

Financement du traitement résidentiel des dépendances

Situation actuelle, nécessité d'intervenir et possibilités d'action - rapport final

Sur mandat
de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)
Section drogues

Matthias Gehrig, Kilian Künzi, Peter Stettler

Berne, le 22 mars 2012

Table des matières

Table des matières	I
Synthèse	III
1 Introduction	1
1.1 Situation initiale et questions	1
1.2 Méthodologie	1
1.3 Structure du rapport	2
2 Le système du traitement résidentiel des dépendances	3
2.1 Survol (épure du système)	3
2.2 Les prestataires de services	5
2.3 Prise en charge	5
2.4 Évolution de l'offre	9
2.5 Instances de placement	11
2.6 Placements hors canton	12
3 Financement du traitement résidentiel des dépendances	14
3.1 Principes du système de financement	14
3.2 Les bases légales	14
3.3 Affectation au financement d'actifs saisis	15
3.4 Volume de financement	17
3.4.1 Évaluation du coût du traitement résidentiel des dépendances au sens strict	18
3.4.2 Évaluation des coûts dans les hôpitaux et cliniques publics	19
3.4.3 Évaluation du coût du traitement résidentiel des dépendances dans son ensemble	21
3.5 Financement direct des institutions « financement institutionnel »	21
3.6 Sources de financement	21
3.7 Situation actuelle du financement des institutions de traitement résidentiel des dépendances	22
4 Les systèmes cantonaux de financement	24
4.1 Études de cas	24
4.1.1 Le canton d'Argovie	24
4.1.2 Le canton de Berne	25
4.1.3 Le canton de Bâle-Campagne	27
4.1.4 Le canton de Bâle-Ville	29
4.1.5 Le canton de St. Gall	30
4.2 Comparaison entre cantons	32
5 Nécessité d'intervenir	34
5.1 Hétérogénéité des mécanismes de financement	34
5.2 Financement direct des institutions (« financement institutionnel »)	37

5.3	Concurrence intercantonale	39
5.4	Indication	41
5.5	Offre et tarifs	43
6	Actions possibles	45
6.1	Harmonisation des mécanismes du financement	45
6.2	Instances d'indication régionales	46
6.3	Autres options stratégiques	47
6.4	Évaluation des options stratégiques par les cantons	48
7	Conclusions	51
8	Sources et littérature utilisées	52
9	Annexe	54
9.1	Liste des expert(e)s consulté(e)s	54
9.2	Résultats détaillées de l'enquête en ligne des cantons	55
9.3	Tableaux supplémentaires	71

Synthèse

Situation initiale

À la fin des années '90, en Suisse, certaines institutions pratiquant le traitement résidentiel des dépendances ont subi une crise de financement du fait d'une modification des méthodes de l'Assurance Invalidité. Malgré une aide financière apportée par la Confédération et par les cantons, cette situation a abouti à la fermeture de plusieurs institutions. Le système de prise en charge développé ensuite par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en collaboration avec les cantons (fisu-fidé), n'a pas convaincu. Un postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) chargeait le Conseil fédéral d'étudier l'opportunité d'affecter aux institutions de traitement de la toxicomanie les montants confisqués aux trafiquants de drogue. C'est la raison pour laquelle l'OFSP a mandaté le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) afin d'analyser la situation actuelle des mécanismes de financement du traitement résidentiel des dépendances, d'identifier les difficultés et de proposer des pistes de solution.

Méthodologie

Pour réaliser cette étude, les méthodes et sources de données suivantes ont été utilisées :

- Analyse de la littérature et de documents, particulièrement en relation avec les questions de financement du traitement des dépendances et des incitants économiques.
- Avis de l'Office fédéral de la Justice (OFJ) : s'appuyant sur les dispositions légales, l'OFJ a publié un avis quant à l'affectation des actifs saisis (argent de la drogue) pour le traitement des dépendances.
- Réalisation de 18 entretiens structurés avec des représentant(e)s des autorités nationales, cantonales et communales compétentes, des représentant(e)s des institutions fournissant les prestations et des experts scientifiques.
- Une enquête écrite auprès des cantons : à l'occasion d'une enquête en ligne, les délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie de l'ensemble des cantons ont été invités à évaluer les besoins de réforme du traitement résidentiel des dépendances et de l'attitude de leur canton à l'égard d'éventuelles réformes. Des 26 cantons sollicités, 4 se sont abstenus de participer à l'enquête. L'échantillon de l'enquête auprès de cantons compte donc 22 répondants (taux de réponse 85%).

Résultats

Dans son avis détaillé, l'Office fédéral de la Justice conclut qu'**affecter les sommes confisquées aux trafiquants de drogue** n'est « pas indiqué » pour différentes raisons : difficulté de différenciation, variabilité des montants, souveraineté des cantons.

