



POINT DE VUE

Ce bulletin fournit des informations sur le profil des personnes au profit d'une assurance complémentaire d'hospitalisation, des informations guère disponibles dans le domaine public. Ces personnes sont généralement plus âgées et bénéficient d'un niveau de formation supérieur, de revenus plus élevés et d'un meilleur état de santé que les assurés en division commune.

Les données de l'Enquête suisse sur la santé montrent que les patients au profit d'une assurance complémentaire d'hospitalisation ne sont globalement pas plus fréquemment hospitalisés. Dans certains domaines, en particulier en chirurgie orthopédique, une étude réalisée par l'OFSP montre toutefois que les patients avec assurance complémentaire d'hospitalisation sont opérés significativement plus souvent, probablement aussi en raison d'incitations financières (Peters et al. 2016). Il n'est en aucun cas souhaitable que les patients disposant d'une assurance maladie complémentaire bénéficient d'une offre excédentaire et reçoivent des prestations non nécessaires du point de vue médical, ce d'autant plus que les séjours hospitaliers sont en partie pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Un système de soins financièrement supportable fait partie des objectifs principaux de la stratégie «Santé2030» du Conseil fédéral. Ce dernier a proposé au Parlement une série de mesures devant permettre de freiner la hausse des coûts et l'augmentation des primes pour les assurés dans le domaine de l'AOS. Ces mesures visent en particulier à réduire l'accroissement du volume de prestations injustifiées du point de vue médical. L'analyse de l'Obsan fournit un autre résultat intéressant: les personnes au profit d'une assurance complémentaire d'hospitalisation consultent plus souvent un médecin que les assurés en division commune. Cette question mérite une analyse approfondie – avis émis par l'Obsan et partagé par l'OFSP. Ce bulletin constitue une base importante à cet effet.

Thomas Christen

Vice-directeur et responsable de l'Unité de direction Assurance-maladie et accidents, Office fédéral de la santé publique

Personnes avec et sans assurance complémentaire d'hospitalisation

Comparaison des caractéristiques socio-démographiques, de l'état de santé et du recours aux soins

En 2017, environ 29% de la population suisse est au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation. C'est l'un des résultats de ce bulletin qui compare les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé et le recours aux soins des personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation avec celles qui disposent de la seule assurance-maladie de base. Ce bulletin rend disponible des informations, difficiles d'accès au large public, sur le profil des assurés avec complémentaire d'hospitalisation. La comparaison de l'état de santé de ces deux populations est par ailleurs une base nécessaire à des analyses plus détaillées sur leur prise en charge sanitaire. En effet, plusieurs travaux ont cherché à savoir si les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation sont plus fréquemment hospitalisés que ceux qui bénéficient de la seule assurance-maladie de base (Peters et al. 2016; Busato et al. 2011).

Principaux résultats

- En 2017, environ 29% de la population suisse est assurée en division hospitalière (demi-)privée. Cette proportion a fortement diminué depuis 1992.
- L'assurance complémentaire d'hospitalisation (demi-)privée est plus répandue au sein des classes aisées.
- L'état de santé autoévalué des assurés en division (demi-)privée est identique, voire meilleur, à celui des assurés en division commune (aussi à âge et niveau socioéconomique équivalents).
- Les assurés en division (demi-)privée ne recourent pas plus que les assurés en division commune aux soins hospitaliers. Dans la suite du bulletin, les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation sont désignés par l'expression «assurés en division (demi-)privée»; les assurés au bénéfice de la seule assurance-maladie de base sont désignés par «assurés en division commune».

Encadré 1: Assurance complémentaire d'hospitalisation

En Suisse depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, deux régimes d'assurance-maladie se complètent: l'assurance-maladie de base, obligatoire, soumise à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'assurance-maladie complémentaire, facultative, soumise à la loi sur les contrats d'assurance (LCA). En cas d'hospitalisation, l'assurance-maladie de base couvre toutes les prestations «correspondant au standard de la division commune» et «qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles» (art. 25 LAMal). L'assurance-maladie complémentaire d'hospitalisation, permet entre autres le libre choix du médecin au sein de l'hôpital et offre une chambre à deux lits (demi-privée) ou individuelle (privée). Parallèlement aux produits d'hospitalisation en division (demi-)privée, d'autres modèles d'assurance existent.

Le choix de contracter une assurance d'hospitalisation n'est pas unilatéral. Les assureurs demandent généralement un questionnaire médical d'entrée et, sur cette base, peuvent refuser l'accès à l'assurance ou exclure la couverture de certaines maladies du contrat d'assurance. La prime varie également en fonction de l'âge d'entrée.

Les analyses de ce bulletin se basent sur trois sources de données (encadré 2). L'Enquête suisse sur la santé (ESS) est la source principale de ce bulletin alors que le Panel suisse des ménages (PSM) est utilisé pour une validation croisée des résultats de l'ESS ainsi que pour réaliser des analyses complémentaires sur des aspects qui ne sont pas traités dans l'ESS. La troisième source, la Statistique médicale des hôpitaux (MS), permet de décrire les caractéristiques des patients hospitalisés selon la division hospitalière.

