

La Coopération ACP-UE et la santé publique : un partenariat pour le développement humain

Achille Bassilekin

*Sous-Secrétaire Général du Groupe des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP),
Secrétariat Général ACP, Bruxelles*

Introduction

Après quatre décennies de coopération entre les Communautés Européennes (CE) et les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique regroupés au sein du Groupe ACP, les deux ensembles décidèrent, à l'orée des années 2000, au regard des transformations que connaissait l'environnement international, de revisiter les objectifs de ce partenariat¹ qui portait principalement jusque là sur le commerce et l'appui au développement infrastructurel. En effet, en bâtissant sur les travaux du cycle des grandes conférences onusiennes des années 1990 qui débouchèrent sur la cristallisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)², les pays ACP et les CE procédèrent à un « aggiornamento » de leur partenariat en se dotant, en juin 2000 à Cotonou, d'un nouvel accord qui vise un triple objectif :

- la réduction, et à terme, l'éradication de la pauvreté ;
- le développement durable
- et enfin, l'intégration progressive des pays ACP dans l'économie mondiale.

En analysant ces trois objectifs, confirmation est faite du lien entre la réduction de la pauvreté et la réalisation du développement durable, ce dernier concept englobant une triple dimension économique, sociale et environnementale, le contenu social du développement durable rendant impérative la mise en place de politiques volontaristes susceptibles de favoriser le progrès social dans les pays ACP.

À ce stade, en jetant une passerelle entre la concrétisation du développement durable, l'éradication de la pauvreté et le concept du développement humain au cœur de cette analyse, il s'agira de déterminer comment ce modèle du partenariat Nord/Sud, mobilisant de part et d'autre 27 pays du Nord (Union Européenne) et 80 pays du Sud (Groupe ACP- la plus grande organisation transrégionale de pays en développement du moment) concourt à la réalisation de cette ambition. Car s'il existe un dénominateur commun aux pays ACP, c'est celui de l'insécurité humaine qui découle de leurs multiples vulnérabilités intrinsèques et font le lit de la pauvreté. Celles-ci se résument de manière générale à :

- Une performance relative de l'Etat en termes de garantie de la sécurité des citoyens et de la jouissance des droits humains ;
- Une vulnérabilité économique liée à la faiblesse structurelle des économies ouvrant la voie aux chocs exogènes et à un niveau insuffisant de création des emplois ;
- L'insécurité alimentaire, avec pour corollaires la faim ou la malnutrition ;

¹ L'Accord de Partenariat ACP-CE ou Accord de Cotonou qui fixe le cadre de cette coopération a été signé le 23 Juin 2000

² Rapport du Millénaire du Secrétaire Général de l'ONU (A/54/2000)

- Une forte pression sur les ressources environnementales renforcée par les conséquences du changement climatique et la vitalité démographique ;
- L'insécurité sanitaire des populations découlant de l'inadéquation des systèmes de santé avec les besoins des populations, etc.

En quelques mots, le groupe ACP c'est aussi la concentration la plus dense de Pays les moins avancés (PMA), (41 sur 50), de Petits Etats Insulaires en Développement (28 sur 29), de pays enclavés (16 sur 31). C'est une organisation dont les trois quarts des membres se retrouvent classés dans le dernier tiers de l'échelle du développement humain selon le PNUD³ (indice de développement humain faible) étant donné l'accès insuffisant des populations aux prestations de base minimales- santé, éducation, eau, énergie, entre autres- et dont la faiblesse de leurs revenus constitue un frein à l'accès à un niveau de vie décent.

Cette communication se propose de jeter une lumière crue sur les processus à l'œuvre dans cette coopération qui, selon la géographie de l'aide⁴, met en relation le premier donateur de l'aide publique au développement (l'UE) et le premier groupe de pays récipiendaires de cette aide (Groupe ACP) pour déterminer comment cette coopération se déploie pour répondre aux défis d'un nouveau contrat social global pour la santé d'une part, et d'autre part, à la prise en compte des attentes des pays englobant la catégorie la plus vulnérable de la planète. Dès lors les questions qui se posent sont les suivantes : qu'est-ce qui caractérise cette coopération de renforcement des capacités des pays ACP en matière de santé publique et quelles sont les ressources affectées à ce secteur en proportion des ressources globales de la coopération ACP-UE en général ? Enfin est-il possible de mieux structurer ce partenariat afin de jeter les bases d'un accès à la santé pour tous dans les pays ACP ?

Éléments structurants de la coopération ACP-UE en matière de santé

En admettant que la réalisation du développement humain durable se trouve être l'un des objectifs du Partenariat ACP-UE, la coopération en matière de santé publique représente l'un des leviers pour la concrétisation de cette ambition. Dès lors, quels sont les éléments structurants, les mécanismes de financement et les processus à l'œuvre dans ce partenariat en matière de santé ?

Les dispositions relatives à la santé dans l'Accord de Cotonou

L'article 25 de la Convention de Cotonou représente la clé de voute de la stratégie d'appui de l'Union Européenne aux pays ACP en matière de santé. Il dispose que la coopération doit viser à :

- améliorer les systèmes de santé, en particulier l'accès équitable à des services de soins complets et de qualité et la nutrition, éliminer la famine et la malnutrition et assurer un approvisionnement et une sécurité alimentaire suffisants, notamment en consolidant les filets de sécurité ;

³ Statistiques tirées d'une étude sur « La participation des pays ACP dans le commerce mondial », CNUCED, Genève, Octobre 2011, 92 pages

⁴ Répartition géographique des ressources financières allouées aux pays en développement 2013: versements, engagements, indicateurs par pays, Editions OCDE, Paris, Février 2013, 272 pages

- intégrer les questions démographiques dans les stratégies de développement, ou encore d'améliorer la santé générique, les soins de santé primaire, la planification familiale et la prévention contre les mutilations génitales des femmes ;
- promouvoir la lutte contre le VIH/sida, tout en garantissant la protection de la santé sexuelle et reproductive et les droits des femmes ; et les autres maladies liées à la pauvreté notamment le paludisme et la tuberculose ;
- garantir l'accès à l'eau potable et à une hygiène suffisante.

