



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM

Rapport 19-10. Couverture santé universelle : utopie aujourd'hui, réalité demain. Qu'apporte l'expérience française ?[☆]

Universal health coverage: What does the french experience show?

D. Houssin*, au nom de la Commission VIII (Financement des dépenses de santé, assurance maladie)¹

Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 16 décembre 2019

MOTS CLÉS

Couverture santé universelle ;
Assurance maladie ;
Politique de santé ;
Développement en santé

Résumé La mise en place de la couverture santé universelle est un des principaux objectifs du développement en santé. Le système d'assurance maladie, peu à peu mis en place dans un pays développé, ne peut pas être transposé tel quel dans un pays en développement. Pour autant, les leçons tirées de cette mise en place peuvent être utiles pour les pays s'engageant vers la couverture santé universelle. Dans un tel but, cinq exigences principales ont été identifiées : la volonté politique ; l'effectivité de l'offre de soins ; la largeur de la population couverte, plutôt que l'exhaustivité des soins pris en charge ; l'obligation assurantielle ; le contrôle des dépenses liées aux soins.

© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

KEYWORDS

Universal health coverage;

Summary Implementation of universal health coverage is one of the main ambitions towards development in health. The universal health coverage, gradually implemented in a developed country, cannot be transposed as such in a developing country. However, some lessons can be learned from this implementation, which can be useful for developing countries struggling with

[☆] Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie dans sa séance du mardi 15 octobre 2019, a adopté le texte de ce rapport par 48 voix pour, 9 voix contre et 13 abstentions.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : didier.houssin5@gmail.com

¹ Membres de la Commission VIII de l'Académie nationale de médecine ayant participé aux travaux : Gérard Milhaud (président), Michel Huguier (secrétaire), Dominique Bertrand, Jacques Caton, Yves Chapuis, Renaud Denoix de Saint-Marc, Gérard Dubois, Jean Dubousset, Antoine Durrleman, Christian Gérard, Olivier Jardé, Jean-Paul Tillement, François Richard, Frédéric Van Rookeghem.

Health insurance;
Health policy;
Development in
health

the installation of a universal health coverage. For such a purpose, five main requirements were identified: political will; effectivity of the offer of care; population coverage extent rather than the completeness of the covered cares; mandatory insurance; control of health care-related expenses.

© 2019 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of l'Académie nationale de médecine.

La Déclaration universelle des Droits de l'Homme indique que, « quiconque travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine et complétée, s'il y a lieu, par tous autres moyens de protection sociale ». La santé étant un élément essentiel pour assurer ce droit, il est compréhensible que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que « la couverture-santé universelle est décisive pour le bien-être de la population d'un pays ».

Selon la définition de l'OMS, mettre en place la couverture-santé universelle consiste à « veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. » [1].

Or, à ce jour, au moins la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès aux services de santé essentiels. En outre, quelques 800 millions de personnes consacrent plus de 10 pour cent du budget de leur ménage aux soins de santé et une centaine de millions de personnes plongent chaque année dans la misère du fait des dépenses directes des ménages [2].

« Que chacun bénéficie d'une couverture-santé universelle comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à un prix abordable » [3] est donc le moyen principal dont chaque Etat doit se doter en matière de politique de santé dans le cadre des Objectifs du Développement Durable adoptés par l'Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2015.

Instaurer, dans chaque pays d'ici 2030, une couverture des services de santé essentiels et une protection financière suffisante, est donc l'objectif que s'est assignée la communauté internationale. Cette ambition s'est concrétisée dans un des trois objectifs fixés par l'OMS pour 2023 : un milliard de personnes de plus bénéficiant de la couverture-santé universelle [4].

Au cours du siècle dernier, les pays développés ont été confrontés aux difficultés de mise en place d'une couverture-santé universelle. Chacun a adopté une forme différente de couverture-santé universelle, suivant les options politiques retenues, les particularités des contextes économique, social et culturel, et l'organisation des services de santé.

Lorsqu'elle a été mise en place dans un pays développé, la couverture-santé universelle s'est fortement contextualisée au fil des décennies, notamment en cohérence avec

le système de valeurs du pays. Devenue complexe, elle résulte de nombreux compromis et ne peut être transposée telle quelle dans un pays en développement désireux de l'adopter. Pour autant, des enseignements utiles peuvent être tirés de la mise en place de la couverture-santé universelle dans les pays développés.