Environ 29% de la population dispose d'une assurance complémentaire d'hospitalisation en division (demi-)privée

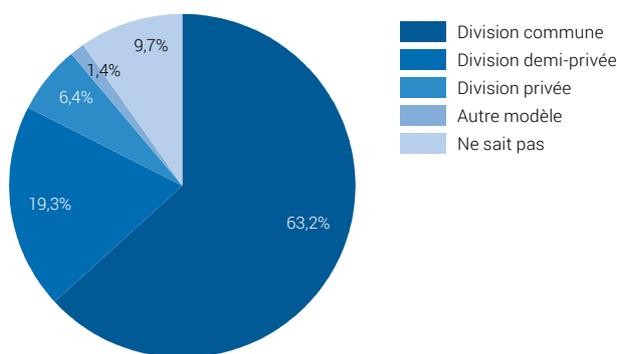
Dans l'ensemble des répondants de l'ESS 2017, 6,4% déclarent être assurés en division privée, 19,3% en division demi-privée, 63,2% en division commune, 1,4% déclarent être au bénéfice d'un autre modèle d'assurance¹ et les 9,7% restants déclarent ne pas savoir comment ils sont assurés² (G1). Dans la suite de ce bulletin, on fait l'hypothèse que cette catégorie ainsi que celle ayant un autre modèle d'assurance sont réparties de la même façon entre les divisions commune et (demi-)privée que les observations valides. Sur la base de l'ESS, on estime ainsi la part d'assurés en division (demi-)privée à 28,9%³.

¹ Cette catégorie intermédiaire (voir encadré 1), qui n'est ni classable dans la division commune ni dans la (demi-)privée, n'a pas été analysée en détail dans ce bulletin en raison du faible nombre de cas.

² Les «Ne sait pas» sont en majorité des jeunes dont l'assurance est sans doute financée par leurs parents; un peu plus de 50% de la catégorie «Ne sait pas» a moins de 25 ans.

³ Selon l'hypothèse qui est faite sur la répartition des «Ne sait pas»; cette proportion se situe dans une fourchette allant de 25,7% (si aucun «Ne sait pas» n'est assuré en division (demi-)privée) à 35,5% (si tous les «Ne sait pas» sont assurés en division (demi-)privée).

D'après la seconde source de donnée, le PSM⁴, et en appliquant la même méthodologie, la proportion d'assurés en division (demi-)privée s'élèverait à 31,3%. Les divergences entre sources de données peuvent s'expliquer par une méthodologie d'enquête et des groupes d'âge différents. En outre, on peut supposer que la proportion d'assurés en division (demi-)privée est surestimée dans les classes d'âge élevées par l'exclusion des personnes vivant en institution (voir le chapitre sur les caractéristiques sociodémographiques pour plus de détails).

Répartition de la population selon le régime d'assurance hospitalier, 2017**G1**

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2021

De moins en moins d'assurés en division (demi-)privée

La part d'assurés en division (demi-)privée a fortement diminué depuis 1992, date de la première ESS. Cette année-là, elle s'élevait à 52,5% alors qu'en 2017, elle n'est plus que de 28,9%⁵. A partir de 2007, la proportion reste relativement stable aux alentours de 29%.

L'évolution temporelle par classes d'âge est caractérisée par un fort effet de cohorte. Avant l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 et l'instauration d'une couverture de base pour l'ensemble de la population, l'assurance complémentaire d'hospitalisation était plus répandue qu'aujourd'hui, notamment chez les personnes actives. Les personnes qui étaient alors au bénéfice d'une telle assurance l'ont souvent conservé lors de l'entrée en vigueur de la LAMal. Vingt ans plus tard, ces personnes se retrouvent tendanciellement au sein des classes d'âge élevées, ce qui se traduit par des effectifs d'assurés en division (demi-)privée comparativement hauts parmi les personnes âgées. La prise en compte de cet effet de cohorte permet une meilleure interprétation de l'augmentation des assurés en division (demi-)privée avec l'âge décrite ci-dessous.

⁴ Dans le PSM 2017, la proportion de «Ne sait pas» est inférieure à 3%. Les répondants du PSM qui ne connaissent pas leur couverture d'assurance peuvent consulter les autres membres du ménage.

⁵ La question et les modalités de réponse ont changé entre les différentes enquêtes. Il faut plutôt considérer la tendance générale à la baisse que les valeurs comme points de comparaison.

Caractéristiques sociodémographiques

Les assurés en division (demi-)privée sont plus âgés que ceux en division commune.

Selon l'ESS 2017, la proportion d'assurés en division (demi-)privée augmente avec l'âge: elle est d'environ 21% parmi les 15 à 34 ans, de 28% parmi les 35 à 64 ans et passe à près de 40% parmi les 65 ans et plus⁶. Ce constat est l'illustration de l'effet de cohorte évoqué plus haut. Comme elle ne considère que les personnes vivant dans un ménage privé, l'ESS surestime la proportion d'assurés en (demi-)privé parmi les 65 ans et plus. En effet, de nombreuses personnes vivant en établissement médico-social (EMS) ont résilié leur assurance complémentaire lors de leur entrée en EMS car elle offre des prestations couvertes par l'institution. Ainsi, une part non négligeable de la population⁷, potentiellement sans assurance d'hospitalisation, n'est pas incluse dans l'ESS et le PSM ce qui amène à surestimer la proportion d'assurés en division (demi-)privée chez les 65 ans et plus.

