



L'essentiel en bref sur

LE MONITEUR DE LA SANTÉ 2025

**Conscience croissante
des coûts dans la population**

Équipe de projet

Urs Bieri, co-directeur

Tobias Keller, chef de projet et chef d'équipe analyse de données

Corina Schena, cheffe de projet

Sara Rellstab, Data Scientist

Étude mandatée par Interpharma.

Le Moniteur de la santé entend établir avec fidélité l'attitude des citoyennes et des citoyens suisses vis-à-vis du système de santé.

L'enquête représentative sur laquelle il s'appuie est menée une fois par an depuis 1996. En 2025, 1200 citoyennes et citoyens ont été interrogé-e-s dans toutes les régions linguistiques de Suisse sous la forme d'entretiens personnels en face-à-face.

Nous rendons compte des principaux résultats dans les pages qui suivent.

Interpharma
Association des entreprises pharmaceutiques suisses
pratiquant la recherche
Petersgraben 35
Case postale
4009 Bâle

Téléphone 061264 34 00
E-mail info@interpharma.ch

Vous trouverez également le contenu de la brochure sur le site Web d'Interpharma sous www.interpharma.ch. Les graphiques de la dernière version peuvent être téléchargés et utilisés gratuitement à condition d'en mentionner la source.

Deutschsprachiges Original verfügbar

© Interpharma, 2025, Bâle

Reproduction avec indication de la source souhaitée

Sommaire

1	Avant-propos	2
2	Executive Summary	10
3	Grands thèmes 2025	12
4	Analyses choisies	24
4.1	Évolutions dans le système de santé.....	24
4.2	Industrie pharmaceutique et médicaments	34
5	Thèses	42
6	Base de données du sondage actuel	44
7	Annexe	46
7.1	Équipe de gfs.bern	46

1 Avant-propos



Le Moniteur de la santé, mandaté par Interpharma et réalisé par l'institut de recherche gfs.bern, fête cette année son 25^e anniversaire. Depuis un quart de siècle, cette étude fournit des informations importantes sur les opinions de la population suisse sur le système de santé et le rôle qu'y joue l'industrie pharmaceutique. Le Moniteur de la santé est donc l'un des plus anciens outils de moni-

rage en Suisse qui interroge chaque année la population en âge de voter sur des questions liées à la santé. Il représente une interface instructive entre l'opinion publique et la branche pharmaceutique et relève régulièrement les préoccupations, attentes et opinions sur l'un des sujets les plus complexes de politique intérieure: le système de santé suisse. Nous sommes fiers/fières d'apporter ainsi une contribution importante au discours de politique de santé.

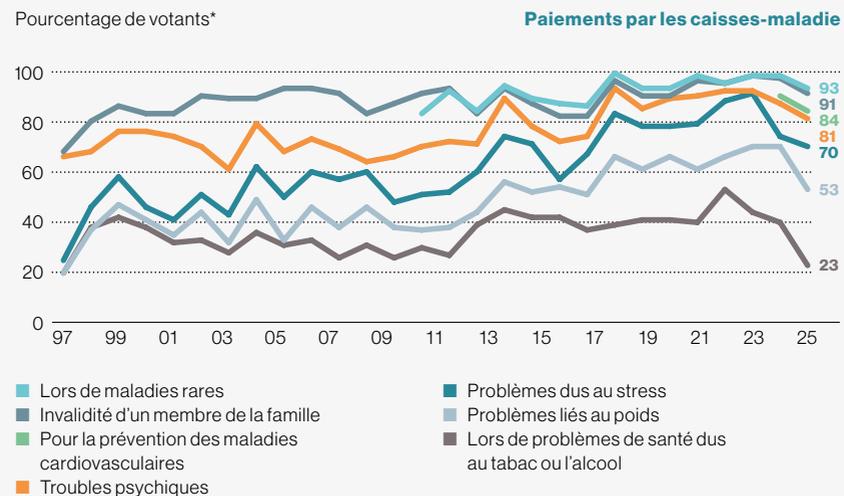
Le Moniteur de la santé depuis un quart de siècle

Publié chaque année, le Moniteur de la santé a été introduit peu après l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La LAMal est une grande étape de l'histoire du système de santé suisse. Cette loi a posé le fondement à un système de santé financé de manière solidaire qui n'a rien perdu de son actualité.

Dans ce contexte, nous voulons analyser l'évolution des résultats de l'enquête au cours des 25 années passées et les comparer avec les objectifs de la LAMal définis en 1996. Nous nous intéressons aussi au rapport entre le ressenti subjectif des personnes interrogées et les faits objectivement mesurables. Par souci de clarté, nous avons réparti les objectifs de la LAMal entre trois grands domaines thématiques: solidarité, qualité et coûts que nous allons considérer un par un ci-après.

Prestations payées soi-même/par les caisses-maladie

«Il y a quelques situations où les prestations peuvent être remboursées par l'assurance de base. Veuillez indiquer pour chacune d'entre elles quand vous pensez que la personne concernée devrait payer elle-même les prestations et quand vous pensez que les caisses devraient le faire.»



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

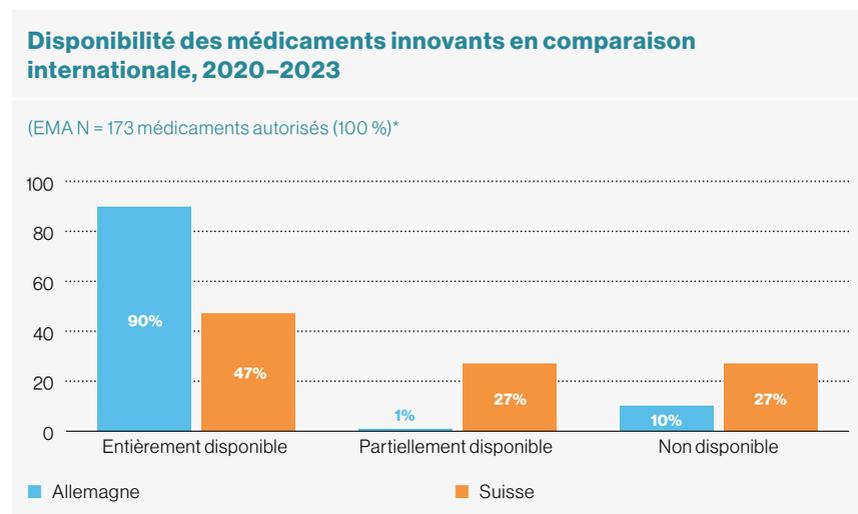
* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1190 dans chaque cas)

L'idée de la solidarité est solidement ancrée

L'assurance de base obligatoire a instauré une assurance-maladie financée de manière solidaire, de sorte que les personnes qui ont des dépenses de santé élevées à cause d'une maladie sont soutenues.

La population continue de soutenir cette idée de solidarité, particulièrement grande et constante en cas de maladie rare ou d'invalidité d'un membre de la famille. Une nette majorité de personnes interrogées approuvent la couverture par l'assurance de base. La solidarité envers les coûts de traitement des maladies rares diminue légèrement, ce qui correspond toutefois aux fluctuations naturelles observées sur la série chronologique. En revanche, la solidarité diminue nettement pour les coûts de traitement dont les assurés sont eux-mêmes responsables, c'est-à-dire les maladies liées à la consommation de tabac ou d'alcool.

Ce qu'on oublie souvent, c'est que notre système de santé n'est pas seulement financé par les primes et les subventions: environ 30% des quelque 94 milliards de francs que coûtera au total le système de santé suisse en 2023 proviennent des impôts, eux-mêmes basés sur le principe de solidarité puisqu'ils sont prélevés en fonction du revenu et de la fortune.



Source: Calculs d'Interpharma sur la base des données d'EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey.
* Écarts dus à l'arrondi.

Bonne qualité mais potentiel d'amélioration

Pour ce qui est de la qualité, l'essentiel est que la population suisse ait accès à un système de santé de haute qualité et puisse bénéficier rapidement et de manière ciblée des progrès scientifiques les plus récents et des innovations médicales. La population suisse a depuis des années une opinion très positive stable de la qualité du système de santé et de l'accès aux traitements. Cela passe notamment par une autorité de contrôle des médicaments forte et indépendante, qui œuvre dans l'intérêt de la sécurité des patient-e-s et de la place pharmaceutique suisse. Grâce à de nouvelles procédures attrayantes, la comparaison internationale avec d'autres autorités montre une amélioration substantielle des délais d'autorisation de mise sur le marché suisse entre 2019 et 2021, qui sont désormais comparables à ceux de l'Agence européenne des médicaments (EMA).

Mais il suffit d'un regard dans les coulisses de l'accès des patient-e-s pour constater que l'autorisation délivrée par l'autorité compétente en matière de médicaments ne signifie pas pour autant qu'un médicament soit immédiatement accessible à tous/-tes les patient-e-s: il faut d'abord que la prise en charge par l'assurance de base (AOS) soit fixée. Les patient-e-s attendent de plus en plus longtemps la prise en charge par les caisses-maladie d'un médicament nouvellement autorisé et donc sa disponibilité générale. C'est l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui décide de l'admission dans la liste des spécialités et donc de la disponibilité générale du médicament. En 2024, le délai entre l'AMM et l'admission dans la liste des spécialités était de 189 jours, alors que la loi prévoit 60 jours maximum. La tendance à long terme est clairement à la hausse et l'OFSP n'a respecté le délai légal de 60 jours que dans 6% des cas. Ce sont les patient-e-s qui en souffrent, car nombre d'entre eux et elles ne peuvent pas attendre si longtemps. C'est inacceptable pour un système de santé de haute qualité qui doit être accessible à tous et à toutes. Une comparaison avec l'Allemagne montre qu'il est urgent d'agir en Suisse: en Allemagne, environ 90% des nouveaux médicaments innovants autorisés par la European Medicines Agency (EMA) entre 2020 et 2023 sont largement disponibles, contre 47% en Suisse, donc presque moitié moins qu'en Allemagne. Une possibilité de traitement innovante sur deux reste inaccessible dans notre pays, non pour des raisons médicales, mais administratives. L'Allemagne doit être notre référence à cet égard.

