

LA SUISSE ET SES PRIMES

COMPRENDRE POUR
MIEUX RESPIRER



DÉCRYPTER LA HAUSSE
DES PRIMES MALADIE

DÉCRYPTER LA HAUSSE DES PRIMES MALADIE

La Suisse et ses primes
Comprendre pour mieux respirer
« L’automne des primes »

Enquête citoyenne sur la santé et l’assurance maladie en Suisse

Auteur : Michel, Jérôme

Genre : Enquête citoyenne · Essai pédagogique

Éditeur : Suisse.fm Éditions

Date de publication : Août 2025

© 2025 – Suisse.fm

Tous droits réservés.

Reproduction, traduction ou adaptation, partielle ou totale, interdite sans l’autorisation écrite de l’auteur, conformément à la Loi fédérale sur le droit d’auteur (LDA, RS 231.1).

Note au lecteur

Ce livre n'est ni un manuel technique ni un pamphlet.

C'est une enquête citoyenne, écrite pour toutes celles et ceux qui, chaque automne, ouvrent leur boîte aux lettres et découvrent une nouvelle prime d'assurance maladie.

Loin des chiffres secs et des discours compliqués, ce récit cherche à rendre visibles les mécanismes qui font grimper les coûts. Pas pour accuser, mais pour comprendre. Car derrière chaque facture, il y a une famille, un retraité, un jeune adulte qui débute dans la vie.

Prenez ces pages comme une promenade guidée à travers un système souvent opaque. À chaque étape, nous éclairons une part d'ombre, nous simplifions une complexité, nous cherchons à répondre à la question que beaucoup se posent : pourquoi paie-t-on toujours plus ?

Au bout du chemin, il ne s'agit pas de trouver des coupables, mais d'ouvrir des pistes. Pour que chacun puisse respirer un peu mieux face à ses primes, et pour qu'ensemble, comme peuple, nous comprenions ce qui se joue derrière la santé en Suisse.

Bonne lecture.

Préambule

En Suisse, peu de sujets suscitent autant de conversations que les primes d'assurance maladie. Chaque année, leur hausse revient comme une saison. Dans les familles, autour d'un café ou à la pause de midi, on compare les montants, on soupire, on se demande jusqu'où cela ira.

Les primes ne sont pas de simples chiffres inscrits sur un courrier officiel. Elles pèsent sur les budgets, influencent les choix de vie, modifient les projets. Elles peuvent inquiéter un étudiant qui quitte la maison, un couple qui élève des enfants, ou un retraité qui compte ses dépenses.

Ce livre n'est pas une expertise technique. C'est une enquête citoyenne. Une tentative de rendre compréhensible un système complexe, où l'argent circule par de multiples canaux avant de revenir vers ce qui compte : soigner les gens.

Nous ne chercherons ni coupables ni raccourcis. Le but est d'éclairer. De montrer pourquoi, année après année, les primes augmentent. De décrire les mécanismes visibles et invisibles, les choix politiques passés, les réalités économiques présentes.

Au fil des chapitres, nous emprunterons un chemin simple : partir de la facture que chacun reçoit, puis suivre, pas à pas, le parcours de cet argent dans les rouages du système de santé. Comme dans une randonnée en montagne, chaque étape dévoile un nouveau paysage, parfois splendide, parfois escarpé.

Si ce parcours permet de mieux comprendre, de respirer un peu face aux chiffres, alors l'objectif sera atteint. Car au-delà des calculs et des pourcentages, il s'agit de ce qui nous touche tous : notre santé et notre quotidien de citoyens suisses.

Prologue

Chaque pays a ses saisons symboliques.

En Suisse, il y a l'automne des primes.

Un moment récurrent, prévisible, où l'enveloppe arrive dans la boîte aux lettres et où chacun, du jeune adulte au retraité, sait déjà ce qu'elle contient : une hausse.

Ce rituel pourrait sembler banal, presque administratif. Mais il ne l'est pas. Derrière chaque chiffre inscrit sur une facture se cache une réalité plus vaste : celle d'un système de santé qui protège, mais qui coûte ; qui rassure, mais qui inquiète ; qui soigne, mais qui étouffe parfois.

Ce livre n'est pas un réquisitoire, ni un manuel technique. C'est une enquête citoyenne, écrite pour comprendre. Comprendre pourquoi les primes augmentent, pourquoi le système paraît si complexe, pourquoi la confiance des assurés s'érode année après année.

Nous suivons l'argent des primes comme on suit un fil dans un labyrinthe. Nous verrons comment il se fragmente, comment il nourrit hôpitaux, associations, institutions, consultants, intermédiaires. Nous montrerons aussi que cette mécanique, bien que légale, engendre un flou qui finit par peser sur les ménages.

Mais ce parcours n'est pas seulement une critique. C'est aussi une invitation : chercher ensemble des pistes pour simplifier, prévenir, rééquilibrer, redonner sens. Car derrière les chiffres et les structures, il y a toujours la même réalité : des vies, des familles, des citoyens qui veulent simplement pouvoir respirer.

Chapitre 1

Un rituel d'automne

En Suisse, l'automne a deux visages.

Le premier, c'est celui des paysages : les arbres qui rougissent, les vignes qui dorent, les brumes qui descendent sur les lacs.

Le second, moins poétique, arrive par la poste : la lettre de l'assurance maladie.

Chaque année, la scène se répète. Une enveloppe, un chiffre, un soupir. Dans les cafés, à l'école, au travail, les conversations se croisent : « *Combien paies-tu cette année ?* »

Les chiffres varient, mais l'impression est la même : toujours plus.

Ce rituel helvétique n'a rien de folklorique. C'est une contrainte. Pour une famille, cela peut représenter plusieurs centaines de francs par mois. Pour un étudiant, un fardeau qui s'ajoute au loyer. Pour un retraité, une inquiétude de plus dans un budget déjà serré.

L'habitude de l'inéluctable

Beaucoup finissent par l'accepter comme on accepte la météo : il fait froid en hiver, il pleut au printemps, les primes augmentent à l'automne.

Mais, contrairement au climat, ce phénomène n'est pas naturel. Il est le fruit d'un système, d'une mécanique économique et politique.

Et c'est justement parce qu'il est construit qu'il peut — peut-être — être transformé.

Entre résignation et incompréhension

Ce qui frappe le plus, c'est l'opacité. Chacun paie, mais peu savent vraiment où va l'argent. On se contente de constater la hausse, comme si elle était fatale. Pourtant, derrière chaque prime se cache une chaîne d'acteurs, d'institutions et de décisions.

C'est cette chaîne que nous allons suivre. Pas pour dénoncer, mais pour comprendre. Pas pour alimenter la colère, mais pour éclairer la logique d'un système devenu trop complexe pour se raconter en une seule facture.

Une enquête citoyenne

Ce livre commence là où tout commence pour les Suisses : à l'ouverture d'une enveloppe d'automne.

De là, nous suivrons le trajet de chaque franc, depuis la prime versée jusqu'aux multiples circuits qu'il emprunte.

Ce chemin dira beaucoup plus qu'un simple montant. Il dira comment fonctionne un pays, comment il soigne, comment il finance, comment il choisit.

Et si, à la fin, cette exploration nous permet de poser un regard plus clair sur nos primes, alors l'objectif sera atteint : comprendre pour mieux respirer.

Chapitre 2

La prime, ce n'est pas un impôt

Quand on reçoit sa facture d'assurance maladie, la première impression est souvent la même : « *Encore une taxe !* »

Elle tombe chaque année, elle est obligatoire, elle augmente sans cesse... Elle ressemble à un impôt. Pourtant, ce n'en est pas un.

Une obligation d'un autre genre

L'impôt, en Suisse, se paie selon les revenus. Plus on gagne, plus on contribue. La prime, elle, ne connaît pas cette logique. Elle est identique pour tous, quel que soit le salaire. Un directeur général et une apprentie paient la même somme pour la même couverture.

C'est là que réside une première différence majeure : l'assurance maladie ne redistribue pas en fonction de la fortune, mais en fonction du risque.

Tout le monde doit cotiser, car tout le monde peut tomber malade. La solidarité est horizontale, entre assurés, et non verticale, entre riches et moins riches.

La logique du risque

Au fond, la prime n'est pas une taxe, mais une participation à un pot commun.

Un pot qui sert à couvrir les frais de santé de l'ensemble de la population : opérations, médicaments, consultations, hospitalisations.

Certains en bénéficient beaucoup, d'autres moins. Mais chacun contribue, car nul ne peut savoir à l'avance ce que lui coûtera la santé.

Cette logique n'a rien de théorique : elle se vit chaque jour. Le jeune en bonne santé paie pour le vieil homme diabétique. La femme active paie aussi pour l'enfant qui naît prématuré. Et demain, ce sera peut-être l'inverse.

Une facture qui ne ressemble pas à un impôt

C'est sans doute ce qui rend les primes si mal acceptées.

On sait qu'un impôt sert aux routes, aux écoles, à la sécurité. Mais la prime maladie, elle, se traduit par une facture précise : des montants, des traitements, des remboursements.

La différence entre ce que l'on paie et ce que l'on reçoit devient tangible, presque personnelle.

C'est pourquoi chaque hausse de prime est vécue non comme un effort collectif, mais comme une charge individuelle supplémentaire. Comme une injustice parfois.

L'ambiguïté helvétique

La Suisse a choisi un système particulier : ni un modèle totalement public financé par l'impôt, ni un modèle totalement privé réservé à ceux qui en ont les moyens.