Pas de différence entre les femmes et les hommes

Selon les différentes sources de données utilisées, les femmes sont assurées en division (demi-)privée aussi souvent que les hommes. Dans l'ESS 2017, les proportions sont respectivement de 28,3% et 29,6%. Depuis 2007, la part de femmes assurées en division (demi-)privée a légèrement diminué, passant de 31,8% à 28,3%, alors que celle des hommes est restée stable.

Les assurés en division (demi-)privée sont mieux formés et ont des revenus plus élevés

Dans la population de 25 ans et plus⁸, la proportion d'assurés en division (demi-)privée augmente graduellement avec le niveau de formation: d'après l'ESS 2017, mais on retrouve les mêmes tendances dans le PSM 2017, elle est de 14,6% parmi les personnes ayant accompli la scolarité obligatoire, de 26,8% parmi les personnes ayant une formation de degré secondaire II et de 37,9% parmi les personnes ayant une formation de degré tertiaire (G 2).

Ce gradient selon la position sociale est confirmé par des différences importantes en termes de revenu: les personnes ayant des revenus élevés ont plus fréquemment une couverture (demi-)privée, alors que cette couverture est bien moins fréquente parmi les faibles revenus. En effet, selon les données du PSM 2017, la proportion d'assurés en division (demi-)privée est de 55% parmi les personnes dont le revenu standardisé du ménage⁹ dépasse 100 000 francs annuels mais n'atteint pas 20% lorsque ce revenu est inférieur à 50 000 francs.

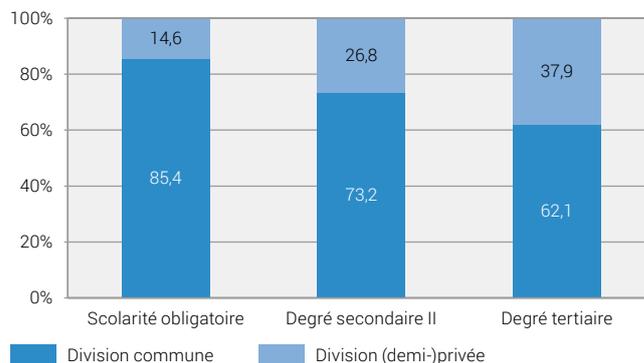
⁶ On retrouve les mêmes tendances avec les données du PSM.

⁷ Les personnes vivant en EMS sont environ 5,5% parmi les 65 ans et plus et même 20% parmi les plus de 80 ans (Source: Indicateurs Obsan, taux de recours aux EMS: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-de-recours-aux-ems>).

⁸ Conformément aux recommandations de l'OFS, la variable «niveau de formation» est utilisée pour la population de 25 ans et plus.

⁹ Il s'agit du revenu annuel net du ménage standardisé selon la composition du ménage (méthode OCDE).

Régime d'assurance hospitalier selon le niveau de formation, personnes de 25 ans et plus, 2017 G 2



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2021

Encadré 2: Données¹⁰

L'Enquête suisse sur la santé, OFS

L'ESS de l'Office fédéral de la statistique (OFS) livre notamment des informations sur l'état de santé de la population sur l'utilisation des services de santé et sur les conditions d'assurance de la population résidante de Suisse. Cette enquête est réalisée tous les cinq ans depuis 1992 auprès de la population résidante permanente vivant en ménage privé âgée de 15 ans et plus. Ainsi, les personnes en institution (par exemple EMS) ne sont pas incluses dans l'ESS.

L'ESS collecte des informations sur le régime d'assurance par la question suivante: «En cas d'hospitalisation, pour quelle division hospitalière êtes-vous assuré?»

Le Panel suisse des ménages, FORS¹¹

Le PSM est une vaste enquête longitudinale menée annuellement auprès de ménages privés résidant en Suisse. Tous les membres d'un ménage sont interviewés. La collecte de données a débuté en 1999 avec un premier échantillon, complété d'un deuxième en 2004 et d'un troisième depuis 2013. Dès 2017, le PSM demande aux personnes de 19 ans et plus: «Comment êtes-vous assuré(e) si vous devez aller à l'hôpital?»

La Statistique médicale des hôpitaux, OFS

La statistique médicale (MS) recense chaque année tous les cas d'hospitalisations effectués en Suisse. Les informations sur l'âge et le sexe des patients, la durée de séjour et la division hospitalière sont exploitées pour ce bulletin. Cette dernière variable ne correspond pas exactement à celle du régime d'assurance de l'ESS ou du PSM. Il est possible pour un patient ne disposant pas d'une assurance en division (demi-)privée de payer un supplément pour en bénéficier. Dans ce cas de figure, il sera comptabilisé en division commune dans l'ESS et en division (demi-)privé dans la MS.