Les deux parties décident également -Article 31(a)-de bâtir des stratégies de lutte, de mobiliser les ressources et faciliter l'accès aux médicaments pour faire face à la pandémie du VIH/sida au regard de son incidence grave sur la dynamique de développement des pays ACP, plusieurs d'entre eux étant situés sur la ligne de front du sida.

Sédimentation d'un cadre de coopération ACP-UE

Afin de donner effet aux dispositions de l'Accord de Cotonou en matière de santé publique, les Ministres ACP ont tenu leur première réunion à Bruxelles les 25 et 26 octobre 2007 (à mi-parcours du trajet des OMD). À cette occasion, ils posent un diagnostic sans complaisance sur leurs défis communs en matière de santé:

- insuffisance des ressources humaines ;
- faiblesse des mécanismes d'alerte et de surveillance des maladies ;
- insuffisance des systèmes de gestion de l'information en matière de santé pour une prise de décision informée ;
- mauvaise qualité des soins et manque de précaution lors de leur administration; insuffisance des laboratoires et sous-équipement ;
- recherche embryonnaire pour faire face aux endémies ;
- persistance des maladies transmissibles telles le VIH/ SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que des maladies chroniques telles le diabète, l'hypertension, l'asthme ;
- permanence d'affections traumatiques dérivant d'accidents et de situations de violence;
- capacité de réaction très limitée face aux endémies cycliques telles l'Ebola ;
- coût exorbitant des médicaments et des produits pharmaceutiques ;
- insuffisance des ressources consacrées aux immenses besoins de financement de la santé dans les budgets publics annuels (-5 % en moyenne).

Face à ce panorama, ils conviennent d'agir promptement et de se doter d'un cadre d'action commun en matière de santé publique par l'adoption de deux documents-cadre : la Déclaration de Bruxelles et le Cadre d'Action sur la santé pour le développement durable⁵.

Éléments du cadre d'action ACP sur la santé pour le développement durable

Ce cadre d'action propose des éléments de nature transversale, notamment :

⁵ www.acp.int

- l'incorporation des politiques et programmes de santé et des interventions en matière de santé dans les plans nationaux de développement afin d'accélérer la réalisation du développement durable.
- Une plus grande mobilisation des ressources destinées à la santé publique afin d'atteindre l'objectif d'Abuja de consacrer 15 % de leurs budgets annuels à la santé et de compléter les ressources consacrées à la santé en recourant à des sources complémentaires de financement notamment de donateurs publics et privés et d'autres partenaires au développement.
- la mobilisation de toute expertise disponible sur la scène nationale et internationale qui permettrait à leurs pays d'utiliser les flexibilités contenues dans l'accord ADPIC de l'OMC visant à favoriser l'accès aux médicaments.

S'agissant de l'approche, les ministres font de la mutualisation de leurs moyens, du partage du savoir et de leurs expériences respectives des éléments cardinaux de leur stratégie pour faire face aux défis en matière de santé publique.

Les flux du Fonds européen de développement (FED) dans la coopération ACP en matière de santé

À titre de rappel, le Fonds Européen du Développement (FED) est l'instrument d'aide accessible à tous les pays ACP à l'exception de l'Afrique du Sud, qui dispose d'un guichet spécifique à travers l'Instrument de Coopération au Développement (DCI). Le FED est l'enveloppe la plus significative d'aide de l'UE dotée d'un montant total 21, 966 milliards d'Euros sous le 10^{ème} FED (2008-2013). La coopération UE-ACP en faveur de la santé des populations ACP est canalisée à travers deux leviers : les enveloppes des Programmes Indicatifs Nationaux et Régionaux (17,766 milliards, soit 81 % du total) et les allocations de la coopération intra-ACP ou supra-régionale (2,7 milliards, soit 12 %).

Faisant fond de leur Plan d'action et des recommandations adoptées le 26 octobre 2007 à l'issue de leur première réunion, la partie ACP opte au titre du 10^{ème} FED pour le soutien et le renforcement des systèmes de santé dans les régions et Etats ACP, l'accès aux nouveaux produits médicaux, aux vaccins et médicaments. S'agissant des opérations en cours jusqu'en décembre 2013, quand seront bouclés les engagements au titre du 10^{ème} FED, à peine 540 millions sur les 2,7 milliards auront donc été affectés à la santé au titre de la coopération intra-ACP pour relever les défis communs dans ce domaine et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs du partenariat ACP-EU. Ainsi dès la fin de l'année 2007, une trentaine de programmes étaient déjà l'objet de financements et une rapide consultation des chiffres nous offre des informations sur la taille et sur les secteurs de concentration des flux de la coopération. Celle-ci couvre plusieurs secteurs et en termes de taille, les projets vont de l'éradication de la poliomyélite dotée de 61.155.451€, à la lutte contre le sida, la tuberculose ou le paludisme avec 50 million d'euros affectés au Fonds Mondial, vers ceux plus modestes (100.000 euros) relatifs à la santé primaire.

En clair, les principaux secteurs de concentration de l'aide de l'UE en faveur de la santé sont :

- La lutte contre le VIH/sida et l'accès aux médicaments de ces maladies;
- La lutte contre le paludisme et la tuberculose, l'éradication de la poliomyélite ;
- Le développement des capacités pharmaceutiques ;

- La réalisation des OMD relatifs à la santé :
 - OMD 4 = réduction de la mortalité infantile
 - OMD 5 = amélioration de la santé maternelle, la santé sexuelle et reproductive ainsi que l'élimination des mutilations génitales
 - OMD 6 = combattre le sida, le paludisme et les autres maladies
- Le renforcement des systèmes de santé ;
- La prévention et le contrôle d'un nombre sélectionné d'autres maladies transmissibles à travers des programmes et initiatives de vaccination.

Au regard des performances enregistrées dans la mise en œuvre de la coopération ACP-UE en matière de santé, pourrions-nous en réajuster les ressorts pour jeter les bases d'une meilleure contribution à la dynamique d'un développement humain durable dans les pays ACP et à l'émergence d'un contrat social global pour la santé ?

