soit actuellement disponible pour prévenir ou traiter Ebola, des traitements « symptomatiques » peuvent sauver des vies. Toutefois, la logistique des chaînes d'approvisionnement en médicaments constitue le maillon faible de la plupart des systèmes de santé africains. Les centres médicaux et hôpitaux souffrent d'un approvisionnement irrégulier et inadapté en médicaments dont ils ont besoin. Il est donc primordial que les gouvernements, aidés des bailleurs de fonds, améliorent les fonctions réglementaires et d'approvisionnement, ainsi que la distribution du matériel médical.

Des systèmes d'informations de santé robustes

Comme pour d'autres aspects des systèmes de santé des pays touchés par le virus, la crise liée à Ebola a mis en évidence le manque de capacités de surveillance. Les systèmes d'informations de santé fournissent les données nécessaires pour la planification, pour l'affectation des ressources, ainsi que pour la surveillance et l'évaluation des politiques et programmes de santé. Leur efficacité dépend du recueil, de la compilation, de l'analyse et de la diffusion efficaces des données.

La surveillance dépend du recueil des données par des agents de santé formés et motivés, ainsi que de la confiance et de la coopération des communautés. Dans la plupart des cas, les peurs et la méfiance des communautés ont limité le nombre de signalements de cas d'Ebola ou ont poussé les personnes malades à éviter de contacter les services de santé⁵¹. Étant donnée son utilisation croissante dans les pays touchés, la

« Une industrie pharmaceutique à but lucratif n'investit pas dans les produits destinés aux marchés qui n'ont pas beaucoup de moyens. »

Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS⁴⁹

technologie mobile pourrait être utilisée pour recueillir des données et diffuser des informations⁵².

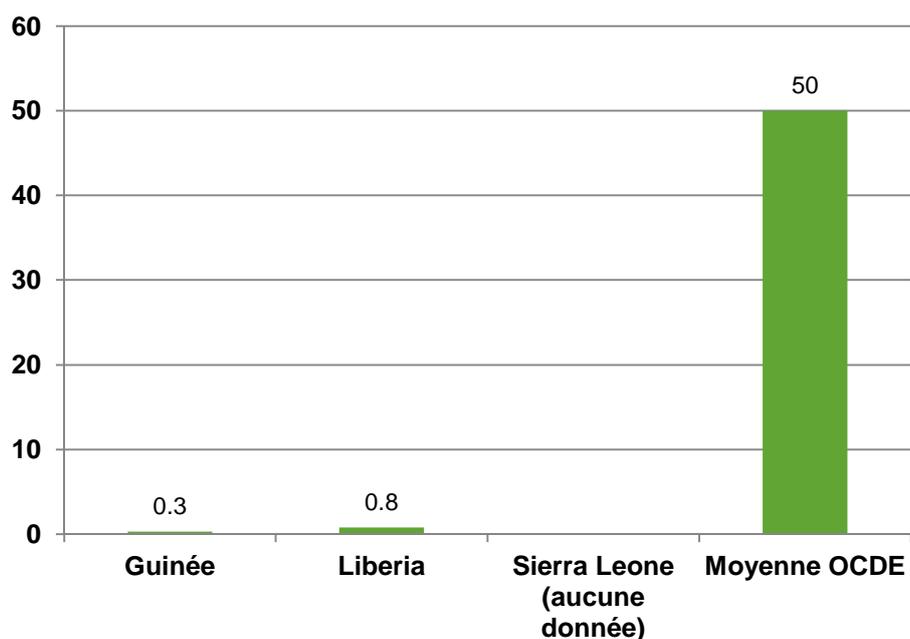
Les gouvernements doivent tirer profit des connaissances et de l'expérience gagnées, particulièrement par les agents de santé, pour améliorer les données de santé en général et pour établir une surveillance d'Ebola et d'autres maladies, comme la rougeole, la méningite et la fièvre de Lassa.

Un nombre adapté d'installations de santé (infrastructure)

La pénurie d'installations de santé bien équipées a contribué au retard de la mise en place du contrôle de la flambée d'Ebola. L'accès géographique à des centres médicaux qui fonctionnent bien et qui assurent des services de qualité est essentiel pour la santé des communautés, tout particulièrement dans les zones rurales et isolées. Ces centres doivent également être équipés d'installations d'eau potable et d'assainissement. Les dispensaires communautaires peuvent servir de centres d'activités de promotion de comportements sains, comme de bonnes pratiques d'hygiène, ainsi que de centres de surveillance de la maladie et d'éducation des communautés lors d'une flambée.

Toutefois, pour assurer des soins de qualité et inspirer confiance, ces installations rurales doivent être en relation avec des centres recevant sur adressage fonctionnels. Pourtant, le nombre et la densité actuels d'installations de santé ne suffisent pas à assurer des soins de base, encore moins à répondre à des besoins plus complexes ou à faire face à des flambées de maladie.

Figure 6 : Lits d'hôpital pour 1 000 personnes, 2006-12⁵³



Les partenaires du développement doivent aider les pays à planifier, à financer et à fonder des dispensaires et des hôpitaux de district qui servent les besoins en santé et établissent des relations avec les centres recevant sur adressage. De l'eau propre, des installations d'assainissement et la promotion de l'hygiène doivent être explicitement incluses dans les plans.

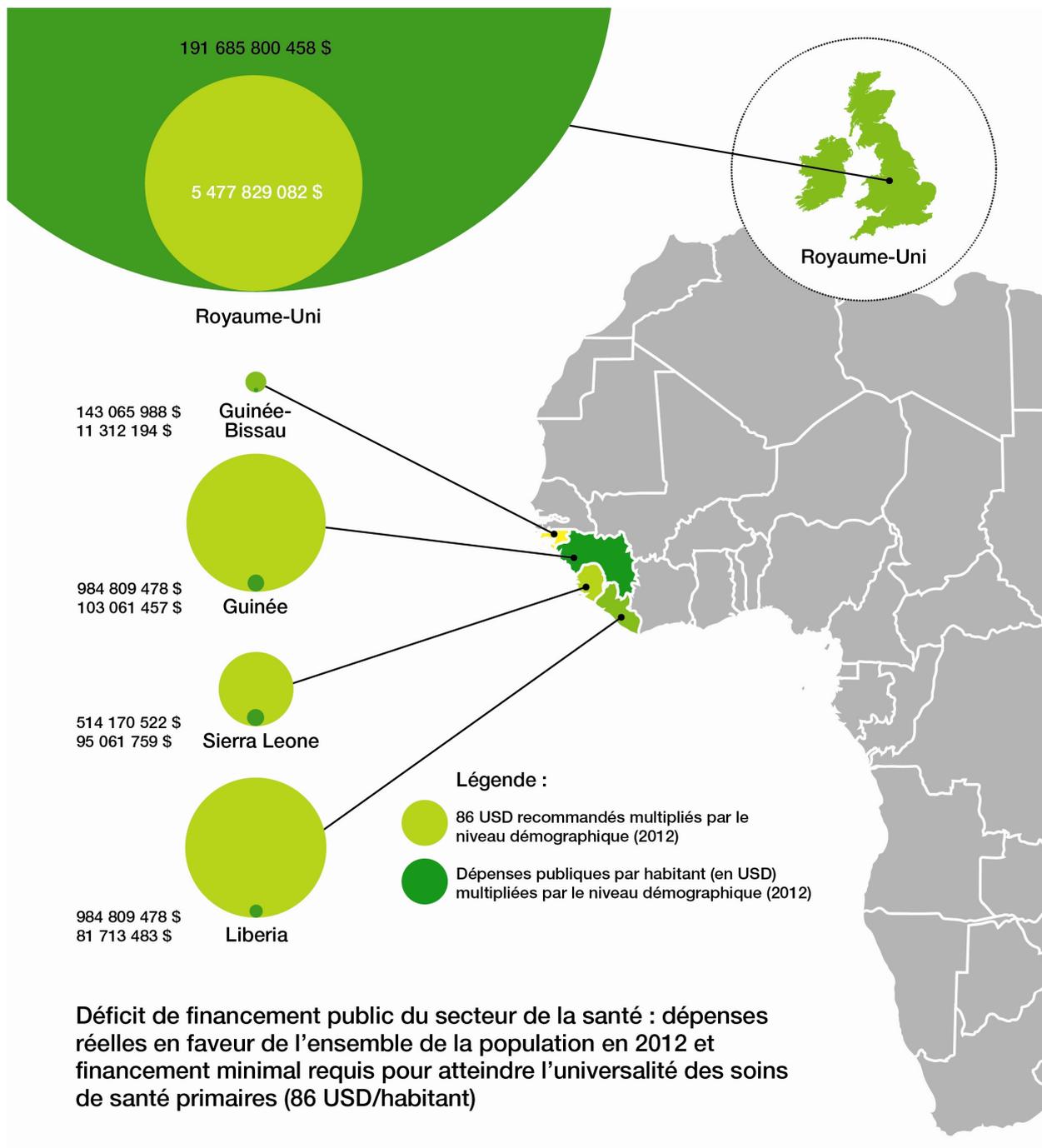
Un financement adapté

Avant Ebola, les dépenses publiques de santé faibles étaient reflétées par de fortes dépenses de santé directes. Ces dernières représentaient 35 % des dépenses de santé au Liberia, près de 65 % en Guinée et 76 % en Sierra Leone⁵⁴.