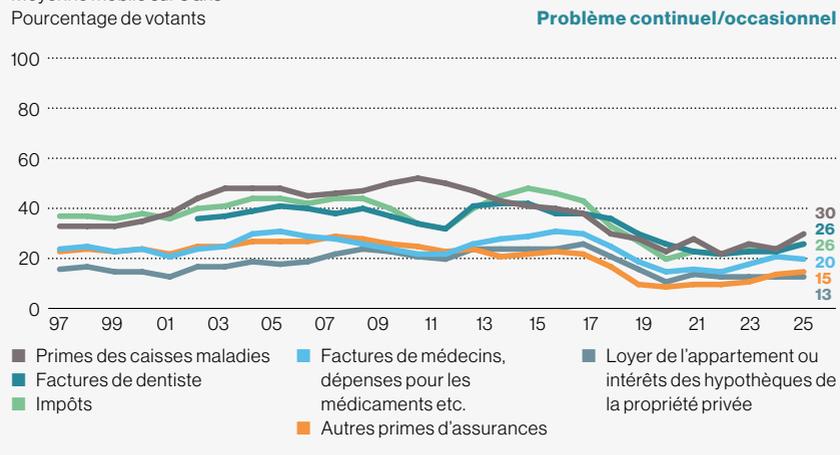
La perception des coûts et les faits ne concordent pas toujours

On peut facilement évaluer la question des coûts dans la population à l'aide des avis sur les primes des caisses-maladie. Les résultats de l'enquête actuelle montrent que celles-ci sont à nouveau ressenties comme la plus lourde charge pour le budget des ménages.

Problème continu ou occasionnel

«Pour chacun des domaines de dépenses suivants de votre ménage, pouvez-vous indiquer dans quelle mesure il vous pose problème?»

Moyenne mobile sur 3 ans
Pourcentage de votants

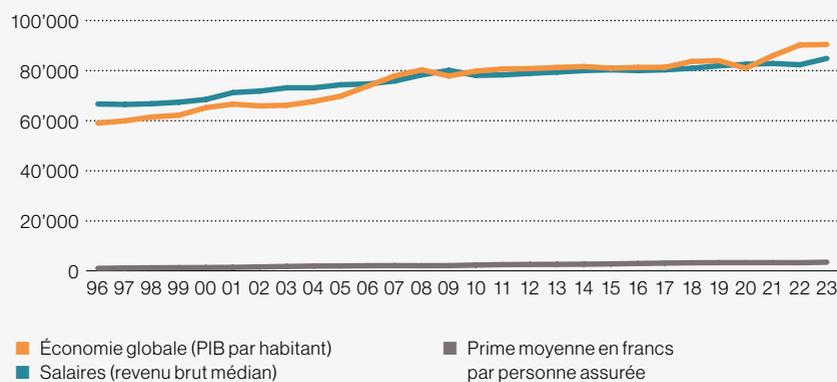


© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1180 dans chaque cas)

En revenant en arrière jusqu'en 1997, on constate que ce ressenti a connu de grandes variations: d'un côté, les primes des caisses-maladie ont toujours pesé lourd, mais de l'autre, on est surpris par l'importance de leur poids en 2011. À partir de là, la charge ressentie pour le budget des ménages a commencé à diminuer régulièrement, mais à partir de la pandémie de COVID-19, cette baisse a stagné et la tendance est à nouveau à la hausse. À noter que les variations des 25 dernières années ne correspondent pas au rapport entre les primes, les salaires réels et le PIB: en chiffres absolus, les salaires réels et le PIB ont plus fortement augmenté en Suisse que les primes des caisses-maladie. Par conséquent, le montant des primes devrait théoriquement être un souci de moins en moins important. Une cause pourrait être le discours public plus présent sur les coûts de santé qui a peut-être pour effet que la charge des primes est ressentie plus fortement.

Croissance par tête des coûts de l'AOS, du PIB et des salaires



Représentation Interpharma avec base de données: Office fédéral de la santé publique (2025), Statistique de l'assurance obligatoire des soins. Office fédéral de la statistique (2025), Statistique de la croissance et de la productivité (WPS). Office fédéral de la statistique (2025), Enquête suisse sur la population active (ESPA).

Cela pourrait être lié au fait que, depuis la pandémie de COVID-19, la maîtrise des coûts est de plus en plus considérée comme de la responsabilité de la Confédération. Aujourd'hui, elle est même considérée comme la principale responsable. Et ce, bien que la Confédération et l'OFSP ne puissent fixer que les prix des médicaments, tandis que les partenaires sociaux et les cantons exercent une influence plus importante sur les coûts.

Le souci des primes élevées favorise le narratif selon lequel les médicaments jouent un rôle majeur dans la hausse des coûts de santé, une image que de nombreux acteurs renforcent activement. Or, les prix des médicaments ne sont pas le problème: les coûts de santé continuent certes d'augmenter, de même que le nombre de nouveaux traitements et l'espérance de vie moyenne en Suisse, mais les prix des médicaments ont régulièrement baissé. À y regarder de plus près, on constate que, par le passé, la part des médicaments dans les coûts de santé et les coûts globaux de l'AOS est restée stable ou a enregistré une hausse inférieure à la moyenne. Concrètement, cela veut dire que les prix de certains médicaments ne sont pas en fait des moteurs de cherté, mais leur volume croissant prescrit. Cela est dû entre autres à l'évolution démographique en Suisse ainsi qu'au succès de la lutte contre des maladies complexes. En particulier dans la lutte contre divers types de cancer, la recherche enregistre depuis des années des progrès spectaculaires.

Bilan

Pour ce qui est de la solidarité, la LAMal et le système de santé suisse ont fondamentalement réalisé leur mission et leurs objectifs. Le principe de solidarité est solidement ancré dans la population. Mais on observe aussi qu'après une phase relativement longue d'essor de la solidarité, celle-ci recule actuellement et la conscience des coûts est prépondérante, en particulier lorsqu'une maladie et les coûts de traitement qu'elle implique sont considérés comme facilement évitables.

De même, la qualité du système de santé récolte depuis toujours une évaluation positive. Cependant, les statistiques montrent qu'il faut agir, en particulier pour l'accès aux nouveaux traitements innovants qui s'est dégradé régulièrement ces dernières années: 47% seulement des nouveaux médicaments innovants autorisés par l'EMA sont largement disponibles en Suisse, un véritable problème pour les patient-e-s. La référence à cet égard est d'une part l'Allemagne où 90% des médicaments autorisés par l'EMA, donc près de deux fois plus qu'en Suisse, sont entièrement disponibles, d'autre part le respect du délai légal de 60 jours entre l'autorisation de mise sur le marché et l'admission dans la liste des spécialités.

Par le passé, la charge des primes a parfois été ressentie comme plus élevée qu'aujourd'hui et n'a pas toujours figuré en tête des charges sur le budget. Bien que les salaires réels et le PIB augmentent plus vite que les primes, la conscience des coûts s'accroît nettement depuis la pandémie de COVID-19. Depuis des années, les prix des médicaments en sont, à tort, largement tenus pour co-responsables. Or, c'est la quantité croissante de médicaments prescrits qui est responsable des coûts élevés des médicaments en valeur absolue. Mais cela s'explique notamment par les progrès de la médecine: de nombreuses maladies qui étaient autrefois synonymes de condamnation à mort peuvent aujourd'hui être traitées avec succès.



D^r René Buholzer

Directeur et délégué du comité directeur

2 Executive Summary

Promesses clés de la LAMal tenues mais pression de réforme croissante

Près de trente ans après l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), une claire majorité trouve que la loi a tenu ses promesses clés, entre autres l'accès aux soins de base et la réduction solidaire des primes. En revanche, la population estime que l'objectif d'atténuation de la hausse des coûts n'a pas été atteint et que le «problème des primes» n'est pas résolu: leur évolution est mal acceptée. Il y a plus d'avis favorables à des réformes. Les primes égales pour tous restent majoritairement approuvées mais on constate une disposition croissante à des modifications.

La sensibilité aux coûts s'accroît

En Suisse romande, environ deux tiers des personnes interrogées disent avoir du mal à payer les primes des caisses-maladie. Ce taux est nettement plus élevé que dans les autres régions du pays et atteint un niveau inégalé depuis 2011. En revanche, en Suisse alémanique, la pression que fait ressentir cet aspect est comparativement modérée, même si une légère augmentation se manifeste par rapport à l'année précédente. En parallèle, les Romand-e-s sont particulièrement disposé-e-s à accepter des restrictions personnelles pour freiner la hausse des coûts. En même temps, la satisfaction vis-à-vis de la qualité du système de santé est légèrement moins tranchée en Suisse romande, même si elle reste très élevée au total.

On observe des différences entre les régions linguistiques

La sensibilité aux questions de coûts s'accroît dans toute la Suisse. En cas de conflits d'objectifs, on observe une disposition croissante à des solutions orientées vers les coûts. La population continue de souhaiter un système de santé de haute qualité, mais dans le détail, on observe plus de signes d'une importance croissante des réflexions sur les coûts. Les citoyen-ne-s sont plus souvent disposé-e-s à accepter des limitations, par exemple dans le libre choix du médecin ou de l'hôpital ou dans l'ampleur du catalogue des prestations.

Souhait d'un accès solidaire aux traitements innovants

S'agissant de l'accès aux traitements innovants et coûteux, les positions sont sans équivoque: les citoyen-ne-s approuvent une prise en charge par l'assurance de base à condition qu'une utilité systémique existe, par exemple des économies au niveau des soins ou la possibilité d'une réinsertion professionnelle. En même temps, la population en âge de voter rejette majoritairement les limitations globales telles que budgets annuels ou plafonds fixes par année de vie. Elle souhaite une prise en charge équitable mais efficace dans l'intérêt de la collectivité.

3 Grands thèmes 2025

Près de trente ans après l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), un jugement nuancé se dessine dans la population suisse. De l'avis des personnes interrogées, l'objectif clé de permettre l'accès de tous/-tes les habitant-e-s aux soins de base a été clairement atteint: au total, 96% disent que cette promesse a été en partie ou pleinement tenue. De même, la réduction individuelle des primes pour soulager les ménages aux revenus modestes recueille une majorité d'avis positifs: 83% estiment que cet objectif est atteint. De même, les avis positifs dominent (72%) au sujet de l'objectif que tous/-tes les assuré-e-s bénéficient des mêmes prestations médicales de base, quelle que soit leur caisse-maladie.

L'évaluation des objectifs de financement et de politique structurelle est légèrement plus prudente: 67% estiment que la mise en place d'un système de financement équitable auquel chacun-e contribue de manière solidaire a été réalisée, tandis que 29% trouvent que cette promesse a été peu ou pas du tout tenue. Les personnes interrogées ont des avis mitigés sur l'affirmation que le libre choix de la caisse-maladie est une source de concurrence et donc d'offres plus intéressantes pour les assuré-e-s: un peu plus de la moitié (58%) sont d'accord, tandis que 34% rejettent cette évaluation.

La population est particulièrement sceptique sur la question de l'efficacité de mesures visant à atténuer la hausse des coûts et à utiliser plus efficacement les ressources: 41% seulement estiment que cet objectif est réalisé, tandis que 49% sont d'avis qu'il ne l'est pas.