¹⁰ Tous les chiffres présentés dans ce bulletin utilisent les pondérations qui ont été calculées dans les enquêtes afin de garantir la représentativité de l'échantillon et tenir compte des biais de non-réponses. Les pondérations ont également été utilisées dans les analyses multivariées.

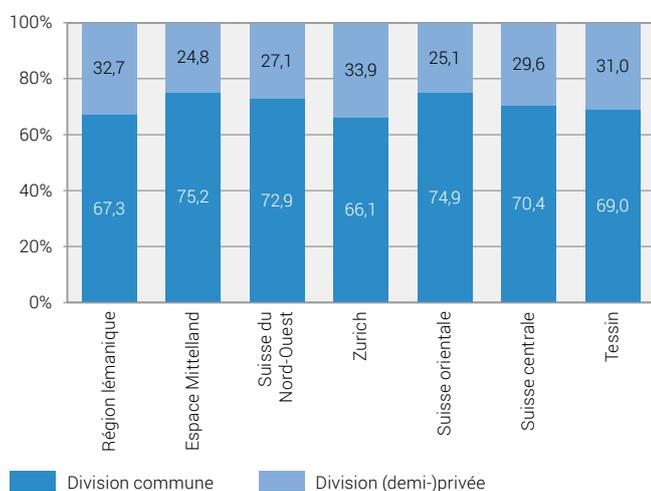
¹¹ Ce bulletin a été réalisé en utilisant les données collectées par le PSM, basé au Centre de compétence Suisse en sciences sociales FORS et soutenu par le fonds national suisse.

Les assurés en division (demi-)privée sont plus nombreux dans les zones urbaines

La répartition des assurés selon le régime d'assurance hospitalier diffère selon les grandes régions. L'ESS montre que la part d'assurés en division (demi-)privée est la plus petite dans l'espace Mittelland (24,8%) et la plus grande à Zurich (33,9%) (G3).

Ces différences régionales renvoient en grande partie à la structure urbaine de la Suisse. En effet dans les zones urbaines, la proportion d'assurés en division (demi-)privée s'élève à 31,3% contre respectivement 27,5% et 21,6% dans les zones intermédiaires (centres ruraux et le périurbain dense) et rurales.

Répartition selon le régime d'assurance hospitalier par grandes régions, 2017 G3



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2021

Les renouvellements et résiliations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation concernent principalement les jeunes

Les données du PSM permettent de suivre les répondants dans le temps et donc de déterminer quelles sont les personnes qui résilient (ou ne renouvellent pas) leur assurance complémentaire d'hospitalisation et quelles sont celles qui en contractent une nouvelle¹².

Les changements de couverture à l'assurance complémentaire d'hospitalisation sont très liés à l'âge. Parmi les personnes au bénéfice d'une assurance en division (demi-)privée en 2017, 11% l'ont résiliée (ou pas renouvelée) l'année d'après. Les plus fortes proportions d'assurés ayant résilié (ou n'ayant pas renouvelé) leur contrat se trouvent chez les jeunes: leur part se monte à 41% chez les 19–24 ans, 26% chez les 25–34 ans contre moins de 8% chez les 35 ans et plus.

¹² Les répondants sont uniquement interrogés sur le fait d'être assuré ou non. Il n'est donc pas possible d'approcher les changements de caisses d'assurance d'une année à l'autre.

Au sein des personnes n'ayant pas de couverture en division (demi-)privée en 2017, 5% sont désormais couvertes en 2018. Les personnes nouvellement assurées en 2018 sont aussi plutôt jeunes: la proportion de personnes nouvellement assurées est élevée et est relativement similaire entre 19 et 44 ans (à 7%) puis se situe autour de 3% chez les 45 ans et plus.

État de santé

L'état de santé est une dimension importante lorsque l'on souhaite comparer les populations assurées en divisions (demi-)privée et commune. L'existence d'un écart dans l'état de santé entre ces deux populations permet notamment de déterminer s'il y a des besoins différenciés dans le recours aux soins ou dans la prise en charge hospitalière.

Hypothèses

Différents facteurs influencent l'état de santé moyen dans ces deux sous-populations. Tout d'abord, le questionnaire médical effectué lors de la souscription à une assurance complémentaire d'hospitalisation (encadré 1) garanti aux assureurs que cette population est en bonne santé à la signature du contrat. Bien que l'état de santé puisse se dégrader ensuite avec l'âge, on peut tout de même s'attendre à un meilleur état de santé des assurés ayant pu souscrire une telle assurance que dans le reste de la population.

Cependant, il a aussi été vu plus haut que les caractéristiques de ces populations sont différentes. Les assurés en division (demi-)privée sont en moyenne plus âgés et ils disposent d'un plus haut niveau socioéconomique (en termes de formation et de revenu). La première dimension est corrélée négativement avec la santé (plus on est âgé, plus l'état de santé tend à se dégrader) alors que la seconde l'est positivement (plus on a un haut statut socioéconomique, plus l'état de santé tend à être bon). Ainsi, trois facteurs d'influence sont analysés: deux – la sélection des bons risques et le niveau socioéconomique élevé – suggèrent un meilleur état de santé moyen dans la sous-population avec assurance complémentaire d'hospitalisation; un – l'âge moyen plus élevé – suggère un moins bon état de santé dans cette même sous-population. Pour savoir quel effet l'emporte, des tests statistiques ont été menés.

