**Rapport relatif au droit à la santé, à la mise en œuvre et à la réalisation effective des ODD liés à la santé.**

*Il est demandé à la société civile de recenser les meilleures pratiques, les défis et les obstacles.*

**Introduction**

L’objectif 3 des objectifs de développement durable (ODD) prévoit le meilleur état de santé possible pour tous d’ici à 2030.

Cela représente un défi considérable puisque près d’une personne sur trois dans le monde n’a pas accès aux médicaments essentiels.

Les maladies infectieuses, comme le sida ou tuberculose, et chroniques non transmissibles, comme la drépanocytose, sont prédominantes dans les pays du Sud.

80% des décès liés à des maladies chroniques non transmissibles, comme le cancer ou la drépanocytose, ont lieu au sein de ces pays.[[1]](#footnote-1)

1. **Les meilleures pratiques mises en place par les Etats**

Afin de donner des exemples de bonnes pratiques en matière de système de santé mis en place par les Etats, nous allons prendre l’exemple d’un pays industrialisé, la France, et d’un pays en voie de développement, le Rwanda.

En matière de Droit à la santé, les Etats doivent faire appel à la coopération internationale s’ils souhaitent atteindre l’objectif 3 des ODD d’ici à 2030. En l’espèce, la principauté de Monaco peut-être prise en exemple, c’est ce que nous allons examiner au sein de ce rapport.

Le système de sécurité sociale universelle en France [[2]](#footnote-2)

En France, depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) entre en application ( la PUMA remplace la couverture maladie universelle), elle assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle ou qui résident en France de façon stable et régulière, disposant de modestes ressources, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Une Couverture Maladie Complémentaire (CMU-C) est prévue par la France si l’assuré dispose de faibles ressources. La CMU-C est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge la part complémentaire. L’assuré bénéficiaire est dispensé de faire l’avance des frais.

Si les ressources de l’assuré dépassent le plafond d’attribution de la CMU-C, il peut, sous certaines conditions, bénéficier d’une aide au financement de sa complémentaire santé, l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS).

En France, un étranger en situation irrégulière peut bénéficier de l’Aide Médicale de l’Etat (AME).  
L’AME prend en charge les dépenses de santé, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.

Le système national d’assurance maladie au Rwanda [[3]](#footnote-3)

En 2004, le Rwanda a mis en place un système national d'assurance maladie qui couvre désormais plus de 80% de sa population.

Aujourd’hui, le pays est un véritable modèle en termes d’assurance maladie.

Depuis 1994, le modèle économique rwandais s’est considérablement développé. Aujourd’hui qualifié de Sillicon Valley africaine, le pays a défini en 2010 un plan de développement avec la mise en place d’un système novateur en termes de santé.

En effet, si le développement d’un pays passe, en partie, par les investissements, la recherche, et la croissance globale de la richesse nationale, il est nécessaire de mettre en place un système de santé efficace pour compléter ce développement. Aligné sur de nombreux critères internationaux (OCDE, ONU, etc), ce système permet de couvrir une grande partie de la population, de manière efficace grâce à une décentralisation totale des services de soins.

Quelques chiffres permettent de montrer l’ampleur de ce mouvement. L’espérance de vie est passée en quelques années de 45 ans à 63 ans; le pourcentage d’accouchements au sein d’infrastructures médicalisées a été doublé, la mortalité maternelle a chuté de 40%, et l’immunisation des enfants est maintenant presque complète; le recours à la contraception a triplé en 10 ans.

98% des Rwandais bénéficient d’une assurance maladie publique.

Le système rwandais est divisé en trois catégories. La première couvre les employés de l’Etat et les agents du gouvernement (il s’agit de la Rwandaise d’Assurance maladie), elle fonctionne, de façon classique, comme une assurance maladie publique. La seconde est fondée sur des assurances privées et concerne les employés du secteur formel, qui ne travaillent pas pour l’Etat. Enfin la Community Based Health Insurance (CBHI) cible le secteur informel –c’est-à-dire 95% de la population– et permet de couvrir, au niveau local, la très grande majorité des Rwandais.

C’est ce dernier service qui est véritablement révolutionnaire.

Mis en place en 2005, il permet d’organiser le territoire en fonction d’une délimitation de districts et des secteurs précis. Chaque centre de santé du pays doit obligatoirement comporter une section de la CBHI, et dans chaque village, la population vote pour des représentants en charge d’administrer ces CBHI en lien avec le personnel du ministère de la Santé. Ce système permet de couvrir l’intégralité du territoire en incluant les personnes travaillant dans l’économie informelle.