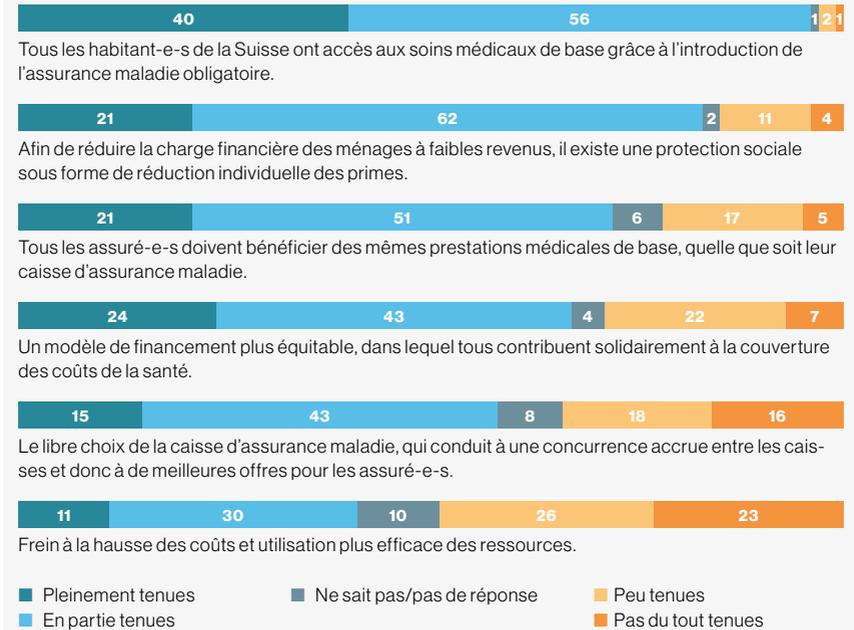


La population pense majoritairement que les principaux objectifs sociopolitiques de la LAMal sont atteints. En revanche, les éléments qui visent un pilotage économique et l'efficacité du système sont évalués nettement plus prudemment.

1 | Réalisation des objectifs de la LAMal

«L'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) de 1996 visait plusieurs objectifs. Pensez-vous que les promesses suivantes ont été «pleinement tenues», «en partie tenues», «peu tenues» ou «pas tenues du tout?»

Pourcentage de votants



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025 (N = 1209)

En lien avec la LAMal, un aspect qui fait depuis toujours débat sont les primes des caisses-maladie. Les citoyen-ne-s sont majoritairement d'avis que l'augmentation des primes est disproportionnée. Sur toute la Suisse, trois quarts des personnes interrogées estiment que cette augmentation est excessive (75%, valeurs de 4 à 6 sur l'échelle). L'évaluation est un peu plus nuancée en Suisse alémanique où on est légèrement plus disposé à accepter la hausse des primes comme compréhensible. En Suisse romande et italophone en revanche, les avis sont nettement plus critiques.



Cette évaluation traduit une large insatisfaction vis-à-vis de l'évolution des primes. La hausse des primes est souvent perçue comme ne correspondant pas à la hausse réelle des coûts.

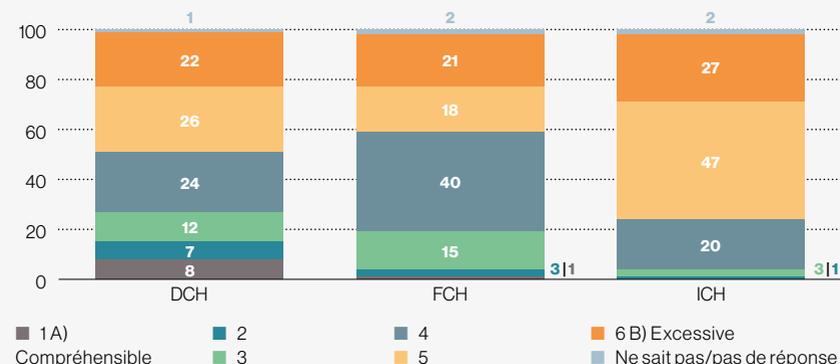
L'insatisfaction vis-à-vis du montant des primes des caisses-maladie se reflète aussi dans l'évaluation des charges financières ressenties dans la vie quotidienne: près d'un tiers dit avoir du mal à payer les primes (30%). Pour un bon quart, payer les factures de dentiste (26%) et les impôts (26%) est un problème occasionnel ou continu. Les factures de médecins et dépenses pour les médicaments (20%), les autres assurances (15%) et le loyer de l'appartement ou les intérêts des hypothèques pour la propriété privée (18%) pèsent moins sur le budget des ménages.

2 | Perception de l'augmentation des primes selon la langue

«Depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, les primes de l'assurance de base n'ont cessé d'augmenter en Suisse. Cette augmentation est perçue de différentes manières. Vous trouverez ci-dessous deux déclarations concernant l'augmentation des primes. Si vous êtes d'accord avec l'affirmation A, veuillez choisir le chiffre 1 ou un chiffre proche de 1. Si vous êtes d'accord avec l'affirmation B, veuillez choisir le chiffre 6 ou un chiffre proche de 6. Vous pouvez nuancer votre avis à l'aide des notes situées entre ces deux valeurs. L'augmentation des primes est ...»

- A) Compréhensible, car elle correspond à l'augmentation des coûts de la santé ou
B) Excessive et disproportionnée par rapport à l'augmentation réelle des coûts.»

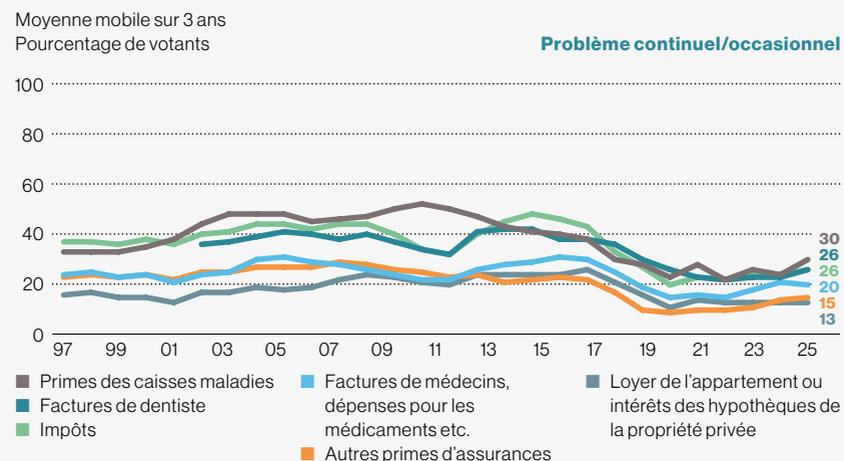
Pourcentage de votants



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025 (N = 1209), sig., Cramér's V=0.22

3 | Problème continu ou occasionnel

«Pour chacun des domaines de dépenses suivants de votre ménage, pouvez-vous indiquer dans quelle mesure il vous pose problème?»



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1180 dans chaque cas)

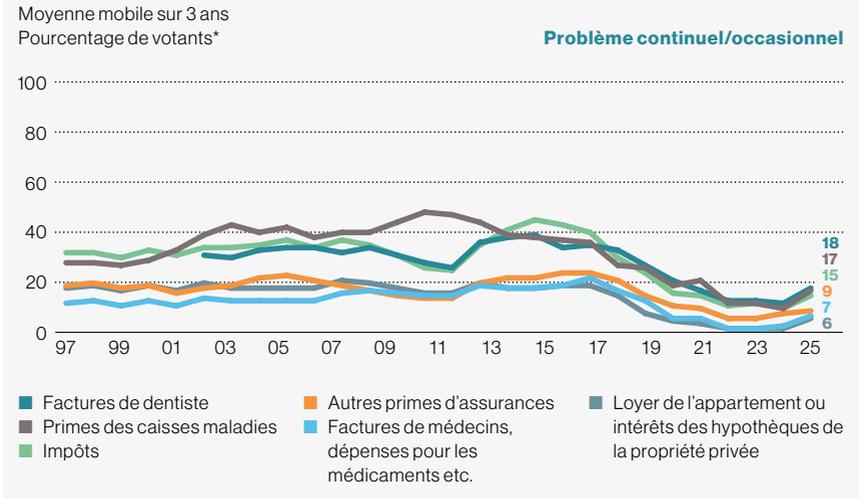
À long terme, la charge des coûts ressentie est inférieure à la moyenne en Suisse alémanique et italophone, avec cependant une légère hausse en Suisse alémanique par rapport à l'année précédente. Le problème ressenti augmente le plus fortement au niveau des coûts des factures de dentiste (18%, +6 pts), des primes des caisses-maladie (17%, + 7pts) et des impôts (15%, +5 pts).

En Suisse romande, les problèmes financiers perçus sont nettement plus marqués que dans les autres régions linguistiques, et ce dans toutes les catégories de dépenses. Malgré tout, la tendance est au recul dans presque toutes les catégories à l'exception des primes des caisses-maladie.

Un peu plus de deux tiers des personnes interrogées (69%) disent que payer les primes est un problème occasionnel ou continu. Ce taux atteint donc un niveau qui n'avait plus été observé depuis 2011. En dépit d'une détente passagère, les primes des caisses-maladie sont restées une thématique importante dans le discours public.

4 | Problème continu ou occasionnel, Suisse alémanique

«Pour chacun des domaines de dépenses suivants de votre ménage, pouvez-vous indiquer dans quelle mesure il vous pose problème?»

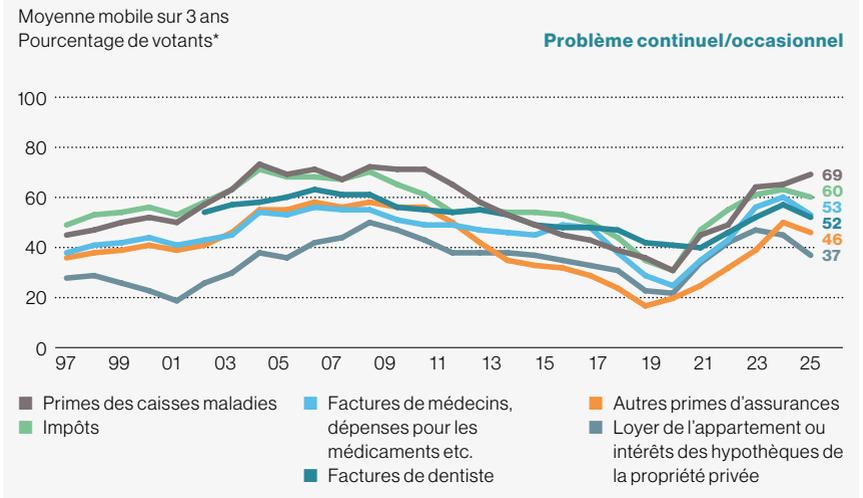


© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 710 dans chaque cas)

5 | Problème continu ou occasionnel, Suisse romande

«Pour chacun des domaines de dépenses suivants de votre ménage, pouvez-vous indiquer dans quelle mesure il vous pose problème?»



