

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

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.

prestataires privés sans qualification. Les gens doivent choisir 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.

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

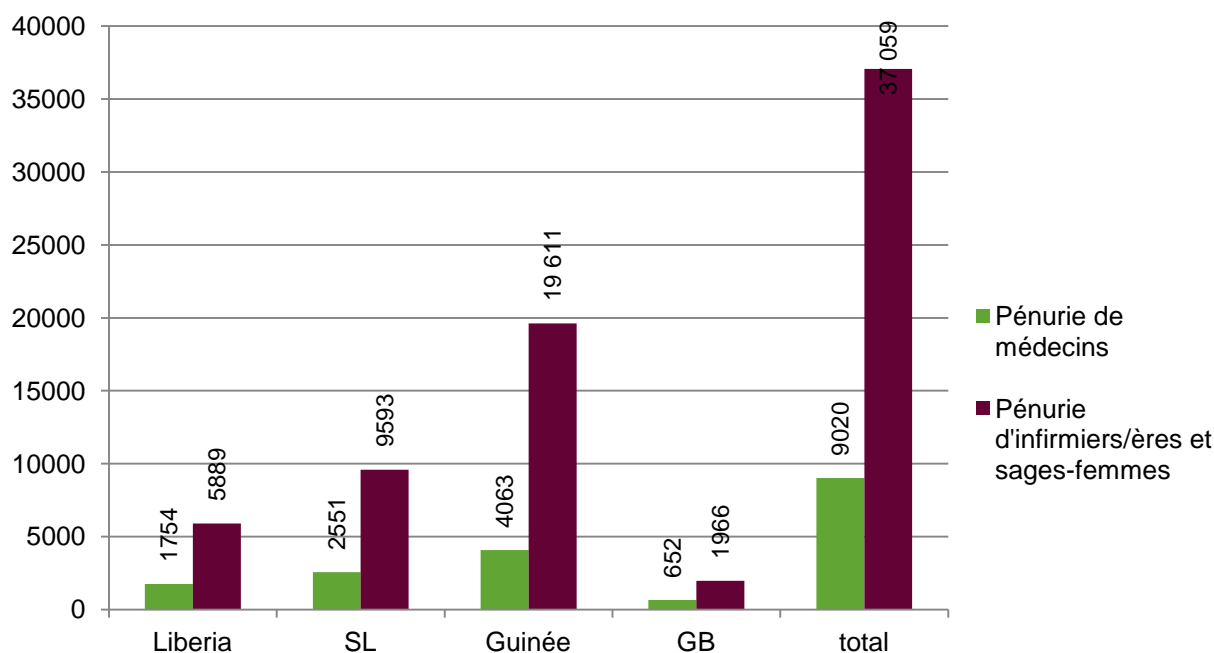
Le Liberia, la Sierra Leone, la Guinée et la Guinée-Bissau ont besoin de 420 millions de dollars pour former 9 020 médecins et 37 059 infirmiers/ères et sages-femmes.

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

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 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.

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.

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).

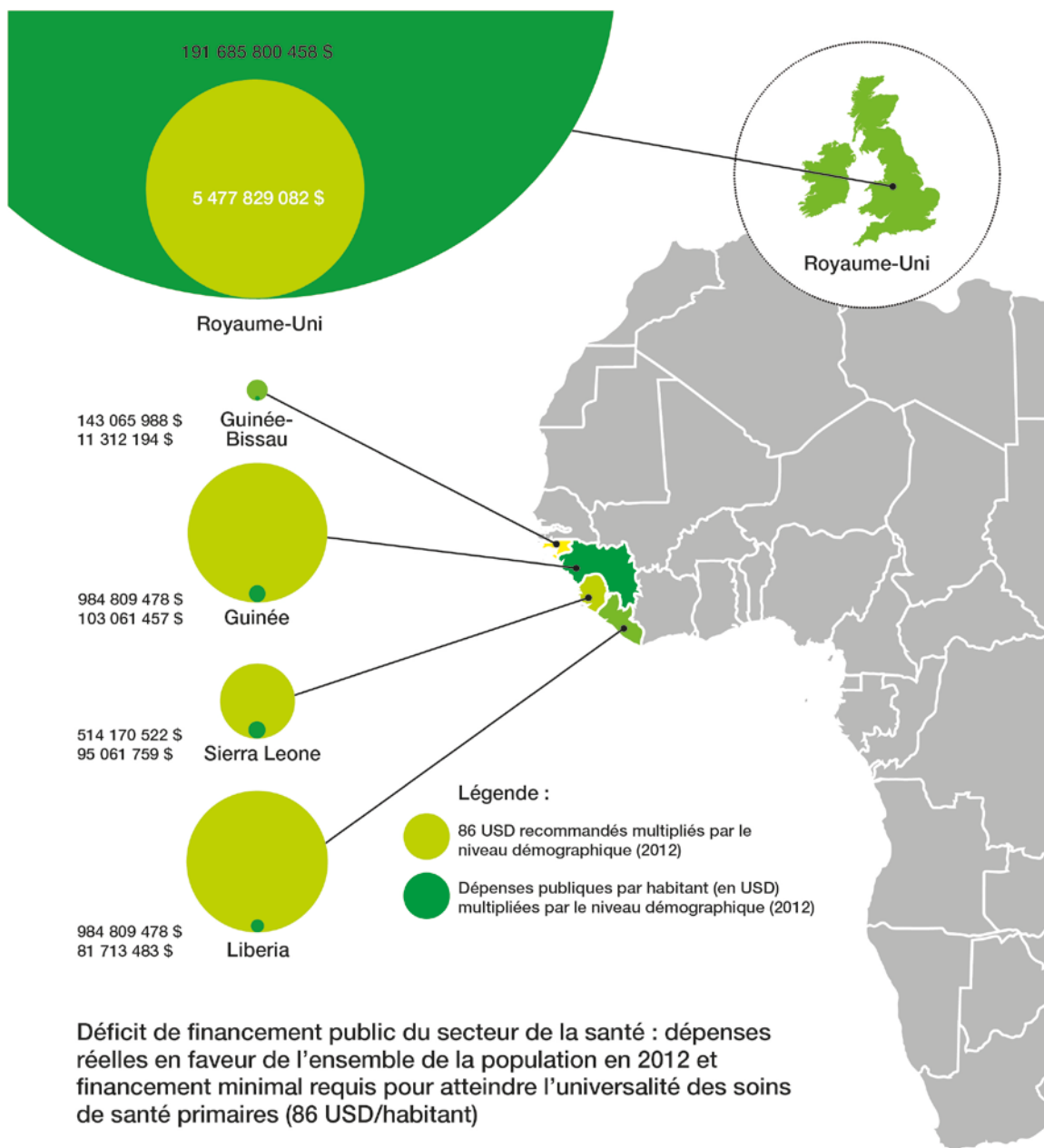
En supposant que, pour chaque pays, le financement consacré au secteur de la santé reste identique à celui de 2012, le déficit de financement annuel à combler pour garantir l'universalité des soins de santé primaires s'élève à environ 419 millions de dollars pour la Sierra Leone, à 279 millions de dollars 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 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

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.

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.

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.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, n° 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/>

© 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, d'Hector Jimenez Portilla et d'Erling Høg. 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. 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 978-1-78077-853-2 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.oxfammexico.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.