C'est un entre-deux, où la solidarité existe, mais par le biais d'un paiement obligatoire qui prend la forme d'une facture individuelle.

Cet entre-deux est la force du système — il garantit un accès universel aux soins —, mais aussi sa faiblesse : il donne l'impression d'un impôt qui ne dit pas son nom, et d'une solidarité qui, parfois, ressemble davantage à une contrainte.

Chapitre 3

Où va l'argent ?

Chaque franc versé par un assuré n'est pas perdu dans un gouffre anonyme. Il emprunte un chemin précis, bien qu'enchevêtré, dans le système de santé suisse. Comprendre ce parcours, c'est déjà éclairer une partie du mystère des hausses de primes.

Les caisses, premier arrêt

Tout commence avec les assureurs-maladie. Ce sont eux qui reçoivent l'argent des assurés, qui l'administrent, et qui le redistribuent ensuite vers les différents prestataires de soins.

En théorie, leur rôle est simple : collecter et rembourser.

En pratique, il est bien plus complexe : négociation de tarifs, gestion des contrats, surveillance des dépenses, constitution de réserves.

DÉCRYPTER LA HAUSSE DES PRIMES MALADIE

Chaque caisse a ses règles, ses stratégies, ses méthodes de calcul. Les primes ne sont donc pas identiques partout, même si le socle des prestations de base, lui, est obligatoire et uniforme.

Les hôpitaux et les cliniques

Une part importante de l'argent file directement vers les hôpitaux et les cliniques. Séjours, opérations, examens lourds : c'est ici que se concentrent les plus grosses dépenses.

Le système fonctionne par factures. Chaque traitement, chaque nuit d'hospitalisation, chaque intervention est codée, tarifée, transmise à l'assureur.

Résultat : des millions de transactions, chaque année, qui font gonfler les coûts administratifs.

Les médecins et la médecine de ville

Une autre partie va aux médecins généralistes, aux spécialistes, aux pédiatres, aux gynécologues. Là aussi, les tarifs sont strictement codifiés (système TARMED).

Chaque consultation, chaque acte, même le plus banal, a son prix.

Additionnés, ces petits montants deviennent une somme colossale à l'échelle du pays.

Les médicaments

Les pharmacies et les laboratoires absorbent eux aussi une part considérable des primes. Les médicaments, remboursés selon des listes officielles, représentent des milliards de francs chaque année. Entre les traitements chroniques et les nouvelles thérapies très coûteuses, la facture grimpe vite.

Les EMS et les soins à domicile

Vieillesse oblige, une part croissante de l'argent va vers les établissements médico-sociaux (EMS) et les services de soins à domicile. Ces dépenses ne cessent d'augmenter, car elles reflètent une réalité démographique incontournable : la Suisse vieillit.

Les « autres destinataires »

Enfin, il y a les structures moins visibles : associations de prévention, fondations de santé, centres de recherche appliquée, institutions cantonales, parfois même des prestataires privés chargés de projets spécifiques.

Ces canaux sont souvent légitimes, mais ils ajoutent de la complexité et de la dispersion dans les flux financiers.

Une mosaïque plus qu'un circuit

Dire « où va l'argent » revient donc à décrire une mosaïque. Une part pour l'hôpital, une part pour les médecins, une part pour les médicaments, une part pour les soins de longue durée, et une multitude de petites parts pour des acteurs annexes.

Le système fonctionne, mais il est fragmenté. Et cette fragmentation, à chaque étape, a un coût.

Chapitre 4

Les caisses au centre du jeu

Au milieu de la mécanique des primes, il y a un acteur incontournable : la caisse maladie. Ni simple intermédiaire ni véritable service public, elle occupe une place singulière, au carrefour de la solidarité et du marché.

Collecter et redistribuer

La mission première des caisses paraît simple : encaisser les primes, rembourser les factures.

Mais cette simplicité est trompeuse. Entre la collecte et le remboursement, elles gèrent un océan de données, négocient avec des milliers de prestataires, et veillent à équilibrer leurs comptes dans un environnement hautement réglementé.

En clair, elles ne se contentent pas de transférer l'argent. Elles l'organisent, l'orientent, parfois le retiennent, parfois le contestent.

Des gestionnaires... et des stratèges

Chaque caisse doit fixer ses primes en fonction des coûts anticipés pour l'année suivante. C'est un pari permanent : prévoir la santé d'un pays.

Trop bas, elles risquent la faillite. Trop haut, elles perdent des assurés. Résultat : une gymnastique d'actuaire, nourrie de statistiques, de calculs de risques et d'hypothèses.

Certaines caisses utilisent leurs réserves pour contenir la hausse, d'autres serrent leurs frais de gestion. Mais aucune ne peut inverser la tendance générale : les coûts de la santé augmentent, et elles doivent suivre.

L'opacité ressentie

Pour les assurés, les caisses apparaissent souvent comme des boîtes noires. On paie chaque mois, on reçoit un relevé de remboursements, mais le fonctionnement interne

reste obscur. Pourquoi tel médicament est-il pris en charge, et pas tel autre ? Pourquoi les primes varient-elles d'un canton à l'autre, alors que la couverture est identique ?

Cette opacité nourrit un malaise. Les caisses sont accusées d'administrer plus qu'elles ne soignent, de compter plus qu'elles n'expliquent. Pourtant, sans elles, le système s'effondrerait.

Entre concurrence et solidarité

Autre paradoxe : les caisses sont en concurrence les unes avec les autres. Les assurés peuvent changer chaque année, comparer, choisir. Cette logique de marché devait, à l'origine, stimuler l'efficacité et la transparence.

Mais dans les faits, elle a parfois surtout ajouté de la complexité : marketing, campagnes de recrutement, frais administratifs accrus.

Ainsi, ce qui devait simplifier et réduire les coûts a parfois contribué à les alourdir.

Le pivot incontournable

Qu'on les apprécie ou qu'on les critique, les caisses sont le pivot du système. Elles concentrent l'argent, elles distribuent les remboursements, elles fixent les primes. Sans elles, impossible de comprendre pourquoi les factures augmentent chaque automne.

Chapitre 5

Les hôpitaux : financés mais sous pression

Lorsqu'on pense aux primes maladie, l'image qui vient immédiatement en tête est celle de l'hôpital. Bâtiments massifs, blocs opératoires, lits alignés : c'est là que s'incarne une grande partie de la dépense de santé.

Le poids du soin hospitalier

Les hôpitaux absorbent une part importante des primes. Chaque opération, chaque accouchement, chaque séjour implique une facture codifiée, transmise à l'assurance. Les tarifs hospitaliers sont strictement négociés entre cantons, assureurs et institutions de soins. Mais malgré cette régulation, les montants restent considérables.

Une journée d'hospitalisation peut coûter plusieurs milliers de francs. Additionnée à des milliers de patients, la facture devient colossale.

Entre mission publique et contraintes financières

Les hôpitaux suisses ont une double identité.

D'un côté, ils incarnent une mission publique : soigner tout le monde, à toute heure, sans distinction.

De l'autre, ils doivent respecter des budgets, optimiser leurs ressources, parfois même rivaliser entre eux pour obtenir des mandats de prestations.

Ce paradoxe crée une tension permanente : comment allier l'exigence de qualité médicale et la réalité de la maîtrise des coûts ?

Des charges qui explosent

Le vieillissement de la population allonge les séjours et augmente la demande en soins spécialisés. Les nouvelles technologies médicales, indispensables, ont un prix élevé. Le personnel qualifié est rare, et son coût salarial ne cesse de croître.

À cela s'ajoute la concurrence entre hôpitaux publics et cliniques privées, qui complexifie encore la gestion des ressources.

Résultat : même en rationalisant, même en fusionnant certains services, les coûts hospitaliers poursuivent leur ascension.

Une efficacité sous surveillance

Pour contenir la dépense, les cantons imposent aux hôpitaux des objectifs de performance. On parle d'occupation des lits, de durée moyenne de séjour, de taux de réadmission. Les hôpitaux sont ainsi évalués non seulement comme lieux de soin, mais aussi comme entreprises de services.

Cette logique améliore parfois l'efficacité. Mais elle amène aussi une nouvelle couche d'administration, avec des tableaux, des contrôles, des indicateurs. Et donc, encore des coûts indirects.

Le cœur battant, mais fragile

L'hôpital reste le cœur du système de santé : indispensable, visible, rassurant. Mais c'est aussi un cœur fragile, soumis à des contraintes multiples qui pèsent lourdement sur les primes.

Chaque avancée médicale est une victoire humaine, mais aussi une ligne de plus sur la facture collective.

Chapitre 6

Les EMS : le grand oublié du débat

Quand on parle des primes maladie, on pense aux hôpitaux, aux médicaments, aux médecins. Plus rarement aux établissements médico-sociaux, ces **EMS** où vivent des milliers de personnes âgées dépendantes. Pourtant, leur rôle — et leur poids financier — ne cesse de croître.

Le vieillissement de la population

La Suisse vieillit. Chaque année, la proportion de personnes de plus de 65 ans augmente. Avec elle, la fréquence des maladies chroniques, la perte d'autonomie, le besoin de soins de longue durée.

L'hôpital soigne une urgence, mais c'est l'EMS qui prend le relais pour les mois, parfois les années, où une personne ne peut plus vivre seule.

Une dépense constante, presque invisible

Les séjours en EMS sont coûteux : logement, soins, repas, personnel. Contrairement à une opération ponctuelle ou une consultation, ils s'étendent dans le temps. Chaque mois, des factures s'accumulent, partagées entre l'assurance, les cantons, et les familles elles-mêmes.