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 300 dans chaque cas)

Mais qui la population tient-elle pour responsable de la hausse des primes? Les réponses à ce sujet sont très variées, mais il y a une focalisation nette sur les personnes qui se rendent chez le médecin alors qu'elles ne sont pas malades (31%), suivies des frais administratifs de l'ensemble du secteur de la santé (26%). D'autres causes fréquemment nommées sont le nombre croissant de personnes âgées (21%), les caisses-maladie elles-mêmes (17%), les examens superflus (15%) et l'industrie pharmaceutique (14%). La population perçoit aussi des faiblesses structurelles comme le manque d'efficacité (13%) et les attentes croissantes envers la qualité des soins (11%) comme des moteurs de cherté pertinents.



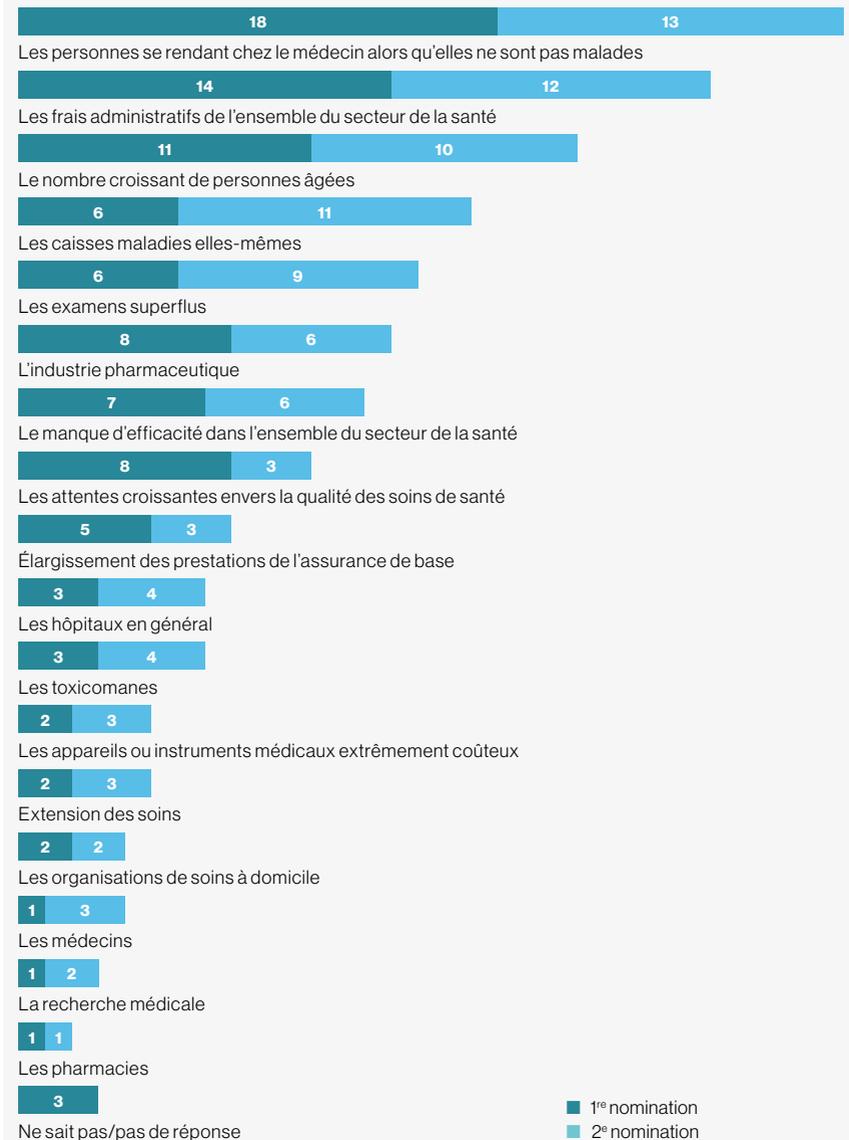
Pour les personnes interrogées, les principales causes de l'augmentation des primes sont inhérentes au système, par exemple utilisation excessive, inefficacité de l'organisation ou frais administratifs plutôt qu'à rechercher dans différents groupes professionnels.

Diverses propositions sont envisagées pour améliorer le système d'assurance-maladie. En même temps, la population continue d'être très satisfaite (84%) du système actuel de primes avec prime égale pour tous et subventions pour les bas revenus. On constate la plus forte disposition à une réforme pour l'introduction d'un forfait pour les cas bénins aux urgences des hôpitaux (86%). Viennent juste derrière la proposition que les médicaments pour bagatelles ne soient plus pris en charge par les caisses-maladie (81%) et la déduction intégrale des primes du revenu imposable (81%). L'introduction de mesures automatiques pour limiter les coûts (67%), l'alignement des primes sur les revenus (56%) et la prise en charge des traitements réalisés à l'étranger (56%) réunissent aussi une claire majorité. 50% sont favorables à une assurance-maladie «budget» avec obligation des médicaments génériques, du dossier électronique du patient (DEP) et d'une franchise plus élevée. Moins de la moitié soutiennent une caisse-maladie publique (48%), la hausse de la franchise maximale (41%) ainsi que de la franchise minimale (35%). Seul un bon quart (27%) est favorable à ne plus avoir que des modèles d'assurance prévoyant un premier point de contact obligatoire.

6 | Causes de l'augmentation des primes des caisses-maladie

«Voici une liste de causes diverses de l'augmentation des primes des caisses-maladies. Quelle est à votre avis la raison principale de cette augmentation?»

Pourcentage de votants

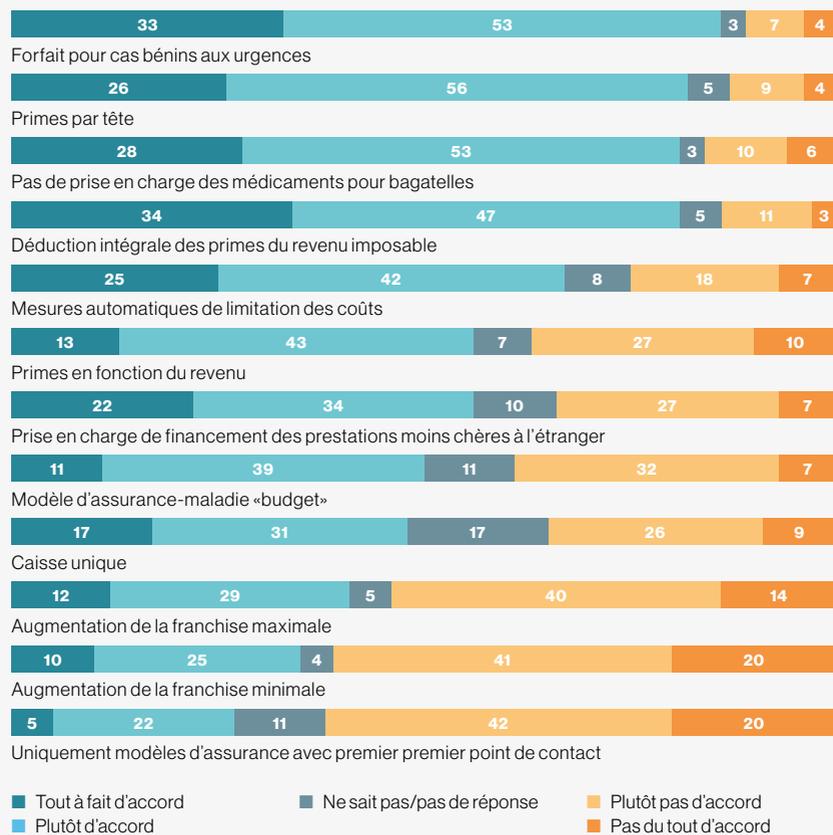


© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025 (N = 1'209)

7 | Exigences vis-à-vis des caisses-maladie

«Actuellement, différentes propositions font l'objet de discussions sur la scène politique autour des caisses maladie. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les différentes propositions.»

Pourcentage de votants



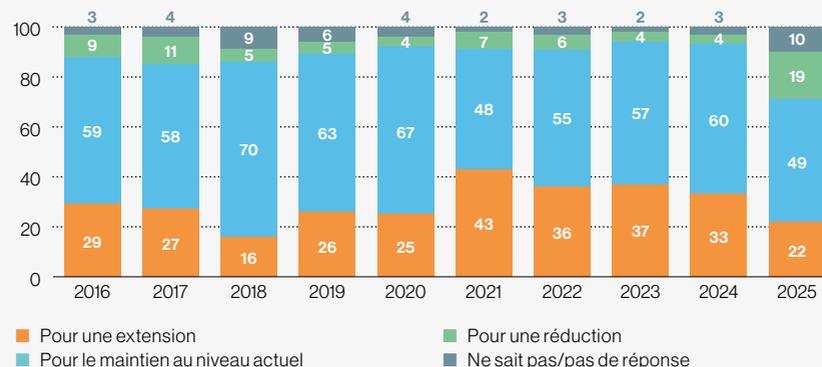
© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025 (N = 1'209)

L'approbation du système actuel avec des primes égales pour tous et des subventions pour les bas revenus reste largement stable depuis des années. En même temps, les avis favorables augmentent envers des propositions de réformes, traduisant une disposition croissante de la population à des nouveautés structurelles dans le système de santé.

8 | Catalogue de prestations

«L'assurance de base couvre toutes les prestations médicales nécessaires et a été étendue dans différents domaines. Pour les prestations non couvertes par la caisse, il est nécessaire de souscrire une assurance complémentaire, mais les caisses ne sont pas tenues d'accepter les assurés. Dans le catalogue des prestations couvertes par l'assurance de base, êtes-vous favorable à ce que...»

Pourcentage de votants*



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1200 dans chaque cas)

Une autre possibilité de réformer le système d'assurance-maladie consisterait à modifier le catalogue des prestations.

Une majorité relative des répondant-e-s (49%) continue de se déclarer favorable à la conservation dans l'état actuel du catalogue des prestations de l'assurance de base. Environ un tiers soutiennent une modification du catalogue dans un sens ou dans l'autre: 22% sont pour une extension et 19% pour une réduction des prestations prises en charge.

Les avis sont partagés en ce qui concerne les prestations qui doivent concrètement être couvertes par l'assurance de base et celles qui devraient être à la charge de la personne. Les personnes interrogées effectuent une distinction entre les indications médicales pour lesquelles elles attendent un financement solidaire et celles pour lesquelles elles voient la responsabilité individuelle au premier plan.

