

# **Collège de France**

Année académique 2012-2013

## **Chaire: « Savoirs Contre Pauvreté »**

**THEMATIQUE GENERALE : GEOPOLITIQUE DE LA SANTE MONDIALE**

---

**Le Partenariat ACP-UE à l'épreuve des défis globaux**

**Achille BASSILEKIN**

**Sous-Secrétaire Général**

**Groupe des Etats d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP)**

Paris, 14 mars 2013

## Contexte

1. Avant d'aborder le sujet au cœur de la réflexion que je vais vous livrer ce jour sur la thématique du partenariat ACP-UE à l'épreuve des défis globaux tout en circonscrivant le champ de mon analyse sur celui de la santé, j'aimerais d'abord remercier la Professeure Dominique Kerouedan pour l'initiative qu'elle a prise de m'associer aux enseignements qu'elle coordonne cette année dans le cadre de la Chaire **Savoirs Contre – Pauvreté** sur le thème de la « Géopolitique de la Santé mondiale ».
2. Cette réflexion va nous conduire à analyser les lignes de continuité et de rupture du partenariat entre les pays ACP et l'Union Européenne en matière de santé publique et ainsi illustrer l'approche du premier donateur sur le plan mondial de l'aide au développement, l'Union Européenne, en direction d'un groupe de pays, premier bénéficiaire à travers le monde, le Groupe des Etats d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (Groupe ACP). Cette réalité nous est révélée par la géographie de l'aide au développement. Nous ferons un focus sur cette assistance pour comprendre comment elle répond au défi global de la santé publique.
3. Je dois d'emblée signaler que la question de la santé se situe au cœur de la dynamique de développement humain durable dans les pays ACP et fait l'objet d'une implication active des pouvoirs publics, de la société civile, des partenaires au développement, des opérateurs privés, etc...dans une volonté légitime de faire

reculer la précarité dans ce secteur et améliorer l'espérance de vie moyenne des populations.

4. S'agissant du vaste ensemble ACP, quelques statistiques vont nous permettre de figer le décor pour mieux comprendre les enjeux. Ces 80 pays sont disséminés à travers trois continents avec une population totale estimée en 2010 à 932,450.000 habitants (14% de la population mondiale) dont 883,308.000 en Afrique ; 38,282.000 dans la Caraïbe et 11,067.000 dans le Pacifique.
5. Si le taux de croissance moyen de la population est de 2,4% en Afrique ; 2,7% dans le Pacifique et 1,2% dans la Caraïbe, la part des pays ACP dans le PIB Mondial est restée faible sinon le même entre 1975 et 2010 (soit 2%) pendant que leur population doublait sur la même période. Et la faible participation des pays ACP à la production de la richesse mondiale rend donc impérative le recours par leurs pouvoirs publics à la coopération internationale pour répondre aux besoins économiques et sociaux de leurs populations.
6. Par ailleurs, la régression de l'espérance moyenne de vie observée dans la majorité des pays de cet ensemble disparate résulte non seulement de l'anomie des politiques publiques de santé mais aussi de l'amenuisement des capacités de financement des gouvernements face à un accroissement démographique constant. L'un des points d'inflexion majeur aura également été la baisse drastique des crédits consacrés à la

santé publique dans la dynamique des politiques d'ajustement structurel des années 80 et 90 alors que se développaient des pandémies.

7. En Afrique subsaharienne qui constitue le pilier Afrique du Groupe ACP, l'espérance moyenne de vie a reculé ces dernières années à 55 ans et rejoint celle du début des années 70. Cette dynamique est également à l'œuvre dans les pays ACP du Pacifique. En revanche, dans la Caraïbe, elle s'est élevée pour se stabiliser à 66 ans à la faveur de politiques incitatives de développement humain, et le paradoxe est que certains pays comme Cuba qui ne bénéficient pas des financements au titre de l'accord de Cotonou ( tout en faisant de leur appartenance au Groupe ACP un impératif diplomatique) détiennent l'une des concentrations les plus élevées de centenaires dans le monde.