Le réajustement des ressorts de la Coopération ACP-UE en matière de santé

L'exigence de réajustement s'impose au regard des insuffisances relevées dans l'architecture actuelle en matière de santé, dont l'effet est autrement d'atténuer l'impact attendu de cette coopération pour hâter la dynamique de développement humain durable dans les pays ACP. Démêler l'écheveau des liens de cette coopération héritière des Conventions de Yaoundé puis de celles de Lomé, nous conduira à analyser comment les pays ACP, après avoir mené des politiques volontaristes de santé publique ayant entraîné une amélioration de l'espérance moyenne de vie, se sont retrouvés dans la nasse des ajustements structurels initiés sous le sceau du consensus de Washington, dont les prescriptions d'austérité conduisirent invariablement au délitement de leurs capacités d'encadrement en matière de santé publique alors que survenaient de nouvelles endémies telles le VIH/sida.

L'absence de critères d'évaluation

Un rapport d'évaluation⁶ de l'état de mise en œuvre des résultats de cette première réunion des Ministres de la santé, rendu public en 2011, révèle qu'en l'absence d'indicateurs, il est difficile de mesurer l'état de réalisation des mesures préconisées dans ce cadre d'action. À ceci, il faut rajouter le manque de données statistiques fiables dans la majorité des pays ACP, ce qui rend difficile le processus d'évaluation et par conséquent une réelle appréciation de l'aide communautaire. L'une des lacunes décelées dans la mise en œuvre du partenariat ACP-EU depuis plusieurs décennies est l'absence de critères d'évaluation dans la concrétisation des objectifs de développement dans les pays et organisations régionales bénéficiaires des ressources du FED. Cette réalité a été débusquée par le Panel d'Experts du Conseil Economique et Social des Nations Unies chargé d'évaluer les partenariats au développement au titre de l'objectif n°8 des OMD dans la perspective de la concrétisation du

⁶ O. Weil, "Review of the implementation of the Brussels Declaration for Sustainable Development in ACP States and its Framework for action", Final Report, May 2011, Brussels, 115 pages

droit au développement⁷. Ce panel qui s'est penché sur le partenariat ACP-UE comme modèle de coopération Nord-Sud a constaté que l'absence de critères de suivi dans la réalisation du développement avait accompagné la dynamique de l'aide au développement de la Communauté. De ce fait, il était difficile de mesurer de façon tangible l'impact du FED sur la dynamique de développement de la majorité des pays bénéficiaires. Il s'avère donc impossible de cerner de façon objective l'impact réel que pourrait avoir eu cette aide sur le dispositif des pays ACP bénéficiaires dans le cadre de leur stratégie de riposte en matière de santé publique au-delà de quelques interventions ponctuelles qu'il faut restituer dans leur contexte. En réalité, l'aide européenne au développement sanitaire des pays ACP est partiellement examinée dans le cadre de l'évaluation des projets du 7^{ème} et du 8^{ème} FED en appui à certains pays, comme au Bénin sur une période de treize ans par exemple⁸, ou à certaines régions, au CARICOM par exemple⁹. La Commission européenne a commandité une évaluation sectorielle rendue publique en 2012¹⁰, dont le contenu est complémentaire aux analyses antérieures de la Cour européenne des Comptes en 2008¹¹. L'aide européenne en appui à la santé des Etats ACP dans leur ensemble reste à être réalisée.

La captation des ressources par des initiatives mondiales

Le FED est l'instrument de financement disponible pour la coopération de l'UE avec tous les pays ACP à l'exception de l'Afrique du Sud.¹² C'est l'enveloppe la plus significative d'aide de l'UE dotée d'un montant total 21, 966 milliards d'Euros dans le cycle actuel qui va de 2008-2013. S'agissant des opérations en cours jusqu'en décembre 2013 quand seront bouclés les engagements au titre du 10^{ème} FED, 12 % de l'enveloppe totale soit 2,700 milliards auront donc été affectés à l'ensemble de la coopération intra-ACP dans tous les secteurs thématiques. Et ici, avec la santé qui bénéficiait d'une quote-part d'à peine 540 millions, l'essentiel aura été accaparé par des agences ou initiatives mondiales.¹³ En effet, sur la trentaine de programmes en cours d'exécution, on constate que la majorité de ces programmes sont mis en œuvre à travers, soit des initiatives mondiales de santé (telles par

⁷ Rapport Equipe Spéciale du Groupe de Travail Intergouvernemental sur le droit au développement du Conseil des Droits de l'Homme (Conseil des Droits de l'homme.) - document A/HCR/8/WG.2/TF/2 du 31 janvier 2009 débattu du 1^{er} au 9 Avril 2009 au Palais des Nations Unies à Genève.

⁸ D. Kerouedan, A. Lefèvre, L. Carreras. Rapport d'évaluation de 12 ans d'appui de la Commission européenne au développement du secteur santé du Bénin 1993-2005. Rapport d'évaluation finale du projet santé du 7^{ème} FED au Bénin. Octobre 2005. 42p. Rapport d'évaluation à mi parcours du projet santé du 8^{ème} FED au Bénin. 86p. Octobre 2005.

⁹ D. Kerouedan, O. Appaix et D. Espeut pour la Direction Générale du Développement de la Commission Européenne. Mid Term Evaluation of EC Support to CARCOM (Caraïbes anglophone) HIV/AIDS control. Policy Recommendations to EC HQ in Brussels and Field Visits in Guyana, à Trinidad et Tobago, Haïti and Jamaica. Final Trip Mission and Evaluation Report, Brussels, January, 2004, 113 p.

¹⁰ Particip. Thematic evaluation of the European Commission support to the health sector. Final Report. Volume 1, August 2012. 109p.

¹¹ European Court of Auditors. EC Development assistance to health services in Sub saharan Africa. Special Report N°10. Luxembourg, 2008, 88p.