L'objet de la présente étude est d'analyser ce qui peut être dégagé à partir de l'expérience française.

La couverture-santé universelle mise en place en France au cours du XX^e siècle a été considérée, en 2000, puis lors de classements ultérieurs, comme une des modalités les plus achevées de la démarche, car conduisant à un des systèmes de santé les plus performants [5].

Même si des faiblesses peuvent être identifiées face aux inégalités sociales de santé, la couverture-santé universelle mise en place en France reste marquée par les principes d'universalisme et d'égalité. Elle est fortement redistributive [6,7]² et elle continue d'assurer une protection très large de la population, offrant l'accès à des soins essentiels de qualité, même très coûteux et avec, le plus souvent, un faible reste à charge, surtout pour les plus démunis.

Cette étude s'efforce de dégager quelques leçons tirées de l'histoire de la mise en place, en France, de la couverture-santé universelle, de son état actuel, dans ce qui pourrait être utile en vue de la mise en place d'une couverture-santé universelle dans les pays en développement, dans lesquels les difficultés rencontrées sont très variables.

Méthode, résultats et discussion

L'étude s'est fondée sur une analyse de la littérature et sur l'audition de personnalités ayant, soit une grande expérience de la couverture-santé universelle en France, dans ses dimensions d'analyse historique, sociologique, politique, de pilotage administratif ou d'évaluation, soit une expérience de la mise en place de la couverture-santé universelle au niveau international, soit encore une expérience dans la « transnationalisation » des politiques publiques.

Cette étude s'efforce de dégager un petit nombre de leçons à tirer de l'expérience française.

² Notamment, parce que des exonérations sociales patronales touchent les plus bas salaires et du fait des conditions d'assujettissement à la Contribution sociale généralisée.

Leçon à tirer 1 : la volonté politique

En raison de son impact sur la société, de ses enjeux professionnels, et de son poids financier, la mise en place d'une couverture-santé universelle ne peut être abstraite du contexte politique dans lequel elle s'inscrit et des principes qui sont liés à ce contexte. Le 23 mars 1945, Pierre Laroque, un des « pères fondateurs » de la sécurité sociale en France, déclara : « D'ailleurs, aucune organisation de la Sécurité sociale n'est viable si elle ne répond pas aux traditions nationales, si elle ne répond pas aux conditions psychologiques et économiques du pays » [8].

En France, au décours de la seconde guerre mondiale, dans un contexte marqué par une forte attente sociale, mais aussi par les progrès de la médecine, les forces attachées au progrès social avaient joué un rôle important. L'amorce de la mise en place d'une couverture-santé universelle y apparut alors comme une nécessité.

Elle s'est d'emblée présentée comme une modalité de protection sociale organisée par les organisations patronales et des salariés sous le contrôle de l'Etat, L'Organisation de la sécurité sociale qui est instituée par l'article 1^{er} de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 est « destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité, les charges de famille qu'ils supportent ».

La leçon la plus forte à tirer de cette expérience est sans doute celle du niveau de volonté politique nécessaire pour enclencher la mise en place de la couverture-santé universelle.

En France, cette volonté s'est forgée dans un pays démocratique, mais à la faveur d'un contexte post-critique, au décours d'une guerre marquée par l'occupation du pays par des forces étrangères. Elle bénéficia d'expériences antérieures, parfois anciennes, qui existaient dans d'autres professions. Initialement, elle s'appuya sur une collecte de cotisations assises sur les rémunérations, plutôt que sur l'impôt comme en Grande-Bretagne. Elle fut, au début, beaucoup plus tournée vers le versement d'indemnités aux familles dont le chef était malade, que vers la prise en charge des soins.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les formes que peut ou doit prendre l'expression de la volonté politique, en vue de mettre en place une couverture-santé universelle, sont sans doute diverses. En revanche, une nécessité est certainement constante : que l'Etat soit assez fort pour garantir une collecte rigoureuse des fonds, appuyée si besoin sur le renfort de la Justice, et une impeccable gouvernance de leur gestion.