## I. INTRODUCTION

8. Il faut donc reconnaître que la réalité que nous devons analyser est multiforme, car la coopération UE/ACP en faveur de la santé des populations ACP se déploie à travers divers instruments dont les deux principaux leviers sont les enveloppes octroyées à travers les Programmes Indicatifs Nationaux (les Programmes Indicatifs Nationaux étant les cadres négociés et convenus d'appui budgétaire autour de secteurs cibles dont la santé entre les services de la Commission européenne et les pays bénéficiaires). Le deuxième levier étant celui de la coopération intra-ACP qui est un financement supranational et intra-régional

logé au Secrétariat ACP et dont le Secrétaire Général est l'ordonnateur des ressources.

9. La coopération intra-ACP contribue, en tant qu'instrument de développement, à la réalisation des objectifs du partenariat ACP-EU. La coopération intra-ACP est également une coopération supra régionale qui vise à répondre aux défis communs auxquels sont confrontés les Etats ACP par des opérations qui transcendent l'appartenance géographique et bénéficient à de nombreux Etats ACP ou à la totalité d'entre eux.
  
10. Pour des besoins de cohérence de notre analyse, nous mettrons l'accent sur l'appui de l'Union européenne au titre de la coopération intra-ACP. Ce levier d'action entre les mains du Secrétariat ACP qui vise à répondre aux défis communs auxquels sont confrontés nos Etats membres, y compris en matière de santé, nous offre des informations précieuses sur le dispositif institutionnel, les instruments d'action, les flux financiers et les éléments permanents de cette coopération ACP-UE.

## **II. GENESE DE LA COOPERATION INTRA-ACP EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE**

11. L'histoire du FED en matière de santé est indissociable des mutations ou des évolutions des relations ACP-EU. Au titre de la coopération intra-ACP elle prend véritablement corps à la fin des années 90 quant le pilier développement humain durable fait irruption dans les relations entre la Communauté européenne et

le Groupe des Etats ACP à la faveur des transformations que connaît l'arène internationale suite à l'évaporation communiste.

12. Dans le Livre Vert que commande la Commission européenne à des universitaires et stratèges européens en 1996 sur le thème « *les relations entre l'Union Européenne et le pays ACP à l'aube du 21<sup>e</sup> siècle : Défis et options pour un nouveau partenariat* », on y propose de nouvelles approches, modalités et principes de la coopération au développement de la Communauté envers les pays ACP.

13. Le premier élément de consensus porte sur le renforcement de la dimension politique du partenariat aussi bien du point de vue de son contenu que de sa pratique. Quatre principes cardinaux sont retenus pour y parvenir :

- une meilleure appropriation par les Etats ACP des stratégies et politiques de développement,

- l'élargissement du partenariat à de nouveaux acteurs au-delà des Etats et leurs parlements en y incluant le secteur privé la société civile, et les partenaires économiques et sociaux,

- le dialogue constant entre partenaires européens et ACP qui postule une relation de co-responsabilité et de respect des engagements mutuels. Cette évolution vise à prendre le pas sur le système de conditionnalité qui avait jusque là informé la nature du partenariat et la pratique de la coopération. Bien

que l'on maintienne l'aide aux pays en fonction de leurs besoins et des engagements qu'ils prennent, on décide d'accorder une prime à ceux qui affichent de meilleures performances.

- la mise sur pied d'un ensemble d'instruments de coopération adaptés au niveau de développement, des stratégies et besoins des pays ACP lesquels instruments complètent le cadre central de coopération. Et ici, la coopération touche une foule de matières au-delà de la lutte contre la pauvreté, notamment la bonne gouvernance, les droits de l'homme, les migrations, la santé, le développement du secteur privé, l'intégration régionale et la coopération interrégionale, la gestion des ressources naturelles, etc...

14. De manière plus fondamentale, les deux partenaires procèdent à un aggiornamento de leur coopération pour réaliser un triple objectif :

- ~ l'éradication de la pauvreté ;
- ~ le développement durable ; et
- ~ l'intégration progressive des pays ACP dans l'économie mondiale.

