

selon les diverses assurances. Leur évolution est perçue d'une manière très lacunaire par les acteurs et les observateurs. Le marché était estimé en 2006 par l'Office fédéral de la santé (OFS) à 5,4 milliards de francs, c'est-à-dire environ 10% de la facture des coûts de la santé en Suisse (53 milliards), soit le quart de l'assurance obligatoire LAMal. Mais le secteur reste impénétrable à des statistiques détaillées, contrairement à l'assurance de base qui représente, cette année, environ 20 milliards des coûts.

NOMBREUSES VARIANTES Les assurances complémentaires sont soumises à la loi sur le contrat d'assurance (LCA), qui règle l'ensemble des assurances privées. Les prestations versées aux assurés ont peu augmenté depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Cela dit, plusieurs phénomènes sont notables. On assiste à l'émergence d'un foisonnement de produits, qui témoigne d'une intense créativité commerciale. L'assuré a le choix entre des variantes multiples et des calculs sans limite.

Malgré cela, l'assurance privée a de la peine à décoller. Au contraire, elle régresse. Jean-Paul Diserens, le patron d'Assura (500 000 assurés), constate que le principal produit, soit l'assurance d'hospitalisation privée, a connu une forte désaffection: «Il y a une quinzaine d'années environ, 50% de la population disposait d'une telle complémentaire, aujourd'hui, il n'en reste plus que 15 à 20%.» Mais d'autres produits (*lire en page 18*) ont pris le relais, et le



COFFRINI KEYSSTONE

«La sélection des risques est normale: si quelqu'un est en mauvaise santé, le risque n'est pas bon et il n'est pas accepté.»

Jean-Paul Diserens, patron d'Assura

versement des prestations privées a tout de même augmenté d'environ 10% en dix ans, contre 50% pour l'assurance de base. Progressivement, la marge bénéficiaire sur les primes complémentaires a grimpé de 13% en 1996, date de l'introduction de la LAMal, à près de 30% aujourd'hui. Delphine Centlivres, de la Fédération romande des consommateurs (FRC), confirme cette marge qui correspond aux standards des assurances privées en général. Dans ce laps de temps, les assureurs sont donc passés d'une logique de mutualité à une logique de rentabilité.

MOINS REMBOURSÉS En d'autres termes, les assurés paient davantage, mais sont moins remboursés. Ce sentiment est confirmé par plusieurs observateurs du système, même si chacun manque de données statistiques. Ni l'Observatoire suisse de la santé, ni SantéSuisse, ni l'Office fédéral de la statistique ou encore la FRC ne disposent de chiffres suffisamment précis pour affiner une quelconque analyse. Seul le site Comparis.ch tient des estimations sur les préférences des Suisses quant à leurs complémentaires.

Dans ce contexte, un certain mécontentement, doublé d'une méconnaissance des offres, est sensible. Pour Mauro Poggia, président d'honneur de

l'Association suisse des assurés (Assuas), le problème est plus profond: «Quand vous êtes jeune, on encaisse et, quand vous êtes vieux, on vous jette. Les conditions sont de plus en plus dures.» Christian Canela, juriste responsable de l'association, constate qu'il ne se passe pas un ou deux jours sans qu'elle soit sollicitée pour défendre des membres qui se sentent lésés. Actuellement 250 cas y sont en procédure. L'ombudsman de l'assurance maladie en Suisse, Rudolf Luginbühl, en recense 2000 par année sur l'ensemble du pays (*lire en page 20*). Christian Canela poursuit: «Il y a une grande diversité. Mais nous nous heurtons toujours à l'opacité des assureurs à qui la loi accorde le secret des affaires, quand bien même nous nous battons avec un certain succès pour que celui-ci ne soit pas applicable dans le domaine de la santé. Le système est donc très nébuleux, c'est un néant juridique. De plus, les assureurs multiplient leurs sociétés, font des transferts de frais, et les assurés sont désorientés.»