Avec le temps, la mise en place de systèmes de santé résilients nécessitera l'augmentation des affectations budgétaires nationales, avec le comblement des déficits par les bailleurs de fonds. En se basant sur le chiffre de 86 dollars par tête⁵⁵ (financement minimal nécessaire pour garantir l'universalité des soins de santé primaires), Oxfam a estimé le financement total nécessaire pour les populations des pays d'Afrique de l'Ouest les plus touchés par Ebola, comme l'illustre la figure 7.

Le déficit de financement annuel qui doit être comblé pour atteindre l'universalité des soins de santé primaires est d'environ 419 millions de dollars pour la Sierra Leone, de 279 millions de dollars pour le Liberia, de 882 millions de dollars pour la Guinée et de 132 millions de dollars pour la Guinée-Bissau.

Figure 7 : Carte illustrant le déficit de financement au Liberia, en Sierra Leone, en Guinée, en Guinée-Bissau par rapport au Royaume-Uni



Remarque : ce calcul est fondé sur les dépenses publiques et le niveau démographique de 2012 et les dépenses estimées pour la même population si les dépenses par tête sont accrues de manière à atteindre 86 dollars par tête (voir annexe 1).

Cependant, les décisions de financement des soins de santé peuvent se solder par la réduction ou l'accroissement des inégalités. L'impact du paiement des services par les usagers a été résumé par Jim Yong Kim, président de la Banque mondiale :

« Tous ceux qui ont dispensé des soins de santé aux pauvres savent que les frais à leur charge, aussi modestes soient-ils, peuvent les décourager de faire appel aux services dont ils ont besoin. C'est à la fois injuste et inutile. Les pays peuvent remplacer les services payants par diverses formes de financement durable qui ne risquent pas de placer les pauvres dans un dilemme potentiellement mortel. L'élimination de la tarification des services, ou une forte réduction des tarifs, est un élément commun de tous les pays qui ont atteint la couverture santé universelle. »

Jim Yong Kim, allocution « Pauvreté, santé et avenir de l'humanité », 2013⁵⁶

Par ailleurs, la plupart des médicaments et du matériel chirurgical à la charge des usagers doivent être achetés dans des pharmacies privées, ce qui majore le coût des soins de santé pour les particuliers. Le fait de devoir payer, quel que soit le mode de paiement choisi, décourage les personnes vivant dans la pauvreté d'accéder aux services de santé et les contraint à se tourner vers la solution la moins chère possible. Cette situation les pousse souvent à avoir recours à des prestataires privés sans qualification et échappant aux réglementations, comme des colporteurs de médicaments, ou à se passer de soins. Dans ses écrits au sujet de la couverture universelle de santé, le professeur Amartya Sen, lauréat du prix Nobel d'économie, souligne ce qui suit :

Toutes les secondes, trois personnes des pays en développement plongent dans la pauvreté en raison des coûts des soins de santé⁵⁷.

« Étant données les inégalités marquées en matière de distribution des revenus dans de nombreuses économies, il peut s'avérer considérablement inefficace et injuste de conditionner l'intégralité de la distribution des soins de santé à la capacité des personnes concernées à acheter des services médicaux. La couverture universelle de santé peut non seulement apporter une plus grande équité, mais également de véritables progrès sanitaires pour la nation, car l'éradication de la plupart des maladies les plus facilement guérissables et la prévention de malaises faciles à éviter sont compromises en cas d'adoption d'un système de dépenses de santé directes, en raison de l'incapacité des personnes pauvres à payer des soins (même les plus élémentaires) et à consulter un professionnel de santé. »⁵⁸

Par conséquent, les pays touchés par Ebola doivent poursuivre leur politique de gratuité des services, mise en œuvre avant la crise liée à Ebola, et ne plus la restreindre uniquement aux femmes enceintes et aux enfants.

Afin de financer les soins de santé, certains pays utilisent un **système mixte d'assurance sociale et de recettes fiscales** pour garantir l'universalité de la couverture de santé. Toutefois, ne fournir des services qu'aux personnes en mesure de les payer ou couvertes par un régime d'assurance maladie ne contribue pas à la protection de la santé publique, sauf si toutes les autres personnes sont également couvertes.

Le financement par l'impôt est le système le plus équitable et le plus durable pour mobiliser et distribuer, de manière juste, le financement des soins de santé à l'ensemble de la population. Il est possible de financer les soins de santé à partir des recettes fiscales, mais de nombreux pays n'ont pas recours aux revenus fiscaux potentiels qui pourraient venir gonfler le portefeuille qu'ils consacrent au financement de la santé. Les pays en développement n'atteignent que 15 à 20 % du ratio recettes fiscales-PIB au maximum, contre une moyenne de 34 % pour les pays de l'OCDE⁶⁰.

Oxfam estime que si les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, à l'exception de la Chine, comblaient tout juste la moitié de leur déficit en matière de recettes fiscales, ils empocheraient près de mille milliards de dollars au total⁶¹. Même les pays les plus pauvres peuvent accroître leurs recettes fiscales nationales en faveur de la santé, grâce à des mesures comme l'augmentation progressive des impôts prélevés auprès des contribuables fortunés et des entreprises à hauts revenus. Le scandale ayant récemment impliqué des banques suisses a révélé que 58 personnes basées au Liberia avaient dissimulé 288 millions de dollars dans des comptes secrets hébergés par la filiale suisse de HSBC, aux dépens du ministère des Finances libérien⁶². D'après les estimations d'Oxfam, au moins 18 500 milliards de dollars sont cachés par de riches particuliers dans des paradis fiscaux⁶³.

L'évasion fiscale des grandes entreprises et les allègements fiscaux dont elles bénéficient de la part des États coûtent environ 100 milliards de dollars par an aux pays en développement⁶⁴. En 2012, les mesures d'incitation fiscale adoptées pour six entreprises étrangères en Sierra Leone ont été estimées à huit fois le montant du budget santé national⁶⁵.

Les règles fiscales internationales doivent être réformées pour empêcher l'évasion fiscale, mettre fin à la concurrence néfaste des paradis fiscaux et empêcher les pays de baisser les impôts de manière concurrentielle pour attirer les investissements directs étrangers⁶⁶.

Un secteur public solide pour assurer des services équitables de qualité

Le financement des soins de santé est étroitement lié à la manière dont les services sont dispensés, à savoir par des prestataires publics, privés ou à but non lucratif, voire par une combinaison de ceux-ci. Les prestataires privés incluent les hôpitaux cinq étoiles autant que les colporteurs de médicaments qui sillonnent les rues. Lorsque les gens ne peuvent pas prétendre à des soins de santé de qualité, ils ont recours à

En 2012, les mesures d'incitation fiscale adoptées pour six entreprises étrangères en Sierra Leone ont été estimées à huit fois le montant du budget santé national⁶⁵.

des services privés bon marché qui sont, dans la plupart des cas, non qualifiés et non réglementés.

Les intérêts en place peuvent aller à l'encontre des améliorations prévues en matière de soins de santé publics. En Afrique du Sud, par exemple, des compagnies d'assurance privées ont été accusées de faire pression contre un nouveau régime d'assurance maladie nationale qui promet la prestation des soins de santé essentiels pour toutes et tous⁶⁷.

Les énormes différences de qualité des services de santé dans un système à deux vitesses exposent la résilience globale de ces derniers à un risque important. Lorsque des personnes vivant dans la pauvreté paient directement des services de mauvaise qualité, voire dangereux, dispensés par le secteur privé et informel de la santé, elles perdent sur tous les tableaux. Pourtant, les questions relatives à la sécurité ne se limitent pas aux revendeurs de médicaments à la sauvette ou aux petites boutiques non homologuées. La recherche de bénéfices qui caractérise le secteur privé peut entraîner une consommation excessive de médicaments dans le cadre d'interventions médicales, même lorsqu'elle est dangereuse. En 2012, par exemple, on a signalé que des milliers d'Indiennes subissaient une hystérectomie inutile, pratiquée par des médecins du secteur privé mus par l'appât du gain⁶⁸.