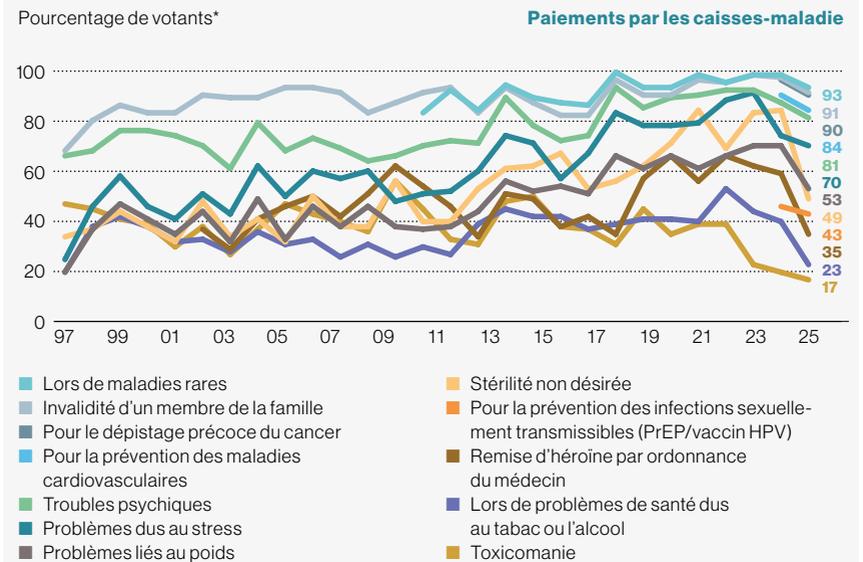
Une nette majorité demande en particulier le financement par l'assurance de base des maladies graves, chroniques ou dont la personne n'est pas responsable. C'est ainsi que 93% approuvent la prise en charge par les caisses des maladies rares, 91% des soins d'un membre de la famille en cas d'invalidité et 90% du dépistage précoce du cancer. C'est aussi une majorité qui souhaite une prise en charge par les caisses de la prévention des maladies cardio-vasculaires (84%), des troubles psychiques (81%) et des problèmes dus au stress (70%). Lorsque les problèmes peuvent être liés au mode de vie individuel, une minorité est favorable à la prise en charge par les caisses-maladie. Les avis sur la prise en charge par l'assurance de base restent largement stables depuis des années, mais on distingue en même temps un recul de l'approbation du financement par les caisses de certaines prestations. Le recul est net pour ce qui est de la prise en charge des coûts de la remise d'héroïne par ordonnance du médecin, en cas de stérilité non désirée, de problèmes de santé dus au tabac ou à l'alcool, ainsi que de problèmes liés au poids.



La population effectue une distinction entre les causes et le degré de gravité du problème de santé. Si l'approbation de la solidarité est large au sujet des maladies graves, chroniques ou génétiques, le principe de la responsabilité individuelle est plus souvent demandé pour les risques évitables ou influençables individuellement.

9 | Prestations payées soi-même/par les caisses-maladie

«Il y a quelques situations où les prestations peuvent être remboursées par l'assurance de base. Veuillez indiquer pour chacune d'entre elles quand vous pensez que la personne concernée devrait payer elle-même les prestations et quand vous pensez que les caisses devraient le faire.»



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1190 dans chaque cas)

4 Analyses choisies

4.1 Évolutions dans le système de santé

La population suisse continue d'être extrêmement satisfaite de la qualité du système de santé: près de trois quarts des personnes interrogées (73%) l'estiment bonne ou très bonne, 23% plutôt bonne. Il n'y a quasiment pas de critique vis-à-vis de la qualité.



Tandis qu'en Suisse alémanique (27%) et italophone (25%), environ un quart estiment que la qualité du système de santé est très bonne, 16% seulement sont de cet avis en Suisse romande. Au total, on y est majoritairement satisfait de la qualité du système de santé, mais moins résolument que dans les autres régions linguistiques.

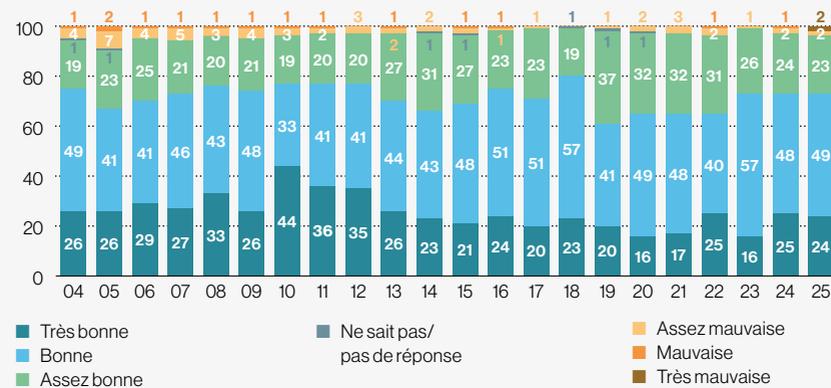
Les souhaits vis-à-vis de la structure du système de santé restent globalement stables, mais on distingue en 2025 certaines tendances qui indiquent une conscience accrue des coûts dans la population.

La demande d'une assurance de base qui couvre toutes les prestations existe toujours clairement, mais en même temps, pour la première fois depuis 2019, on observe une certaine disposition envers un modèle qui couvre avant tout les risques élevés. La population souhaite en outre que le système de santé soit régulé, tant par le marché que par l'État, et piloté à la fois par la Confédération et les cantons.

10 | Qualité du système de santé

«De manière générale, comment évaluez-vous la qualité du système de santé suisse?»

Pourcentage de votants*



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

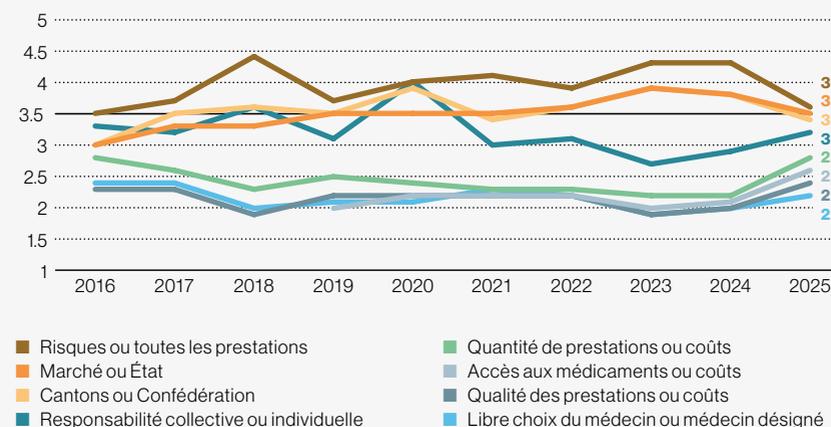
* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1210 dans chaque cas)

11 | Souhait à l'égard du système de santé suisse

«Je vous demanderais cette fois de me dire quel système de santé publique vous souhaiteriez avoir en Suisse. Si vous êtes d'accord avec la première partie de la proposition, sélectionnez 1 ou un chiffre proche de 1. Si vous êtes d'accord avec la seconde partie de la proposition, sélectionnez 6 ou un chiffre proche de 6.»

Pourcentage de votants*

Valeurs moyennes



Aide à la lecture: pour chaque polarité de valeurs, il était possible de se positionner entre l'un et l'autre pôle sur une échelle de 1 à 6 (en chiffres entiers). Une valeur de 3.5 signifie que les électeurs se situent en moyenne exactement entre les pôles. Plus l'écart est grand par rapport à cette valeur en direction de l'un ou l'autre des côtés, plus les personnes interrogées tendent clairement vers les valeurs du pôle correspondant.

© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1190 dans chaque cas)

Pour ce qui est de la responsabilité, la population continue de privilégier la responsabilité collective plutôt qu'individuelle, mais on distingue un glissement vers plus de responsabilité individuelle. Lorsqu'on met face à face la quantité de prestations et les coûts, la tendance reste à privilégier la quantité, mais là encore, l'orientation vers les coûts s'accroît. Des glissements similaires apparaissent au sujet de l'accès aux médicaments: on souhaite toujours qu'il soit largement assuré, mais la conscience des coûts augmente aussi dans ce domaine.

De même, s'agissant de soupeser la qualité et les coûts, on favorise toujours nettement la qualité, mais on est cependant plus sensible aux réflexions sur les coûts. Le libre choix du médecin reste un souhait largement exprimé, mais on observe aussi des signes d'une certaine acceptation de restrictions.



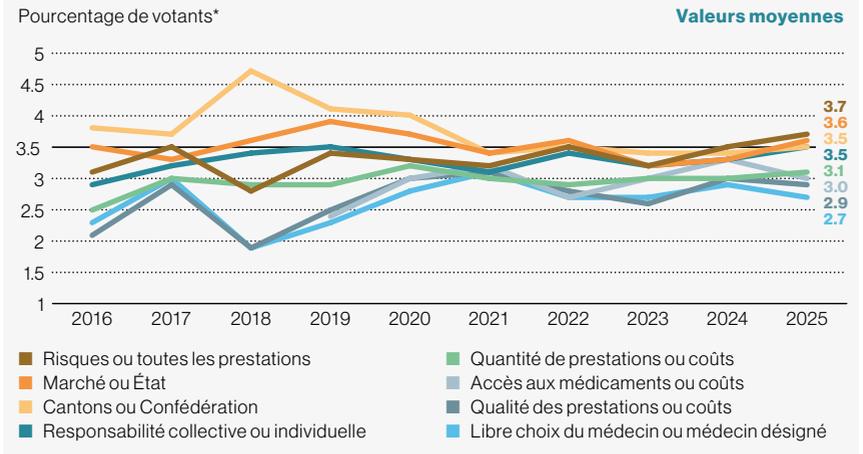
Dans toute la Suisse, la sensibilité aux questions de coûts dans le système de santé augmente. Pour plusieurs polarités de valeurs, la disposition à des solutions orientées vers les coûts est en hausse, de même que la disposition à accepter certaines restrictions pour mieux maîtriser les coûts.

La Suisse romande se rapproche des préférences de l'ensemble de la population: tandis que les Romand-e-s souhaitaient par le passé un système de santé plus fortement réglé par le marché, on constate à présent une tendance vers plus de pilotage par l'État.

Pour ce qui est de la responsabilité, les personnes interrogées favorisent un modèle qui tienne compte à la fois de la responsabilité collective et individuelle. De même, pour le catalogue des prestations, les positions sont modérées: en Suisse romande, on se prononce plutôt pour un équilibre entre une couverture complète des prestations et une limitation aux risques élevés. Le tableau est plus équilibré également pour ce qui est de la responsabilité des cantons et de la Confédération.

12 | Souhait à l'égard du système de santé suisse, Suisse romande

«Je vous demanderais cette fois de me dire quel système de santé publique vous souhaiteriez avoir en Suisse. Si vous êtes d'accord avec la première partie de la proposition, sélectionnez 1 ou un chiffre proche de 1. Si vous êtes d'accord avec la seconde partie de la proposition, sélectionnez 6 ou un chiffre proche de 6.»