Démarche

L'état de santé des assurés est tout d'abord présenté tel qu'il s'observe dans les données, sans tenir compte du fait que l'âge et le niveau socioéconomique moyen n'est pas le même dans les deux sous-populations. Les résultats sont ensuite affinés grâce à une analyse multivariée, permettant de mettre sous contrôle les effets démographiques et socioéconomique.

Deux indicateurs de l'état de santé sont analysés:

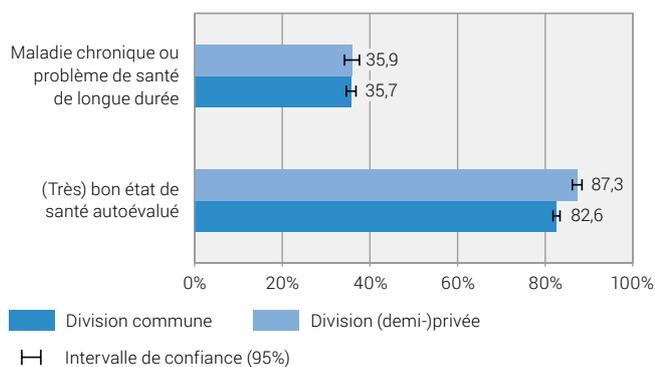
- l'état de santé autoévalué, qui est une mesure subjective de l'état de santé physique et psychique;
- la présence d'une maladie chronique et/ou de problèmes de santé de longue durée qui est une mesure concrète d'un trouble de santé mais n'est pas issu d'un diagnostic médical.

Analyse descriptive

Au niveau descriptif, l'état de santé (autoévalué) des assurés avec complémentaire d'hospitalisation est meilleur que l'état de santé des personnes en division commune; l'état de santé mesuré par la présence d'une maladie chronique et/ou de problèmes de santé de longue durée est comparable entre ces deux populations (G4). Les données du PSM 2017 (non présentées) montrent également une différence d'état de santé autoévalué à l'avantage des assurés en division (demi-)privé (85,2% contre 83,8%), mais la différence n'est pas statistiquement significative. En revanche, les assurés en division (demi-)privée souffrent significativement plus souvent d'une maladie chronique ou d'un problème de longue durée que ceux en commune (40,0% contre 36,9%).

Au niveau descriptif, les résultats varient donc selon la source de données utilisée et le choix de l'indicateur de santé et ne permettent pas d'avoir une conclusion arrêtée.

Indicateurs de santé selon le régime d'assurance hospitalier, personnes de 25 ans et plus, 2017 G4



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2021

Analyse multivariée

L'analyse multivariée examine l'état de santé des assurés avec et sans complémentaire d'hospitalisation à âge, sexe et position socioéconomique équivalents. La méthode, une régression logistique multivariée, est présentée à l'encadré 3.

Le tableau T 1 présente les résultats pour l'état de santé de manière synthétique. La première ligne du tableau T 1 présente les rapports de cotes (odds ratio) des assurés en division (demi-)privée comparé aux assurés en division commune lorsque l'on tient uniquement compte du régime d'assurance. Comme dans l'analyse descriptive, les résultats varient selon la source de données et l'indicateur de santé choisis (rapports de cotes entre 1,45 et 0,88).

Les lignes suivantes présentent ces mêmes rapports de cotes mais à âge, sexe et statut socioéconomique (formation ou revenu) équivalents. Lorsque l'on compare l'état de santé à âge et sexe égaux, les assurés en division (demi-)privés se déclarent en meilleure santé que les assurés en division commune: rapports de cotes de 1,77 (ESS) et 1,30 (PSM). Dans l'ESS, ils sont aussi moins touchés par des maladies chroniques ou des problèmes

de santé de longue durée (rapport de cote de 1,33) alors que dans le PSM, il n'y a pas de différence entre les deux populations (rapport de cotes de 1,01).

Rapport de cotes de la division (demi-)privée, personnes de 25 ans et plus, 2017 T 1

Variables explicatives	Bon à très bon état de santé autoévalué		Absence de maladie chronique et de problème de santé de longue durée	
	ESS	PSM	ESS	PSM
Assurance	1,45 (***)	1,11 (n.s.)	0,99 (n.s.)	0,88 (*)
Assurance, âge et sexe	1,77 (***)	1,30 (***)	1,13 (**)	1,01 (n.s.)
Assurance, âge, sexe et formation	1,46 (***)	1,17 (*)	1,08 (n.s.)	1,02 (n.s.)
Assurance, âge, sexe et revenu du ménage		1,11 (n.s.)		1,05 (n.s.)