Les partenariats publics-privés (PPP) sont souvent dépeints comme fournissant le meilleur des secteurs public et privé de la santé. Toutefois, il a été démontré au Lesotho qu'une entreprise née d'un PPP qui a évolué et est à présent à la tête d'un nouvel hôpital à Maseru, la capitale, a profondément sapé le système de santé du pays. Cet établissement, fruit du PPP, devait dispenser plus efficacement des services de grande qualité, mais Oxfam a découvert qu'il absorbait, en 2014, 51 % de la totalité du budget de santé publique⁶⁹. Bien que ce fardeau financier ait sérieusement vidé les coffres publics, l'investissement initial des actionnaires privés devait générer un taux de rendement sur capitaux propres de 25 %⁷⁰.

Là où les systèmes publics n'ont pas été en mesure d'assurer des services de santé résilients dans les pays touchés par Ebola, les prestataires privés ont également échoué. Se pose alors la question suivante : où investir le peu de ressources disponibles pour mettre en place des systèmes de santé résilients ? Même si l'approvisionnement public a historiquement souffert d'un sous-investissement chronique et fait actuellement l'objet de préoccupations liées à la qualité des services, des éléments probants démontrent qu'il reste le modèle de prestation de services de santé le plus efficace et le plus équitable pour toutes et tous. En Asie, tous les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire ayant réussi à mettre en place un accès universel (ou presque) aux soins de santé dépendent uniquement ou principalement des prestations d'un secteur public financé par l'impôt⁷¹.

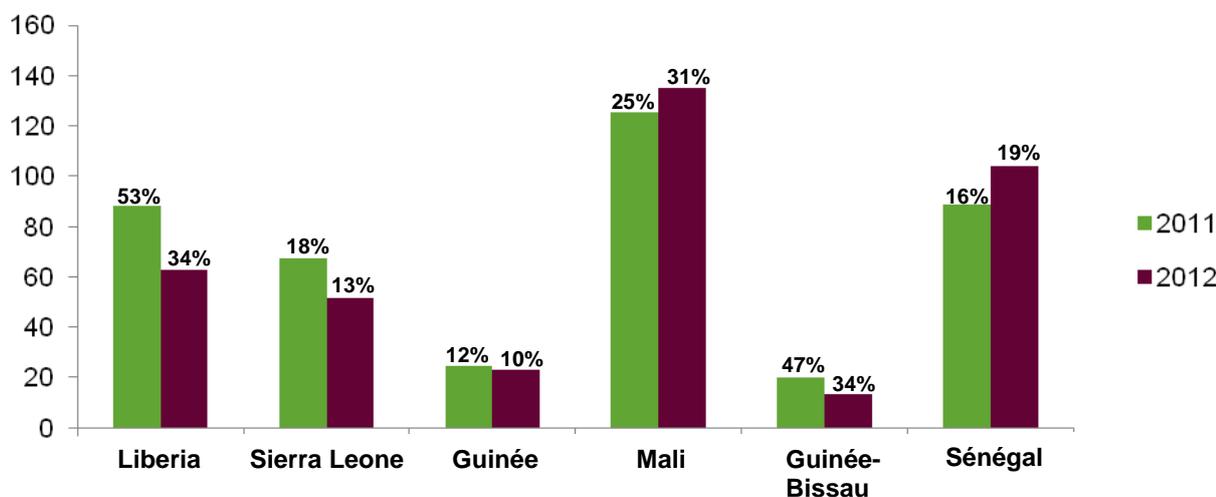
4 INVESTIR DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN TANT QUE BIEN PUBLIC INTERNATIONAL

La crise liée à Ebola a mis en avant une nouvelle réalité en ce qui concerne la manière dont le monde considère les systèmes de santé et la relation entre bailleurs de fonds et bénéficiaires.

Traditionnellement, les décisions de financement des bailleurs de fonds sont influencées par les secteurs auxquels ils accordent la priorité, leur relation avec les pays bénéficiaires et leur idéologie en matière de développement. Ces facteurs influent sur leurs décisions relatives au niveau et à la prévisibilité du financement, à sa durée (à court terme — de un à trois ans — ou à plus long terme), à ses modalités (soutien budgétaire dans le secteur ou financement de projets) et aux politiques connexes (p. ex., promotion des services de santé privés).

La figure 8 illustre l'importance du soutien financier accordé par les bailleurs de fonds aux dépenses de santé nationales dans six pays d'Afrique de l'Ouest. Les chiffres indiqués couvrent à la fois l'aide bilatérale et l'aide multilatérale, notamment les ressources qui ciblent des maladies spécifiques plutôt que le système de santé dans son ensemble. Il est alarmant de constater que le financement assuré par des bailleurs de fonds dans les trois pays les plus touchés par Ebola a diminué ces dernières années et que, même après l'épidémie, ils ne se sont pas encore engagés à aider ces pays à restaurer leurs services de santé.

Figure 8 : Contribution des bailleurs de fonds aux services de santé de six pays touchés (en millions de dollars)



Remarque : le pourcentage représente la contribution des bailleurs de fonds aux dépenses de santé totales. Source : Base de données des cycles de planification nationaux de l'OMS (en anglais)⁷³.

« Mes espoirs ? Je prie pour que la communauté internationale n'arrête pas de venir au Liberia. Elle devrait continuer à aider le gouvernement à faire du Liberia un endroit meilleur pour l'avenir de nos enfants. »

Jacob Myers, dans le centre de New Kru Town, au Liberia⁷²

La crise liée à Ebola a donné une nouvelle dimension à la réflexion portant sur le financement des soins de santé à l'échelle internationale et a prouvé que, pour mettre un terme à la propagation de l'infection, il était nécessaire de l'endiguer dans les pays les plus directement touchés. Les futurs plans de prévention pourraient tirer parti du déploiement rapide de ressources financières et humaines en mettant en place des mécanismes de financement internationaux et en fondant un corps mondial des professionnel-le-s médicaux/ales et de la santé. Cependant, la mise en œuvre d'une mesure d'urgence internationale est inefficace en l'absence d'un engagement mondial en matière d'investissements dans les capacités des systèmes de santé locaux.

Des systèmes de santé résilients sont essentiels à la réduction des inégalités entre les différents pays et en leur sein. Un accès inadapté aux soins de santé aggrave les problèmes de santé des personnes vivant dans la pauvreté et les empêche de contribuer à la croissance économique et d'en bénéficier. Par ailleurs, le fait de devoir payer les soins de santé accroît le fardeau financier qui repose sur leurs épaules et les plonge encore davantage dans la pauvreté, surtout les femmes. Outre une meilleure santé, des services de santé publics et gratuits ont pour effet de mettre plus d'argent dans la poche des personnes vivant dans la pauvreté, ce qui allège un de leurs fardeaux financiers et finit par réduire les inégalités.

La définition de « bien public international » allie la notion de non-exclusion (quiconque souhaite accéder au bien ne doit pas en être exclu) et celle de non-rivalité (la consommation du bien par quelqu'un n'empêche pas la consommation de ce même bien par autrui)⁷⁴. Les interventions comme les vaccinations infantiles de base sont considérées comme un bien public nécessaire et sont assurées par les États⁷⁵. Considérer les investissements dans des systèmes de santé résilients comme un bien public international défierait les relations historiques entre bailleurs de fonds et bénéficiaires et transformerait l'« aide » en une contribution mutuellement bénéfique pour toutes et tous. Au lieu de se concentrer sur un programme ou sur une politique donnés, l'« aide » versée par des bailleurs de fonds à un pays devient une contribution au financement d'un système de santé résilient dans ledit pays, au bénéfice de ses citoyen-ne-s et des personnes vivant hors de ses frontières.

5 APPRENDRE DES PAYS QUI ONT RÉUSSI À CONTRÔLER EBOLA

Les expériences liées aux différentes flambées qui sont survenues dans des pays comme l'Ouganda, la RDC, le Sénégal et le Nigéria mettent en évidence l'importance de plusieurs facteurs dans la prévention de la propagation d'Ebola. Toutefois, des recherches approfondies sont nécessaires pour étudier leur valeur relative dans le cadre de la préparation à de futures flambées. Certains de ces facteurs sont présentés ci-dessous.

Le rôle des systèmes de santé

Lors de la flambée survenue dans le pays en 2000, le système de santé **ougandais** a réagi rapidement en mettant en place une surveillance efficace, des systèmes de prise en charge des cas cliniques et une application stricte des mesures de contrôle de l'infection⁷⁷. Le ministère de la Santé a formé des agents de santé et éduqué le grand public aux symptômes d'Ebola. Depuis lors, chaque flambée survenue dans le pays a été moins forte que la précédente⁷⁸.

Il y a 20 ans, une flambée en **RDC** a mis en avant les faiblesses du secteur de la santé et des équipes internationales ont dû prendre les choses en main pour en combler les lacunes⁷⁹. Six flambées ont suivi et le pays a désormais acquis une expertise certaine dans la prise en charge d'Ebola.

