

« La situation exige un large débat démocratique »

Dans un entretien exclusif, Eric Chenut interroge ouvertement la stratégie, la gouvernance et le financement de notre système de santé et de protection sociale. Il propose également des réformes structurelles, notamment dans le secteur de la radiologie, pour améliorer la qualité et la pertinence des soins. Retour sur la philosophie et la méthode.

→ Dans une situation politique, économique et budgétaire particulièrement complexe, comment réformer efficacement le système de santé ? Quels sont les chantiers prioritaires ?

La réforme du système de santé et de protection sociale suppose une vision pluriannuelle, car de nombreux secteurs nécessitent des investissements programmés sur le long terme. Annuelle ou infra-annuelle, une approche strictement budgétaire limite la capacité des pouvoirs publics à initier des transformations durables. Elle empêche également les acteurs et les financeurs de planifier efficacement les adaptations requises. Le vieillissement de la population, la hausse des pathologies chroniques et l'évolution des techniques médicales vont accroître nos dépenses et intensifier les impératifs d'efficacité, notamment en matière de prescription. Nous devons nous y préparer. Par ailleurs, contre la fraude, dont les formes ont changé de nature, doit aussi être une priorité. Intelligence artificielle incluse, les outils actuels n'ont pas encore apporté de résultats satisfaisants. Les moyens pour la combattre doivent donc être renforcés. Autre enjeu majeur : la financiarisation croissante du système de santé doit être régulée, car elle détourne des ressources essentielles vers des logiques de rentabilité, au détriment des patients et des soignants.

→ Comment financer les transitions démographiques, épidémiologiques et numériques sans fragiliser les socles nationaux de protection sociale ?

Les moyens pour anticiper cette triple transition n'ont pas été pleinement mobilisés, notamment en ce qui concerne la démographie médicale et le vieillissement de la population. Du fait du vieillissement de la population, les dépenses de santé sont de plus en plus élevées, et leur croissance dépasse désormais celle des revenus et du PIB. Faut-il produire plus pour maintenir l'effort constant ou accepter une augmentation de la part du PIB consacrée à la santé ? Ce choix de société

ÉRIC CHENUT,
président de la
Mutualité Française



exige un large débat démocratique. Raison pour laquelle nous organisons, dès cet automne, des Etats généraux de la santé et de la protection sociale qui devront engager citoyens, professionnels et institutions dans cette réflexion. Malgré ses imperfections, le système français reste solidaire et relativement peu coûteux, notamment par rapport aux Etats-Unis. Il garantit un accès aux soins pour la majorité des usagers, et mérite d'être adapté sans être démantelé. Ce doit être un sujet central dans les prochaines échéances politiques, dont la future élection présidentielle.

→ La hausse des tarifs des mutuelles et des complémentaires santé est-elle inéluctable ?

Les dépenses de santé affichent une forte dynamique qui s'est accentuée depuis la crise sanitaire. Combinée au transfert croissant de charges vers les couvertures complémentaires, cette situation met sous pression les mutuelles, qui doivent respecter des obligations prudentielles et réglementaires. Ces dernières années, une part importante d'entre elles était en déficit technique, ce qui rendait nécessaires des hausses de cotisations pour assurer le versement des prestations. Autre caractéristique notable : la fiscalité sectorielle

a littéralement explosé depuis deux décennies ; elle est passée de 730 millions en 2008 à 6,5 milliards en 2024. Assimilable à une TVA sur la santé, la taxe de solidarité additionnelle est injuste et inefficace. Véritable anomalie fiscale dans le paysage européen, elle impacte directement le montant des cotisations des assurés. La Mutualité Française propose de réviser ce mécanisme, en privilégiant des contributions plus équitables comme la CSG.

→ Des économies sont-elles possibles sur les frais de gestion des organismes complémentaires ?

Les frais de gestion des mutuelles peuvent atteindre 20 % des cotisations. En dépit des arguties comptables qui nous sont régulièrement opposées, ils couvrent des services essentiels demandés par les adhérents (accueil physique et téléphonique en France, hébergement sécurisé des données de santé, réseaux conventionnés, tiers payant, prévention et action sociale...). Autre particularité notable : la Mutualité Française mène plus de 25 000 actions de prévention par an, mais ces dépenses sont toujours considérées comme des frais de gestion. En marge de cette reconnaissance, il faut également simplifier les nomenclatures de la Convention collective nationale de la mutualité, afin de rendre les mécanismes de tarification et de remboursement plus lisibles et plus compréhensibles pour tous les acteurs concernés.