Notes: Un rapport de cotes supérieur (inférieur) à 1 indique que les assurés en division (demi-)privée ont un meilleur (moins bon) état de santé que ceux en commune. Les rapports de cotes des autres variables explicatives (âge, sexe, formation et revenu standardisé du ménage) ne sont pas présentés par souci de simplification. Significativité statistique: ***, **, * statistiquement significatif à 0,1%, 1% et 5%, n.s. non significatif. n (ESS) = 15 358; n (PSM) = 7698

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) – FORS Panel suisse des ménages (PSM)

© Obsan 2021

Encadré 3: Analyses multivariées

Afin de rendre compte de l'influence des caractéristiques individuelles sur l'état de santé et le recours aux soins, des analyses multivariées ont été effectuées avec les données de l'ESS et du PSM. Il s'agit de régressions logistiques qui permettent d'expliquer l'occurrence d'un événement grâce à un ensemble de variables explicatives. L'intérêt est d'estimer, toutes choses égales par ailleurs, l'effet du régime d'assurance, (demi-)privé versus commune, sur l'événement modélisé, l'état de santé ou le recours aux soins. Cela permet de mesurer à âge, sexe et niveau socioéconomique équivalents la relation entre, le régime d'assurance et les événements modélisés.

Les événements modélisés sont l'état de santé autoévalué bon à très bon, l'absence de maladie chronique et de problème de santé de longue durée, le fait d'avoir été hospitalisé au cours des douze mois précédant l'enquête et le fait d'avoir consulté un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête.

Les variables explicatives sont le régime d'assurance (2 catégories), l'âge (4 catégories), le sexe (2 catégories) et le statut socioéconomique (la formation dans l'ESS et le PSM en 3 catégories; le revenu net standardisé du ménage dans le PSM en 7 catégories).

Le régime d'assurance est la variable explicative principale, les autres sont des variables dites de *contrôle*.

Tenir compte de la position socioéconomique réduit l'écart de santé observé entre les assurés en divisions (demi-)privée et commune. Lorsque la formation ou le revenu sont ajoutés dans la modélisation, les rapports de cotes diminuent mais restent supérieurs à 1 ou tendent vers 1; cela signifie que, toutes choses égales par ailleurs, l'état de santé des assurés en division (demi-)privée est supérieur ou comparable à celui des assurés en division commune.

En conclusion, la relation entre l'assurance complémentaire d'hospitalisation et l'état de santé ne converge pas systématiquement selon la source et la mesure de l'état de santé utilisée. Il ressort néanmoins de l'analyse que l'état de santé des assurés en division (demi-)privée est en moyenne supérieur ou égal aux assurés en division commune. C'est vrai dans l'absolu mais aussi lorsque l'on tient compte des caractéristiques individuelles de ces deux populations.

Recours aux soins

L'analyse du recours aux soins complète la comparaison entre assurés en divisions (demi-)privée et commune. On peut en effet se demander si d'une part les assurés en division (demi-)privée se font davantage hospitaliser et si, d'autre part, ils ont une autre utilisation du système de santé en général. Précisons d'emblée que l'assurance complémentaire en division (demi-)privée ne concerne pas le recours à un médecin. Mais ces résultats sont intéressants dans une volonté de comparer le comportement de ces deux populations en termes de recours aux soins.

Concernant les traitements hospitaliers et selon l'ESS 2017, il n'y a pas de différences entre les assurés âgés de 25 ans et plus en divisions (demi-)privée et commune dans l'occurrence d'une hospitalisation (12,9% contre 12,6%)¹³ ni dans le recours à un traitement hospitalier ambulatoire (32,8% contre 32,1%) (G5).

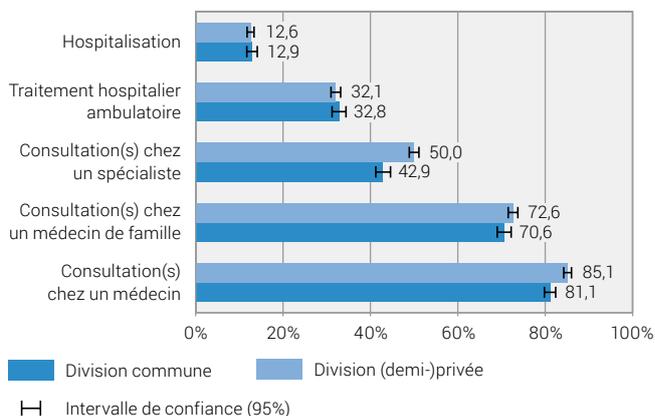
Par contre, les assurés en division (demi-)privée sont plus nombreux à avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois que les assurés en division commune (85,1% contre 81,1%)¹⁴. Ce constat vaut pour les médecins de famille (72,6% contre 70,6%) et plus encore pour les médecins spécialistes (50,0% contre 42,9%). Ces différences se situent au niveau de la première consultation – c'est-à-dire que les assurés en division commune sont plus nombreux à ne pas avoir ressenti la nécessité ou à avoir renoncé à consulter un médecin. En revanche, le nombre moyen de visites par patient ayant consulté au moins une fois est moindre chez les assurés en division (demi-)privée que chez les assurés en division commune (3,0 contre 3,4 visites chez les médecins de famille¹⁵ et 3,3 contre 3,7 visites chez les médecins spécialistes¹⁶).