Lorsque la flambée survenue en 2014 en RDC a été signalée aux responsables sanitaires basé-e-s à Kinshasa, la réponse a été rapide. Une équipe expérimentée a été constituée, sous la direction du premier médecin en charge lors de la première flambée d'Ebola et grâce à qui plus de dix flambées antérieures ont été endiguées en RDC et en Ouganda. Une réponse robuste a mis un terme à la flambée rurale avant qu'elle ne puisse se propager dans les principales zones urbaines et traverser les frontières internationales.

Le **Nigéria** a tiré parti de son expérience en matière d'utilisation d'un système de gestion des incidents contre la polio. Le pays a rapidement transformé le centre des opérations d'urgence en un centre de réponse, permettant ainsi de limiter la propagation du virus à deux villes seulement, et l'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola, ainsi que le suivi de leur état de santé se sont avérés efficaces à 100 %⁸⁰. Le ministère de la Santé a diffusé des dizaines de milliers de textes détaillant les symptômes, les mesures de protection et les numéros d'urgence à contacter pour se faire soigner⁸¹.

« Il est [...] peu probable que l'évolution de cette épidémie puisse être attribuée aux caractéristiques biologiques du virus. Il s'agit plus certainement du résultat de la combinaison de systèmes de santé dysfonctionnels, de l'indifférence internationale, de la grande mobilité des populations, des traditions locales, des capitales à haute densité et d'un manque de confiance à l'égard des autorités après des années de conflit armé. »

J. J. Farrar et P. Piot (2014)⁷⁶

Participation des communautés et gouvernance

L'expérience met en lumière le rôle essentiel d'un solide *leadership* politique dans la définition des priorités, la mise en œuvre rapide de plans d'action, la diffusion en temps voulu d'informations précises et l'implication auprès des communautés. Ces mesures sont importantes pour renforcer la confiance entre les gouvernements, les systèmes de santé et les communautés qu'ils servent, afin de contrôler les flambées.

« Je sais à présent que l'adhésion des gens, la participation des communautés, est plus efficace dans des cas comme celui-ci. Je pense que cette expérience restera gravée dans le marbre. »

Ellen Johnson Sirleaf, présidente du Liberia⁸²

Au Liberia, en Guinée et en Sierra Leone, un manque de confiance de la part des communautés, allié à d'effrayants messages au sujet d'Ebola, a compliqué le contrôle de la flambée. Les gens avaient peur de fréquenter les établissements médicaux pour s'y faire diagnostiquer et traiter ou de signaler les cas d'Ebola aux autorités. Cette méfiance a atteint un niveau terrifiant dans un cas, dans le sud de la Guinée, où des villageois ont tué un groupe d'agents de santé et caché leurs corps⁸³. On a également déploré, en Sierra Leone, l'attaque d'une équipe de fossoyeurs lors d'un autre incident⁸⁴. Toutefois, le travail intensif mené au sein des communautés a permis la modification de certaines pratiques d'inhumation ancestrales en seulement quelques mois.

En **Ouganda**, le ministère de la Santé a conclu des partenariats avec des acteurs locaux, notamment des ONG, et a rapidement mobilisé les communautés pour diffuser des informations. Même dans le nord du pays, ravagé par des conflits, les rebelles anti-gouvernement ont mis fin aux combats et ont soutenu les efforts de lutte contre Ebola⁸⁵. En RDC, l'État a impliqué les communautés par l'intermédiaire des dirigeants traditionnels, religieux et communautaires pour diffuser des messages de sensibilisation auprès du grand public⁸⁶.

Dans le cadre de la réponse, il était également essentiel de réagir rapidement. Les autorités **nigériennes** ont promptement redéployé des ressources de la campagne nationale d'éradication de la polio pour contrôler Ebola⁸⁷. Les ressources financières ont été exploitées avec brio, à l'échelle locale comme à l'échelle internationale, grâce à la coordination assurée par le gouvernement⁸⁸. Il est cependant important de souligner que l'histoire aurait pu être différente au Nigéria si Ebola avait tout d'abord frappé le nord du pays, où l'anarchie et les conflits persistent, ou dans d'autres régions, où les services de santé sont inadaptés.

Questions démographiques

Les questions démographiques jouent un rôle important dans la propagation d'Ebola. Auparavant, la plupart des flambées d'Ebola sont survenues dans des régions isolées et faiblement peuplées d'Afrique

centrale, où les responsables ont pu mettre en quarantaine les personnes infectées dans leur village⁸⁹. Par ailleurs, le nombre de contacts humains était limité en raison de la faible densité de population de ces régions, dépourvues de transports en commun ou ne disposant que de rares liaisons⁹⁰.

L'épidémie qui sévit actuellement en Afrique de l'Ouest était différente, car, si les flambées sont survenues dans des zones rurales, la maladie s'est propagée rapidement en raison de la mobilité de la population⁹¹. Par le jeu des relations familiales et amicales, les groupes ethniques sont présents dans les trois pays touchés.

Les communautés isolées ont permis l'endiguement de la maladie en RDC et en Ouganda. Parallèlement, toutefois, ces communautés sont moins susceptibles d'avoir accès à des informations à jour ou de se rendre dans un établissement médical pour y être diagnostiquées et soignées. Vivre dans une zone isolée permet, en outre, aux personnes effrayées de fuir dans la brousse, loin des agents chargé-e-s de l'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola et du suivi de leur état de santé⁹².

Le recours aux médias

Le **Nigéria** est un bon exemple de déploiement de campagnes de sensibilisation par le biais de conférences de presse et de numéros d'appel d'urgence. Les particuliers ont également utilisé les réseaux sociaux pour informer le monde entier au sujet d'Ebola et en savoir plus à propos du virus⁹³.

En **Ouganda**, le ministère de la Santé a formé des journalistes à communiquer en toute sécurité sur la maladie, ce qui a permis d'informer la population de manière rapide et régulière⁹⁴. La culture politique ouverte adoptée par le pays pour le VIH a été transposée à la flambée d'Ebola⁹⁵. Toutefois, les différents pays ont également dû travailler dur pour freiner le flux d'informations erronées⁹⁶.

Une réponse internationale opportune

Malgré différents niveaux de préparation et mesures, tous les pays touchés ont eu besoin d'un soutien international rapide, coordonné et efficace. Il était essentiel de déployer une réponse internationale efficace pour appuyer les efforts nationaux d'endiguement des flambées en **Ouganda** et en **RDC**⁹⁷.

Le **Nigéria** et le **Sénégal** ont pu rapidement tirer parti de l'aide humanitaire, car leurs partenaires du développement étaient déjà conscients des risques et de l'importance de l'aide à apporter. Pendant l'épidémie actuelle, la lenteur des organisations internationales à répondre, tout particulièrement l'OMS (qui a trop tardivement décrété qu'Ebola était une urgence internationale) a été critiquée⁹⁸.

En somme, l'histoire des flambées d'Ebola met en avant l'importance de la préparation nationale et internationale et des interventions rapides,

d'un *leadership* politique solide, de l'établissement de relations de confiance avec les communautés et du recours efficace aux médias. Des systèmes de santé résilients qui continuent de fournir des services de santé aux populations, tout en endiguant les épidémies, quelles qu'elles soient, constituent la base indispensable à une réponse efficace.

6 CONCLUSIONS ET RE-COMMANDATIONS

On sait depuis longtemps que les systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne et d'autres pays en développement sont dysfonctionnels, mais il aura fallu la menace d'une pandémie mondiale pour en mettre en évidence les lacunes. La reconstruction des systèmes de santé après Ebola dans les pays touchés nous permet de tirer des enseignements et d'agir en conséquence, notamment en intégrant la surveillance. La pénurie d'agents de santé bien formés mise en lumière par la crise liée à Ebola devrait débloquer des investissements urgents et la mise en œuvre de plans de formation et de fidélisation d'un nombre adapté de professionnel-le-s de santé. De même, la mort de plus de 10 500 personnes tuées par le virus doit pousser les décideurs à investir à long terme dans la conception de services de santé résilients et considérés comme constituant un bien public international, dans un pays, puis l'autre.

La priorité doit être accordée aux investissements dans des systèmes de santé financés par les deniers publics, dispensés par l'État et gratuits au point d'utilisation, afin de garantir l'universalité de la couverture de santé et de veiller à ce que les différents pays soient en mesure de répondre aux futures flambées de maladie. La sécurité internationale est menacée par la propagation rapide des maladies infectieuses, tout particulièrement d'origine animale, lorsqu'il est impossible de les prédire et de s'y préparer entièrement. Bien que les futurs plans de prévention pourraient tirer parti des mécanismes de financement internationaux et de la fondation d'un corps mondial des professionnel-le-s médicaux/ales et de la santé, ce type de mesures d'urgence internationale risque de ne pas être efficace en l'absence d'un engagement mondial en matière d'investissements dans les capacités des systèmes de santé mondiaux. Des systèmes de santé résilients jettent les bases nécessaires pour agir en cas de flambée. Par ailleurs, les services de santé gratuits existants mettent de l'argent dans la poche des personnes vivant dans la pauvreté, en leur permettant de jouir d'une santé suffisamment bonne pour contribuer à la croissance économique et en bénéficier. Les investissements dans les systèmes de santé représentent donc un outil efficace pour réduire les inégalités et l'insécurité.