Pourtant, ces coûts apparaissent rarement dans les débats publics. Ils sont absorbés dans la masse des dépenses de santé, sans faire les gros titres.

Le poids du personnel soignant

Les EMS reposent sur une main-d'œuvre nombreuse : infirmières, aides-soignants, animateurs, personnel hôtelier.

Leur travail est exigeant, souvent sous-évalué, mais absolument indispensable. Or, plus la demande croît, plus les besoins en personnel explosent. Et avec eux, les salaires et les charges sociales.

Entre santé et social

L'EMS est un lieu hybride : à la fois maison et hôpital.

On y soigne, mais on y vit aussi. Les dépenses ne concernent pas seulement la santé stricte, mais aussi l'accompagnement quotidien : repas, linge, sécurité, animation.

Une partie est couverte par les primes, une autre par l'aide sociale ou les familles.

Cette répartition complexe nourrit un sentiment d'opacité.

Le grand oublié

Dans le débat national, les EMS restent souvent en arrière-plan. Pourtant, leur importance ne fera que croître. Dans vingt ans, une part encore plus large des primes maladie servira à financer la vieillesse.

Ne pas parler des EMS, c'est oublier une réalité incontournable : le coût du temps, celui des vies prolongées, celui de l'accompagnement jusqu'au bout.

Chapitre 7

Les médecins : partenaires incontournables

Si les hôpitaux sont le cœur battant du système de santé, les médecins en sont le visage quotidien. Généralistes, pédiatres, spécialistes : ce sont eux que l'on rencontre le plus souvent, et c'est aussi par eux que transitent une part importante des dépenses couvertes par les primes.

La consultation comme point de départ

Tout commence souvent par une visite chez un médecin de famille. Une toux persistante, un mal de dos, une fatigue qui inquiète...

Derrière ce geste banal se cache une mécanique complexe : chaque consultation est codifiée, tarifée, facturée à l'assurance. Ces montants peuvent sembler modestes pris isolément, mais multipliés par des millions de rendez-vous chaque année, ils deviennent colossaux.

TARMED : la grille invisible

Les honoraires médicaux ne sont pas fixés librement. Ils suivent une nomenclature nationale, appelée TARMED.

Chaque acte — de la prise de tension à l'examen plus sophistiqué — correspond à un nombre de points convertis en francs.

Ce système vise à garantir l'équité entre régions et spécialités. Mais il est aussi source de lourdeurs administratives, de contestations, et de négociations interminables entre médecins, assureurs et autorités.

Les spécialistes et la hausse des coûts

Le recours aux spécialistes est en constante augmentation. Cardiologues, dermatologues, orthopédistes... chaque domaine attire des patients de plus en plus

nombreux, grâce au progrès médical et à une société attentive à sa santé. Mais ces consultations spécialisées coûtent plus cher que celles des généralistes. Résultat : les dépenses globales augmentent, même si la qualité des soins s'améliore.

Le paradoxe du temps médical

Un médecin n'est pas seulement un technicien du soin. Il est aussi un interlocuteur, un accompagnant, parfois un confident. Or, ce temps humain, essentiel, n'est pas toujours bien valorisé dans les tarifs.

À l'inverse, certains actes techniques, plus rapides, sont mieux rémunérés. Ce déséquilibre alimente un paradoxe : la médecine relationnelle, si importante pour prévenir et éviter des hospitalisations coûteuses, est souvent la moins rentable.

Des partenaires incontournables

Malgré les critiques ou les débats sur les honoraires, les médecins restent des acteurs centraux et indispensables.

Sans eux, le système ne fonctionnerait pas. Ils orientent les patients, prescrivent les examens, assurent la continuité des soins. Leur rôle dépasse de loin la simple addition d'actes tarifés : ils incarnent le lien vivant entre le citoyen et le système de santé.

Chapitre 8

Les médicaments : progrès et prix

Derrière chaque boîte de comprimés ou chaque flacon de sirop, il y a une industrie mondiale, des négociations nationales et un système de remboursement qui pèse lourd sur les primes maladie. Les médicaments sont à la fois un symbole de progrès et une source majeure de coûts.

Une consommation en hausse constante

En Suisse, la consommation de médicaments ne cesse d'augmenter. Vieillesse de la population, multiplication des maladies chroniques, médicalisation accrue du quotidien : chaque année, plus de prescriptions, plus de boîtes délivrées, plus de remboursements.

Ce qui peut sembler une amélioration de la qualité de vie se traduit aussi par une facture nationale de plusieurs milliards de francs.

La liste des spécialités

Tous les médicaments ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire. Seuls ceux inscrits sur la « liste des spécialités » le sont.

Cette liste est établie par l'Office fédéral de la santé publique, en fonction de critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Mais même ainsi, le coût reste élevé : certains traitements innovants, notamment dans l'oncologie ou les maladies rares, atteignent des dizaines de milliers de francs par patient et par an.

Entre génériques et originaux

Pour limiter les dépenses, la Suisse encourage l'usage de génériques. Ces copies moins chères des médicaments originaux devraient réduire la facture. Pourtant, leur part de marché reste plus faible qu'ailleurs en Europe. Résultat : un potentiel d'économie encore largement inexploité.

L'innovation a un prix

Il serait injuste de réduire les médicaments à leur coût. Ils sauvent des vies, prolongent l'espérance de vie, améliorent la qualité du quotidien.

Mais chaque innovation — thérapie ciblée, traitement personnalisé, biotechnologie — arrive avec un prix élevé, qui se répercute mécaniquement sur les primes.

Un équilibre délicat

Le défi est permanent : garantir l'accès de tous aux meilleures thérapies, sans rendre le système insoutenable.

La Suisse tente de trouver un équilibre entre l'incitation à l'innovation (pour ne pas freiner la recherche) et la maîtrise des coûts (pour ne pas asphyxier les assurés). Cet équilibre, fragile, est au cœur des débats de santé publique.

Chapitre 9

Les soins à domicile : un pilier discret mais essentiel

Quand on pense aux dépenses de santé, on imagine volontiers les hôpitaux, les cliniques, les EMS. Plus rarement les infirmières qui se déplacent chez les patients, les aides-soignants qui passent chaque jour pour un pansement, une toilette, un soutien. Pourtant, les soins à domicile constituent un maillon vital du système de santé suisse.

Le choix du domicile

Vieillir chez soi : c'est le souhait de la majorité des Suisses.

Ce choix est aussi encouragé par les autorités, car il retarde l'entrée en EMS et réduit — en théorie — les coûts globaux. Mais cela implique un déploiement massif de services de soins à domicile, financés en partie par les primes maladie, en partie par les cantons et les patients eux-mêmes.

Une demande en forte croissance

Avec le vieillissement, les maladies chroniques et la volonté d'autonomie, la demande explose. Les infirmières à domicile deviennent des figures familières du paysage social : elles passent chaque jour dans des milliers de foyers pour surveiller, soigner, accompagner.

Chacune de ces interventions est facturée, souvent en petits montants, mais leur multiplication crée une dépense nationale considérable.

La valeur humaine des soins

Contrairement à l'hôpital ou à l'EMS, le soin à domicile est intime. Il se déroule dans la cuisine, la chambre, le salon d'une personne.

Il implique non seulement un geste médical, mais aussi une présence humaine, un lien social, une écoute. Cet aspect ne se chiffre pas, mais il justifie la place centrale des soins à domicile dans un système de santé digne.

Un financement éclaté

Comme pour les EMS, la répartition des coûts est complexe. Une partie est remboursée par les caisses maladie, une autre par les cantons, et une autre encore reste à la charge des familles.

Cette complexité crée parfois un sentiment d'injustice : pourquoi tel acte est-il couvert et pas tel autre ? Pourquoi certaines heures sont remboursées et d'autres non ?

Prévenir pour éviter le pire

Les soins à domicile coûtent cher, mais ils permettent aussi d'éviter des hospitalisations ou des séjours prolongés en EMS, bien plus onéreux.

Ils représentent donc un investissement stratégique : mieux accompagner à domicile, c'est réduire les risques de dépenses encore plus lourdes ailleurs.

Chapitre 10

Les fondations : un tissu invisible

Lorsque l'on paie sa prime d'assurance maladie, on imagine financer les médecins, les hôpitaux, les médicaments. Rarement on pense aux **fondations**. Pourtant, ces structures absorbent une partie des flux financiers du système de santé suisse. Elles sont nombreuses, discrètes, et parfois mal comprises.

Un rôle souvent utile

Les fondations interviennent dans des domaines variés : prévention des maladies, recherche médicale, soutien aux patients, campagnes de sensibilisation, financement de projets pilotes.

Elles permettent de combler des vides laissés par les institutions publiques ou privées, en expérimentant, en innovant, en accompagnant des publics spécifiques.

L'argent des primes, indirectement

Souvent, l'argent ne vient pas directement des caisses maladie, mais de subventions publiques ou de mandats cantonaux. Or ces subventions, elles-mêmes, proviennent des impôts et parfois d'une redistribution indirecte liée aux primes.

Ainsi, une partie de l'argent circule par ces fondations avant de revenir vers le patient final.

La force du réseau associatif

Le tissu suisse est riche d'associations et de fondations locales, régionales, nationales. Elles s'occupent de tout : du diabète à la santé mentale, du soutien aux proches aidants à la prévention des addictions.

Leur proximité avec la population est une force : elles sont plus souples, plus réactives, plus proches des besoins réels que de grandes structures administratives.