¹² Règlement n°1905/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006- JO L 378 du 27/12/2006, p.41)

¹³ O. Weil, op.cit, pages 57-58

exemple l'Alliance GAVI, le Fonds Mondial et l'IAVI), des agences onusiennes (FNUAP, UNICEF et l'OMS), des ONG internationales (telles IPPF ou Marie Stopes) ou des structures de recherche académique. Cela tient au fait que l'instrument du Fonds tous-ACP doit pouvoir bénéficier à l'ensemble des pays ACP, et passer par une organisation régionale ou internationale.

Les chiffres nous révèlent que 97 % des ressources ont en réalité été capturées par deux initiatives mondiales : le Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui est alimenté au total à hauteur de 50 millions d'euros par an, soit 300 millions au total à la fin 2013 ; le Fonds GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) pour renforcer les efforts domestiques en matière de vaccination.¹⁴ En mettant l'accent sur la lutte contre les grandes endémies dans le cadre des 9ème et 10ème FED, à l'instar des choix faits par l'ensemble des institutions de coopération sanitaire, publiques ou privées, à l'échelle mondiale, il en a résulté un transfert des ressources vers ces initiatives mondiales de prévention ou de prise en charge de ces maladies, qui ont développé une réelle agressivité en matière de collecte de fonds de l'aide. Ce serait oublier que ce sont des instances de financement, plutôt que des instances stratégiques de croire que les pratiques sont parfois éloignées de la noblesse des objectifs poursuivis.

L'insuffisante contribution à la construction de capacités institutionnelles endogènes

Le renforcement de la capacité d'appropriation et des capacités domestiques des systèmes de santé publique doit demeurer une priorité de l'aide en matière de santé pour jeter les bases d'un développement humain durable. Cette exigence devrait être poursuivie mieux que par le passé et servir de moteur de la coopération ACP-UE. La montée des maladies transmissibles, le renforcement de la mobilité internationale et la précarité des moyens de riposte face aux endémies dans la majorité des pays ACP ont fait le lit de l'émergence d'initiatives mondiales de prévention ou de lutte contre ces maladies. Ces agences ont progressivement pris place dans l'architecture internationale et le dispositif domestique de nombreux pays ACP pour le plus souvent se substituer aux mécanismes nationaux là où il en existait.

Dans la plupart des cas de figure, il en a résulté un affaiblissement des capacités domestiques de coordination et de gestion face aux maladies. Cela pose le problème de la cohérence qui est au cœur de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation¹⁵, dont les principes sont la recherche permanente de l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, l'amélioration de l'impact et la responsabilité mutuelle. L'aide de l'UE en matière de santé devrait fondamentalement faciliter la mise en œuvre concrète de ces principes pour permettre la construction de capacités institutionnelles endogènes en matière de santé. Car les effets sur le terrain laissent souvent observer un éloignement des

¹⁴ Weil, infra.

¹⁵ Forum de Haut niveau de Paris sur l'harmonisation et le renforcement de l'efficacité de l'aide, OCDE/DAC, Paris, Mars 2005. www.oecd.org

principes de la Déclaration de Paris, ou du Code de conduite sur la complémentarité et la division du travail, deux dimensions de la coopération, dont la mise en œuvre semble pourtant être le leitmotiv des interventions de la Commission européenne.

Améliorer la concentration des ressources de l'UE autour de la santé

Si les financements de l'UE en appui à la santé des pays en développement, et des pays ACP, ont été prioritairement affectés à l'appui à la lutte contre les grandes endémies, la majorité des pays ACP continue de consacrer des ressources très insuffisantes à la santé¹⁶ (-5 % du budget national en moyenne, malgré la magnitude des besoins dans ce domaine), pour espérer voir se concrétiser les objectifs 4, 5 et 6 des OMD. Il est évident aujourd'hui que ceux-ci seront hors d'atteinte à l'horizon 2015 dans la majorité des pays ACP.

Il est judicieux que les Délégations de l'UE encouragent les pays ACP à retenir la santé comme un secteur prioritaire de concentration dans l'allocation des ressources du FED. Jusqu'à présent, l'essentiel des ressources que tirent les pays ACP du FED dans la programmation des enveloppes nationales va prioritairement à la réalisation des infrastructures (routes, ports, etc.), plutôt que vers des secteurs sociaux dont celui de la santé. On relève une détermination du côté ACP à faire évoluer cette situation à travers la commune détermination des Ministres de la santé reprise dans le Plan d'action qu'ils ont adopté à l'issue de leur première réunion¹⁷ de travailler en étroite collaboration avec les Délégations de l'UE et les Ordonnateurs nationaux et régionaux du FED afin que la santé devienne une priorité de l'allocation des ressources du FED et qu'une part significative de ces enveloppes aillent au soutien et au renforcement des systèmes de santé nationaux et à l'accès aux produits médicaux, vaccins et médicaments. Cet appel a été partiellement entendu par la Commission européenne. Car dans le processus de revue à mi-parcours des engagements au titre du 10^{ème} FED, une « initiative OMD » lancée à New York en Septembre 2010 dotée d'un milliard d'euros tiré des secteurs du FED où une certaine lenteur avait été relevée, viendra appuyer les efforts des pays ACP dans la voie de la réalisation des OMD notamment ceux spécifiques à la santé. Dans ce mécanisme, 300 millions d'euros étaient affectés aux pays les plus performants dans la réalisation progressive des objectifs sectoriels dans les OMD, alors que 700 millions restaient ouverts à tous les pays ACP, y compris ceux primés dans la 1^{ère} enveloppe afin de dynamiser les efforts de tous sur la voie de la réalisation des OMD.¹⁸

¹⁶ Les Chefs d'Etats africains à l'issue de leur Sommet extraordinaire des 26-27 Avril 2001 à Abuja consacré au VIH/SIDA, à la tuberculose et aux autres maladies infectieuses avaient dans la Déclaration d'Abuja convenu d'affecter 15 % de leur budget annuel à la santé publique.

¹⁷ Lire paragraphes 22 et 23 du Plan d'action de Bruxelles et les recommandations sur la santé pour le développement durable, ACP/83/017/07 Final du 26 octobre 2007.