Leçon à tirer 2 : les exigences qui sous-tendent l'effectivité d'une offre de soins, appuyée sur la diversité des offreurs et leur mise en concurrence

En France, l'effort financier collectif que réclamait la mise en place de la couverture-santé universelle était d'autant mieux accepté qu'il était justifié par l'efficacité que les patients pouvaient alors attendre des soins mis en œuvre par des professionnels de santé, déjà nombreux et bien formés, et par des établissements de santé publics et privés

déjà suffisamment équipés. Cet effort était aussi encouragé par l'esprit de solidarité dans lequel il s'inscrivait.

Une deuxième leçon à tirer est que l'effort financier général visant à éviter le risque de catastrophe financière liée aux soins, ne peut être acceptable et accepté que si, parallèlement, les structures et acteurs du soin, notamment publics, sont à même d'apporter un réel service de santé aux malades et que si cet effort financier général répond aux attentes en termes de justice sociale.

Une des caractéristiques du dispositif français est la mixité du dispositif d'offre de soins (public et privé), au sens où l'offre de soins de statut privé n'est pas reliée à un dispositif assurantiel privé mais est intégrée dans l'assurance maladie publique. En France, même si leur champ de tarification diffère de celui des établissements de santé publics, les cliniques privées voient leurs tarifs fixés par l'Etat.

Cette mixité de l'offre de soins implique toutefois trois exigences vis-à-vis de l'Etat pour que le secteur public des soins soit rendu suffisamment attractif, afin que la population n'ait pas le sentiment d'une médecine à deux vitesses et adhère à l'esprit de solidarité de la couverture-santé universelle.

La première exigence est que l'Etat investisse dans l'équipement des hôpitaux publics et rémunère suffisamment les professionnels de santé du secteur public, pour qu'ils n'aient pas à fuir vers le secteur privé. En France, la réforme hospitalo-universitaire de 1958, en permettant le maintien à l'hôpital public de médecins spécialisés à même de jouer un rôle essentiel de formation, a eu un rôle important en vue de garantir l'équilibre entre secteur hospitalier public et secteur hospitalier privé [9].

En ce sens la couverture-santé universelle à la française n'a pas été seulement la mise en place d'un dispositif financier. Elle a aussi comporté la constitution d'un système hospitalier public, véritable armature du système de santé, garant d'une accessibilité aux soins territorialement généralisée. Si l'hôpital public a pu faire naître ensuite la critique de l'hospitalo-centrisme, il n'en est pas moins aujourd'hui le pivot autour duquel tentent de s'organiser, dans les territoires, l'approche graduée des soins, les parcours de soins et l'articulation avec un système des soins primaires en voie de forte structuration.

La deuxième exigence est que l'Etat soit un régulateur dans la recherche constante d'un équilibre entre les secteurs hospitaliers public et privé. Cette exigence est d'autant plus impérative, s'agissant de la responsabilité de l'Etat, que l'effectivité d'un secteur de soins public est une des conditions de la sécurité sanitaire au sein d'un pays, notamment face à des menaces de grande ampleur, comme l'épidémie due au virus Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone l'a malheureusement récemment démontré [10].

La troisième exigence est qu'un pilotage économique bien dosé parvienne à ajuster, de façon équilibrée, la mise en place effective d'une offre de soins de qualité avec un réel effort d'efficience, contrepartie indispensable de l'effort financier de chacun. Il est plus difficile de s'inspirer de l'exemple français, dans les pays en développement dans lesquels coexistent deux systèmes différents avant la mise en place d'une couverture-santé universelle : un système de soins, dont les financements proviennent d'assurances privées, sans objectif redistributif, avec des médecins bien

rémunérés, mais qui fonctionne au profit des classes aisées ; un système de soins publics peu fonctionnel, destiné aux classes défavorisées ou aux plus démunis, et au sein duquel les médecins sont mal rémunérés.