Ces tendances sur le recours aux soins dans la population générale sont confirmées par des analyses multivariées qui tiennent compte de l'âge, du sexe et du statut socioéconomique (voir méthode à l'encadré 3): à âge, sexe et position

socioéconomique équivalents, les assurés en division (demi-)privée sont plus nombreux à consulter annuellement un médecin, mais il n'y a pas de différence quant à l'occurrence d'une hospitalisation ou d'un traitement hospitaliers ambulatoire.

Recours au soins selon le régime d'assurance hospitalier, personnes de 25 ans et plus, 2017

G5



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2021

Caractéristiques des patients hospitalisés

À partir des données de la MS, il est possible de comparer les caractéristiques des patients hospitalisés selon leur division hospitalière. Cette analyse, contrairement à celle qui précède, se focalise sur un sous-groupe spécifique: la population qui a été hospitalisée en soins aigus en 2017. En considérant l'ensemble des cas stationnaires pour les soins aigus en 2017, 22,6% des hospitalisations ont lieu en division (demi-)privée; une proportion plus basse que les estimations faites plus haut sur l'ensemble de la population.

Comme attendu les patients en division (demi-)privée sont plus âgés qu'en division commune (61,6 ans contre 48,9 ans en moyenne) (T2). Cela s'explique par la plus grande généralisation des assurances complémentaires d'hospitalisation parmi les personnes âgées. En raison de cette différence d'âge moyen, les deux groupes de patients pourraient avoir des besoins en soins et des traitements hospitaliers différents. C'est pourquoi le tableau T2 présente les principales caractéristiques des hospitalisations par classe d'âge (durée de séjour, PCCL¹⁷, degré de gravité relatif approché par le costweight).

La durée du séjour hospitalier est plus courte parmi les assurés en division (demi-)privée. Ceci est vrai à chaque classe d'âge, à l'exception des 15–34 ans. La durée de séjour plus longue observée au niveau du total (5,7 jours contre 5,4) s'explique uniquement par l'âge moyen plus élevé du groupe des patients en (demi-)privé.

¹³ Dans le PSM 2017, il n'y a pas non plus de différences. Le recours aux traitements ambulatoires des hôpitaux n'a en revanche pas été abordé dans le questionnaire.

¹⁴ On retrouve cette même tendance dans le PSM 2017.

¹⁵ Différence significative au seuil de 5%.

¹⁶ Différence non significative au seuil de 5%.

¹⁷ PCCL est l'abréviation de Patient Clinical Complexity Level, qui est le niveau de gravité global lié au patient.

Le PCCL est plus bas parmi les patients en (demi-)privé. Ceci est vrai à chaque classe d'âge, à l'exception de la classe d'âge des 0–14 ans. Cela signifie que les patients en division (demi-)privée ont moins de pathologies autres que celles pour laquelle ils sont hospitalisés (p. ex. hypertension, diabète, etc.).

En revanche, concernant le *costweight*, c'est-à-dire l'importance relative des soins et des ressources médicales ayant été délivrés, il n'y pas de tendance claire. Les patients hospitalisés en division (demi-)privée sont caractérisés par des *costweights* plus bas entre 35 et 74 ans mais plus élevés pour les autres classes d'âge.

Caractéristiques moyennes des patients hospitalisés en soins aigus selon la division hospitalière, 2017 T 2

Caractéristiques	Classes d'âge	Division commune	Division (demi-)privée	Sig.
Âge (années)		48,9	61,6	***
	Total	5,40	5,66	***
Durée de séjour (en jour, définition DRG)	0–14	4,12	3,55	***
	15–34	3,56	3,57	n.s.
	35–54	4,23	3,76	***
	55–74	6,04	5,47	***
	75+	8,08	7,79	***
Niveau de complexité clinique du patient (PCCL)	Total	1,11	1,09	***
	0–14	0,36	0,40	***
	15–34	0,60	0,40	***
	35–54	0,79	0,49	***
	55–74	1,34	1,02	***
Costweight brut	75+	2,01	1,79	***
	Total	1,05	1,15	***
	0–14	0,64	0,67	*
	15–34	0,80	0,82	**
	35–54	1,01	0,95	***
	55–74	1,30	1,26	***
	75+	1,26	1,29	***

Significativité statistique: ***, **, * statistiquement significatif à 0,1%, 1% et 5%, n.s. non significatif.
n (commune) = 984 242; n ((demi-)privé) = 287 178

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux

© Obsan 2021

Discussion

Le présent bulletin compare les assurés des divisions hospitalières (demi-)privée et commune en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leur état de santé et de leur recours aux soins. Il propose également une analyse des caractéristiques des patients hospitalisés.

Le bulletin met en lumière des différences sociodémographiques importantes entre les deux populations. De manière générale, les assurés en division (demi-)privée sont plus âgés,

mieux formés, disposent d'un revenu plus élevé et sont davantage présents dans les zones urbaines. Les analyses montrent également que l'état de santé des assurés en division (demi-)privée est comparable voire meilleur que celui des assurés en division commune à caractéristiques sociodémographiques équivalentes.

