

Les réformes de l'Assurance maladie en France

Michel Lages

Président du CRHSS-OPM

Lavelanet 12 septembre 2025

Contexte général

- Le déficit chronique de la Sécurité sociale a entraîné plusieurs réformes, notamment en 1967, 1999 et 2004.
- L'Assurance maladie, gérée par la CNAM, a longtemps eu des pouvoirs théoriques importants mais rarement utilisés.

La réforme de 1967

- Création de la CNAETS (aujourd'hui CNAM) pour équilibrer les finances de l'Assurance maladie.
- L'ordonnance de 1967 confère au Conseil d'administration le pouvoir de rétablir l'équilibre financier (par cotisations, prestations, fonds de réserve).
- Ces pouvoirs ne seront jamais pleinement exercés, souvent par crainte de tensions sociales.
- En 1987, une loi retire à la CNAM ses compétences financières.

Le Plan stratégique de 1999 (Plan Johonet)

- Proposé par le Directeur de la CNAM, Gilles Johonet, pour refonder le système de soins.
- Objectif : passer d'un rôle de « payeur aveugle » à « acheteur avisé ».
- Contenu : 35 propositions pour améliorer la qualité des soins, maîtriser l'offre, responsabiliser les acteurs.
- Mesures : conventionnement sélectif des médecins, audit des hôpitaux, tarification basée sur les pathologies.
- Résultat : rejet par la ministre de la Santé, conflit institutionnel, départ du MEDEF du Conseil d'administration.

La Réforme de 2004 : vers une nouvelle gouvernance

Contexte de la réforme

- En 2002, le système est en crise : déficit de la branche maladie, tensions entre CNAM et État, départ du MEDEF des conseils d'administration, méfiance des médecins après le Plan Juppé.
- Le gouvernement lance une réforme pour restaurer la confiance et moderniser la gouvernance.

Travaux préparatoires

- Trois groupes de travail sont constitués, dont celui de Mme Rolande Ruellan, qui critique sévèrement l'ingérence de l'État dans la gestion des caisses.
- Le rapport Ruellan demande une clarification des rôles.

- La Mutualité française propose 25 mesures pour rénover le système, dont plusieurs seront intégrées à la loi.
- Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie recommande une délégation claire des responsabilités et une obligation de résultat.

Processus politique

- Le ministre Douste-Blazy et le secrétaire d'État Xavier Bertrand présentent le projet en juin 2004.
- Le Parlement étudie les expériences étrangères, mais les réformes structurelles internationales ne sont pas retenues.
- Le rapport Debré compare l'assurance maladie à un patient nécessitant « soins intensifs » et « chirurgie réparatrice ».

Contenu de la loi du 13 août 2004

- Création de l'UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie, avec un Directeur général nommé par décret pour centraliser la gestion et clarifier les rôles entre l'État et l'Assurance maladie.
- Le Directeur général de l'UNCAM négocie avec les professions de santé.
- Maîtrise médicalisée des dépenses : encadrement de la demande des patients via le parcours de soins (médecin traitant), plutôt que de l'offre des professionnels.
- Nouvelle gouvernance : recentralisation des pouvoirs, mais acceptée par les partenaires sociaux pour favoriser le retour du MEDEF.
- Mise en œuvre rapide : près de 70 décrets publiés fin 2004.

Rappel des objectifs et bilan de la réforme

- Restaurer le dialogue avec les médecins.
- Responsabiliser les assurés.
- Réorganiser la gouvernance du système de santé.
- Réduire le déficit par une régulation qualitative, non comptable.
- La réforme recentralise les pouvoirs, affaiblissant les conseils d'administration.
- Dialogue avec les médecins relancé, mais les résultats restent mitigés.

En conclusion, quelques constats

- Les réformes successives ont tenté de rééquilibrer les finances sans succès durable.
- Les pouvoirs des Conseils d'administration ont été progressivement réduits.
- Les propositions ambitieuses du Plan Johanet ont été partiellement reprises en 2004, mais beaucoup sont restées lettre morte.
- Le rôle de l'État reste dominant dans la définition des politiques de santé.