Les problèmes sont multiples. D'une part, le marché privé propose une gamme de produits déconcertante par le nombre et différente selon les assureurs, avec des réserves selon l'état de santé, les antécédents médicaux, l'âge, la région ou le sexe. Les questionnaires sont carrément dissuasifs et la réponse négative d'un assureur est souvent une source d'incompréhension. «Le client idéal doit être en bonne santé, non fumeur, peu consommateur d'alcool, sportif et, surtout, dans une tranche d'âge qui n'excède pas 45 ans», fait remarquer un vendeur d'assurances de Lausanne. Dans notre enquête, les témoignages concordent largement sur ce point. Un autre problème concerne les conditions de résiliation. Selon les assurances, les contrats

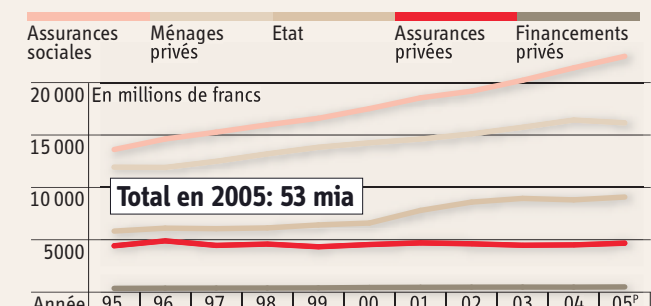
courent sur une durée d'un à cinq ans, la plupart sont reconduits tacitement. Mais l'assureur se réserve le droit de les dénoncer unilatéralement, ce qui peut arriver notamment lorsqu'un assuré change de caisse pour l'assurance de base, qu'il passe la limite d'âge ou qu'il devient un trop important consommateur de prestations.

PEU INFORMÉS Michel M., conseiller en assurances dans l'arc lémanique, constate: «S'assurer en complémentaires est de plus en plus difficile. Par ailleurs, les gens sont peu informés, ils ne savent pas à quoi ça sert. Je leur demande: "Pourquoi les avez-vous?" C'est psychologique et non économique. Les assureurs veulent vendre beaucoup de complémentaires qui ne servent pas à grand-chose. Par exemple, l'hospitalisation dans toute la Suisse ne sert souvent à rien, car, en cas d'urgence, on est soigné partout et, pour les cas prévisibles, les hôpitaux cantonaux répondent à la demande.» La Confédération pourrait d'ailleurs mettre un terme à cette situation en suivant la proposition de Pascal Couchepin, qui veut libéraliser l'accès aux hôpitaux.

Pour toutes ces raisons, le marché des complémentaires a stagné. Raymond Rossel, spécialiste à l'OFS, constate: «L'intérêt pour les complémentaires est stable, car l'assurance de base a réglé l'accès aux soins pour tout le monde avec un bon niveau de qualité.»

Cela dit, à considérer l'indice des primes mesuré par l'OFS, les complémentaires ont moins augmenté que l'assurance de base, 25% contre 50% en dix ans. Pour Christian Canela, c'est un écran de fumée: «Il y a là une astuce, pour ne pas dire une escroquerie, car l'assurance privée s'inscrit dans une logique

QUI PAIE LA FACTURE DE LA SANTÉ?



^P Les chiffres de 2005 ne peuvent pas encore être considérés comme définitifs car les données de base de l'Administration des finances concernant les dépenses des communes ne sont pas encore disponibles.

SOURCE: OFS - ENCYCLOPÉDIE STATISTIQUE DE LA SUISSE

économique à long terme basée sur l'augmentation du bénéfice au détriment des assurés.» Ce que conteste Jean-Paul Diserens: «Au niveau des complémentaires, la sélection des risques est normale: si quelqu'un est en mauvaise santé, le risque n'est pas bon et il n'est pas accepté. Quant aux résiliations, nous ne menons pas cette politique. Nous sommes des commerçants et nous avons tout intérêt à fidéliser notre clientèle pour qu'elle n'aille pas ailleurs.» Quant à favoriser un assuré plus riche, à négocier le prix, il n'en n'est pas question: «Il n'y a pas à négocier, nos critères relèvent uniquement de la santé du client.»