15. L'Accord de Partenariat signé en juin 2000 à Cotonou se veut donc être un nouveau point de départ des relations entre les ACP et la communauté qui affirment leur détermination à apporter par leur coopération une contribution significative au développement économique, social et culturel des Etats ACP et

au mieux être de leurs populations. Il s'agit d'œuvrer de concert pour faire de ce partenariat une des réponses pertinentes dans le champ de la coopération internationale à la problématique de la persistance du sous-développement en vue de donner à la mondialisation une dimension sociale plus forte.

### III. DISPOSITIONS RELATIVES A LA SANTE DANS L'ACCORD DE COTONOU

16. L'Article 25 de la Convention de Cotonou représente donc 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 ;
- intégrer les questions démographiques dans les stratégies de développement encore d'améliorer la santé générique, les soins de santé primaire, la planification familiale et la prévention contre les mutilations génitale 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 la malaria et la tuberculose ;

- garantir l'accès à l'eau potable et à une hygiène suffisante.

17. Au regard de la persistance et la gravité de la pandémie du VIH/SIDA, les parties à l'Accord décident donc de renforcer la mobilisation de leurs ressources pour y faire face au regard de l'incidence grave que celle-ci a sur la dynamique de développement des pays ACP, plusieurs de ces pays étant aux avant-postes des ravages que cause cette pandémie.

18. On note également le contenu de l'Article 31(a) entièrement consacré aux stratégies de lutte, de mobilisation des ressources, de formulation des politiques publiques, et enfin l'accès aux médicaments pour conjurer cette pandémie.

19. L'Accord de Cotonou recèle également des dispositions pertinentes relatives à la protection de la santé des consommateurs (article 51) qui suggère la mobilisation de tous les moyens d'alerte et d'information pour garantir la sécurité/sureté des consommateurs.

#### **IV. MECANISMES DE COOPERATION INTRA-ACP EN MATIERE DE SANTE**

20. 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. Cette rencontre ministérielle a débouché sur l'adoption de deux documents-cadre :

- la Déclaration de Bruxelles sur la santé pour le Développement durable dans les Etats ACP, et
- le Cadre d'Action et les Recommandations sur la santé pour le développement durable.

21. Cette rencontre se tenait pratiquement à mi-parcours de l'échéance de réalisation des objectifs du Millénaire pour le Développement et pendant le processus de programmation du 10<sup>e</sup> FED (2008-2013).

22. Le diagnostic que posent les Ministres ACP face à la persistance des défis de santé est sans appel : 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 de santé ; précarité ou manque de précaution lors de l'administration des soins et des transfusions sanguines ; insuffisance des laboratoires ; caractère embryonnaire de la recherche/développement pour faire face

aux endémies ; persistance des maladies transmissibles telles que le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que des maladies chroniques telles le diabète, l'hypertension, l'asthme ; permanence des affections découlant de la violence ainsi que des traumatismes et des accidents ; capacité de réaction très limitée face aux endémies cycliques telles l'Ebola ; coût exorbitant des médicaments et des produits pharmaceutiques ; insuffisance des ressources consacrés 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.

23. Leur détermination se décline à travers plusieurs axes :

**a. En matière de gestion de la santé, ils s'engagent à œuvrer pour :**

- 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.
- 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.

**b. Face aux maladies transmissibles, non transmissibles et orphelines, ils conviennent :**

- d'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 sur les fonds mondiaux et des donateurs publics et privés ainsi que des partenaires au développement.

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

**c. La coopération entre pays ACP**

Dans cette perspective, les ministres décident de :

- combattre par des moyens mutuellement convenus les maladies transmissibles telles le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme à travers la coopération intra-ACP en échangeant des expériences, en partageant les enseignements et les bonnes pratiques dans la prévention du VIH, y compris la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, ainsi que les stratégies visant les groupes à haut risque ;
- renforcer leurs efforts pour combattre les épidémies à travers les échanges d'expérience, de services, de données relatives à

l'alerte et à la surveillance des maladies dans les pays, et le savoir faire en construisant des systèmes efficaces de santé et d'accélérer leurs efforts pour atteindre les objectifs des OMD en matière de santé y compris la construction de système d'assurance de santé et des mécanismes alternatifs pour renforcer la couverture en matière de santé ;