Mais aussi des coûts de fonctionnement

Chaque fondation doit être administrée : bureaux, personnel, communication, rapports. Ce ne sont pas des coûts illégitimes, mais ils s'ajoutent à la chaîne déjà complexe du financement.

Ainsi, une partie des primes finit par se diluer dans la gestion de structures intermédiaires, sans que les assurés en soient toujours conscients.

Une utilité à rendre visible

Le paradoxe est là : les fondations font souvent un travail précieux, mais elles souffrent d'un déficit de visibilité.

Pour l'assuré qui paie sa prime, il est difficile de voir le lien entre son versement et une campagne de prévention locale ou un projet de recherche sur une maladie rare. Ce flou alimente l'impression d'une dépense fragmentée, diluée dans trop d'intermédiaires.

Chapitre 11

Les associations et sous-traitances : la dilution des coûts

La Suisse est un pays d'associations. Elles existent pour presque tout : le sport, la culture, l'économie... et bien sûr la santé.

Derrière les grandes institutions visibles, une multitude d'associations gravitent dans l'écosystème sanitaire. Elles jouent un rôle utile, mais leur présence contribue aussi à disperser les flux financiers issus des primes.

Des missions légitimes

Beaucoup d'associations remplissent des fonctions essentielles : sensibiliser à une maladie, soutenir les proches aidants, défendre les droits des patients, former des bénévoles.

Elles sont souvent financées en partie par des subventions publiques ou cantonales, elles-mêmes alimentées indirectement par les contributions de la population.

Le mécanisme de la délégation

Dans certains cas, une institution publique ou une fondation mandate une association pour exécuter un projet : prévention scolaire, accompagnement psychologique, organisation de campagnes locales.

Mais cette délégation n'est pas gratuite. Elle implique des contrats, des équipes de coordination, des frais de structure. Chaque transfert de mission ajoute une couche de coûts.

La sous-traitance en cascade

Parfois, l'association elle-même délègue une partie de sa mission à une société prestataire : agence de communication, bureau d'études, cabinet de consultants.

Ainsi, une dépense initiale — légitime à l'origine — peut se retrouver partagée en plusieurs parts : une pour l'association, une pour le prestataire, une pour les sous-traitants. À chaque étape, un pourcentage s'évapore en frais de gestion.

L'impression de flou

Pour l'assuré, il est presque impossible de retracer ce chemin. La prime versée devient subvention, qui devient mandat, qui devient contrat, qui devient rapport. Le résultat final peut être pertinent — une campagne de prévention qui sauve des vies, par exemple —, mais le coût global est plus élevé que si le financement avait été direct.

Un problème de transparence

Il ne s'agit pas de nier l'utilité des associations. Mais plutôt de souligner que la multiplication des intermédiaires rend la chaîne plus lourde, plus coûteuse, et moins lisible pour le citoyen.

C'est cette dilution qui alimente l'impression d'une machine compliquée, où l'argent se perd en chemin.

Chapitre 12

La mécanique des intermédiaires : quand la transparence se dilue

Le système suisse de santé est conçu sur un principe de solidarité. Mais à force de déléguer, sous-traiter, mandater, il s'est transformé en une mécanique où l'argent passe par une multitude de relais avant d'atteindre son but final : soigner les gens.

Un système pensé pour être efficace

À l'origine, l'idée était simple : répartir les responsabilités entre plusieurs acteurs, pour que chacun s'occupe de son domaine d'expertise. Les hôpitaux soignent, les fondations financent la prévention, les associations accompagnent les patients, les caisses assurent la gestion.

En théorie, cette spécialisation devait améliorer l'efficacité et éviter la centralisation.

La cascade des transferts

En pratique, cette logique produit une cascade :

- l'assuré paie sa prime ;
- la caisse finance une institution ;
- l'institution mandate une association ;
- l'association sous-traite un service ;
- le service recourt à un consultant.

À chaque étape, un peu d'argent se perd dans les frais de gestion, l'administration, la communication. Rien d'illégal. Mais au total, la facture gonfle.

Quand la transparence devient floue

Plus il y a d'intermédiaires, plus la chaîne devient opaque. Le citoyen ne sait plus combien de francs de sa prime vont réellement aux soins, et combien se dissipent en chemin.

Cette dilution ne nourrit pas seulement les coûts, elle fragilise aussi la confiance. Car ce que l'on ne comprend pas, on le soupçonne.

Un phénomène légal mais lourd

Il est important de rappeler que tout cela reste légal. Chaque mandat, chaque sous-traitance est encadrée, validée, souvent contrôlée. Mais la somme de ces micro-dépenses finit par peser autant que certains grands postes médicaux.

La confiance en jeu

Le vrai problème n'est pas seulement financier, il est politique et social : comment maintenir la confiance des citoyens dans un système qu'ils ne comprennent plus vraiment ?

Les Suisses acceptent de payer, tant qu'ils savent où va leur argent. Quand la transparence se dilue, le lien de confiance se fragilise — et chaque hausse de prime est ressentie comme une injustice de plus.

Chapitre 13

Les frais de gestion : la face cachée des primes

Lorsqu'on imagine les dépenses de santé, on pense spontanément aux médecins, aux hôpitaux, aux médicaments. Mais derrière la façade médicale, il existe une autre réalité : celle des frais de gestion. Des coûts administratifs nécessaires pour faire fonctionner le système, mais qui représentent une part significative de l'argent des primes.

Comptabiliser, vérifier, contrôler

Chaque facture de médecin, chaque séjour à l'hôpital, chaque remboursement de médicament doit être contrôlé, validé, enregistré. Les assureurs emploient des milliers de personnes uniquement pour cette tâche.

Ce travail est indispensable : il permet d'éviter les abus, de corriger les erreurs, de s'assurer que les règles sont respectées. Mais il a un prix.

La multiplication des tâches

Au fil des années, la gestion est devenue de plus en plus lourde. Les lois se complexifient, les normes s'accumulent, les contrôles se renforcent. Résultat : davantage de formulaires, de logiciels, de spécialistes de la conformité.

Chaque exigence vise à protéger le système, mais elle augmente aussi les coûts de fonctionnement.

Marketing et concurrence

À cela s'ajoute la logique de marché. Les assureurs, en concurrence, dépensent chaque année des sommes importantes en publicité, comparateurs en ligne, centres d'appel.

Ces dépenses ne soignent personne, mais elles visent à attirer ou retenir des clients. Elles sont légales, prévues par le système, mais elles pèsent sur les primes.

Le paradoxe de la rationalisation

Certains affirment que la concurrence devait réduire les coûts en poussant les caisses à s'optimiser. Mais dans les faits, elle a parfois créé l'effet inverse : doublons de structures, campagnes de communication coûteuses, démarchage commercial agressif.

Là encore, rien d'illégal, mais une rationalisation qui finit par coûter plus qu'elle ne rapporte.

Une addition qui compte

Au total, les frais de gestion représentent plusieurs milliards de francs par an. Cela reste une minorité par rapport aux dépenses médicales directes, mais une minorité suffisante pour contribuer aux hausses annuelles.

Et surtout, ils renforcent l'impression, chez les assurés, que trop d'argent part ailleurs que dans les soins.

Chapitre 14

Quand la santé devient un marché

La santé est un droit fondamental, mais en Suisse, elle est aussi un secteur économique colossal. Des hôpitaux aux pharmacies, des assureurs aux prestataires, des fabricants de matériel médical aux consultants, des milliers d'entreprises vivent de ce domaine. Et comme dans tout marché, la logique du profit se mêle à celle du service public.

Un secteur qui pèse lourd

Le système de santé suisse représente près de 12 % du PIB. C'est l'un des secteurs les plus dynamiques de l'économie nationale. Des dizaines de milliers d'emplois en dépendent, du personnel soignant jusqu'aux fonctions administratives, techniques et commerciales.

Autrement dit, la santé est aussi un moteur économique — pas seulement un coût.

La logique de l'offre et de la demande

Plus un pays propose de soins, plus la demande augmente. En Suisse, l'offre est abondante et de qualité : médecins spécialisés, cliniques modernes, nouvelles technologies. Résultat : les patients consomment davantage, parfois même au-delà de leurs besoins réels.

Ce phénomène, appelé « demande induite », est classique dans les systèmes où l'offre est dense.

Le rôle des assureurs

Les caisses-maladie ne se contentent pas de collecter des primes : elles se battent aussi pour attirer des assurés. Compareurs, campagnes publicitaires, rabais sur certaines prestations complémentaires... Cette concurrence génère une véritable «

industrie de l'assurance », avec ses stratégies commerciales, ses parts de marché et ses marges.

Les prestataires privés

Autour du noyau médical, gravite une galaxie de prestataires privés : sociétés de conseil, entreprises de gestion, laboratoires pharmaceutiques, fournisseurs d'équipements. Chacun répond à un besoin réel, mais chacun cherche aussi une rentabilité.

Ainsi, l'argent des primes alimente non seulement les soins, mais aussi tout un écosystème d'entreprises.

La frontière floue

Ce mélange entre logique de santé publique et logique commerciale crée une tension. D'un côté, on exige des soins accessibles à tous, indépendamment du revenu. De l'autre, on accepte — et parfois on encourage — des mécanismes de marché où la concurrence, la communication et la rentabilité ont leur place.

Quand le marché influence la facture

Chaque innovation, chaque offre supplémentaire, chaque acteur privé enrichit le système... mais aussi la facture. Et comme les primes sont la principale source de financement, cette dynamique se répercute directement sur le portefeuille des assurés.