¹⁸ " Millennium Development Goals : EU gives additional support to 36 countries for tackling hunger, child mortality, maternal health and access to water." Press release. at <http://europa.eu> , Ref IP/11/1563

La problématique de la migration des personnels de santé des pays ACP vers l'UE

Cette question critique de par ses implications en termes d'affaiblissement du capital humain des pays ACP pour faire face aux défis de la santé, n'est pas encore traitée de manière systémique par la partie européenne dans le dialogue ACP-UE sur la migration. Pourtant les deux groupes d'Etats sont tous membres de l'Assemblée Mondiale de la Santé et ont à ce titre souscrit en mai 2004 à la Résolution (57.19) adoptée à Genève qui appelait à « *mettre en place des mécanismes pour atténuer sur les pays en développement l'effet négatif de la perte de personnel de santé du fait de son émigration, notamment des moyens par lesquels les pays bénéficiaires appuieront le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'où le personnel est originaire* ». Une étude menée en 2006 documente de façon très scientifique cette problématique¹⁹.

L'ampleur du phénomène est réelle étant donné que de nombreux pays ACP voient leurs personnels de santé quitter leurs pays pour bénéficier de conditions attractives de travail dans plusieurs pays de l'UE. De surcroît, la proportion de nationaux ACP qui ont bénéficié de bourses d'études médicales ou de perfectionnement octroyées par le canal de la coopération qui prennent le chemin du retour demeure très faible. Cela contribue à renforcer la précarité d'une infrastructure physique et humaine déjà insuffisante, et de façon générale la précarité de la vie dans les pays ACP. En 2006, la Commission européenne avait jeté les bases d'un Programme européen d'action visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de la santé dans les pays en développement sur la période 2007-2013²⁰. Cet engagement est confirmé en 2010 dans une autre Communication de la Commission où elle recense les domaines où l'UE peut contribuer efficacement à l'essor de la santé au plan mondial²¹ : « *Les Etats membres de l'UE doivent veiller à ce que leurs politiques migratoires ne mettent pas en péril la disponibilité des professionnels de la santé dans les pays tiers, tout en respectant la liberté de circulation et les aspirations personnelles et professionnelles. L'UE doit s'engager à mettre en œuvre sa stratégie concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement et contribuer au Code de bonne conduite de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur le recrutement international du personnel de santé. L'UE doit faciliter la migration circulaire afin d'endiguer la fuite des cerveaux en provenance des pays en proie à ces difficultés* ». La problématique de l'atteinte des OMD en matière de santé ne saurait exclure cette question dans le dispositif de la coopération ACP-UE en matière de santé. Elle mérite donc son inclusion pleine et entière dans la redéfinition de ce partenariat pour le développement humain. Pourquoi ne pas envisager le développement de chartes éthiques, la mise sur pied de systèmes de compensations

¹⁹ Coalition interagence sida et développement. « Emigration des personnels de santé vers les pays à haut revenus : un nouveau défi dans la lutte contre le VIH/SIDA ». Ottawa, Canada, mai 2006

²⁰ COM (2006) 870 final du 21.12.2006

²¹ Communication de la Commission européenne « Le Rôle de l'UE dans la santé Mondiale », COM (2010) 128 final du 31.03.2010

financières ?²² Un partenariat ACP-UE qui se veut crédible dans la quête d'un développement humain durable mutuellement bénéfique ne saurait éluder ces questions essentielles.

La coopération pour l'accès aux médicaments : vers un alignement sur les principes universels ?

L'accès aux médicaments des populations démunies des ACP constitue un segment privilégié d'observation de la coopération ACP-UE en matière de santé tant elle juxtapose les problématiques de développement, d'innovation, de propriété intellectuelle et de commerce qui peuvent être difficilement réconciliables en l'absence de volontarisme politique. Les pays ACP qui concentrent le segment des populations les plus vulnérables, et aux avant-postes des pandémies ont participé activement à la cristallisation de normes et d'initiatives dans les enceintes internationales (ONU, OMS, OMC, etc.) de concert avec le partenaire européen, pour faciliter l'accès de ces populations aux médicaments et faire ainsi face aux urgences sanitaires. Ainsi en a-t-il été de leur action commune pour l'adoption de la Déclaration de Doha de l'OMC sur les ADPIC (Aspects de droits relatifs à la Propriété intellectuelle) et la santé publique²³, l'Accord du 30 août 2003 de l'OMC portant amendement de l'article 31 de l'Accord ADPIC formellement entériné le 6 décembre 2005 et permettant aux pays membres de l'OMC d'accorder des licences obligatoires pour la production et la vente de produits pharmaceutiques brevetés, en vue de l'exportation vers des pays tiers en proie à des situations d'urgence sanitaire et dont les capacités de production sont insuffisantes, voire inexistantes.

L'UE face à l'accès aux médicaments des pays ACP

À la suite de cet amendement multilatéral, le Parlement européen avait pris en mai 2006 un Règlement²⁴ harmonisant les dispositions d'octroi des licences obligatoires entre les Etats membres de l'Union européenne, tout en définissant des mesures concrètes de prévention et de répression des détournements vers l'Europe des médicaments exportés dans les pays en développement. Par ailleurs, le Parlement en sa session du 12 juillet 2007 à Strasbourg (quelques mois avant la Première Conférence des ministres de la santé des Etats ACP réunis à Bruxelles) adopta une Résolution sur l'Accord ADPIC et l'accès aux médicaments²⁵ demandant explicitement :

- au Conseil européen, de soutenir les pays qui souhaitent utiliser les flexibilités de l'Accord ADPIC, afin de fournir des médicaments à bas prix à leurs populations dans le cadre de programmes nationaux de santé publique ;
- à la Commission et au Conseil à renforcer les capacités des pays en développement à développer leur industrie pharmaceutique pour produire des médicaments, financer la recherche sur les maladies infectieuses et les maladies négligées ;

²² Idem

²³ Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé Publique, adoptée le 14 Novembre 2001 lors de la Quatrième Conférence Ministérielle de l'OMC, Doha, 9-14 Novembre 2001

²⁴ Règlement du Parlement européen et du Conseil concernant l'octroi de licences obligatoires pour les brevets visant la fabrication de produits pharmaceutiques destinés à l'exportation vers des pays connaissant des problèmes de santé publique, 17 Mai 2006

²⁵ Résolution du Parlement B6-0288/2007 sur l'Accord ADPIC et l'accès aux médicaments du 12 juillet 2007

- au Conseil européen d'empêcher la Commission d'interférer auprès des pays de l'UE qui souhaiteraient autoriser la production et l'exportation de médicaments en faveur des pays qui le demandent.