Leçon à tirer 3 : la largeur de la population couverte plutôt que l'exhaustivité des soins pris en charge

Pour accroître l'effet de protection et ainsi favoriser l'adhésion à la protection sociale qu'offre la couverture-santé universelle, il importe que la population couverte soit la plus large possible. Travailleurs salariés, artisans, agriculteurs, ce n'est que lentement et progressivement que s'est faite la couverture de la population en France, jusqu'à concerner, depuis 2016, l'ensemble des résidents. En l'absence de couverture-santé universelle, certains soins pouvant aujourd'hui être très coûteux, même des personnes ayant des revenus significatifs peuvent être exposées à un grave risque financier, ou avoir la perception qu'ils le seront en raison de leur ignorance de ce que très coûteux veut dire.

D'un autre côté, le caractère particulièrement généreux d'un dispositif de couverture-santé universelle peut faire oublier ce que sont les soins essentiels et ce que sont les soins qui exposent à un risque financier important, au risque d'une dérive vers la perception que les soins sont sans coût et qu'en santé tout doit être gratuit.

Dans un pays en voie de développement, il est sans doute préférable, dans la phase initiale d'une couverture-santé universelle, d'assurer une couverture large de la population, mais de limiter les catégories de soins pris en charge. Cette orientation avait, par exemple, été retenue en Chine, il y a quelques années.

Dans les pays les plus pauvres, afin d'optimiser l'impact en termes de santé publique, l'option a parfois été retenue que les soins pris en charge en priorité relèvent de : la prévention primaire, par la vaccination par exemple ; de l'accès à des médicaments essentiels de qualité, notamment sous forme de génériques ; de la santé de la mère et de l'enfant ; et de la prise en charge des urgences. La condition est alors de s'assurer qu'en ces domaines une offre de soins de qualité est effectivement disponible.

Inévitablement, même pour les pays les plus pauvres, le choix de cette option se heurte cependant rapidement aux demandes de soins hospitaliers pour des maladies chroniques et de couverture de ces soins qui, du fait de la transition épidémiologique et de l'information, s'expriment de façon croissante et commencent aussi à dominer dans ces pays.

Ces soins hospitaliers étant les plus coûteux, ils exposent particulièrement à des dépenses catastrophiques pour les ménages et ils constituent donc le principal problème en matière d'extension de la couverture-santé universelle pour les pays en développement.

La population ne percevant pas la valeur ajoutée des mesures de prévention, voire des soins primaires, et n'attachant pas un risque financier important à leur mise en œuvre, c'est autour de l'accès aux soins hospitaliers que se joue sa mobilisation en faveur de la couverture-santé universelle.

La mise en place de la Couverture médicale de base au Maroc illustre cette problématique. Inspirée par le dispositif

français, aussi bien dans sa conception que dans ses outils, elle a été complétée par l'adoption du cadre spécifiquement marocain du Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMed) qui ne vise que l'accès aux soins hospitaliers pour les personnes pauvres et vulnérables, soit environ 28 % des résidents au Maroc [11].

Leçon à tirer 4 : l'indispensable obligation assurantielle et sa contrepartie

En France, la moitié des dépenses de soins une année donnée, ne concerne que moins de 5 % de la population, surtout dans les derniers mois de la vie. Ces dépenses ne sont pas solvables individuellement, d'où la nécessité d'une cotisation obligatoire couvrant le plus grand nombre. Le caractère obligatoire de la couverture-santé est apparu en France comme une étape essentielle du processus de mise en place de la couverture-santé universelle. L'adhésion des Français à cette obligation, exprimée dans son assentiment pour la nécessaire protection de la sécurité sociale³, n'a pu être acquise que grâce à une gestion rigoureuse de la collecte des fonds. Cette adhésion est menacée dès qu'émergent des doutes quant à la pertinence des soins prescrits, quant à de possibles remboursements injustifiés et quant au sens des responsabilités des assurés, sinon quant à d'éventuelles fraudes.

La quatrième leçon qui peut être tirée de l'expérience française est que le caractère obligatoire implique l'exigence que la collecte et la gestion des fonds soient organisées d'une façon rigoureuse, impeccable et convaincante, afin de garantir l'acceptation de l'effort financier, mais aussi son efficience.

La réponse à cette exigence suppose l'existence d'un Etat et d'organismes gestionnaires assurant une gouvernance intègre et de qualité de la levée des contributions et de leur gestion, tâche délicate dans les pays où domine le travail informel. Ainsi, dans un pays comme le Maroc, l'extension de l'assurance maladie obligatoire aux indépendants (commerçants, artisans et agriculteurs) s'est heurtée au fait que les catégories professionnelles solvables et organisées ne représentaient pas plus de 10 % des indépendants.