Aide à la lecture: pour chaque polarité de valeurs, il était possible de se positionner entre l'un et l'autre pôle sur une échelle de 1 à 6 (en chiffres entiers). Une valeur de 3,5 signifie que les électeurs se situent en moyenne exactement entre les pôles. Plus l'écart est grand par rapport à cette valeur en direction de l'un ou l'autre des côtés, plus les personnes interrogées tendent clairement vers les valeurs du pôle correspondant.

© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 290 dans chaque cas)

On continue de manière relativement stable à favoriser la quantité de prestations par rapport aux coûts et la qualité par rapport aux coûts. Dans la population romande, le libre choix du médecin reprend légèrement plus d'importance.



La conscience des coûts est à un niveau similaire en Suisse romande et en moyenne nationale. Les différences observées par le passé ont tendance à diminuer. Au total, on observe un rapprochement des vœux des différentes régions linguistiques pour la structure du système de santé.

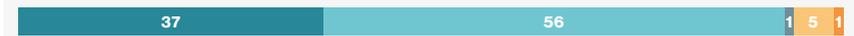
La hausse des coûts de santé observée depuis des dizaines d'années est un défi crucial, tant pour les cercles politiques que pour la population, de sorte que des réformes sont nécessaires. Dans ce contexte, il est important de savoir quelles réformes du système de santé sont susceptibles de recueillir une majorité dans la population. De même, il faut comprendre en profondeur quelles causes la population en âge de voter rend responsables de la hausse des coûts et quelles mesures de baisse des coûts elle peut envisager.

Pour les personnes interrogées, la principale cause de la hausse des coûts est le vieillissement de la population: 93% estiment qu'elle en est un moteur important. Un autre facteur considéré comme important est le traitement de maladies chroniques dont 90% pensent qu'il contribue à l'augmentation des coûts du système de santé. D'autres facteurs considérés comme pertinents sont les progrès de la médecine qui s'accompagnent de nouveaux traitements coûteux (87%) et des procédures administratives complexes (87%).

13 | Importance des causes de l'augmentation des coûts de santé

«Les coûts de la santé ont augmenté au cours des dernières décennies. Évaluez l'importance des raisons suivantes dans l'augmentation des coûts?»

Pourcentage de votants



Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des coûts dans le secteur de la santé.



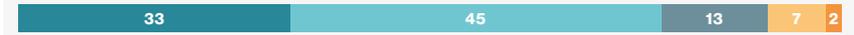
Les maladies chroniques sont en augmentation et entraînent des coûts de traitement élevés à long terme.



Les progrès de la médecine s'accompagnent de traitements coûteux.



Les procédures administratives complexes augmentent les coûts de fonctionnement du système de santé.



Les coûts de la santé augmentent, car certains groupes en profitent financièrement.



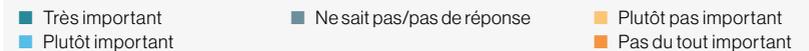
L'immigration entraîne une augmentation de la demande de prestations médicales et provoque ainsi une hausse des coûts de la santé.



L'amélioration des techniques de diagnostic et une meilleure prise de conscience des questions de santé incitent davantage de personnes à recourir aux services médicaux.



Le personnel qualifié, comme les médecins, les infirmiers ou les thérapeutes, est mieux payé, ce qui fait augmenter les coûts salariaux.



Environ trois quarts attribuent une responsabilité aux profits de certains groupes (78%), à l'immigration (77%) et à des consultations plus fréquentes en raison de l'amélioration des techniques de diagnostic (74%).

L'influence de la hausse des salaires dans le domaine de la santé est évaluée de manière plus nuancée: 66% estiment qu'elle est une cause importante tandis que plus d'un quart (27%) ne sont plutôt pas ou pas du tout de cet avis.



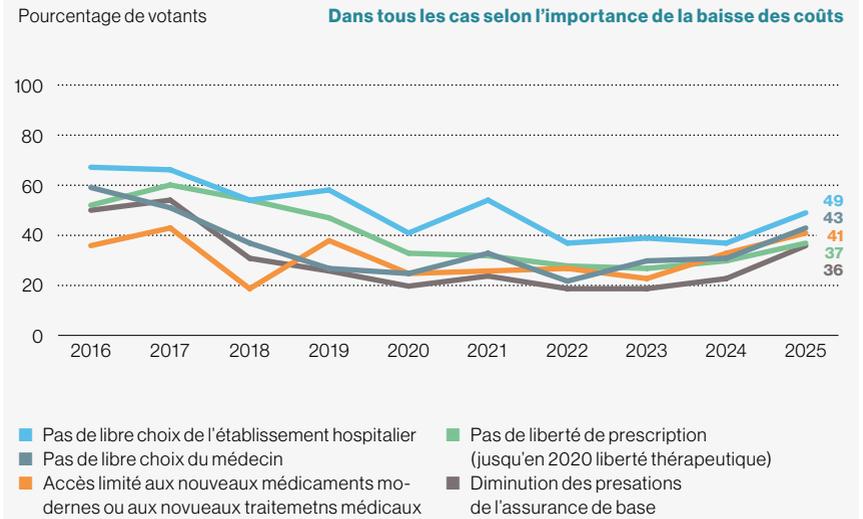
La population ne ressent pas la hausse des coûts de santé comme causée par des facteurs isolés, mais comme le résultat d'interactions complexes entre des évolutions dans les structures, la médecine et la société.

Différentes mesures sont envisageables pour freiner la hausse des coûts de santé. La conscience accrue des coûts se traduit aussi par la disposition de la population à accepter certaines restrictions pour décharger le système.

Renoncer au libre choix de l'hôpital est la proposition la mieux acceptée: 49% des personnes interrogées peuvent l'envisager à condition que cela permette de réduire les coûts. Des mesures légèrement moins bien acceptées sont le renoncement au libre choix du médecin (43%), un accès limité aux nouveaux médicaments ou traitements (41%), le renoncement à la liberté de prescription (37%) ainsi que la diminution des prestations de l'assurance de base (36%). L'approbation de ces propositions est moins fréquente mais affiche néanmoins une tendance à la hausse.

14 | Attitude vis-à-vis des mesures visant à faire baisser les coûts

«Parmi les mesures suivantes, lesquelles seriez-vous prêt(e) à accepter vous-même, si, au travers de celles-ci, les coûts de la santé baissaient?»



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1200 dans chaque cas)

La disposition à accepter des restrictions personnelles pour faire baisser les coûts de santé continue à être nettement plus grande en Suisse romande. Une proposition particulièrement bien acceptée est le renoncement au libre choix de l'hôpital (80%).

Mais d'autres mesures sont aussi largement acceptées: pas de libre choix du médecin (65%), accès limité aux nouveaux médicaments ou traitements (59%), pas de liberté de prescription (56%) et même une diminution des prestations de l'assurance de base (47%) sont envisageables pour une grande partie des personnes interrogées, tout au moins sous certaines conditions.



On continue de se montrer plus disposé au compromis en Suisse romande que dans les autres régions. Cependant, par rapport aux années précédentes, cette disposition recule, à l'exception de la question du libre choix de l'hôpital.

On observe un glissement de l'opinion publique au sujet de la responsabilité pour la diminution des coûts dans le système de santé: pour la première fois, une majorité relative des citoyen-ne-s (38%) trouve que l'acteur qui devrait endosser la principale responsabilité est la Confédération. Viennent ensuite les caisses-maladie (29%), devant l'industrie pharmaceutique (22%), mais ces deux acteurs sont moins souvent nommés que l'année précédente.

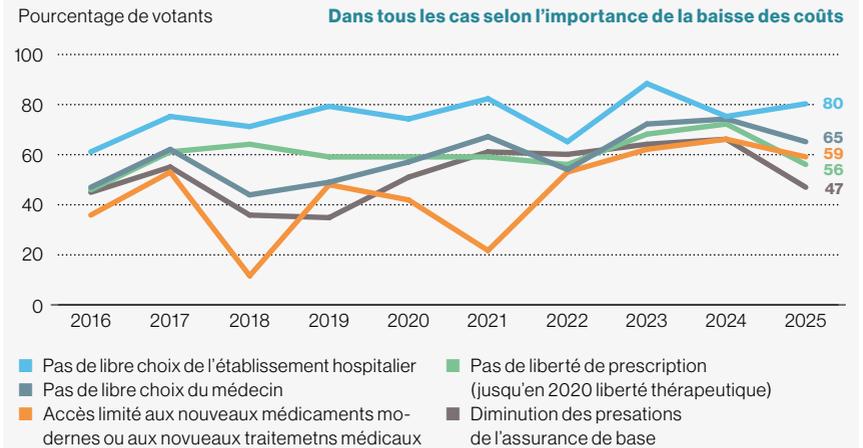
Près d'un cinquième (19%) des personnes interrogées souhaitent attribuer la responsabilité aux cantons. Les demandes envers les patient-e-s (19%), les médecins (15%) et les hôpitaux (15%) sont en baisse. L'approche collective dans laquelle tous les groupes d'acteurs devraient contribuer ensemble à la maîtrise des coûts est soutenue par 20% des personnes interrogées.



On constate un besoin croissant de clarté des responsabilités. La population privilégie une responsabilité coordonnée de manière centralisée, avec la Confédération aux manettes. Mais des acteurs importants dans le système comme les caisses-maladie ou l'industrie pharmaceutique doivent aussi contribuer à la solution.

15 | Attitude vis-à-vis des mesures visant à faire baisser les coûts, Suisse romande

«Parmi les mesures suivantes, lesquelles seriez-vous prêt(e) à accepter vous-même, si, au travers de celles-ci, les coûts de la santé baissaient?»

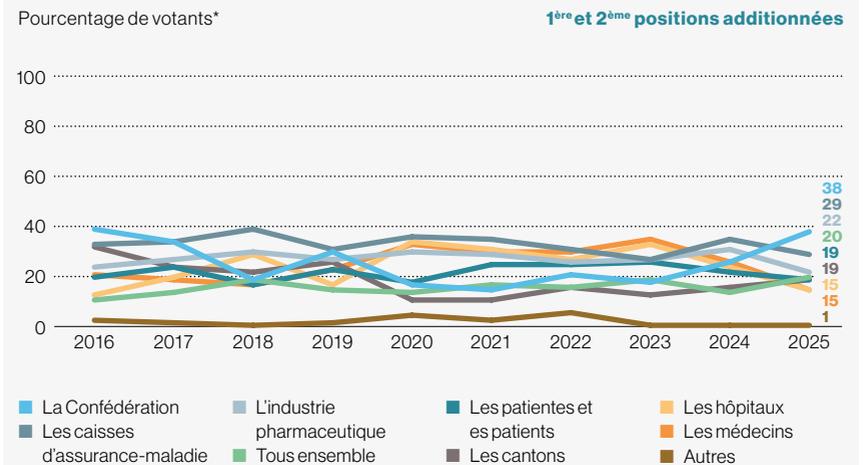


© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 300 dans chaque cas)

16 | Responsabilité pour la maîtrise des coûts

«Voici la liste d'acteurs dans le secteur de la santé. A votre avis, qui devrait figurer à la première place pour endosser la responsabilité de la diminution des coûts de la santé?»