→ Au regard des investissements requis, la prévention doit-elle être davantage financée par les mutuelles et les complémentaires santé ?

Les mutuelles sont déjà très engagées dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire, mais elles souhaitent en faire davantage ; nous sommes le premier acteur en prévention après l'Assurance Maladie. Certaines contraintes freinent toutefois leurs ambitions. La prévention n'est pas reconnue comme une prestation en nature ou en service, et ne peut donc pas être intégrée dans les contrats. Chaque mutuelle doit obtenir un accord individuel de chaque adhérent pour chaque action de prévention, ce qui engendre des coûts et exclut les publics les plus éloignés du système de soins, soit ceux qui en ont pourtant le plus besoin. La fiscalité spécifique est également absurde. Entre la taxe de solidarité additionnelle et la taxe sur la valeur ajoutée, non récupérable pour les mutuelles, le taux de prélèvement pour une action de prévention menée via un tiers est de 35 %. Une réforme fiscale et réglementaire doit être rapidement engagée pour nous permettre d'agir efficacement et équitablement.

→ Quelles sont vos propositions pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé ? Quels sont les enjeux en matière de qualité et de pertinence des actes radiologiques ?

Le modèle des soins de ville ne répond plus aux besoins, notamment en matière d'accessibilité aux médecins généralistes et spécialistes. Nous recommandons donc de développer les équipes de soins traitantes – médecins, pharmaciens, infirmiers – pour offrir une prise en charge coordonnée et territorialisée. Travaillons également avec les professionnels de santé, dont les radiologues, pour repenser les modalités de prescription¹ et de prise de rendez-vous. La désintermédiation des parcours de

soins entraîne des examens inadaptés, et des actes inutiles, coûteux et inefficaces. Il faut subordonner les prescriptions aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, mais aussi redonner aux radiologues la capacité de choisir l'examen le plus pertinent. Cela permettrait d'améliorer la qualité des soins, de réduire les coûts et de renforcer la confiance des usagers.

→ Depuis un an, une participation forfaitaire uniforme de deux euros s'applique aux actes de radiologie, y compris pour les examens scanographiques. Cette mesure pourrait-elle être étendue aux forfaits techniques ?

Ce n'est pas souhaitable ! La hausse des dépenses liées aux forfaits techniques est réelle, mais instaurer une nouvelle participation forfaitaire pour les patients n'est pas une bonne solution. Ce type de mesure contredit le principe fondateur de la Sécurité sociale : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La responsabilisation financière des patients est délétère, surtout quand la pédagogie fait défaut. À l'instar des arrêts de travail, il appartient aux médecins de prescrire les actes nécessaires, notamment en imagerie. Il est donc essentiel de s'appuyer sur l'expertise des professionnels et sur les recommandations médicales en vigueur pour prodiguer des soins plus pertinents. La réforme du système de santé doit reposer sur la responsabilité, la confiance, la proximité et une éducation au juste recours aux soins.

→ Les dépassements d'honoraires représentent une part croissante des remboursements effectués par les mutuelles et les complémentaires santé. Quel est leur poids réel dans les frais de débours ? Une meilleure couverture est-elle envisageable pour les praticiens du secteur 2 ou les signataires de l'OPTAM² ?

Les dépassements d'honoraires pris en charge par les mutuelles augmentent plus vite que les autres dépenses de santé... depuis quatre ans. Initialement efficace, l'Optam est devenu trop complexe pour les professionnels et peu lisible pour les assurés, tout en étant coûteux. Un encadrement par acte ou par consultation serait plus approprié. Les modes de régulation doivent également nous interroger collectivement, car près des trois quarts des nouveaux spécialistes s'installent en secteur 2. Au-delà des dépassements couverts par les complémentaires, posons-nous les bonnes questions : les tarifs de base de la Sécurité sociale reflètent-ils la réalité de la pratique ? Pour concilier qualité des soins et soutenabilité du modèle social, il faut progressivement revaloriser les professionnels de santé, en lien avec la responsabilité et la valeur ajoutée des actes pratiqués, mais aussi rediscuter les modalités de la négociation conventionnelle, qui doit être plus dynamique et mieux corrélée aux besoins du terrain. Une trajectoire pluriannuelle serait bien plus efficace.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ Rappelons que les médecins radiologues ne sont pas prescrits. Il s'agit donc de demandes d'examen.

² Option Pratique Tarifaire Maîtrisée