- renforcer leurs efforts aux plans régional et sous-régional dans la formulation de stratégies communes visant à prévenir la duplication des efforts, favorisant l'harmonisation des cursus de formation, la rétention du personnel de santé dans leurs pays et coordonnant leur mobilité dans le cadre de la coopération intra-ACP et à travers les programmes de coopération sud/sud qui incluent la contribution de la diaspora. Dans ce contexte, il convient de signaler que certains pays ACP comme Cuba octroient désormais des bourses des Bourses d'études médicales et/ou mettent à la disposition d'autres pays ACP des médecins et personnels sanitaires ;
- se soutenir dans le développement des stratégies pour faire face au danger croissant des faux médicaments dans leurs régions ;
- partager leurs expériences dans la construction de mécanismes d'assurance-santé et des mécanismes alternatifs visant à garantir une bonne couverture sanitaire ;

- promouvoir la coopération sur les moyens visant à renforcer les liens entre les institutions publiques et privées en matière de santé publique ;
- soutenir les initiatives de santé des acteurs non-étatiques à travers les cadres institutionnels de coopération ACP y compris le secteur privé pour renforcer son implication dans le secteur de la santé ;
- faire travailler ensemble leurs centres régionaux de santé et les réseaux d'excellence pour renforcer les liens et partenariats avec les secteurs productifs et plus précisément le secteur privé.

### **Orientations communes relatives aux financements du FED**

24. Le Plan d'action de Bruxelles et les recommandations en matière de santé pour le développement durable adopté le 26 octobre 2007 livre des informations sur les secteurs prioritaires dans l'affectation des flux au titre de la coopération intra-ACP.
25. Les ministres s'engagent à travailler en étroite collaboration avec les ordonnateurs nationaux et régionaux et les délégations de la Commission européenne au niveau national et régional pour garantir que la santé soit priorisée dans les enveloppes des programmes indicatifs nationaux et régionaux, et que les ressources soient affectées à la réalisation des OMD relatifs à la Santé.

26. Les Ministres engagent la Commission européenne à affecter une partie significative de l'enveloppement de la coopération intra-ACP au titre du 10<sup>ème</sup> FED au soutien et au renforcement des systèmes de santé dans les régions et Etats ACP y compris pour les nouveaux produits médicaux, les vaccins et médicaments au-delà du contrôle des maladies à travers des initiatives mondiales, et de négocier avec la Commission européenne pour réduire les coûts de gestion et de transaction dans la mise en œuvre de l'enveloppe du 10<sup>e</sup> FED.

**V. QUID DE LA MISE EN ŒUVRE DANS LE PARTENARIAT ACP-UE DU CADRE D'ACTION MINISTERIEL ACP SUR LA SANTE**

27. Un rapport d'évaluation de l'état de mise en œuvre des Résultats de cette Première réunion des Ministres de la santé rendu public dans la 2<sup>ème</sup> moitié de 2011 révèle que face à l'absence d'indicateurs, il est difficile de mesurer l'état de réalisation des mesures préconisées dans ce cadre d'action. A 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.

28. 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 économique 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 droit au développement. 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.

29. A titre de rappel, le FED est l'instrument de financement disponible pour tous les pays ACP à l'exception de l'Afrique du Sud qui dispose de son guichet à travers l'Instrument de Coopération au Développement (DCI).
30. C'est l'enveloppe la plus significative d'aide de l'UE dotée d'un montant total 21, 966 milliards d'Euros et au titre du 10<sup>e</sup> FED, on relève que:
  - 17,766 milliards sont alloués aux Programmes Indicatifs Nationaux et Régionaux (81 % du total) ;
  - 2,700 milliards à la coopération intra-ACP et la coopération intra-régionale (12%)
  - 1,500 milliards pour la Facilité d'Investissement.