Afin de pérenniser le système, dès 2011, une batterie de réformes a été mise en place. Au lieu de devoir cotiser 1,5 dollar pour pouvoir être pris en charge, le nouveau système de santé prévoit l’introduction d’une cotisation progressive, cela permet une plus grande justice sociale. De plus, les représentants en charge de la gestion des CBHI se sont vus imposer des formations pour mieux gérer les ressources des centres et éviter la corruption.

Selon une étude du Tropical Medicine & International Health*,* sur les 307 milliards de dollars dépensé chaque année pour maintenir à flot ce système, plus de la moitié est financée par des donateurs étrangers, que ce soit des ONG comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou bien des Etats, comme les Etats-Unis.

Afin d’assurer l’efficacité du système, depuis 2006, chaque fonctionnaire signe un contrat fixant des objectifs précis ; si ces derniers ne sont pas atteints, le fonctionnaire peut –être sanctionné. Ainsi, on passe de l’incitatif à l’impératif, pour atteindre ces objectifs de santé.

Mise en pratique de la coopération internationale dans le domaine de la santé, focus sur la principauté de Monaco[[4]](#footnote-4)

La politique de coopération au développement du Gouvernement de Monaco permet de soutenir chaque année plus de **130 projets dans 12 pays**, principalement les Pays les Moins Avancés (Madagascar, Mali, Burkina Faso, Niger, Mauritanie, Sénégal et Burundi).

L'aide monégasque, allouée au travers de la Direction de la Coopération Internationale (DCI), se concentre sur trois domaines d'intervention prioritaires, en accord avec les politiques nationales des pays concernés : **l'éducation, l'insertion socio-économique et la santé**.

S’agissant du domaine de la santé, depuis 10 ans, Monaco soutient la lutte contre la drépanocytose, 1ère maladie génétique au monde, à travers la construction et l’accompagnement de centres de référence.

Cela se traduit par la prise en charge des malades, le financement d’un diplôme universitaire à Bamako pour former les médecins africains et la création d’un réseau Ouest Afrique/Madagascar regroupant les associations de patients et les médecins référents de 6 pays.

Ce réseau permet de coordonner les actions au Burkina Faso, à Madagascar, au Mali, en Mauritanie, au Niger et au Sénégal.

Monaco soutient également l’alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) dans le cadre d’un partenariat public/privé. Ce projet vise l’élargissement de l’accès à la vaccination et l’amélioration de la santé maternelle et infantile dans plusieurs pays parmi les moins avancés

(PMA) comme le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et Madagascar. Une attention particulière est portée aux lieux de distribution, à la question du genre et au niveau économique des patients. Il est prévu de vacciner 105.000 enfants.

1. **Les défis**

L’accès aux médicaments pour tous à un prix abordable est un droit fondamental pour chaque individu. Or, 400 000 millions de personnes dans le monde n’ont pas accès aux médicaments, ces personnes sont pauvres à cause des coûts des soins de santé.

Les Etats devraient davantage s’opposer aux politiques de prix scandaleuses en invoquant des clauses de sauvegarde afin de protéger la santé publique. Ils devraient émettre davantage des licences obligatoires qui leur permettront de proposer des médicaments génériques abordables. Celles-ci ont déjà permis de baisser le prix des médicaments contre le VIH, en les faisant passer de 10 000 dollars US par an à moins de 100 dollars US par an.

De nouveaux médicaments dans le domaine de la drépanocytose ont été rationnés en raison de prix exorbitants (Exemple du médicament Siklos qui n’est pas accessible dans les pays du Sud).

La concurrence générique sans restriction est la meilleure stratégie pour faire baisser les prix des médicaments.

1. **Obstacles**

Actuellement, les intérêts économiques priment sur les droits de l’homme et notamment le droit à la santé. En effet, les brevets augmentent le prix des médicaments, qui sont inabordables pour la majorité des populations des pays du Sud.

Ces brevets retardent l’arrivée sur le marché de médicaments génériques bon marché, dont dépendent les pays défavorisés.

Les pays du Nord et les laboratoires exercent une pression constante pour renforcer le niveau de protection de propriété intellectuelle des médicaments.

**Conclusion**

Pour l'OMS, la couverture universelle de santé est une priorité afin d’atteindre l’objectif 3 des ODD. La première étape serait pour les Etats de mobiliser davantage de ressources, quitte à trouver des solutions innovantes. Dans certains pays comme le Ghana, une petite partie de la TVA est réservée à l'assurance maladie nationale. Certains pays prélèvent aussi des taxes sur l'alcool ou sur le tabac afin de créer un réservoir d'argent qu'ils peuvent utiliser pour la santé.

1. Source OMS [↑](#footnote-ref-1)
2. Source Ameli.fr [↑](#footnote-ref-2)
3. Source Slate.fr [↑](#footnote-ref-3)
4. Source www.gouv.mc [↑](#footnote-ref-4)