DEUX VITESSES Delphine Centlivres estime pour sa part que les complémentaires ont fait perdre le sens de la solidarité, de la mutualité, au travers d'une sélection toujours plus pointue des risques: «Si vous avez un faible revenu, vous n'avez pas les moyens. Si vous êtes pauvre et malade, c'est encore pire, vous n'avez pas accès à une certaine qualité des soins, notamment d'hospitalisation.» Pour faire court et connu, dans le monde des complémentaires, mieux vaut être riche, jeune et en bonne santé, que pauvre, vieux et malade. C'est effectivement, en marge de l'assurance de base, une médecine à plusieurs vitesses qui s'est installée. Les complémentaires seraient-elles devenues une assurance de riches? «Pas vraiment, répond Jean-Paul Diserens. Il s'agit de gens venant de la classe moyenne qui sont inquiets pour leur santé. Paradoxalement, les personnes qui s'y accrochent le plus sont les personnes âgées assurées depuis longtemps. Ce sont elles aussi qui les abandonnent en raison du prix.» Il concède tout de même que de nouvelles sociétés sont apparues, moins chères, mais plus restrictives dans l'acceptation de nouveaux clients. En clair, les assureurs d'hier et d'aujourd'hui chassent les bons risques. Alors que, pour les assurés, les complémentaires sont en passe de devenir un luxe nécessaire. | EF



FRANÇOIS WAHRE REZO

EN PRIVÉ Les patients de la Clinique Cecil bénéficient d'un service hôtelier complet. Des hôtesse d'étage veillent au bien-être des patients et déchargent les infirmières de toutes les tâches non médicales.

10 QUESTIONS INCONTORNABLES SUR LES COMPLÉMENTAIRES

1 UN PASSE-DROIT AUX URGENCES? NON ET OUI

En cas d'urgence, une complémentaire privée donne-t-elle un accès aux soins plus rapidement qu'une simple assurance de base? La réponse du corps médical est sans appel, c'est d'abord le degré d'urgence du patient qui motive son intervention. Il n'y a donc théoriquement pas de passe-droit possible. On ne va pas considérer une personne, dont la vie est en danger, en se basant sur sa couverture. Du moins pas tout de suite. Ce devrait être la règle déontologique de base, mais il n'est pas rare d'entendre des témoignages selon lesquels la couverture privée de l'assuré a fait mobiliser soudain une équipe plus «titrée» ou plus qualifiée pour traiter le cas. Cela dit, cette situation peut

aussi être indépendante du degré d'assurance du patient et dépendre de l'intérêt observé pour les soins à lui prodiguer.

2 PLUS DE CONFORT À L'HÔPITAL? OUI

Si pour le corps médical, tout le monde est égal devant les cas d'urgence, ce n'est plus le cas ensuite, lorsque l'on passe du traitement considéré comme ambulatoire à l'hospitalisation. C'est ici que la prévoyance du patient lui assure un meilleur confort. Cette complémentaire dite privée ou semi-privée, que l'on trouve dans toutes les grandes caisses, fait partie généralement d'un «package» d'assurances qui comprend le choix de l'hôpital, la chambre en privé ou en semi-privé et le choix d'un ou plusieurs spécialistes. Elle peut varier selon les caisses,

avec des primes de 50 à 260 francs par mois. C'est la plus chère des complémentaires. Selon l'évaluation du site Comparis, cette assurance arrive en tête en termes d'«importance» chez les Suisses et les Suissesses même si elle n'est pas la plus fréquemment contractée (voir notre hit-parade en p. 18). Dans la perspective d'une future hospitalisation, il s'agit d'éviter la chambre commune, le voisinage d'autres malades, mais aussi de pouvoir être soigné dans un cadre plus calme (cliniques privées en particulier), recevoir des visites à bien plaisir, choisir ses menus, etc. En théorie, pour le suivi médical, il ne devrait pas exister «de différences entre les deux catégories de base et privée», précise Catherine Panchaud, secrétaire générale adjointe du syndicat infirmier SBK-ASI. Seulement nous remar-