31. S'agissant des programmes, une trentaine faisait l'objet d'un financement à la fin de l'année 2007 et leur exécution s'est poursuivie sous le 10<sup>ème</sup> FED. Une rapide consultation des secteurs de concentration des ressources donne une idée précise des domaines d'action par ordre de priorité:

- a) 61.155.451€ pour l'éradication de la polio dans 14 pays ACP ;
- b) 50.000.000€/an affectés au Fonds Mondial pour la lutte contre la tuberculose, le SIDA et le paludisme;
- c) 32.000.000€ dans le programme conjoint UE/ACP/FNUAP/IPPF de santé sexuelle et reproductive ;
- d) 25.00.000€ dans le financement du Partenariat UE/ACP/OMS sur les politiques pharmaceutiques ;
- e) 25.000.000€ dans le financement du partenariat UE/ACP/OMS sur les objectifs en matière de santé des OMD ;
- f) 20.000.000€ à l'Alliance GAVI pour les programmes de vaccination ;
- g) 20.000.000€ dans la contribution aux programmes de démobilisation et de réintégration.

- h) 15.000.000€ pour le programme conjoint ACP/FNUAP/UE pour renforcer la sécurité en matière de santé reproductive ;
- i) 13.800.000€ pour appuyer la coopération régionale ACP en matière de VIH/SIDA ;
- j) 6.500.000€ pour l'introduction des vaccins du pneumocoque dans les PMA ACP ;
- k) 5.000.000€ au programme de l'UNICEF sur les insecticides ;
- l) 3.234.954€ pour renforcer la capacité de repousse des pays ACP contre le paludisme ;
- m) 1.481.703€ dans l'appui aux efforts pour l'abandon de la pratique des mutilations génitales des femmes.

32. En clair, les principaux secteurs en termes de concertation au niveau tous ACP sont :

- La lutte contre le VIH/SIDA y compris la mise en disposition des médicaments ;
- 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
  - OMD5 = Améliorer la santé maternelle
  - OMD6 = combattre le VIH
- La santé sexuelle et reproductive ;
- L'élimination des mutilations génitales ;
- Le renforcement des systèmes de santé ;
- La prévention et le contrôle des autres maladies transmissibles à travers des programmes et initiatives de vaccination.

33. L'envergure des programmes est variée en partant des programmes dotés de 50 million d'euros (notamment les contributions au Fonds Mondial contre le SIDA, la tuberculose ou le paludisme) à ceux d'à peine 100.000 euros (comme l'un des projets de santé primaire à Timor Leste).

34. Mais force est de constater que la majorité de ces programmes ont été mis en œuvre à travers soit des initiatives mondiales de santé (telles par exemple le Fonds 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.

35. S'agissant des opérations en cours jusqu'en Décembre 2013 quand seront bouclés les engagements au titre du 10<sup>ème</sup> FED, 12% de l'enveloppe totale du 10<sup>ème</sup> FED (2,700 milliards) aura donc été affectée la totalité de la coopération intra-ACP dans tous les secteurs thématiques et la santé s'en tirant avec à peine 540 millions dont l'essentiel aura été accaparé par des agences ou initiatives mondiales.

36. En examinant donc attentivement les chiffres, 97% de l'enveloppe totale au titre de la coopération intra-ACP a en réalité été capturée 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 million d'euros par an soit 300 million au total à la fin 2013 ;

- le Fonds GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) pour renforcer les efforts domestiques en matière de vaccination ;

37. Il est donc clair que la coopération intra-ACP en matière de santé a donc en grande partie été consacrée à la lutte contre le VIH/SIDA, à d'autres maladies liées à la pauvreté y compris les maladies transmissibles.

## **VI. LEÇONS ET CONCLUSIONS**

38. Sans prétendre avoir épuisé tous les contours de la coopération ACP-UE face au défi global de la santé, on peut relever certains traits essentiels ci-après:

### **a) La collecte et la gestion de statistiques**

39. D'abord la difficulté d'avoir accès à l'information fiable dans les pays ACP pour canaliser les efforts dans la lutte contre les grandes endémies. Ce problème n'est pas nouveau car il confronte également dans une moindre mesure les agences internationales actives sur ce front. En l'absence d'éléments statistiques viables et de chiffres précis qui découlent des carences institutionnelles des pays ACP, il s'avère difficile d'agir de façon systématique et de cerner pleinement l'impact de cet appui sur les politiques de santé publique.