Dès 1967, s'agissant de la gestion de l'assurance maladie obligatoire des salariés, la France a opté pour un système uni-caisse non concurrentiel avec une caisse nationale et des caisses primaires, et pour une séparation entre la gestion de l'assurance maladie et la gestion des autres branches de la sécurité sociale. Cette forte structuration de la gestion de l'assurance maladie obligatoire évite sans doute des disparités territoriales et limite les coûts de transaction.

L'assurance maladie obligatoire va toutefois de pair avec un dispositif d'assurance complémentaire fait de multiples composantes. Celui-ci est devenu récemment obligatoire pour les salariés.

³ En 1986, une campagne gouvernementale d'affichage représentant la sécurité sociale sous la forme d'une baleine, espèce animale à protéger, voulut à la fois souligner la nécessité d'être attentif à l'équilibre financier, notamment des comptes de l'assurance maladie, et jouer sur l'attachement des Français à cette forme de la protection sociale.

En France, l'assurance maladie comporte donc au global un financement mixte. De gouvernance plus complexe, cette structuration peut toutefois être une source d'inspiration en vue de l'adaptation d'une couverture-santé universelle dans des contextes nationaux différents⁴.

Leçon à tirer 5 : le difficile et nécessaire contrôle des dépenses liées aux soins

La mise en place de la couverture-santé universelle est une entreprise qui, avec le temps, peut se révéler extraordinairement coûteuse, à même de mettre en péril les finances publiques d'un pays.

La grande générosité du système français (couverture très large de la population ; panier de soins lui-même très large ; très faible niveau du reste à charge) constitue sans doute une limite maximale de ce qui peut être visé. Il n'est pas certain que le système français doive être imité sur ce point, car il a pour conséquence de conduire à la déresponsabilisation de chaque assuré, d'exposer au risque d'un déficit permanent des comptes de l'assurance maladie, de faire porter le poids de ce déficit sur la génération qui suit et, in fine, d'éroder l'adhésion confiante de la population dans son système d'assurance maladie.

Ain d'éviter que ce risque ne se concrétise, un Etat peut alors n'avoir d'autres choix que de fixer un plafond aux dépenses d'assurance maladie, contraindre les professionnels de santé à des efforts d'efficience des soins, voire à des limitations dans les choix des modalités de soins. Il peut même en venir à actionner les ressorts psychologiques qui conduisent à faire vivre la population et les professionnels de santé dans une inquiétude liée à la permanence d'un « trou de la sécu » menaçant la pérennité des modalités de prise en charge.

Des pays ayant mis en place un système en apparence moins généreux, car offrant un panier des soins pris en charge moins riche, n'en constituent pas moins des pays apportant les garanties essentielles, que sont l'apport des soins de santé dont l'impact est le plus important en termes de mortalité et de morbidité et l'évitement de la catastrophe financière liée aux soins.

Même s'il peut sembler que ces exigences essentielles sont parfois perdues de vue en France, il importe de souligner que certaines mesures, qui ont contribué en France à la mise en œuvre de la régulation des dépenses de santé, méritent être considérées par les pays en développement, notamment : la régulation de l'offre de soins par la carte sanitaire, puis par les schémas régionaux d'organisation des soins ; la maîtrise médicalisée des dépenses ; ou encore l'encadrement législatif du financement de l'assurance maladie.

La cinquième leçon est qu'il importe de ne pas perdre de vue les exigences essentielles de la couverture-santé universelle, que sont l'accès à des soins essentiels de qualité

et l'évitement du grand risque financier lié aux soins. La perte de vue de ces exigences essentielles peut conduire à un système certes généreux, mais qui devient financièrement incontrôlable, même dans un pays disposant de vastes ressources.

Conclusion

Entre les deux jalons que sont la taille de la population d'un pays et la limite maximale que constitue la gratuité totale des soins, la mise en place de la couverture-santé universelle se développe sous la très forte contrainte du coût des soins qui est, quant à lui, sans véritable limite.