Chapitre 15

La légalité du flou

Chaque année, quand les primes augmentent, une question revient : « *Est-ce normal ? Est-ce juste ?* »

La réponse surprend souvent : **oui, c'est légal**. Car la mécanique qui alourdit la facture des assurés ne repose pas sur des abus flagrants, mais sur une succession de règles, de compromis et de délégations inscrites dans la loi.

Des normes qui encadrent

Le système de santé suisse est l'un des plus réglementés au monde.

Les tarifs médicaux sont négociés et codifiés (TARMED, forfaits hospitaliers, listes de médicaments).

Les assureurs sont strictement surveillés par l'Office fédéral de la santé publique

(OFSP).

Les cantons contrôlent les hôpitaux et les EMS.

Rien n'échappe, en théorie, à un cadre légal précis.

Mais une complexité croissante

C'est justement cette multiplication des règles qui rend le système opaque.

Chaque nouvelle loi, chaque réforme, chaque compromis ajoute une couche : formulaires, procédures, contrôles.

Résultat : la transparence s'éloigne. Tout est en règle, mais plus personne n'arrive à voir l'ensemble.

Les coûts administratifs légitimes

Quand une caisse dépense des millions en gestion ou en communication, ce n'est pas illégal : la loi lui donne la liberté de fonctionner comme une entreprise.

Quand un hôpital facture un forfait complexe, ce n'est pas un abus : c'est le tarif officiel.

Quand une fondation reçoit des subventions liées à la santé, elle agit dans le cadre prévu.

Chaque étape est légitime... mais le total produit un effet de flou.

La frontière entre nécessaire et excessif

Tout ce qui est légal n'est pas forcément optimal.

Une règle peut protéger contre les abus, mais générer des coûts administratifs disproportionnés.

Un mandat peut être utile, mais multiplier les intermédiaires.

Un projet peut être intéressant, mais diluer la transparence des flux financiers.

Un flou qui nourrit la défiance

Au final, ce flou légal entretient une impression d'injustice : le citoyen respecte les règles, paie sa prime, mais ne comprend plus où va son argent.

Et parce qu'il ne comprend pas, il doute.

Non pas de la légalité du système, mais de sa légitimité.

Chapitre 16

Pourquoi c'est si compliqué

Chaque fois qu'on tente de comprendre le système de santé suisse, une impression revient : tout est imbriqué, fragmenté, difficile à suivre. Rien ne semble simple. Mais cette complexité n'est pas un accident : elle est le fruit de choix historiques, de compromis politiques, et d'une culture profondément helvétique.

Le poids de l'histoire

En Suisse, la santé a longtemps été une affaire locale. Chaque canton, chaque ville, parfois même chaque commune, organisait ses structures. Les hôpitaux, les caisses, les associations sont nés de cette logique fédéraliste.

Lorsque la loi sur l'assurance maladie obligatoire (LAMal) a été introduite en 1996, elle n'a pas remplacé ce tissu : elle l'a encadré. Résultat : une superposition de couches plutôt qu'une unification.

Les compromis politiques

Chaque réforme est le fruit de négociations entre partis, cantons, assureurs, médecins, hôpitaux.

Pour avancer, il faut trouver des accords. Et un accord, en Suisse, signifie souvent un compromis où chaque acteur garde une partie de ses prérogatives.

C'est ainsi que le système s'est construit : pas par rupture, mais par accumulation.

Une culture de la décentralisation

La Suisse se méfie du centralisme. Elle préfère la diversité cantonale, l'autonomie locale, la liberté de choix.

Cette culture politique a du bon : elle garantit la proximité, l'adaptation aux réalités régionales, la participation démocratique.

Mais elle a aussi un prix : un système fragmenté, avec des règles différentes d'un canton à l'autre, des doublons, des lenteurs.

La santé comme terrain sensible

Enfin, la santé touche à l'intime. Chacun veut la meilleure couverture possible, le meilleur médecin, l'hôpital le plus moderne. Les politiciens le savent, et chaque décision est pesée avec prudence.

Plutôt que d'imposer des changements radicaux, on ajuste, on rajoute, on corrige. Et à force de corrections successives, la simplicité s'éloigne.

Une complexité qui coûte

Cette histoire, ces compromis, cette culture expliquent pourquoi le système paraît si compliqué. Mais la complexité n'est pas neutre : elle génère des coûts. Plus d'administration, plus de coordination, plus de temps passé à gérer qu'à soigner. Et au bout du compte, ce sont les primes qui paient.

Chapitre 17

La spirale : hausse + hausse = hausse

Chaque automne, les Suisses découvrent des primes plus élevées. Et chaque année, on avance des explications : le vieillissement de la population, le coût des médicaments, la hausse des hospitalisations. Tout cela est vrai. Mais derrière ces raisons se cache une mécanique plus profonde : une spirale qui s'auto-alimente.

Quand les coûts entraînent les primes

Première étape : les coûts de la santé augmentent.

Nouvelles technologies, salaires du personnel soignant, médicaments innovants, soins de longue durée... chaque élément ajoute une pression sur le budget global.

Les assureurs, pour couvrir ces dépenses, doivent augmenter les primes. C'est mathématique.

Quand les primes entraînent les coûts

Mais la spirale ne s'arrête pas là. Car une fois les primes augmentées, les hôpitaux et les prestataires disposent d'une assise financière plus large. Cela facilite l'introduction de nouveaux services, de nouvelles structures, de nouvelles offres médicales.

La demande s'élargit, les patients consomment davantage, les coûts repartent à la hausse.

Un cercle difficile à casser

Ainsi se met en place une boucle :

- les coûts poussent les primes vers le haut ;
- les primes financent de nouvelles dépenses ;
- ces dépenses créent à leur tour des coûts supplémentaires.

Résultat : une spirale ascendante, où chaque hausse justifie et alimente la suivante.

La demande incompressible

Dans d'autres secteurs, on peut réduire la consommation pour limiter les prix. Mais la santé ne fonctionne pas ainsi. On ne choisit pas d'être malade. On ne reporte pas une opération comme on repousserait l'achat d'une voiture. La demande est vitale, donc incompressible.

C'est ce caractère particulier qui rend la spirale si tenace.

La question du frein

Rompre cette dynamique exigerait un frein structurel : transparence accrue, simplification administrative, régulation plus stricte des prix. Mais chaque frein rencontre des résistances : politiques, économiques, institutionnelles.

Et tant qu'aucun mécanisme fort n'intervient, la spirale continue.

Chapitre 18

Le rôle des cantons

En Suisse, les cantons sont au cœur du système de santé. Ils planifient, financent, contrôlent. Pourtant, leur rôle reste souvent méconnu dans la discussion sur les primes, qui semblent n'opposer que les assurés et les caisses. Or, sans comprendre la place des cantons, il est impossible de saisir la logique des hausses.

Les hôpitaux sous tutelle cantonale

Les cantons financent une partie importante des hôpitaux publics. Ils déterminent quelles institutions sont inscrites sur les « listes hospitalières » autorisées à facturer l'assurance de base.

Ce choix n'est pas neutre : il influence directement l'offre de soins dans chaque région, et donc les coûts supportés par les caisses et, in fine, par les assurés.

Une géographie des primes

C'est aussi la raison pour laquelle les primes varient selon les cantons — et même selon les régions à l'intérieur d'un même canton. Un assuré à Lausanne ne paie pas la même prime qu'un assuré à Fribourg ou à Lugano, car les structures locales, les tarifs négociés et les dépenses cantonales diffèrent.

Subventions et aides sociales

Les cantons ne se contentent pas de financer les hôpitaux. Ils soutiennent aussi les ménages modestes à travers des subventions aux primes. Ces aides permettent à des dizaines de milliers de familles de ne pas être étranglées par le coût mensuel de l'assurance.

Mais ces subventions sont financées par les impôts cantonaux, ce qui signifie que les citoyens paient deux fois : une fois via la prime, une autre via les impôts.

Une autonomie qui complique

Dans le système fédéral, chaque canton conserve une grande autonomie pour organiser ses soins, négocier ses budgets, distribuer ses subventions.

Cette liberté est précieuse, car elle permet d'adapter les solutions aux réalités locales. Mais elle contribue aussi à la complexité globale, et rend toute réforme nationale plus difficile.

Les cantons, juges et parties

En définitive, les cantons se trouvent dans une position paradoxale. Ils sont à la fois garants de l'accès aux soins et acteurs financiers directs du système.

Ils défendent leurs hôpitaux, mais doivent en maîtriser les coûts. Ils aident les assurés, mais alimentent indirectement la spirale des dépenses.

Chapitre 19

La Confédération : arbitre ou spectatrice ?

Face aux primes qui augmentent et aux débats qui enflent chaque automne, beaucoup de citoyens se tournent vers Berne : « *Que fait la Confédération ?* »

En réalité, son rôle est central... mais limité. Elle fixe les règles du jeu, surveille leur application, et tente d'équilibrer les intérêts. Pourtant, elle n'a pas tous les leviers en main.

La LAMal, pilier fédéral

La Confédération est l'architecte du système tel qu'il existe aujourd'hui. Avec l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996, elle a imposé une couverture de base obligatoire, valable pour toute la population. Ce choix a fait de la Suisse l'un des rares pays où chacun est assuré, indépendamment de son état de santé.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

L'OFSP est le gardien de ce système. Il surveille les caisses, approuve leurs primes, fixe les listes de médicaments remboursés, encadre les tarifs médicaux. Mais il ne peut pas tout contrôler. Les caisses restent des acteurs indépendants, les cantons conservent leur autonomie, et les prestataires privés disposent d'une large marge de manœuvre.