40. Collecter des données fiables, combler les lacunes institutionnelles en matière de collecte, de gestion des statistiques afin d'affiner les stratégies d'allocation optimale des ressources tirées de la coopération représente donc un domaine d'action prioritaire pour les deux partenaires pour jeter les bases de politiques viables de santé publique et de lutte contre les maladies. L'une des priorités pour le 11<sup>ème</sup> FED (période 2014-2020) sera de financer l'extension dans tous les pays ACP du Portail National de Renseignement en matière de santé de l'OMS.

**b) Faire de la santé un secteur prioritaire de concentration des ressources du FED**

41. S'agissant des secteurs d'intervention, si les financements ont été prioritairement affectés comme illustré plus haut à l'appui à la lutte contre les grandes endémies à travers le mécanisme de la coopération intra-ACP, les pays ACP continuent de consacrer des ressources très insuffisantes à la santé 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.

42. 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 y compris celui de la santé.

**c) Le renforcement des capacités institutionnelles**

43. L'autre défi important à relever dans le cadre de la coopération ACP-UE en matière de santé est le renforcement de la capacité d'appropriation et des capacités domestiques des systèmes de santé publique. Avec la montée des maladies transmissibles

du fait du renforcement de la mobilité internationale, un des éléments de riposte à l'échelle planétaire a consisté en la multiplication d'initiatives mondiales de prévention ou de lutte contre ces maladies. Des agences comme le Fonds Mondial ou l'Alliance GAVI ou des Fondations ont progressivement pris place dans l'architecture internationale et le dispositif domestique y compris de nombreux pays ACP, pour se substituer aux mécanismes nationaux. 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 la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide dont les principes sont la recherche permanente de l'appropriation, l'harmonisation et l'amélioration de l'impact.

44. 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.
  
45. A titre d'information également, je signale que face aux difficultés qu'éprouvent de nombreux pays ACP sur la voie de la réalisation des OMD à l'horizon de 2015, la Commission avait lancé en septembre 2010 à New York l'initiative OMD dotée d'un (1) milliard d'euros. Dans ce mécanisme, 300 million étaient affectés aux pays les plus performants dans la réalisation progressive des objectifs sectoriels dans les OMD alors que 700 million restaient ouverts à tous les pays ACP y

compris ceux primés dans la 1<sup>ère</sup> enveloppe afin de dynamiser les efforts de tous sur la voie des OMD.

46. La deuxième réunion des Ministres ACP en charge de la santé qui se tiendra en Octobre 2013 à Bruxelles permettra de faire le point sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs qu'ils se sont assignés il y a six ans à présent que les processus de réflexion post-OMD ,post-Rio+20 et la programmation du 11Fed qui couvrira la période 2014-2020 sont enclenchés. De manière fondamentale, il faudra faire bouger les lignes et sortir des pratiques habituelles pour faire avancer la cause de la santé dans les pays ACP dont les populations se trouvent sur la ligne de front de la propagation des endémies mondiales qui ne font que renforcer leur vulnérabilité.
  
47. La dernière communication de la Commission européenne rendue publique le 27 février dernier à Bruxelles intitulée « une Vie décente pour tous : éradiquer la pauvreté et offrir au monde un avenir durable » qui jette les bases de l'approche stratégique de l'Europe dans le contexte post l'après-2015 fixe le cap des mécanismes et secteurs d'attention prioritaires afin qu'au plus tard à l'horizon 2030, un seuil soit établi, au-dessous duquel aucun homme, aucune femme ou aucun enfant de devrait tomber. La mobilisation et mutualisation des moyens et efforts autour de la santé que nous classons dans la catégorie des droits fondamentaux ne devrait pas faiblir. Et en ce sens, la coopération ACP-UE dans le domaine de la santé est

un levier perfectible que nous devons consolider pour qu'elle concoure mieux que par le passé au développement durable des pays ACP.

---