Il est indispensable de mettre en place des systèmes de santé efficaces, efficaces, équitables et complets : ils ne peuvent pas fonctionner correctement en l'absence de certaines composantes, même si d'autres progressent.

« Ma plus grande peur, c'est que le secteur de la santé ne s'améliore pas. »

George Caulae de la communauté de Fundaye, à New Kru Town, au Liberia⁹⁹

RECOMMANDATIONS

Les pays, particulièrement ceux qui ont été victimes de la flambée d’Ebola, doivent :

- investir dans des systèmes de santé publics, placés au cœur de plans nationaux visant à atteindre une couverture de santé universelle et à assurer une réponse adaptée aux futures flambées. Les gouvernements doivent élaborer des plans, accompagnés d’une évaluation des coûts, afin de bâtir des systèmes de santé pouvant répondre aux besoins en santé et garantir la sécurité sanitaire. Ils doivent notamment inclure la formation et la fidélisation des agents de santé (dont celle des agents de santé communautaire), l’accès aux médicaments et aux technologies de santé, des systèmes d’informations de santé (dont la surveillance) et l’infrastructure (dont les installations d’eau et d’assainissement) ;
- accroître progressivement les ressources publiques afin de combler le déficit annuel de financement de la santé ; utiliser des systèmes fiscaux progressifs pour financer des systèmes de santé résilients, afin d’assurer des services efficaces, efficaces et équitables, gratuits au point d’utilisation ;
- encourager la confiance au sein des communautés en veillant à leur participation à la prise de décisions et à l’intégration au corps des professionnel-le-s de santé des agents de santé communautaire et des bénévoles formés pendant la flambée d’Ebola.

Les bailleurs de fonds et les agences internationales doivent :

- soutenir les plans gouvernementaux de réhabilitation post-Ebola grâce à la construction de systèmes de santé résilients en tant que bien public international qui accroît la couverture de santé universelle, gratuit au point d’utilisation et qui répond aux flambées. Les bailleurs de fonds doivent repenser les relations bailleurs de fonds/bénéficiaires traditionnelles, qui ont, autrefois, déséquilibré la prestation de services de santé en faveur de projets et de politiques spécifiques, aux dépens de soins de santé gratuits et complets ;
- s’engager envers un financement des systèmes de santé à plus long terme, par le biais de l’affectation de financements du développement des services de santé en dix ans, à condition que les plans soient bien mis en œuvre ;
- aider les pays à introduire des mesures efficaces pour leur permettre d’accroître les ressources nationales grâce à une fiscalité juste ;
- contribuer à la création d’un système fiscal international, fondé sur la justice et la transparence.

Les États et les agences de santé internationales doivent :

- donner leur aval à un traité de R&D qui promeuve un financement public de la R&D et qui soit centré sur les besoins en santé publique, de manière à fournir des vaccins, des outils diagnostiques et des médicaments pour les maladies comme Ebola. Le financement de la R&D doit être séparé du prix des produits qui en résultent ;
- laisser les organisations de la société civile jouer leur rôle, qui consiste à veiller à l'obligation de rendre des comptes et à la transparence de toutes les parties prenantes et à permettre aux communautés de participer à la prise de décisions au plus haut niveau politique, ainsi qu'à contrôler les politiques et le financement de systèmes de santé en faveur des personnes pauvres.

ANNEXE 1 : CALCULER LE COÛT DU RECRUTEMENT ET DE LA FORMATION DES AGENTS DE SANTÉ

Méthodologie élaborée par Erling Høg et Hector Jimenez Portilla

Le processus d'analyse suit celui précédemment présenté dans Verboom et coll. (2006)¹⁰⁰. On a utilisé les dernières données de l'OMS pour calculer la densité des médecins, infirmiers/ères et sages-femmes. En se basant sur ces chiffres et en utilisant la norme de l'OMS (qui stipule un minimum de 2,3 médecins, infirmiers/ères et sages-femmes pour 1 000 personnes), on a calculé le nombre d'agents de santé nécessaire par pays. On a émis certaines hypothèses, car aucun ratio médecins/infirmiers/ères et sages-femmes idéal n'est disponible. On a donc plutôt utilisé les chiffres relatifs aux pays d'Afrique affichant les meilleurs résultats (c.-à-d. qui affichent déjà une densité de dispensateurs de soins de 2,3).

On a estimé les coûts de formation d'après l'hypothèse selon laquelle les nouveaux médecins doivent être formés localement, à l'aide de la même méthode que celle utilisée par Verboom et coll. (2006). Faisant suite à une revue de littérature portant sur les coûts de formation des agents de santé, Verboom et coll. ont identifié les coûts médians pour les médecins et pour les infirmiers/ères, en supposant que les coûts de formation d'une sage-femme étaient identiques aux coûts de formation d'un-e infirmier/ère. En moyenne, on a estimé la formation d'un médecin et d'un-e infirmier/ère ou d'une sage-femme, respectivement, à 36,9 et 17,6 fois le PIB par tête. En appliquant ces estimations moyennes au PIB par tête de chacun des pays étudiés, on a calculé les coûts de formation d'un médecin et d'un-e infirmier/ère ou d'une sage-femme par pays. Par la suite, on a multiplié la rémunération estimée par le nombre d'étudiant-e-s en médecins nécessaire pour atteindre le nombre idéal de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes.

Estimation de la rémunération

On a intégré la rémunération en tant que coûts incrémentiels, en s'appuyant sur Verboom et coll. Pour accroître la précision du calcul des coûts, on a supposé que les médecins gagnaient deux fois plus que les infirmiers/ères et sages-femmes. Les ressources à mobiliser sont ici exprimées en dollars.

On propose deux scénarios pour comprendre le montant des investissements annuels requis. Premièrement, en supposant que les institutions de formation existantes sont exploitées au maximum de leurs capacités, la totalité de la hausse du nombre de ressources humaines serait terminée en 10 ans. Deuxièmement, en optant pour un plan d'envergure plus réaliste, les résultats sont affichés pour 20 ans.

Résultats

Au Liberia, 1 754 médecins et 5 889 infirmiers/ères et sages-femmes manquent. Les former coûterait 55 millions de dollars. On estime les coûts annuels incrémentiels dérivés des salaires à 106 millions de dollars. Ces chiffres représenteraient respectivement 112 et 109 millions de dollars pour les 10 ou 20 prochaines années.

La Sierra Leone a besoin de 2 551 médecins et de 9 593 infirmiers/ères et sages-femmes supplémentaires. Pour ce faire, 118 millions doivent être alloués à la formation, alors que 28 millions de dollars seraient requis tous les ans pour rémunérer ces professionnel-le-s. Ceci représente des investissements de 39 millions de dollars par an pendant les 10 prochaines années ou de 33 millions de dollars par an pendant les 20 prochaines années.

En Guinée, 4 063 médecins et 19 611 infirmiers/ères et sages-femmes sont nécessaires. Les coûts de formation de ces derniers/ères seraient proches de 216 millions de dollars, alors que leurs salaires s'élèveraient à 119 millions de dollars par an. Ces deux scénarios mettent en évidence des investissements annuels de 130 millions de dollars sur 10 ans ou de 120 millions de dollars sur 20 ans.

La Guinée-Bissau déplore un manque de 652 médecins et de 1 966 infirmiers/ères et sages-femmes. La hausse intégrale du nombre de professionnel-le-s de santé nécessiterait 31 millions de dollars pour leur formation et 13 millions de dollars pour leur rémunération annuelle. L'estimation annuelle représente 16 millions de dollars sur 10 ans et 14 millions de dollars sur 20 ans¹⁰¹.

Limites de la méthodologie

Cette étude présente plusieurs limites sur le plan méthodologique :

1. Les données utilisées datent de 2010, car aucune source fiable et à jour ne semble disponible. Le nombre de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes pourrait avoir considérablement évolué depuis 2010.
2. Des données précises relatives au nombre de diplômé-e-s par pays auraient permis une estimation exacte du rythme de la hausse. Ces informations ne sont pas disponibles.
3. Cette étude ne fournit qu'une estimation partielle des ressources humaines nécessaires. Les autres agents de santé (hors médecins, infirmiers/ères et sages-femmes) ont été exclus, en raison d'un manque de données à leur sujet.
4. Le modèle aurait pu être plus réaliste en incluant les augmentations salariales prévues par les différents ministères dans les années à venir.
5. Le taux d'attrition potentiel des étudiants médicaux n'a pas été inclus, en raison d'un manque de données à ce sujet.