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1200 dans chaque cas)

4.2 Industrie pharmaceutique et médicaments

La branche pharmaceutique est aussi un acteur important du système de santé. Les citoyen-ne-s reconnaissent clairement son importance pour la place économique et la société. Pour 95%, elle est un employeur important, 91% pensent qu'elle a une bonne réputation professionnelle à l'étranger et 90% estiment qu'elle est un moteur de l'économie grâce à l'exportation. Pour ce qui est de son lien avec la place suisse, les citoyen-ne-s ont également un avis favorable de l'industrie pharmaceutique: quatre cinquièmes sont d'avis qu'elle s'intéresse à la place économique suisse (80%).

La population est un peu plus sceptique pour ce qui est de l'utilisation des bénéfices et de la transparence: un peu plus de la moitié (53%) pense que les bénéfices importants sont nécessaires pour le financement de la recherche mais 40% rejettent cette proposition. On est particulièrement critique vis-à-vis de la politique d'information de la branche: 27% pensent que l'industrie pharmaceutique suisse informe de manière transparente, tandis que plus de la moitié (58%) évaluent les activités de communication comme insuffisamment transparentes.

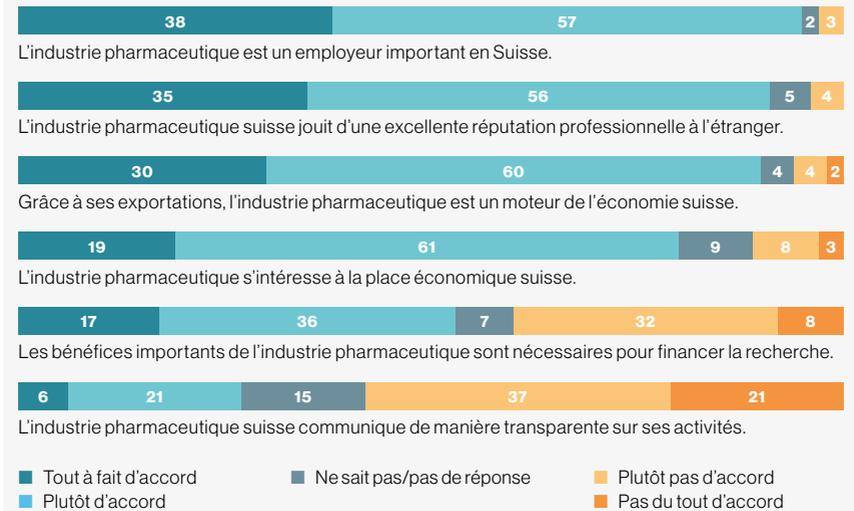
La recherche et le développement de traitements innovants est un champ d'activité essentiel de l'industrie pharmaceutique. Ces traitements sont considérés comme médicalement prometteurs mais souvent onéreux. Les débats vont donc bon train sur les conditions d'accès à assurer pour ces traitements.

83% approuvent l'accès aux traitements innovants dans la mesure où leur bénéfice systémique est avéré, par exemple économies de coûts de soins ou réintégration plus facile au marché du travail. Un accès égal aux traitements innovants est aussi largement approuvé (79%).

17 | Déclarations sur l'industrie pharmaceutique

«Voici quelques déclarations d'ordre général relatives à l'industrie pharmaceutique suisse. A votre avis, dans quelle mesure les affirmations suivantes s'appliquent-elles à l'industrie pharmaceutique?»

Pourcentage de votants



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025 (N = 1'209)

Des conditions préliminaires à l'accès comme par exemple les chances de succès ou des indicateurs de santé recueillent des avis mitigés: 42% y sont favorables, 49% les rejettent. En même temps, 35% des personnes interrogées considèrent un accès illimité pour toutes les personnes assurées comme trop coûteux pour le système de santé. Un plafonnement indifférencié des coûts est majoritairement rejeté: 72% sont opposé-e-s à un budget annuel fixe par patient-e et 59% refusent une limitation à un montant maximal par année de vie sauvée.



La population souhaite un accès solidaire et équitable mais est ouverte à un pilotage orienté vers l'efficacité. Elle rejette en revanche clairement des mécanismes de rationnement indifférenciés.

En plus de la question de l'accès aux traitements innovants et coûteux, la décision de prise en charge revêt aussi une grande importance. S'il s'agit que l'assurance-maladie obligatoire prenne en charge un traitement coûteux dont le rapport coûts/utilité est défavorable, la majorité des personnes en âge de voter privilégie une solution dans laquelle médecins et patient-e-s décident ensemble.

Environ deux tiers (66%) se prononcent pour cette démarche participative. Un modèle de décision par une commission dans laquelle toutes les parties concernées sont représentées recueille aussi une large adhésion: 51%. Le soutien s'accroît pour une prise de décision par les médecins (50%) ou les patient-e-s (37%) dans des processus distincts.

18 | Accès aux thérapies innovantes

«L'industrie pharmaceutique développe actuellement une multitude de traitements très efficaces, mais coûteux, qui sont adaptés à des maladies spécifiques et aux besoins des patients. Les avis divergent sur l'accès à ces thérapies innovantes. Merci d'indiquer si vous êtes «tout à fait d'accord», «plutôt d'accord», «plutôt pas d'accord» ou «pas du tout d'accord» avec les affirmations suivantes.»

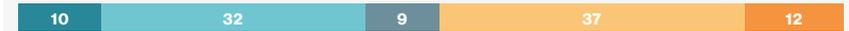
Pourcentage de votants



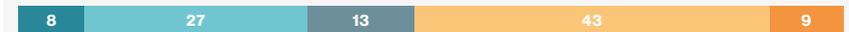
Accès selon l'utilité systémique



Accès équitable aux thérapies innovantes



Accès selon des critères sanitaires



Les traitements sans restriction trop coûteux



Rémunération jusqu'à un montant maximal par année de vie sauvée



Budget annuel par personne



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025 (N = 1'209)

En revanche, une prise de décision par des acteurs politico-administratifs ou institutionnels est nettement moins acceptée: seule une minorité considère l'Office fédéral de la santé publique (22%), la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (19%) ou le Tribunal fédéral (15%) comme des instances adéquates. La direction de l'hôpital (12%) et les caisses-maladie (10%) sont d'autres propositions que seule une minorité accepte.



La population souhaite que les décisions de traitement soient prises dans le cadre d'un processus professionnel fondé, proche du/de la patient-e, plutôt que par des structures administratives ou politiques.

Différents critères de décisions jouent un rôle, non seulement pour les traitements innovants ou coûteux, mais aussi lors de la prescription de médicaments.

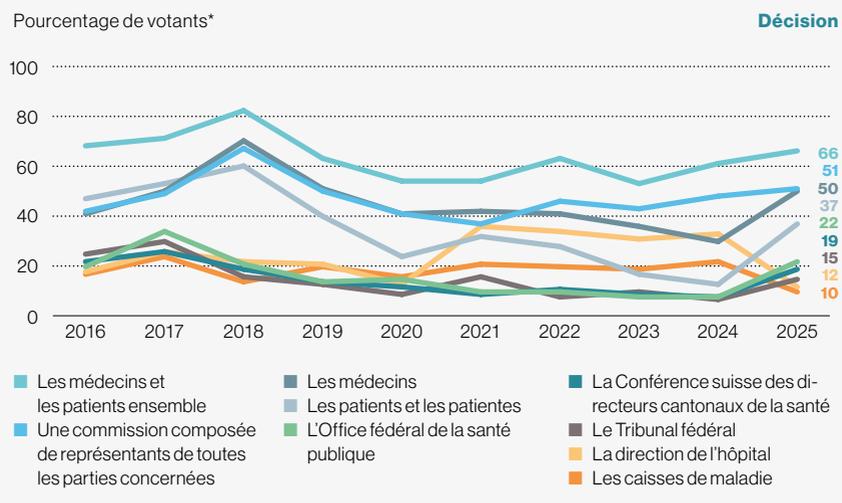
Une petite majorité de personnes interrogées (51%) souhaite que les médecins prescrivent toujours le médicament le plus adéquat du point de vue médical. Une pondération individuelle arrive en deuxième position: 30% souhaitent que le choix du médicament se fasse au cas par cas en tenant compte des coûts et de l'efficacité. De pures réflexions de coûts continuent d'entrer en ligne de compte (17%) mais affichent une tendance au recul au bénéfice des réflexions au cas par cas.



La population souhaite des décisions de prescription médicalement fondées. En même temps, elle a de plus en plus conscience de la possibilité de prendre aussi en compte des réflexions économiques, dans la mesure où celles-ci sont nuancées et correspondent au cas concret.

19 | Prise en charge de traitements coûteux

«Qui devrait décider si un traitement très cher ne doit pas être payé par les caisses de maladie en raison d'un rapport coûts/utilité défavorable?»

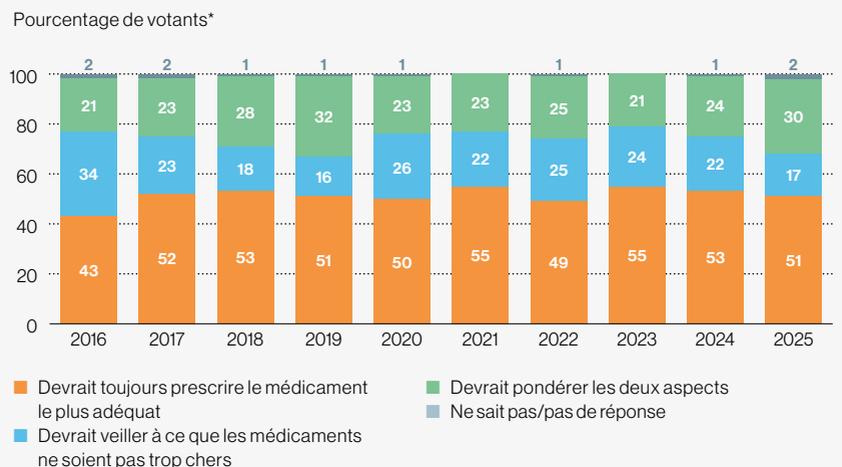


© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1200 personnes par année)

20 | Prescription des médicaments

«Pour la plupart des traitements des problèmes de santé, il existe divers médicaments à choix. Lorsque vous vous rendez chez le médecin, attendez-vous de lui qu'il vous prescrive à tout prix le médicament le plus adéquat, sans égards aux coûts de ce dernier, attendez-vous qu'il vous prescrive des médicaments pas trop chers, ou attendez-vous qu'il pondère à chaque fois les deux aspects (efficacité et coûts)?»



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1'200 dans chaque cas)

S'agissant du choix entre un médicament original et un générique, on préfère clairement le générique: 60% des citoyen-ne-s choisissent le générique, seulement 37% l'original.