L'équilibre délicat

La Confédération est souvent coincée entre des intérêts contradictoires.

- Les assureurs veulent des règles plus souples pour réduire leurs coûts.
- Les médecins et hôpitaux réclament des tarifs qui reflètent la réalité de leurs charges.
- Les cantons défendent leur autonomie et leurs institutions.
- Les citoyens exigent des primes supportables.

Résultat : chaque réforme devient un exercice d'équilibrisme où personne n'est pleinement satisfait.

L'impression d'impuissance

Pour le citoyen, la Confédération paraît parfois impuissante. Elle annonce des mesures, promet des économies, mais la spirale continue. C'est que son rôle est surtout celui d'un arbitre, pas d'un joueur. Elle fixe le cadre, mais ce sont les caisses, les cantons et les prestataires qui tiennent la balle.

Arbitre... mais pas spectatrice

Il serait injuste de réduire la Confédération à une simple spectatrice. Sans elle, il n'y aurait ni obligation universelle, ni contrôle des primes, ni solidarité minimale garantie.

Mais son pouvoir reste encadré par le fédéralisme et par la logique de marché intégrée au système. Elle peut freiner certaines hausses, mais difficilement inverser la tendance générale.

Chapitre 20

Les assurés : ceux qui paient toujours

Au bout de la chaîne, après les hôpitaux, les caisses, les cantons et la Confédération, il reste un acteur unique et incontournable : l'assuré. C'est lui qui finance tout le système, qu'il soit malade ou en parfaite santé.

Une facture inévitable

Chaque automne, la lettre arrive. Une nouvelle prime, souvent plus élevée que l'an passé. Impossible d'y échapper : l'assurance maladie est obligatoire. Pour certains, la hausse se gère tant bien que mal. Pour d'autres, elle devient insoutenable, grignotant le budget du ménage au point de concurrencer le loyer ou les courses.

Pas de lien direct entre revenu et prime

Contrairement aux impôts, les primes ne tiennent pas compte du revenu. L'apprenti, le retraité modeste et le cadre supérieur paient la même somme pour la même couverture de base.

Ce système, pensé pour garantir une égalité d'accès aux soins, produit en réalité une inégalité financière : les ménages à bas revenu sont proportionnellement beaucoup plus touchés.

Les subventions, un soulagement partiel

Les cantons attribuent des subventions pour aider les ménages modestes. Des centaines de milliers de Suisses en bénéficient chaque année.

Mais ces aides varient fortement d'un canton à l'autre et restent parfois insuffisantes pour compenser les hausses. Elles soulagent, sans résoudre la spirale.

Une charge psychologique

Au-delà du poids financier, il y a le poids moral. La santé, censée être un droit, se vit parfois comme une facture punitive. Beaucoup de familles ont l'impression de payer

toujours plus pour un système qu'elles ne comprennent pas et dont elles doutent de l'efficacité.

Ceux qui paient toujours

Au final, quelle que soit la complexité du système, la multiplicité des acteurs ou la légalité des règles, une constante demeure : ce sont les assurés qui paient.

Ils paient par leurs primes, par leurs impôts, parfois même par leurs économies quand les factures dépassent la couverture.

Le système repose sur eux, et c'est leur confiance qu'il met en jeu à chaque hausse.

Chapitre 21

Transparence : une piste de réforme

Face à la spirale des coûts et aux hausses incessantes des primes, une idée revient régulièrement : rendre le système plus transparent. Car ce n'est pas seulement le montant qui pèse, mais aussi l'opacité qui l'entoure.

Ce que l'on ne voit pas

Un assuré sait ce qu'il paie chaque mois. Il voit parfois ses remboursements. Mais il ignore presque tout du cheminement de son argent.

Combien va réellement aux soins directs ? Combien se perd dans la gestion, les mandats, les intermédiaires ? Ces chiffres existent, mais ils sont éparpillés, techniques, difficiles à interpréter.

La transparence comme outil de confiance

La transparence n'est pas seulement une affaire de chiffres. C'est une condition de confiance.

Si les citoyens pouvaient suivre clairement l'utilisation de leurs primes — comme on suit un budget communal ou fédéral —, l'acceptation serait plus forte, même face à une hausse. Ce qui frustre le plus, ce n'est pas tant de payer, mais de ne pas comprendre.

Des obstacles bien réels

Mais la transparence a un prix.

Les caisses, les hôpitaux, les fondations, les associations craignent de devoir exposer leurs comptes en détail. Certaines informations sont stratégiques, d'autres sensibles.

DÉCRYPTER LA HAUSSE DES PRIMES MALADIE

Et même si les données étaient accessibles, elles resteraient complexes à analyser pour le grand public.

Des pistes déjà esquissées

Certaines réformes visent à renforcer cette clarté :

- publication annuelle des coûts par poste (hôpitaux, médicaments, EMS, etc.) ;
- comparateurs officiels des primes et de l'efficacité des caisses ;
- simplification des rapports financiers des institutions de santé.

Mais ces efforts restent fragmentés, et souvent limités à des cercles d'experts.

Une transparence à construire

La vraie question est politique : veut-on un système plus lisible, même si cela oblige certains acteurs à montrer leurs marges, leurs doublons, leurs choix de gestion ? Tant que la réponse restera timide, la transparence restera une belle idée plus qu'une réalité.

Chapitre 22

Simplifier la chaîne de financement : moins d'intermédiaires, plus d'efficacité

Le constat est clair : plus l'argent passe par des intermédiaires, plus il se fragmente. Chaque étape ajoute ses frais, ses rapports, ses délais. Pour contenir la hausse des primes, une piste revient avec insistance : réduire le nombre de relais et simplifier la circulation des fonds.

Le chemin actuel : un labyrinthe

Aujourd'hui, les primes versées par les assurés suivent souvent un long parcours :

- elles arrivent aux caisses ;
- passent par des institutions publiques ou parapubliques ;
- transitent via des fondations, associations ou sociétés mandatées ;
- pour finalement atteindre les soins.

Chaque détour se justifie individuellement, mais collectivement, il alourdit la facture.

Moins d'intermédiaires, plus de soins directs

Une réforme consisterait à rapprocher l'argent de son objectif : financer directement les soins.

Cela impliquerait :

- de limiter les sous-traitances en cascade ;
- de recentrer les fonds sur les prestations de santé essentielles ;
- de regrouper certaines structures pour éviter les doublons administratifs.

Les avantages d'une simplification

- **Efficacité accrue** : moins de relais, moins de pertes en gestion.
- **Transparence renforcée** : plus facile de comprendre où va l'argent.
- **Acceptation citoyenne** : l'assuré voit que sa prime sert davantage aux soins qu'aux intermédiaires.

Des résistances prévisibles

Mais simplifier, c'est aussi bousculer des équilibres.

- Certaines fondations ou associations craignent de perdre leurs mandats.
- Les cantons tiennent à leur autonomie de gestion.
- Les caisses redoutent une perte de marge de manœuvre.

Chaque acteur a donc intérêt à défendre son rôle dans la chaîne.

Une volonté politique nécessaire

La simplification ne viendra pas seule. Elle suppose une volonté claire : réorienter le système vers sa finalité première — soigner — plutôt que multiplier les strates. Sans cette décision politique, le labyrinthe restera intact.

Chapitre 23

Prévention : investir aujourd'hui pour économiser demain

La santé coûte cher, surtout quand elle intervient trop tard. Chaque hospitalisation, chaque opération, chaque traitement lourd est non seulement une épreuve pour le

DÉCRYPTER LA HAUSSE DES PRIMES MALADIE

patient, mais aussi une dépense colossale pour le système. La prévention apparaît alors comme une voie évidente : agir en amont pour éviter des coûts bien plus élevés en aval.

Mieux vaut prévenir que guérir

Ce vieux proverbe résume à lui seul l'enjeu.

Un dépistage précoce, une campagne d'information sur l'alimentation, un accompagnement contre le tabagisme ou l'alcoolisme coûtent moins cher qu'une hospitalisation ou une longue thérapie.

Pourtant, la prévention reste le parent pauvre du système. Les budgets qui lui sont consacrés sont faibles comparés à ceux des soins curatifs.

Des bénéfices multiples

Investir dans la prévention, c'est :

- réduire les maladies chroniques (diabète, hypertension, obésité) ;
- retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées ;
- améliorer la qualité de vie de toute la population ;
- diminuer à long terme la facture globale du système.

La prévention n'est pas seulement un coût évité, c'est aussi un gain humain.

Pourquoi est-ce si difficile ?

Si la prévention peine à s'imposer, c'est qu'elle demande du temps. Les résultats ne se voient pas en un an, mais en dix ou vingt ans.

Or, les acteurs du système doivent équilibrer leurs budgets année après année. Ils privilégient donc des mesures visibles à court terme, même si elles coûtent plus cher à long terme.

Des pistes concrètes

- **Renforcer les dépistages systématiques** (cancers, maladies cardiovasculaires).
- **Développer l'éducation à la santé** dès l'école.
- **Encourager la vaccination** et la médecine préventive.
- **Soutenir la santé mentale**, souvent ignorée mais génératrice de lourds coûts indirects.

Un investissement citoyen

La prévention ne dépend pas seulement des institutions, mais aussi des citoyens. Chacun, par son mode de vie, contribue à alléger ou à alourdir la facture collective. C'est un enjeu de responsabilité partagée, à la croisée du personnel et du collectif.

Chapitre 24

La santé numérique : promesse d'efficacité ou illusion ?