Calculs

Guinée 2010		
	PIB par tête en 2010 (au cours actuel du dollar)	435,44
	Population en 2010	10 876 033
	Nombre de médecins (hors chir.) en 2010	940
	Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	401
	Nombre de médecins (hors chir.), d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	1 341
	Densité de population en 2010 (‰)	0,123298633
	Densité de population minimale (‰)	2,3
	Facteur de déficit en médecins, infirmiers/ères et sages-femmes	18,65389702
	Nombre idéal de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	25 015
	Nombre de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s en 2010	23 674
	Nombre de médecins manquants	Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s
RATIO 2:8	4 063	19 611
Coûts unitaires de formation	16 067,736	7 663,744
Coûts totaux de formation	65 283 211,37	150 293 683,6
Coûts de formation		215 576 895
Rémunération unitaire PAR AN	7 885,148076	3 942,574038
Coûts totaux de rémunération PAR AN	32 037 356,63	77 317 819,46
Coûts de rémunération PAR AN		109 355 176,1
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 10 ans)		130 912 865,6
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 20 ans)		120 134 020,8
Liberia 2010		
	PIB par tête en 2010 (au cours actuel du dollar)	326,6
	Population en 2010	3 957 990
	Nombre de médecins (hors chir.) en 2010	67
	Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	1 393
	Nombre de médecins (hors chir.), d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	1 460
	Densité de population en 2010 (‰)	0,3688741
	Densité de population minimale (‰)	2,3
	Facteur de déficit en médecins, infirmiers/ères et sages-femmes	6,235189726
	Nombre idéal de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	9 103
	Nombre de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s en 2010	7 643
	Nombre de médecins manquants	Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s
RATIO 2:8	1 754	5 889
Coûts unitaires de formation	12 051,54	5 748,16
Coûts totaux de formation	21 138 401,16	33 850 914,24
Coûts de formation		54 989 315,4
Rémunération unitaire PAR AN	22 636,64152	11 318,32076

Coûts totaux de rémunération PAR AN	397 046 69,22	66 653 590,95
Coûts de rémunération PAR AN		106 358 260,2
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 10 ans)		111 857 191,7
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 20 ans)		109 107 725,9

Sierra Leone 2010

PIB par tête en 2010 (au cours actuel du dollar)	448,22
Population en 2010	5 751 976
Nombre de médecins (hors chir.) en 2010	95
Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	991
Nombre de médecins (hors chir.), d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	1 086
Densité de population en 2010 (‰)	0,188804682
Densité de population minimale (‰)	2,3
Facteur de déficit en médecins, infirmiers/ères et sages-femmes	12,18190129
Nombre idéal de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	13 230
Nombre de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s en 2010	12 144

	Nombre de médecins manquants	Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s
RATIO 2:8	2 551	9 593
Coûts unitaires de formation	16 539,318	7 888,672
Coûts totaux de formation	42 191 800,22	75 676 030,5
Coûts de formation		117 867 830,7
Rémunération unitaire PAR AN	3 769,530805	1 884,765403
Coûts totaux de rémunération PAR AN	9 616 073,084	18 080 554,51
Coûts de rémunération PAR AN		27 696 627,59
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 10 ans)		39 483 410,66
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 20 ans)		33 590 019,13

Guinée-Bissau 2010

PIB par tête en 2010 (au cours actuel du dollar)	534,14
Population en 2010	1 586 624
Nombre de médecins (hors chir.) en 2010	78
Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	953
Nombre de médecins (hors chir.), d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	1 031
Densité de population en 2010 (‰)	0,64980739
Densité de population minimale (‰)	2,3
Facteur de déficit en médecins, infirmiers/ères et sages-femmes	3,539510378
Nombre idéal de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes en 2010	3 649
Nombre de médecins, d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s en 2010	2 618

	Nombre de médecins manquants	Nombre d'infirmiers/ères et de sages-femmes manquant-e-s
RATIO 2:8	652	1 966
Coûts unitaires de formation	19 709,766	9 400,864
Coûts totaux de formation	12 850 767,43	18 482 098,62

Coûts de formation		31 332 866,06
Rémunération unitaire PAR AN	8 035,458107	4 017,729054
Coûts totaux de rémunération PAR AN	5 239 118,686	7 898 855,319
Coûts de rémunération PAR AN		13 137 974,01
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 10 ans)		16 271 260,61
COÛT ANNUEL TOTAL (sur 20 ans)		14 704 617,31

NOTES

Tous les sites Internet ont été consultés pour la dernière fois en mars 2015.

- 1 OMS (2015), « Situation summary ». Dernier « Situation summary » (en anglais), publié le 20 mars 2015. <http://apps.who.int/gho/data/view ebola-sitrep ebola-summary-20150325?lang=en>
- 2 OMS, Bureau régional de l'Afrique (2014), « Sierra Leone : Profil de la situation sanitaire 2010 », résumé statistique. Organisation mondiale de la Santé, Observatoire africain de la Santé. http://www.who.afro.who.int/profiles_information/images/f/f3/Sierra_Leone-Statistical_Overview_fr.pdf
- 3 ONU Femmes (2014), « Ebola outbreak takes its toll on women » (en anglais). <http://www.unwomen.org/fr/news/stories/2014/9/ebola-outbreak-takes-its-toll-on-women>
- 4 IHME (2009), « Liberia National Health Accounts 2007–2008 » (en anglais), Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/record/liberia-national-health-accounts-2007-2008>
- 5 M. Milland et H. A. Bolkan (2015), « Enhancing access to emergency obstetric care through surgical task shifting in Sierra Leone: confrontation with Ebola during recovery from civil war », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 94(1): 5-7.
- 6 S. Takahashi et coll. (2015), « Reduced vaccination and the risk of measles and other childhood infections post-Ebola », *Science*, vol. 347, no 6227, p. 1240-2. <https://www.sciencemag.org/content/347/6227/1240.abstract>
- 7 Oxfam (2015), « Ebola est toujours là. Témoignages en provenance du Libéria et de Sierra Leone à propos de la réponse à Ebola et du relèvement ». <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/ebola-is-still-here-voices-from-liberia-and-sierra-leone-on-response-and-recovery-345644>
- 8 OMS (2006), Travailler ensemble pour la santé — rapport sur la santé dans le monde, <http://www.who.int/whr/2006/fr/> (consulté le 24 mars 2015)
- 9 OMS (2015), « World Health Statistics », http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 (en anglais) et OECD Library, « Health at a Glance, 4.3. Hospital beds ». http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/04/03/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2013-34-en&mimeType=text/html&site=fr
- 10 *Ibid.*
- 11 D. McIntyre et F. Meheus (2014), « Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services » (en anglais), Chatham House. http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf
- 12 OMS (2008), « Rapport sur la santé dans le monde », Genève : Organisation mondiale de la Santé, p. 28
- 13 J. Lane et A. Nicoll (2001), « Outbreak of Ebola fever in Uganda officially over », *Euro Surveillance* 5(10): 1793; M. Borchert, I. Mutyaba et coll. (2011), « Ebola haemorrhagic fever outbreak in Masindi District, Uganda: outbreak description and lessons learned », *BMC Infectious Diseases* 11: 357. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/357>
- 14 A. S. Khan, F. K. Tshioko et coll. (1999), « The reemergence of Ebola hemorrhagic fever, Democratic Republic of the Congo, 1995. Commission de Lutte contre les Epidémies à Kikwit », *Journal of Infectious Diseases* 179 Suppl. 1: S76-86.
- 15 BBC News (2014), « Ebola outbreak: Guinea health team killed ». <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-29256443>
- 16 OMS (2015), « Il n'y a désormais plus de transmission du virus Ebola au Nigéria » <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/20-october-2014/fr/>
- 17 S. I. Okware, F. G. Omaswa et coll. (2002), « An outbreak of Ebola in Uganda », *Tropical Medicine & International Health* 7(12): 1068-1075 ; J. Kinsman (2012), « "A time of fear": local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda », *Globalization and Health*, vol. 8. <http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/15>