Tirées de l'expérience française, les cinq leçons présentées ci-dessus semblent avoir été extraites de façons distinctes. Elles doivent cependant être reliées entre elles. Par exemple, l'expérience récente de la mise en place de la couverture-santé universelle au Maroc a montré l'importance qu'un élargissement du panier des soins pris en charge ne soit engagé que si, de façon contemporaine à cet élargissement, les assurés ont bien accès à une offre effective et de qualité concernant les nouveaux soins pris en charge.

Ces cinq leçons tirées de l'expérience française ont pour intention d'offrir quelques repères aux responsables politiques et administratifs, ainsi qu'aux nombreux professionnels de santé, qui ont en charge de contribuer à la mise en place de la couverture-santé universelle dans leur pays.

Le recul temporel et la mixité du modèle français, ainsi que la diversité des réformes engagées et des outils développés, peuvent dégager des enseignements profitables pour des pays en développement, notamment ceux dont les modes de gouvernance globaux ou sectoriels présentent des similitudes avec ceux de la France. Dans ces pays, la mise en place de la couverture-santé universelle est un objectif essentiel du développement, y compris parce qu'il n'est pas de santé de l'économie sans la santé des populations.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Le rapporteur et les membres de la Commission VIII remercient les personnalités qui, dans le cadre de cette étude, ont accepté d'être entendues par la Commission VIII de l'Académie nationale de Médecine : Henri Bergeron (Sciences Po Paris/CNRS), Antoine Durrleman (Cour des Comptes, membre de la Commission VIII de l'ANM), Pr. Patrick Hassenteufel (Université Versailles Saint Quentin en Yvelines), Chris James (Organisation de Coopération et de Développement Economique), Dominique Libault (Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale), Dominique Polton (Institut National des Données de Santé), ou de donner leur avis sur le projet de rapport : Dr. Abdelali Belghiti Alaoui (ancien Secrétaire Général du Ministère de la Santé du Royaume du Maroc), Dominique Polton (Institut National des Données de Santé).

⁴ En France, le régime d'Alsace Moselle est parfois évoqué comme un exemple de réunion de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Il n'est pas sûr qu'il faille s'inspirer de cet exemple, qui est assez coûteux pour les salariés et ne supprime pas la nécessité d'assurances complémentaires pour certains types de soins.

Références

- [1] Organisation Mondiale de la Santé, Qu'est-ce que la couverture-santé universelle ? [En ligne] Disponible sur : https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ (consulté le 12/03/2019).
- [2] Organisation mondiale de la Santé & La Banque mondiale. Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle. Organisation mondiale de la Santé; 2018 [En ligne] Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272598> ; p 5.
- [3] Organisation mondiale de la Santé & La Banque mondiale. Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle. Organisation mondiale de la Santé; 2018 [En ligne] Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272598> ; p 7.
- [4] Conseil exécutif, Session extraordinaire sur le projet de treizième programme général de travail. Projet de treizième programme général de travail 2019–2023 : promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables; 2017. Rapport du directeur général à la 71^{ème} Assemblée mondiale de la santé, 5 avril 2018, A71/4, p. 13 [En ligne] Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274622>.
- [5] Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde. Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant; 2000. p. 174 [En ligne] Disponible sur : <https://www.who.int/whr/2000/fr/>.
- [6] Duval J, Lardellier R. La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie. DREES, études et résultats 2012;815:1–4.
- [7] Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet* 2016;387(10034):2236–49.
- [8] Laroque P. Discours prononcé le 23 mars 1945 à l'Ecole nationale d'organisation économique et sociale à l'occasion de l'inauguration de la section assurances sociales. In: Lagrave M, Laroque P, editors. « Hommage à Pierre Laroque à l'occasion du centenaire de sa naissance », *Revue française des affaires sociales*, I. 2008. p. 151–163.
- [9] Ordonnance no 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000886688> (consulté le 25/12/2018).
- [10] Organisation mondiale de la santé. Rapport du comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans l'épidémie due au virus Ebola et dans la riposte, soixante neuvième Assemblée mondiale de la santé; 2016 (documentA69/21) [En ligne] Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-fr.pdf.
- [11] Office National du Développement Humain, Evaluation du Régime d'Assistance Médicale aux économiquement démunis, (RAMed); 2017. p. 39.