La Suisse, comme beaucoup d'autres pays, mise de plus en plus sur le numérique pour améliorer son système de santé. Dossiers électroniques, applications de suivi, intelligence artificielle médicale : autant d'outils censés réduire les coûts et améliorer la qualité des soins. Mais ces promesses tiennent-elles leurs promesses ?

Le dossier électronique du patient

Symbole de cette transition numérique, le dossier électronique du patient (DEP) vise à centraliser toutes les informations médicales.

En théorie, il permet d'éviter les doublons (examens répétés inutilement), d'améliorer la coordination entre médecins et hôpitaux, et de gagner du temps.

En pratique, sa mise en place est lente, coûteuse et freinée par des questions de protection des données.

Les applications et objets connectés

Montres qui mesurent le rythme cardiaque, applis qui rappellent de prendre un médicament, plateformes de téléconsultation : le numérique s'invite dans la vie quotidienne.

Ces outils donnent aux patients plus d'autonomie, mais posent aussi des questions

d'inégalité (tout le monde n'a pas accès aux mêmes technologies) et de fiabilité (un algorithme n'est pas un médecin).

L'intelligence artificielle médicale

De plus en plus de logiciels assistent les médecins dans le diagnostic ou l'analyse d'imageries médicales. Ces technologies promettent rapidité et précision, et pourraient à terme réduire certains coûts.

Mais elles nécessitent des investissements lourds, une formation adaptée, et soulèvent des questions éthiques : qui est responsable en cas d'erreur d'une IA médicale ?

Le numérique : gain ou surcoût ?

Si le numérique a le potentiel d'économiser, il génère aussi de nouveaux coûts : infrastructures informatiques, sécurité des données, contrats avec des prestataires privés, mises à jour constantes.

Ainsi, il peut parfois alourdir la facture à court terme avant de produire d'éventuelles économies à long terme.

Entre promesse et prudence

Le numérique n'est pas une solution miracle. Il peut améliorer l'efficacité, éviter certains gaspillages, renforcer la prévention. Mais il ne remplacera pas la dimension humaine des soins, ni ne supprimera d'un coup les coûts structurels.

C'est un outil, pas une baguette magique.

Chapitre 25

La responsabilité collective : un effort partagé

Le système de santé suisse repose sur un principe simple : la solidarité. Chacun paie, même quand il est en bonne santé, pour que ceux qui sont malades puissent être soignés. Mais cette solidarité a un revers : elle suppose que chacun contribue de manière responsable, sans alourdir inutilement la facture commune.

La responsabilité des citoyens

Chaque assuré a un rôle à jouer.

- En adoptant un mode de vie plus sain, il réduit les risques de maladies chroniques.
- En respectant les prescriptions, il évite des soins supplémentaires.
- En utilisant les services médicaux avec discernement, il limite la surcharge inutile des urgences et des cabinets.

Ces gestes individuels, multipliés par des millions de personnes, peuvent avoir un effet réel sur les coûts.

La responsabilité des institutions

Les caisses maladie, les hôpitaux, les médecins, les fondations, les associations : tous ont aussi une part de responsabilité.

Limiter les doublons, éviter les dépenses superflues, simplifier les procédures, chercher l'efficacité plutôt que la complexité.

Chaque acteur peut contribuer à freiner la spirale des coûts.

La responsabilité des politiques

Enfin, les élus ont une responsabilité particulière : celle de construire un système lisible et soutenable.

Cela passe par des réformes courageuses, même quand elles bousculent des intérêts établis. Car au bout de la chaîne, ce sont les citoyens qui paient — et leur confiance qui s'effrite.

Un effort partagé

Il serait illusoire de croire qu'une seule mesure suffira. La solution réside dans un effort collectif, partagé entre patients, soignants, institutions et décideurs.

C'est en additionnant les petites améliorations que l'on peut espérer contenir les hausses, sans sacrifier la qualité des soins.

Une solidarité à réinventer

La solidarité ne doit pas être seulement un mot inscrit dans la loi. Elle doit redevenir une réalité vécue, comprise, assumée.

Car c'est elle qui fonde l'acceptation du système : payer ensemble, pour être protégés ensemble.

Chapitre 26

L'avenir des primes : scénario catastrophe ou réforme possible ?

Chaque année, les primes augmentent, et chaque année, la même question revient : *jusqu'où cela peut-il aller ?* Le futur des primes d'assurance maladie en Suisse oscille entre deux chemins : celui d'une spirale incontrôlée, et celui de réformes courageuses.

Scénario 1 : la fuite en avant

Dans ce scénario, rien ne change vraiment.

Les coûts médicaux continuent de croître, la population vieillit, les technologies se multiplient.

Les primes suivent la courbe, grimant de 5 %, 6 %, voire plus chaque année.

À terme, elles absorbent une part insoutenable du budget des ménages, au point de devenir le premier poste de dépense après le logement.

Scénario 2 : la fracture sociale

Si la spirale se poursuit, une fracture s'accroît.

- Les ménages aisés supportent la hausse.
- Les classes moyennes suffoquent.
- Les plus modestes dépendent toujours plus des subventions cantonales.
La solidarité, censée unir, se transforme en ligne de division.

Scénario 3 : les réformes structurelles

Une autre voie est possible : celle de réformes structurelles.

- Plus de transparence dans les flux financiers.
- Moins d'intermédiaires et de sous-traitances en cascade.
- Un renforcement massif de la prévention.
- Une maîtrise concertée des tarifs médicaux et pharmaceutiques.
Ces mesures ne feront pas disparaître les hausses, mais elles pourraient les contenir, les rendre supportables.

Scénario 4 : un pacte citoyen

Au-delà des réformes techniques, il est possible d’imaginer un nouveau pacte social. Une redéfinition de la solidarité, où chaque acteur assume sa responsabilité :

- le citoyen, en adoptant des comportements de santé responsables ;
- les institutions, en limitant la complexité inutile ;
- les politiques, en osant simplifier et réguler.

Le choix d’une génération

L’avenir des primes n’est pas écrit. Il dépend des choix collectifs que la Suisse fera dans les années à venir.

Soit accepter la spirale et ses fractures, soit entreprendre des réformes qui redonnent sens et confiance au système.

C’est un choix générationnel : celui de transmettre aux enfants un système soutenable, plutôt qu’un fardeau sans fin.

Chapitre 27

Et si on réinventait la santé suisse ?

La Suisse dispose d’un des systèmes de santé les plus performants au monde. Les hôpitaux sont modernes, les médecins bien formés, les innovations accessibles. Pourtant, le malaise grandit : les coûts explosent, les primes étranglent les ménages, et la confiance s’effrite. Alors une question s’impose : *et si on réinventait la santé suisse ?*

Repenser la finalité

Aujourd’hui, le système fonctionne comme une gigantesque machine administrative et économique. Mais sa finalité devrait rester simple : soigner les gens, protéger leur santé, leur offrir une sécurité collective.

Réinventer la santé suisse, c’est remettre cette finalité au centre, au-dessus des logiques financières et institutionnelles.

Vers un financement plus juste

Et si les primes n’étaient plus uniformes, mais réellement proportionnelles aux revenus, comme les impôts ?

DÉCRYPTER LA HAUSSE DES PRIMES MALADIE

Et si les subventions cantonales n'étaient plus des rustines, mais intégrées à un mécanisme plus équitable et national ?

Ces pistes existent, mais demandent un courage politique rare.

Simplifier, encore et toujours

Réinventer, ce n'est pas inventer plus de structures, mais en réduire.

- Moins d'intermédiaires.
- Moins de doublons entre caisses, cantons et associations.
- Plus de clarté dans les flux financiers.

Un système plus simple serait aussi plus lisible, et donc plus accepté par les citoyens.

Mettre la prévention au centre

Plutôt que d'attendre la maladie pour dépenser des milliards, pourquoi ne pas consacrer une part significative du budget à éviter qu'elle survienne ?

Un modèle de santé réinventé verrait la prévention comme une priorité, et non comme un supplément marginal.

Innover autrement

L'innovation technologique est précieuse, mais elle doit servir l'intérêt collectif.

Plutôt que d'adopter chaque nouveauté coûteuse, pourquoi ne pas évaluer systématiquement son impact réel sur la santé publique avant remboursement ?

Une utopie réaliste ?

Réinventer la santé suisse peut sembler utopique. Pourtant, l'histoire du pays prouve qu'il est capable de grandes réformes quand l'intérêt collectif l'exige.

La question n'est pas de savoir si c'est possible, mais si nous en aurons la volonté.

Chapitre 28

Le citoyen au centre : redonner le pouvoir aux assurés

Depuis des décennies, le système de santé suisse est structuré autour d'institutions : caisses, cantons, hôpitaux, prestataires. Mais celui qui finance tout, celui qui devrait être au centre, reste souvent en marge : le citoyen assuré. Redonner du pouvoir aux assurés pourrait être une des clés pour restaurer la confiance et contenir les coûts.

Un rôle passif par défaut

Aujourd'hui, le citoyen choisit sa caisse, paie sa prime, présente sa carte d'assuré, puis attend. Son rôle se limite à financer et à subir. Les décisions stratégiques — tarification, organisation des soins, choix des projets — échappent à son contrôle.

Vers plus de participation

Et si les assurés avaient davantage de pouvoir décisionnel ?

- En participant à des **conseils citoyens de la santé** à l'échelle cantonale ou nationale.
- En pouvant voter sur certaines priorités de financement (prévention, infrastructures, numérique).
- En ayant accès à des comparateurs publics et transparents sur la performance des caisses et hôpitaux.