Cette évolution traduit la conscience accrue des coûts et une plus grande confiance dans les génériques. En même temps, l'introduction de la quote-part plus élevée sur les préparations originales a sans doute contribué à accroître l'utilisation de produits meilleur marché.

Les avis critiques sur les prix des médicaments se sont multipliés ces dernières années et atteignent un nouveau record en 2025: 87% trouvent que les prix des médicaments sont trop élevés, 10% qu'ils sont adéquats. Les avis critiques sont donc actuellement à peu près au même niveau qu'à la fin des années 1990 et jusqu'au début des années 2010, lorsque l'insatisfaction vis-à-vis des prix des médicaments était particulièrement marquée.

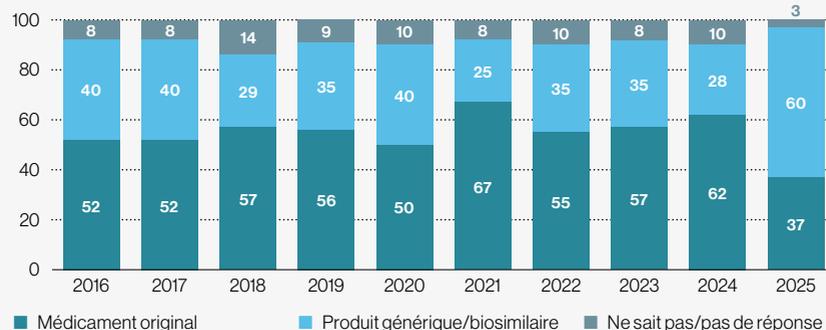


Les reproches vis-à-vis de la structure des prix ont augmenté. Bien que les génériques soient largement acceptés et que la population ait de plus en plus conscience des coûts, il semble que l'évolution des prix des médicaments ne corresponde pas à ce que les citoyen-ne-s attendent.

21 | Attitude vis-à-vis des originaux/génériques

«Si vous aviez le choix, achèteriez-vous plutôt?»

Pourcentage de votants*



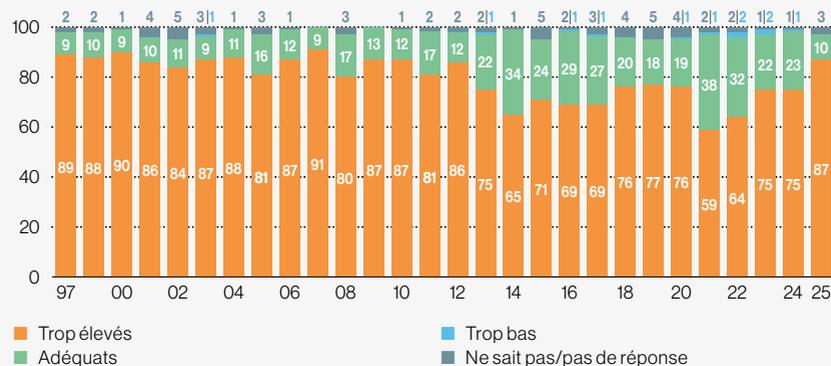
© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1'200 dans chaque cas)

22 | Opinion sur le prix des médicaments

«Parlons encore un peu des médicaments en Suisse. A votre avis, est-ce que les prix des médicaments sont en Suisse?»

Pourcentage de votants*



© gfs.bern, Moniteur de la santé 2025

* Collecte des données: jusqu'en 2024 en face à face, à partir de 2025 en mode mixte: face à face et panel en ligne (N = environ 1'170 dans chaque cas)

5 Thèses

En résumé, sur les questions de santé, on observe 7 évolutions dans les opinions de la population Suisse en âge de voter:



Une large majorité de citoyen-ne-s considère que les objectifs fondamentaux de la LAMal comme l'accès garanti aux soins médicaux et la réduction solidaire des primes sont atteints. En même temps, on a beaucoup de mal à accepter l'augmentation continue des primes des caisses-maladie. En dépit de cette critique, le modèle de primes égales avec des subventions pour les bas revenus reste clairement majoritaire. Cependant, les idées de réformes sont plus souvent acceptées que par le passé.



Des valeurs comme la qualité, la solidarité et un vaste catalogue de prestations restent essentielles. La population continue de trouver très important que tous/-tes les assuré-e-s disposent d'un accès aussi complet que possible aux prestations médicales. En même temps, elle a plus fortement conscience des coûts, de sorte que des modèles qui proposent de se concentrer plutôt sur la couverture des risques élevés sont plus souvent acceptés. La population souhaite une régulation équilibrée par le marché et l'État et une responsabilité de pilotage commune de la Confédération et des cantons. Elle est plus ouverte à des principes de pilotage orientés vers les coûts, ce qui indique une intégration progressive de réflexions économiques dans les modèles de politique de santé.



Les opinions que l'on se fait en matière de politique de santé sont de plus en plus marquées par la conscience croissante des coûts. Une part croissante de la population se dit prête, sous certaines conditions, à accepter des restrictions dans l'offre de prestations. Cette évolution s'accompagne d'une plus grande ouverture envers des réformes structurelles et des mesures ciblées de maîtrise des coûts visant à stabiliser à long terme le système de santé.



Une majorité relative se prononce pour la conservation du catalogue des prestations couvertes par l'assurance de base dans l'état actuel. En même temps, le taux de personnes favorables à une réduction du catalogue des prestations est de 19%, soit le plus élevé jamais mesuré, ce qui indique une conscience croissante des coûts dans la population. En revanche, il n'y a plus que 22% favorables à une extension des prestations. Cette évolution montre que la population est de plus en plus disposée à réfléchir à des économies ciblées dans le catalogue des prestations, en particulier si cela sert à assurer le financement pérenne du système.



La population crédite l'industrie pharmaceutique d'une grande importance pour l'économie et la société, en particulier en tant qu'employeur, moteur de l'innovation et pilier de la place économique suisse. En même temps, elle est plus exigeante en matière de transparence de la politique d'information. Environ un quart seulement des personnes interrogées pensent que l'industrie pharmaceutique suisse informe de manière transparente au sujet de ses activités.



Une claire majorité approuve l'accès aux traitements innovants dans la mesure où leur bénéfice systémique est avéré, par exemple économies dans le domaine des soins ou réintégration plus facile au marché du travail. Si un accès égal est largement approuvé, la population rejette majoritairement des mécanismes de rationnement indifférenciés tels que budgets annuels fixes ou montants maximaux par année de vie. Cela traduit le souhait d'un pilotage de la prise en charge médicale dans le domaine des traitements nouveaux et onéreux, certes orienté vers l'efficacité, mais aussi justifié par la solidarité.



Une part croissante de la population privilégie les génériques par rapport aux préparations originales, ce qui indique tant une conscience accrue des coûts qu'une confiance croissante dans l'efficacité thérapeutique des produits de substitution bon marché. Cette tendance est favorisée par des mesures de politique de santé telles que la quote-part plus élevée pour les médicaments originaux. En même temps, les avis critiques sur les prix des médicaments atteignent un nouveau record.

6 Base de données du sondage actuel

Les résultats du Moniteur de la santé 2025 reposent sur une enquête représentative conduite par gfs.bern sur mandat d'Interpharma auprès de 1200 citoyen-ne-s de toute la Suisse.

En 2025, la méthode de l'enquête a été modifiée: sur les 1200 entretiens, 600 ont eu lieu en face à face et 600 en ligne (jusqu'en 2024: 1200 en face à face). Pour l'enquête en ligne, nous avons utilisé le panel «Polittrends». L'enquête a été réalisée entre le 3 et le 23 mars 2025. L'erreur d'échantillonnage statistique respective pour les groupes recensés est la suivante:

Tableau 1: Erreur d'échantillonnage

Sélection d'erreur d'échantillonnage statistique selon la taille de l'échantillon et la distribution initiale

Taille de l'échantillon	Taux d'erreur distribution initiale	
	50% à 50%	20% à 80%
N = 1200	±2.9 points	±2.3 points
N = 1000	±3.2 points	±2.5 points
N = 600	±4.1 points	±3.3 points
N = 100	±10.0 points	±8.1 points
N = 50	±14.0 points	±11.5 points

Exemple de lecture: pour environ 1200 personnes interrogées et pour une valeur chiffrée de 50%, la valeur effective se situe à 50% ± 2,9 points; pour une valeur de base de 20%, elle se situe à 20% ± 2,3 points. Ce faisant, en matière d'enquêtes par sondage, on fixe généralement un intervalle de confiance de 95%, autrement dit, on accepte une probabilité d'erreur de 5% que le rapport statistique révélé soit en réalité inexistant dans la population.

7 Annexe

7.1 Équipe de gfs.bern



URS BIERI ✉ urs.bieri@gfsbern.ch

Co-directeur et membre de la direction de gfs.bern, politologue et expert en médias (lic. rer. soc.), Executive MBA FH en management stratégique, chargé de cours à l'Institut VMI de l'Université de Fribourg et à l'Université des sciences appliquées de Zurich Winterthur

Activités principales

Monitoring des thèmes et problèmes, analyses de l'image et de la réputation, technologies à risque, analyses des suffrages, préparation et suivi des campagnes, analyses de communication intégrées, méthodes qualitatives

Publications de livres, dans des recueils, des magazines spécialisés, dans la presse quotidienne et sur Internet. Publication actuelle: Bieri, U et al. Digitalisierung der Schweizer Demokratie, Technologische Revolution trifft auf traditionelles Meinungsbildungssystem. Vdf 2021.



TOBIAS KELLER ✉ tobias.keller@gfsbern.ch

Chef de projet et chef d'équipe analyse de données, spécialiste en sciences de la communication, D' phil.

Activités principales

Communication politique, élections, suffrages, campagnes (numériques), monitoring des problèmes, analyses de l'image et de la réputation, analyses des médias, transformation numérique, médias sociaux, méthodes informatiques, analyses quantitatives

Publications dans des magazines spécialisés internationaux et nationaux, dans la presse quotidienne et sur Internet



CORINA SCHENA ✉ corina.schena@gfsbern.ch

Cheffe de projet

Activités principales

Élections, suffrages, politique de santé, campagnes de santé, analyses de l'image et de la réputation, méthodes qualitatives et quantitatives, modération



SARA RELLSTAB ✉ sara.rellstab@gfsbern.ch

Data Scientist
économiste PhD

Activités principales

Analyse des données, programmation, visualisation, recherches, méthodes quantitatives et qualitatives



ROLAND REY ✉ roland.rey@gfsbern.ch

Collaborateur de projet/administration

Activités principales

Publication assistée par ordinateur, visualisation, administration de projets, administration de conférences

Interpharma

Petersgraben 35, case postale

CH-4009 Bâle

Tél. +41(0)61 264 34 00

info@interpharma.ch

www.interpharma.ch