- OMS (2014), « WHO declares end of Ebola outbreak in the Democratic Republic of Congo » (en anglais). <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/drc-ends-ebola/en/>
- 18 OMS (2015), « Il n'y a désormais plus de transmission du virus Ebola au Nigéria », *op. cit.*
- 19 M.-T. Lintak (1977), « The surveillance of viral haemorrhagic fever in Zaire ». In S. R. Pattyn (coll.) (1977), « Ebola Virus Hemorrhagic Fever. Proceedings of an international colloquium on Ebola virus infections and other haemorrhagic fevers held in Antwerp, Belgium, 6–8 December 1977 », Institute of Tropical Medicine. <http://www.itg.be/internet/ebola/pdf/EbolaVirusHaemorrhagicFever-SPattyn.pdf>
- G. D. Maganga, J. Kapetshi et coll. (2014), « Ebola virus disease in the Democratic Republic of Congo », *New England Journal of Medicine* 371(22): 2083-2091. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1411099>
- 20 J. Beaubien (2014), « The Changing Face Of West Africa Has Fueled The Ebola Crisis » (en anglais). <http://www.npr.org/blogs/goatsandsoda/2014/09/05/346142023/the-changing-face-of-west-africa-has-fueled-the-ebola-crisis>
- 21 OMS (2015), « Global Public Goods » (en anglais). <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/>
- 22 Oxfam (2015), *op. cit.*
- 23 OMS (2015), « Situation summary ». Dernier « Situation summary » (en anglais), publié le 20 mars 2015. <http://apps.who.int/gho/data/view. ebola-sitrep.ebola-summary-20150325?lang=en>
- 24 A. Kentikelenis, L. King, M. McKee et D. Stuckler (2015), « The International Monetary Fund and the Ebola outbreak », *The Lancet*, volume 3, no 2. [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70377-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70377-8/fulltext)
- 25 ONU Femmes (2014), « Ebola outbreak takes its toll on women » (en anglais). <http://www.unwomen.org/fr/news/stories/2014/9/ebola-outbreak-takes-its-toll-on-women>
- 26 OMS, Bureau régional de l'Afrique (2014), *op. cit.*
- 27 M. Milland et H. A. Bolkan (2015), *op. cit.*
- 28 S. Takahashi (2015), *op. cit.*
- 29 Oxfam (2015), *op. cit.*
- 30 M. Milland et H. A. Bolkan (2015), *op. cit.*
- 31 Y. Kim et P. Farmer (2014), « What's missing in the Ebola fight in West Africa », *The Washington Post*. http://www.washingtonpost.com/opinions/whats-missing-in-the-ebola-fight-in-west-africa/2014/08/31/19d6dafc-2fb4-11e4-9b98-848790384093_story.html
- 32 A. Marriot (2011), « One year on: the impact of removing health care user fees in Sierra Leone », Global Health Check. <http://www.globalhealthcheck.org/?p=203>
- 33 OMS (2015), « Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ». <http://www.who.int/countries/gbr/fr/>
- 34 OMS (2006), « The health workforce in Africa: challenges and prospects. Report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development » (en anglais), Alliance mondiale pour les personnels de santé. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/africawglearning/en/>
- 35 A. Kentikelenis, L. King, M. McKee et D. Stuckler (2015), « The International Monetary Fund and the Ebola outbreak », *The Lancet*, volume 3, no 2. [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70377-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70377-8/fulltext)
- 36 M. Milland et H. A. Bolkan (2015), *op. cit.*
- 37 J. Donnelly (2011), « How did Sierra Leone provide free health care? », *The Lancet* 377(9775): 1393-1396 ; Alexander Kentikelenis, Lawrence King, Martin McKee, David Stuckler (2015), « The International Monetary Fund and the Ebola outbreak » *The Lancet*, volume 3, no 2. [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70377-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70377-8/fulltext)
- 38 En 2001, les dirigeant-e-s africain-e-s ont accepté d'affecter 15 % des dépenses publiques aux services de santé et de lutte contre le VIH.
- 39 D. McIntyre et F. Meheus (2014), « Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services » (en anglais), Chatham House. <http://www.chatham>

[house.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf](http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf)

- 40 M. P. Kieny et D. Dovlo (2015), « Beyond Ebola: a new agenda for resilient health systems », *The Lancet*, vol. 385, 10 janvier 2015.
- 41 Onah M. N., Govender V. (2014) « Out-of-pocket payments, health care access and utilisation in south-eastern Nigeria: a gender perspective ». *PLoS One.*, avr. 2014, vol. 9(4) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984110/>
- 42 Oxfam (2015), *op. cit.*
- 43 *The Economist* (2015), « The toll of a tragedy ». <http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2015/03/ebola-graphics>
- 44 OMS, « Pour réaliser les OMD liés à la santé, le personnel est essentiel », http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/fr/
- 45 BBC (2014), « Ebola crisis: Sierra Leone health workers strike ». <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-30019895>
- 46 Voir la méthodologie en annexe 1.
- 47 M. Callaghan, N. Ford et H. Schneider (2010), « A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa », *Human Resources for Health*, 8:8. <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/8>
- 48 M. Edelstein, P. Angelides et D. Heymann (2015), « Ebola: the challenging road to recovery », *The Lancet*. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60203-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60203-3.pdf)
- 49 *The Independent* (2015), « WHO chief: Ebola vaccine was never developed "because it only affected poor African countries" », <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/who-chief-ebola-vaccine-was-never-developed-because-it-only-affected-poor-african-countries-9836952.html>
- 50 Gavi (2014), « Gavi s'engage à acheter le vaccin contre le virus Ebola pour les pays touchés », <http://www.gavi.org/Librairie/Actualites/Communiqués-de-presse/2014/Gavi-s-engage-a-acheter-le-vaccin-contre-le-virus-Ebola-pour-les-pays-touchés/>
- 51 OMS (2015), « Guinée : le virus Ebola montre sa ténacité, Une année d'épidémie d'Ebola », Alerte et action au niveau mondial (OMS). <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/guinea/fr/>
- 52 M. Malakata (2015), « West Africa lags in mobile money usage ». <http://www.pcworld.com/article/2881992/west-africa-lags-in-mobile-money-usage.html>
- 53 OMS (2014), « Statistiques sanitaires mondiales » (en anglais), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 ; OECD Library, « Health at a Glance, 4.3. Hospital beds ». http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/04/03/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2013-34-en&mimeType=text/html&site=fr
- 54 IHME (2009), *op. cit.*
- 55 D. McIntyre et F. Meheus (2014), *op. cit.*
- 56 Banque mondiale (2013), « Allocution du Président du Groupe de la Banque mondiale Jim Yong Kim à l'Assemblée mondiale de la Santé — Pauvreté, santé et avenir de l'humanité ». <http://www.banquemonde.org/fr/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>
- 57 Calculé à partir du chiffre selon lequel 100 millions de personnes plongent tous les ans dans la pauvreté. Banque mondiale (2013), « Le président du Groupe Banque mondiale Jim Yong Kim — Conférence sur la couverture de santé universelle — Gouvernement du Japon et Banque mondiale » <http://www.banquemonde.org/fr/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage>
- 58 A. Sen (2015), « Universal healthcare: the affordable dream », *The Guardian*. <http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen>
- 59 M. Curtis (2014), « Losing Out: Sierra Leone's massive revenue loses from tax incentives », London: Christian Aid, <http://christianaid.org.uk/images/Sierra-Leone-Reporttax-incentives-080414.pdf>
- 60 Voir les statistiques de l'OCDE concernant le ratio recettes fiscales-PIB dans les pays de l'OCDE, <http://www.oecd.org/ctp/tax-policy/revenue-statistics-ratio-change-all-years.htm> et FMI (2014), *op. cit.* concernant le ratio recettes fiscales-PIB dans les pays en développement.