Le volontarisme politique se trouve donc clairement du côté du Parlement et parfois du côté de la Commission, ce qui appelle à un besoin de cohérence institutionnel. Dans la Communication relative au « Rôle de l'UE dans la santé mondiale »²⁶ qui réitère l'exigence de cohérence entre ses politiques, ici entre la stratégie d'aide au développement de l'UE et les intérêts commerciaux de l'industrie pharmaceutique européenne. Cette industrie, qui déverse chaque année 23 % de médicaments innovants sur le marché mondial des médicaments a investi à ce jour 27 milliards d'euros dans la recherche-développement, et a récolté en 2011 près de 51 milliards de bénéfices selon le Commissaire Karel de Gucht²⁷. La Communication précitée appelle l'UE à garantir une utilisation plus efficace des dispositions relatives aux ADPIC afin d'accroître l'accessibilité économique et l'accès aux médicaments essentiels. L'UE doit veiller à ce que ses accords commerciaux bilatéraux ne comportent pas de clauses qui pourraient entraver l'accès aux médicaments. L'UE doit s'employer à éliminer le commerce de la contrefaçon des médicaments, à poursuivre sa lutte contre les drogues illicites et continuer à plaider en faveur d'une meilleure gouvernance mondiale en matière d'accords environnementaux relatifs à la santé.

Comment ces principes sont-ils repris dans le cadre de la coopération ACP-UE ?

Le partenariat UE/ACP/OMS pour la politique pharmaceutique

Lancé en mars 2004, le Partenariat UE/ACP/OMS pour la politique pharmaceutique est un programme d'appui aux pays ACP doté de €25 millions pour soutenir l'action de l'OMS pour l'accès des populations démunies et défavorisées de ces pays aux médicaments. À travers ce programme, l'UE, en synergie avec l'OMS, aide à l'élaboration, la supervision et l'évaluation des politiques pharmaceutiques nationales des pays ACP depuis l'amélioration de la réglementation, à l'acquisition des produits pharmaceutiques en passant par le renforcement des ressources humaines. À ce jour, « 14 pays ACP ont actualisé leur politique pharmaceutique nationale ou en ont créé une nouvelle et 15 autres ont lancé un processus d'approbation pertinent ; 22 pays ACP ont mis à jour leur plan d'application de la politique pharmaceutique nationale ; 20 pays ACP ont procédé à une évaluation générale de la situation pharmaceutique, point de départ nécessaire pour établir une politique idoine basée sur des données factuelles ; 25 pays ont été soutenus pour surveiller le prix de leurs médicaments ; 40 pays ont bénéficié d'une assistance pour améliorer leur système d'approvisionnement en médicaments ou rationalisé leur lutte contre les médicaments contrefaits, etc. »²⁸. Plusieurs stages et ateliers de formation ont été organisés par l'OMS à l'intention des responsables de la politique pharmaceutique dans les trois composantes du Groupe ACP. Certaines communautés économiques régionales comme l'Union économique

²⁶ Idem

²⁷ Karel de Gucht, Commissaire au commerce de l'UE. Conférence à Bruges au College of Europe, « Bruges European Business Conference », le 20 mars 2012.

²⁸ Statistiques tirées de la page web du programme UE/ACP/OMS pour la politique pharmaceutique

et monétaire ouest africaine (UEMOA) en ont même profité pour jeter les bases d'une harmonisation de la réglementation pour l'homologation des médicaments et les bonnes pratiques de fabrication. Cependant, ce partenariat pour le développement des capacités des pays ACP en faveur de l'accès aux médicaments de leurs populations reste en deçà de leurs attentes. Pourquoi ?

Un volontarisme contrarié par des intérêts commerciaux ?

Parce qu'au-delà du volontarisme énoncé dans les Résolutions du Parlement, les règlements du Conseil et les Communications de la Commission se pose le problème du développement des capacités technologiques de ces pays à fabriquer les médicaments essentiels. Car l'amendement de l'Accord ADPIC a réglé le problème de l'importation/exportation des produits pharmaceutiques produits sous licence obligatoire et la mise en œuvre est d'ailleurs illustrée par la coopération dans ce registre entre un pays comme le Rwanda dans le rôle d'importateur et le Canada dans le rôle d'exportateur permettant ainsi aux populations rwandaises d'avoir accès aux médicaments. Cependant l'amendement de l'Accord ADPIC invite à la coopération pour le transfert de technologie en matière pharmaceutique.

Le règlement du Parlement européen et du Conseil (N° 816/2006) de mai 2006, qui transpose à l'échelle européenne l'Accord multilatéral, définit uniquement les procédures relatives aux licences obligatoires et à l'exportation des médicaments. Il n'existe nulle part de dispositions en matière de transfert de technologie et du renforcement des capacités de production des médicaments. De surcroît, dans la majorité des rapports soumis par les Etats membres de l'UE au sujet de leur mise en œuvre des dispositions de l'article 66.2 de l'Accord ADPIC qui invite explicitement les pays développés membres de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) au transfert de technologie en direction des PMA pour renforcer leurs capacités manufacturières en matière de médicaments, il n'est pas fait mention de progrès dans la concrétisation de cet engagement.