En termes de recours aux soins, si les assurés en division (demi-)privée sont plus nombreux à avoir consulté au moins une fois un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête, les assurés en division commune ont un nombre plus élevé de consultations par patient. Toutefois, les données de l'ESS et du PSM montrent qu'il n'y a pas de différences entre les assurés en division (demi-)privé et ceux en commune sur le fait d'avoir été hospitalisé.

Si l'on regarde les caractéristiques des patients hospitalisés, ceux en division (demi-)privée sont bien plus âgés qu'en commune. Des analyses par classe d'âge montrent que les patients en (demi-)privé ont néanmoins des durées de séjour tendanciellement plus courtes et un PCCL plus faible que les patients en commune. Les *costweights* sont en revanche plus ou moins équivalents dans les deux populations.

Ces résultats amènent plusieurs éléments de discussion. Tout d'abord, la très forte association entre le régime d'assurance et la position socioéconomique mène à considérer l'assurance complémentaire d'hospitalisation comme un bien de luxe, c'est-à-dire un bien dont la consommation augmente de manière plus que proportionnelle à l'augmentation du revenu. Cette assurance est actuellement prisée des personnes ayant un haut niveau d'éducation et des ménages ayant un revenu élevé. Le fait que ce soient surtout les jeunes, population généralement moins aisée, qui concentrent les cas de résiliation ou de non renouvellement appuie ce constat. Des études européennes ont aussi démontré que l'assurance complémentaire d'hospitalisation était prisée au sein des classes aisées (Lange et al. 2017; Jones et al. 2006). Notons toutefois que, pour des raisons historiques, l'assurance complémentaire d'hospitalisation reste répandue en Suisse parmi les personnes de 65 ans et plus. Il s'agit en effet de cohortes ayant souscrites à une telle assurance avant l'entrée en vigueur du régime actuel d'assurance-maladie (voir encadré 1) et ne l'ayant pas résiliée depuis.

Les assurés en division (demi-)privée ont un état de santé qui est équivalent ou meilleur à celui des assurés en division commune, à âge, sexe et position socioéconomique comparables. La sélection par les assureurs – les questionnaires de santé préalables à l'établissement du contrat – leur permet de contracter des individus en bonne santé. Par conséquent, les théories économiques énonçant que les personnes en moins bonne santé, se sachant plus à risque, souscrivent plus souvent à une assurance complémentaire d'hospitalisation ne sont pas pertinentes dans le cas présent.

Concernant le recours au système de santé, on constate que les assurés en division (demi-)privée sont plus nombreux à avoir consulté au moins une fois un médecin lors des douze mois précédant l'enquête – une différence particulièrement marquée pour les médecins spécialistes. Cet écart renvoie sans doute à la question d'une barrière économique à la consultation ainsi qu'à des compétences de santé différenciées (éducation, comportement de santé, etc.).

Toutefois, concernant l'occurrence des hospitalisations et des traitements hospitaliers ambulatoires, les données ne montrent pas de différence entre les assurés en division (demi-)privée et ceux en division commune. Ce résultat reste valide à position sociodémographique équivalente. Or d'autres travaux (Domenighetti et al. 1996; Busato et al. 2011; Peters et al. 2016) ont montré, pour une sélection d'interventions hospitalières, une tendance à la sur-hospitalisation des assurés en division (demi-)privée, probablement en réponse à des incitatifs financiers. Des analyses supplémentaires, en tenant compte des différences d'état de santé ou du degré de gravité des patients, devraient être réalisées en lien avec la question de la sur-hospitalisation des assurés en division (demi-)privée pour des interventions spécifiques. Il serait aussi intéressant d'élargir cette question en analysant la prise en charge ambulatoire des deux populations. La question ne se limiterait alors pas à savoir si les assurés sont sur-hospitalisés mais s'ils sont plutôt hospitalisés au lieu d'être traités en ambulatoire.

Références

Busato, A., Widmer, M. & Matter, P. (2011). Variation in incidence of orthopaedic surgery between populations with basic or basic plus supplementary health insurance in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. 141:w13152.

Domenighetti G., Bisig B., Zacco A., Gutzwiller F., Lecomte F., Mizrahi A. & Mizrahi Ar. (1996). *Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France*. Lausanne: Réalités sociales.

Jones, A. M., Koolman, X. & Van Doorslaer, E. (2006). The impact of having supplementary private health insurance on the use of specialists. *Annales d'Economie et de Statistique*, 251–275.

Lange, R., Schiller, J. & Steinorth, P. (2017). Demand and selection effects in supplemental health insurance in Germany. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 42(1), 5–30.

Peters, O., Vuffray, C. & Haslebacher, K. (2016). *Excédent de prestations stationnaires pour les personnes avec une assurance complémentaire*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Sacha Roth, Jonathan Zufferey, Sonia Pellegrini (Obsan)

Référence bibliographique

Roth, S., Zufferey, J. & Pellegrini, S. (2021). *Personnes avec et sans assurance complémentaire d'hospitalisation. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques, de l'état de santé et du recours aux soins* (Obsan Bulletin 2/2021). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original

Français, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-2102).

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Imprimés

www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Numéro OFS

1034-2102

© Obsan 2021



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.