La transparence comme outil citoyen

Redonner le pouvoir suppose aussi d'offrir une information claire. Des primes comprises, mais aussi des budgets lisibles, des rapports simplifiés.

Un citoyen bien informé est capable de juger, de choisir, et même de contester.

Responsabiliser, sans culpabiliser

Remettre le citoyen au centre ne signifie pas lui faire porter la charge des hausses. Il ne s'agit pas de culpabiliser les patients qui tombent malades, mais de leur donner une voix dans un système qui se finance grâce à eux.

Une démocratie sanitaire

La Suisse est un pays de démocratie directe. Pourquoi cette logique ne s'appliquerait-elle pas aussi à la santé ?

Donner la parole aux assurés, ce n'est pas affaiblir le système, c'est le renforcer. Car un système accepté et compris est un système plus solide.

Chapitre 29

Et si l'automne des primes devenait le printemps des réformes ?

Chaque automne, la même scène se répète. Les enveloppes arrivent, les primes augmentent, et les conversations dans les cuisines et les cafés oscillent entre résignation et colère. L'« automne des primes » est devenu un rituel helvétique, presque une fatalité nationale. Mais une question mérite d'être posée : et si cet automne annonçait non pas l'hiver des budgets serrés, mais le printemps des réformes ?

Le poids de la résignation

La hausse annuelle est si régulière qu'elle en devient prévisible. Beaucoup ne s'indignent plus. Ils paient, ajustent leur budget, renoncent à autre chose. Cette résignation, paradoxalement, nourrit la spirale : tant que la population s'adapte, le système n'a pas besoin de changer.

L'énergie de l'indignation

Pourtant, l'histoire suisse montre que les grands changements naissent de la mobilisation citoyenne. Quand les primes deviennent insupportables pour les familles, quand la solidarité se fragilise, l'indignation peut redevenir une énergie politique.

Transformer la contrainte en levier

L'automne des primes pourrait devenir un rappel collectif : chaque hausse est une invitation à réfléchir, à débattre, à exiger plus de clarté et de justice.

Plutôt qu'un rituel subi, il pourrait devenir un levier de réforme, un moment où le pays se demande : *comment mieux faire ?*

Le printemps des possibles

Réformes de transparence, simplification des flux financiers, prévention renforcée, participation citoyenne : les pistes existent. Elles ne promettent pas un système parfait ni gratuit, mais elles peuvent rendre la charge supportable et le modèle plus équitable.

De la fatalité à l'espérance

Réinventer le système de santé suisse n'est pas une utopie. C'est une nécessité. Et chaque automne pourrait nous le rappeler, non comme une fatalité, mais comme un point de départ. Car derrière chaque prime, il y a une société qui choisit ce qu'elle veut pour elle-même et pour ses enfants.

Chapitre 30

Conclusion : respirer à nouveau

La santé en Suisse est un bien précieux. Elle repose sur une couverture universelle, des hôpitaux modernes, des médecins compétents et une solidarité inscrite dans la loi. Pourtant, chaque automne nous rappelle son coût : les primes augmentent, et avec elles la pression sur les ménages.

Au fil de ce livre, nous avons suivi le cheminement de l'argent des primes. Nous avons vu comment il se fragmente entre caisses, institutions, associations, prestataires. Comment la transparence se dilue, comment la complexité administrative alourdit la facture. Comment la spirale des coûts et des primes semble inévitable.

Mais nous avons aussi exploré des pistes :

- plus de **transparence**, pour renforcer la confiance ;
- une **simplification** des flux financiers, pour réduire les pertes ;
- une place accrue à la **prévention**, pour anticiper plutôt que réparer ;
- une participation plus grande du **citoyen**, pour remettre l'assuré au centre ;
- une réflexion sur la **responsabilité collective**, pour redonner sens à la solidarité.

DÉCRYPTER LA HAUSSE DES PRIMES MALADIE

La conclusion est simple : rien n'est figé. Le système n'est pas une fatalité, il est le résultat de choix humains et politiques. Et ce qui a été construit peut être transformé.

Respirer à nouveau, c'est redonner de l'air aux familles étranglées par les primes. C'est alléger la peur du courrier d'automne. C'est rendre au système sa légitimité et à la solidarité son évidence.

La santé ne doit pas être une inquiétude permanente, mais une sécurité partagée. Et si ce livre a permis, ne serait-ce qu'un peu, de clarifier, d'éclairer, d'ouvrir des perspectives, alors il aura rempli son rôle : offrir aux citoyens suisses la possibilité de comprendre... pour mieux agir.

Table des matières

Note au lecteur	3
Préambule	4
Prologue	5
Chapitre 1 – Le rituel d’automne	6
Chaque année, les primes augmentent. Retour sur ce rituel suisse qui sème résignation et colère.	
Chapitre 2 – La facture qui inquiète	7
Comment une simple enveloppe devient un fardeau pour des milliers de ménages.	
Chapitre 3 – Derrière les chiffres	8
Les primes ne sont pas que des montants : elles racontent un système complexe et opaque.	
Chapitre 4 – Où va l’argent ?	10
Suivre le chemin des primes, depuis l’assuré jusqu’aux soins.	
Chapitre 5 – Les caisses au centre du jeu	11
Le rôle des assureurs, entre solidarité obligatoire et logique de marché.	
Chapitre 6 – Les hôpitaux : piliers fragiles	13
Institutions vitales, mais coûteuses, où se concentrent une grande partie des dépenses.	
Chapitre 7 – Les EMS : vieillesse et coûts durables	14
Pourquoi le vieillissement de la population alourdit durablement la facture.	
Chapitre 8 – Médicaments : progrès et prix	15
L’innovation pharmaceutique, entre avancées médicales et coûts explosifs.	
Chapitre 9 – Fondations et associations	16
Un tissu d’acteurs utiles mais parfois redondants, qui absorbe une partie des fonds.	
Chapitre 10 – Les consultants de la santé	18
Experts et sociétés privées, souvent invisibles, mais intégrés à la chaîne des coûts.	

Chapitre 11 – La dilution des francs	19
Pourquoi chaque franc versé se fragmente avant d’atteindre les soins.	
Chapitre 12 – La mécanique des intermédiaires	20
Comment la multiplication des relais légaux rend le système opaque et plus cher.	
Chapitre 13 – Les frais de gestion : la face cachée	22
L’administration, la publicité, la concurrence entre caisses : des milliards de coûts invisibles.	
Chapitre 14 – Quand la santé devient un marché	23
La double logique : un droit fondamental mais aussi un secteur économique.	
Chapitre 15 – La légalité du flou	24
Tout est en règle, mais la transparence et la simplicité disparaissent.	
Chapitre 16 – Pourquoi c’est si compliqué	26
Un héritage de l’histoire, des compromis politiques et du fédéralisme.	
Chapitre 17 – La spirale : hausse + hausse = hausse	27
Une mécanique auto-alimentée où coûts et primes se renforcent mutuellement.	
Chapitre 18 – Le rôle des cantons	28
Des acteurs-clés, entre financement, subventions et autonomie locale.	
Chapitre 19 – La Confédération : arbitre ou spectatrice ?	29
Elle fixe le cadre mais reste prisonnière de compromis.	
Chapitre 20 – Les assurés : ceux qui paient toujours	30
Au bout de la chaîne, c’est toujours le citoyen qui finance.	
Chapitre 21 – Transparence : une piste de réforme	32
Rendre visible l’utilisation des primes pour regagner la confiance.	
Chapitre 22 – Simplifier la chaîne de financement	33
Moins d’intermédiaires pour plus d’efficacité et de clarté.	
Chapitre 23 – Prévention : investir aujourd’hui pour demain	34
Comment agir en amont pourrait réduire les coûts à long terme.	

Chapitre 24 – La santé numérique : promesse ou illusion ?	36
Entre gains potentiels et nouveaux surcoûts, une transition à double tranchant.	
Chapitre 25 – La responsabilité collective	37
Un effort partagé entre citoyens, institutions et politiques.	
Chapitre 26 – L’avenir des primes : scénarios possibles	39
De la fuite en avant à la réforme structurelle : quel chemin suivra la Suisse ?	
Chapitre 27 – Réinventer la santé suisse	40
Vers un système plus simple, plus juste, plus préventif.	
Chapitre 28 – Le citoyen au centre	42
Redonner une voix et un pouvoir décisionnel aux assurés.	
Chapitre 29 – De l’automne au printemps	43
Transformer la fatalité des hausses en levier de réforme.	
Chapitre 30 – Conclusion : respirer à nouveau	44
Retrouver confiance et souffle dans un système qui protège, plutôt qu’il n’étrangle.	

PROLOGUE

Chaque pays a ses saisons symboliques. En Suisse, il y a l'automne des primes.

Un moment récurrent, prévisible, où l'enveloppe arrive dans la boîte aux lettres et où chacun, du jeune adulte au retraité, sait déjà ce qu'elle contient : une hausse.

Ce rituel pourrait sembler banal, presque administratif. Mais il ne l'est pas. Derrière chaque chiffre inscrit sur une facture se cache une réalité plus vaste; celle d'un système de santé qui protège, mais qui coûte; qui rassure, mais qui inquiète, qui soigne, mais qui étrangle parfois.

Ce livre n'est pas un réquisitoire, ni un manuel technique. C'est une enquête citoyenne, écrite pour comprendre ...

LA SUISSE ET SES PRIMES

**DÉCRYPTER LA
HAUSSE DES
PRIMES MALADIE**

ISBN 373-183772-315-5



9 781837231555