En examinant également les dispositions des Accords de Partenariat Economique entre l'UE et les pays ACP, notamment le premier conclu à ce jour -l'APE CE/CARIFORUM- on y décèle des dispositions de portée très générale invitant à la coopération en matière de science, technologie et développement industriel entre les parties. Or la coopération pour l'innovation permettant aux pays ACP de stimuler leurs capacités de recherche pour le traitement des maladies négligées (qui font à peine 1 % des brevets déposés par l'industrie pharmaceutique européenne) ou non transmissibles touchant spécifiquement les populations de ces pays ACP demeure inexistante. Cette coopération pour la recherche dans le secteur pharmaceutique est impérative si l'on veut jeter les bases d'une solution durable en matière d'accès aux soins et aux médicaments des populations des pays ACP, d'autant plus que les systèmes d'assurance maladie sont quasiment inexistants dans la presque totalité de ces pays.

Dans sa quête d'un accroissement de l'impact de la politique de développement de l'UE, le Commissaire au développement, Andris Piebalgs a commis en octobre 2011 un Programme pour le changement (An Agenda for Change)²⁹. L'un des domaines d'action prioritaire se

²⁹ Communication de la Commission « Accroître l'impact de la politique de développement de l'UE : un programme pour le changement », COM(2011) 637 final du 13 septembre 2011

trouve être celui de la santé : « *L'UE doit prendre des mesures pour mettre en place et renforcer des systèmes de santé, réduire les inégalités d'accès aux services sanitaires, promouvoir la cohérence des politiques et accroître la protection contre les menaces sanitaires mondiales de manière à améliorer les résultats en termes de santé au bénéfice de tous* »³⁰.

Il s'avère cependant que les intérêts commerciaux priment très souvent sur des considérations humanitaristes ainsi énoncées. Ceci participe d'une stratégie visant à optimiser la compétitivité des multinationales européennes, notamment pharmaceutiques à l'étranger dont les fondamentaux sont consignés dans une Communication intitulée : « Une Europe compétitive dans une économie mondialisée »³¹. Selon les organisations OXFAM et Health Action International, « *L'UE concentre ses efforts sur l'extension de la protection des monopoles pour les médicaments brevetés dans les pays en développement, tout en limitant la capacité de ces pays à faire valoir les dispositions ADPIC en faveur de la santé publique. Les stratégies employées par l'UE incluent les accords de libre échange, les pressions bilatérales et les règles d'application* »³². On observe que les négociations de multiples accords de libre échange dans lesquels se trouve actuellement engagée la Direction de la Commission en charge du commerce vident de leur substance la recherche de la cohérence entre le commerce, la protection des droits de propriété intellectuelle et les besoins en médicaments des partenaires en développement de l'UE. En effet, les négociateurs de la Commission introduisent ainsi des dispositions dites « ADPIC-Plus » qui débouchent invariablement sur l'extension des monopoles ou la mise en place de mesures d'exécution limitant l'accès aux médicaments des populations des pays en développement partenaires. Rappelons que le chantier des accords de libre échange de la Commission vise la recherche permanente de débouchés commerciaux et la captation des gisements de croissance où qu'ils se trouvent à travers le monde, étant donné que 90 % de la croissance économique globale se développe désormais en dehors des frontières européennes.

Une inquiétude grandit depuis quelques mois au sujet de la signature imminente de l'Accord de Libre échange de l'UE-Inde, premier pays producteur de médicaments génériques, pharmacie du monde en développement exportant 70 % de ses génériques vers les pays en développement. Des fuites font état de dispositions très conservatrices consignées par les négociateurs de la Commission dans le chapitre relatif à la propriété intellectuelle sous la pression des firmes pharmaceutiques visant à encadrer rigoureusement la production et la commercialisation des médicaments génériques.

De telles évolutions, si elles se confirmaient ici ou ailleurs, sont contre-productives pour les importations de génériques pour les besoins de santé des populations des pays ACP, mais aussi pour des ONG européennes qui recourent à ces génériques comme « Médecins sans Frontières », qui utilisent ces copies moins onéreuses pour combattre des pandémies comme le sida. En clair, la minutie dont fait preuve la Commission dans la protection des droits de propriété intellectuelle dans les accords de libre échange, peut se muer en une entrave à l'accès des populations démunies aux médicaments génériques produits dans des pays comme l'Inde, le Brésil ou la Thaïlande, et vider de sa substance l'objectif d'un

³⁰ ibid

³¹ http://ec.europa.eu/trade/issues/sectoral/competitiveness/global_europe_en.htm

³² Rohit Malpani et Sophie Bloemen : Le mépris des enjeux de l'accès aux médicaments : les priorités commerciales de l'UE sur la mauvaise pente, (Oxfam International et HAI International), octobre 2009, p. 14

partenariat pour le développement humain en direction des pays faibles et vulnérables tels les ACP. L'urgence est donc à la rupture avec le symbolisme, car en confrontant les 25 millions d'euros consacrés depuis 2004 à la coopération UE/ACP pour l'accès aux médicaments aux 51 milliards de bénéficiaires réalisés par l'industrie pharmaceutique européenne pour la seule année 2011, il faut faire évoluer l'inertie pour enfin jeter les bases d'un vrai partenariat où l'accès aux soins et aux médicaments des populations ACP prend toute la place qui lui revient. C'est surtout un droit fondamental et à ce jour, de très importantes franges de populations de ces pays n'y ont pas accès, l'un des chevaux de bataille de la Fondation Jacques Chirac.