- 61 E. Seery et A. Arendar, (2014), « À égalité ! : il est temps de mettre fin aux inégalités extrêmes », Oxford: Oxfam, <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/even-it-up-time-to-end-extreme-inequality-333012>
- 62 Matthew C. G. et coll. (2015), « Explore the Swiss leaks data », <http://www.icji.org/project/swiss-leaks/explore-swiss-leaks-data>, consulté le 20 mars 2015
- 63 Oxfam (2013), « La moitié des milliards "privés" cachés dans les paradis fiscaux pourrait permettre d'éradiquer l'extrême pauvreté », <http://www.oxfam.org/fr/salle-de-presse/communiqués/2013-05-22/la-moitie-des-milliards-privés-cachés-dans-les-paradis>
- 64 Oxfam (2014), « Turn the Tide: The G20 must act on rising inequality, starting with fairer global tax reform » (en anglais) https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/oxfam_media_brief_-_turn_the_tide.pdf
- 65 M. Curtis (2014), « Losing Out: Sierra Leone's massive revenue losses from tax incentives », London: Christian Aid, <http://christianaid.org.uk/images/Sierra-Leone-Reporttax-incentives-080414.pdf>
- 66 Oxfam 2014 À Égalité ! <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/even-it-up-time-to-end-extreme-inequality-333012>
- 67 M. Mackay (2012), « Private sector obstructed plans for NHI scheme – claim », Sowetan Live. <http://www.sowetanlive.co.za/news/2012/03/08/private-sector-obstructed-plans-for-nhi-scheme---claim>
- 68 J. McGivering (2013), « The Indian women pushed into hysterectomies », BBC World Service. <http://www.bbc.co.uk/news/magazine-21297606> ; Oxfam (2013), « Unregulated and unaccountable: how the private health care sector in India is putting women's lives at risk » (en anglais). <https://www.oxfam.org/fr/node/4163>
- 69 A. Marriot (2014), « Une dangereuse diversion — Le partenariat public-privé phare de la SFI en matière de santé va-t-il entraîner la faillite du ministère de la Santé du Lesotho ? », https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bn-dangerous-diversion-lesotho-health-ppp-070414-fr_1.pdf
- 70 *Ibid.*
- 71 R. Rannan-Eliya et A. Somanathan (2005), « Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap », <http://www.eldis.org/go/home&id=19917&type=Document#.VQ10bdztkm>
- 72 Oxfam (2015) *op cit.*
- 73 Base de données des cycles de planification nationaux de l'OMS (en anglais). <http://www.nationalplanningcycles.org/planning-cycle/SLE>
- 74 OMS (2015), « Global Public Goods » (en anglais). <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/>
- 75 *Ibid.*
- 76 J. J. Farrar et P. Piot (2014), « The Ebola Emergency – Immediate Action, Ongoing Strategy », *New England Journal of Medicine* 371(16): 1545-1546. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1411471>
- 77 J. Lane and A. Nicoll. (2001) 'Outbreak of Ebola fever in Uganda officially over', *Euro Surveillance* 5(10): 1793; M. Borchert, I. Mutyaba et al. (2011) 'Ebola haemorrhagic fever outbreak in Masindi District, Uganda: outbreak description and lessons learned', *BMC Infectious Diseases* 11: 357. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/357>
- 78 A. K. Mbonye, J. F. Wamala et coll. (2014), « Ebola viral hemorrhagic disease outbreak in West Africa – lessons from Uganda », *African Health Sciences* 14(3): 495-501. <http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/107213>
- 79 A. S. Khan, F. K. Tshioko et coll. (1999), « The reemergence of Ebola hemorrhagic fever, Democratic Republic of the Congo, 1995. Commission de Lutte contre les Épidémies à Kikwit », *Journal of Infectious Diseases* 179 Suppl. 1: S76-86.
- 80 D. Nather (2014), « The Ebola leadership gap », *Politico*. <http://www.politico.com/story/2014/09/the-ebola-leadership-gap-111405.html>
- 81 OMS (2014), « Il n'y a désormais plus de transmission du virus Ebola au Nigéria » <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/20-october-2014/fr/>
- 82 Rick Gladstone (2015), « Liberian Leader Concedes Errors in Response to Ebola ». <http://www.nytimes.com/2015/03/12/world/africa/liberian-leader-concedes-errors-in-response-to-ebola.html?smid=pl-share&r=0>

- 83 BBC News (2014), « Ebola outbreak: Guinea health team killed ». <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-29256443>
- 84 Bumaru et Fofana (2014), « Sierra Leone Ebola burial team attacked despite lockdown ». <http://uk.reuters.com/article/2014/09/21/uk-health-ebola-idUKKBN0HF0N520140921>
- 85 S. I. Okware, F. G. Omaswa et coll. (2002), « An outbreak of Ebola in Uganda », *Tropical Medicine & International Health* 7(12): 1068-1075 ; J. Kinsman (2012), « "A time of fear": local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda », *Globalization and Health*, vol. 8. <http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/15>
- 86 OMS (2014), « WHO declares end of Ebola outbreak in the Democratic Republic of Congo » (en anglais). <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/drc-ends-ebola/en/>
- 87 OMS (2015), « Il n'y a désormais plus de transmission du virus Ebola au Nigéria » <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/20-october-2014/fr/>
- 88 R. Dixon (2014), *op. cit.*
- 89 M.-T. Lintak (1977), « The surveillance of viral haemorrhagic fever in Zaire ». In S. R. Pattyn (coll.) (1977), « Ebola Virus Hemorrhagic Fever. Proceedings of an international colloquium on Ebola virus infections and other haemorrhagic fevers held in Antwerp, Belgium, 6–8 December 1977 », Institute of Tropical Medicine. <http://www.itg.be/internet/ebola/pdf/EbolaVirusHaemorrhagicFever-SPattyn.pdf>
- 90 G. D. Maganga, J. Kapetshi et coll. (2014), « Ebola virus disease in the Democratic Republic of Congo », *New England Journal of Medicine* 371(22): 2083-2091. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1411099>
- 91 J. Beaubien (2014), « The Changing Face Of West Africa Has Fueled The Ebola Crisis » (en anglais). <http://www.npr.org/blogs/goatsandsoda/2014/09/05/346142023/the-changing-face-of-west-africa-has-fueled-the-ebola-crisis>
- 92 T. Dempsey (2014), « Ebola, Security and Governance in West Africa: Why A Limited Problem Needs A Global Response », *Georgetown Journal of International Affairs*. <http://journal.georgetown.edu/ebola-security-and-governance-in-west-africa-why-a-limited-problem-needs-a-global-response/>
- 93 M. Carter (2014), « How Twitter may have helped Nigeria contain Ebola », *BMJ* 2014 ; 349, <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6946>
- 94 J. Kinsman (2012), « A time of fear », *op. cit.*
- 95 En vertu de la politique ouverte menée en Ouganda, les responsables ont été contraint-e-s par décret présidentiel de parler du sida lors de toutes les réunions publiques et les élu-e-s, chargé-e-s de partager les informations nationales dans les villages.
- 96 T. Dempsey (2014), « Ebola, Security and Governance in West Africa », *op. cit.*
- 97 OMS (2001), « Ebola haemorrhagic fever in Uganda – The Outbreak is Officially Over » (en anglais). http://www.who.int/csr/don/2001_02_28b/en/; OMS (2014), « Ebola virus disease in Guinea » (en anglais). <http://www.afro.who.int/fr/groupes-organiques-et-programmes/ddc/alerte-et-action-en-cas-depidemie-et-de-pandemie/flambees-epidemiques/4063-ebola-hemorrhagic-fever-in-guinea.html>
- 98 C. Clift (2014), « Ebola and WHO reforms: Who cares? », *Global Health Check*. <http://www.globalhealthcheck.org/?p=1678>
- 99 Oxfam (2015) *op cit.*
- 100 P. Verboom, P. et T. T.-T. Edejer (2006), « The costs of eliminating critical shortages in human resources for health », Genève : Organisation mondiale de la Santé, 12 p., disponible en anglais à l'adresse : http://www.who.int/choice/publications/d_human_resources.pdf.
- 101 Les résultats obtenus sont d'une ampleur similaire à ceux de l'étude de référence (Verboom et Edejer 2006).

© Oxfam International avril 2015

Ce document d'information a été rédigé par Mohga Kamal-Yanni. Oxfam remercie Claire Godfrey, Philippa Saunders, Emma Wadley, Debbie Hillier, Ana Arendar, Renata Rendon, Laura Searle et Lara Seigneur pour leur participation. Les recherches menées pour rédiger ce document d'information ont bénéficié de la contribution d'Azusa Sato, d'Erling Høg et d'Hector Jimenez Portilla. Les calculs relatifs au coût de la formation et de la rémunération des agents de santé sont le fruit du travail d'Hector Jimenez Portilla et d'Erling Høg. La carte du déficit de financement a été conçue par Simon Crab. Ce document fait partie d'une série de textes écrits pour informer et contribuer au débat public sur des problématiques relatives au développement et aux politiques humanitaires.

Pour toute information complémentaire sur les questions soulevées dans le présent document, veuillez contacter advocacy@oxfaminternational.org

Ce document est soumis aux droits d'auteur, mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une autorisation doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel : policyandpractice@oxfam.org.uk.

Les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

Publié par Oxfam GB pour Oxfam International sous le numéro ISBN 978-1-78077-852-5 en avril 2015. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Royaume-Uni.

OXFAM

Oxfam est une confédération internationale de 17 organisations qui, dans le cadre d'un mouvement mondial pour le changement, travaillent en réseau dans 90 pays à la construction d'un avenir libéré de l'injustice qu'est la pauvreté :

Oxfam Amérique (www.oxfamamerica.org)

Oxfam Australie (www.oxfam.org.au)

Oxfam-en-Belgique (www.oxfamsol.be)

Oxfam Canada (www.oxfam.ca)

Oxfam France (www.oxfamfrance.org)

Oxfam Allemagne (www.oxfam.de)

Oxfam GB (www.oxfam.org.uk)

Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)

Oxfam Inde (www.oxfamindia.org)

Oxfam Intermón (Espagne) (www.oxfamintermon.org)

Oxfam Irlande (www.oxfamireland.org)

Oxfam Italie (www.oxfamitalia.org)

Oxfam Japon (www.oxfam.jp)

Oxfam Mexique (www.oxfamexico.org)

Oxfam Nouvelle-Zélande (www.oxfam.org.nz)

Oxfam Novib (Pays-Bas) (www.oxfamnovib.nl)

Oxfam Québec (www.oxfam.qc.ca)

Pour de plus amples informations, veuillez contacter les différents affiliés ou visiter

www.oxfam.org



OXFAM