L'insuffisante implication de la société civile ACP

S'il demeure entendu que la nouvelle architecture du partenariat ACP-UE fait une place accrue à l'implication de la société civile comme acteur autonome dans la mise en œuvre de ce partenariat³³, force est de constater que l'espace dévolu à ces acteurs, ACP notamment, dans le domaine de la santé reste très étroit. Cela contraste avec la volonté pourtant affirmée par l'UE à travers des cadres participatifs incluant les Organisations de la société civile de les intégrer dans la programmation et l'acheminement de l'aide au développement. Pourtant nombreuses sont ces organisations qui se trouvent aux avant-postes de l'action sur le terrain, côtoyant les formes visibles de la misère humaine, organisant avec des moyens très précaires la riposte face aux épidémies, et parfois dans des zones de territoire où les pouvoirs publics sont absents ou défaillants. C'est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de prévenir la transmission du virus du sida (et de la tuberculose associée) au sein de groupes les plus exposés comme les usagers de drogues, les jeunes filles et les femmes violées, les enfants et les jeunes dans la rue ou détenus par exemple. Or, l'approche de l'UE en la matière part du principe selon lequel « *Il incombe aux pouvoirs publics de garantir la fourniture effective de services sociaux (santé, éducation, protection sociale) ... l'objectif fondamental de l'UE est de soutenir la capacité des pouvoirs publics à mettre sur pied des systèmes de qualité durables au bénéfice des populations* »³⁴. Cette approche demeure cohérente dans un environnement où l'infrastructure institutionnelle est pertinente et adossée sur un véritable maillage territorial. Mais dans bien des cas, la majorité des ONG locales actives sur le terrain de la santé, quand elles arrivent à entrer en contact avec les Délégations de l'UE, doivent affronter la complexité des règles et procédures de financement du FED pour des résultats incertains. On note également que la relation structurelle de ces ONG avec leurs homologues européennes demeure très exposée à des aléas en l'absence de lignes directrices claires définies par la Commission, ce qui ne peut qu'atténuer l'impact de leur implication dans la vie du partenariat. De manière générale, seules survivent sur la longue durée celles de ces organisations de la société civile qui bénéficient de soutiens extérieurs, ou celles étant des antennes locales d'ONG étrangères. Il importe donc de remédier sans délai à ces insuffisances en organisant au mieux ce partenariat pour les organisations de la société civile dans le domaine de la santé et faire évoluer cette action qui demeure confinée dans le registre des pratiques de la philanthropie sanitaire.

³³ Article 2 de l'Accord de Partenariat de Cotonou

³⁴ Communication de la Commission au Conseil et au Parlement : « Les racines de la démocratie et du développement durable : l'engagement de l'Europe avec la société civile dans le domaine des relations extérieures » COM (2012) 492 final , Bruxelles, 12 septembre 2012.

Conclusion

L'un des objectifs, il m'a semblé, de la tenue du présent colloque est d'explorer comment les acteurs et les mécanismes du système international articulent des réponses ou du moins confrontent le défi global commun de la santé. En quelque sorte, il s'agit de cerner comment la communauté internationale en quête d'une mondialisation humanisante et inclusive fait face à la problématique de la santé. Le Groupe ACP avec ses 80 Etats membres concentre la frange la plus importante de populations n'ayant pas de couverture maladie, où les politiques et les systèmes de santé sont inadéquats et parfois déficients au regard de l'étendue des besoins et d'une démographie en constante évolution, ce qui concourt à la prévalence de l'insécurité humaine dans ces pays. Comment dès lors jeter les bases d'une mondialisation humanisante, tournée vers le développement du capital humain et serve à la réduction de l'insécurité humaine à travers le monde et plus particulièrement dans ces pays ?

La coopération ACP-UE en matière de santé ambitionne d'être une réponse à cette quête mais dont le niveau d'effectivité et le degré de pertinence ne correspondent pas à la magnitude des besoins. Et pour cela, il faut venir à bout des insuffisances sur lesquelles notre analyse a levé un coin du voile. Actuellement, les ressources consacrées à la santé dans le partenariat ACP, c'est moins de 5 % de l'enveloppe globale du Fonds Européen de développement FED et c'est à peine 16 % des ressources thématiques de la coopération intra-ACP.

De surcroît, il est à relever que les interventions dans le domaine de la santé, pas plus que dans les autres secteurs d'intervention, n'ont été accompagnées de critères d'évaluation permettant d'améliorer l'impact des actions. À ces questions structurelles, il faut ajouter que les ressources des fonds tous-ACP du FED affectées à la santé ont été capturées à près de 90 % par des initiatives globales telles le Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou l'Alliance GAVI. La place faite à ces initiatives globales dans les dispositifs institutionnels de réponse de nos pays face à ces endémies n'est pas allée sans conséquence. Dans bien des cas, il y a eu un affaiblissement des capacités domestiques de coordination et d'appropriation dans les pays ACP bénéficiaires, en contradiction avec les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, notamment le cinquième principe relatif à la « responsabilité mutuelle », qui restent pourtant le fil conducteur des interventions de la Commission européenne.

Il est également symptomatique de constater que la question de la migration des personnels de santé, bien que faisant l'objet depuis 2006, d'une Communication visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de la santé dans les pays en développement, assortie d'un Programme d'action, n'a pas encore trouvé de traduction dans le dialogue ACP-UE sur la migration tout comme la place éminente qui devrait être faite aux organisations de la société civile ACP dans la mise en œuvre du partenariat ACP-UE en matière de santé.

S'agissant de l'accès aux médicaments, le volontarisme politique décelé dans les Résolutions du Parlement, les Règlements du Conseil et les Communications de la Commission se trouvent à bien des égards contrarié par le pragmatisme du Commissaire au commerce porté sur la défense et la promotion des intérêts des firmes pharmaceutiques européennes.

Comment concourir avec efficacité à la réalisation du droit à la santé en tant que droit fondamental au regard des déficiences ainsi observées qui ne sont pas anodines dans la mise en œuvre du partenariat ACP-UE en matière de santé ?

Réaliser le droit à la santé, c'est le cap que nous devons atteindre pour donner du contenu à un partenariat pour le développement humain, et le processus de sédimentation en préparation de l'Agenda de développement post-2015 doit nous conduire vers cette destination. Des éléments de cette vision se trouvent consignés dans une Communication très stimulante de la Commission rendue publique le 27 février 2013 intitulée : « Une vie décente pour tous : éradiquer la pauvreté et offrir au monde un avenir durable ». Les deux partenaires dans le cadre du Conseil conjoint des Ministres ACP-UE tenu les 6 et 7 Juin 2013 à Bruxelles sont convenus de travailler ensemble pour la formulation d'une position commune relative au cadre général du développement post-2015. Ils entendent ainsi peser sur le processus multilatéral en cours visant à jeter les bases des paramètres d'une vie décente pour tous dès l'horizon 2030. Tout ceci demeure réalisable à la condition qu'un consensus universel prenne corps et que des moyens d'action adéquats soient effectivement mobilisés.