Les recherches et les analyses réalisées sur l'organisation et le financement du traitement résidentiel des dépendances ont permis d'**identifier les problématiques** majeures suivantes :

- L'hétérogénéité des mécanismes de financement du traitement résidentiel des dépendances incite parfois les instances de placement à prendre des décisions de placement inappropriées.
- Pour différentes raisons, la concurrence entre les institutions, tant sur la qualité que sur le prix, est limitée.
- Dans la plupart des cantons, le processus d'indication n'est pas organisé de manière optimale sous l'angle économique : les instances de placement ne sont pas - ou pas assez - indépendantes des fournisseurs de prestations et des sources de financement.
- L'existence d'un mécanisme dual de financement (pour simplifier : LAMal pour l'alcool ; assistance sociale pour la drogue) peut compliquer l'accès au système de soins, ce qui contrarie l'équité dans l'accès aux soins.

Comme le montre l'exemple de certains cantons (Good Practice), moyennant une volonté suffisante d'action, la plupart des problèmes identifiés se résolvent en principe au niveau cantonal (principe de subsidiarité).

Quant à la **nécessité d'intervenir** en matière de financement du traitement résidentiel des dépendances, l'avis des cantons est partagé :

- La moitié des cantons avance que leurs institutions pratiquant le traitement résidentiel des dépendances n'ont aucun problème de financement. L'autre moitié signale des difficultés chez certaines institutions, dont le déficit doit être couvert depuis quelques années.
- Pour 9 des 22 cantons, les problèmes identifiés ne justifient aucune intervention. Les 13 autres cantons confirment la nécessité d'intervenir au moins pour une des problématiques observées.
- S'il y a un point où les cantons estiment nécessaire d'intervenir, c'est sur l'accès au traitement résidentiel des dépendances et sur l'accès équitable aux soins, dès lors que ces problèmes résultent de l'existence d'un mécanisme dual de financement.

■ En l'occurrence, 12 cantons estiment qu'une harmonisation du financement (transfert du traitement résidentiel des dépendances à la LA-Mal) est susceptible d'améliorer la situation actuelle des thérapies résidentielles des dépendances. À ces 12 cantons s'opposent pourtant 6 cantons qui partagent l'avis opposé. Quatre d'entre eux rejettent explicitement toute harmonisation des financements. En revanche, dans le cadre de l'enquête, 7 cantons se sont déclarés prêts à collaborer, le cas échéant, à un projet de réforme en ce sens. Un nombre relativement important des participants (11 cantons) n'ont pas encore voulu s'engager à ce stade.

Conclusions

Les résultats de l'étude peuvent être synthétisés comme suit :

- Le financement de la plupart des établissements pratiquant le traitement résidentiel des dépendances est assuré
- La sécurité d'approvisionnement des soins est garantie
- Pour des raisons inhérentes au système, l'efficacité et l'efficience des soins ne sont pas optimales
- Du fait de l'existence d'un mécanisme dual de financement, l'équité de l'accès aux soins est limitée.
- Dans l'ensemble, les cantons estiment « plutôt faible » la nécessité d'intervenir.

1 Introduction

1.1 Situation initiale et questions

À la fin des années '90, en Suisse, plusieurs institutions pratiquant le traitement résidentiel des dépendances ont subi une crise de financement du fait que l'Assurance-Invalidité a adapté sa pratique à la législation en vigueur. Malgré une aide financière consentie par la Confédération et par les cantons, cette situation a abouti à la fermeture de plusieurs établissements qui proposaient la thérapie résidentielle des dépendances. Le Conseil fédéral a alors chargé l'Office Fédéral de la Santé publique (OFSP) de concevoir, en collaboration avec les cantons, un système unique de financement capable d'assurer à long terme le financement du traitement résidentiel des dépendances. Le projet a finalement échoué pour des raisons de résistance des cantons et de grande complexité du système de prise en charge et de financement envisagé (fisu-fidé).

Une nouvelle tentative fut lancée par le biais d'une initiative parlementaire (98.450), transformée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) en un Postulat (10.3007). Ce texte chargeait le Conseil fédéral « ...de présenter un projet de financement montrant comment la sécurité et la qualité de l'approvisionnement des institutions stationnaires pour le traitement de toxicomanes pourraient éventuellement être garanties par l'utilisation d'une partie des éléments de fortune confisqués dans le cadre des procédures pénales pour infractions à la loi sur les stupéfiants ».

C'est dans ce contexte que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) en vue d'effectuer un projet de recherche articulé en quatre modules :

- Module 1 : Analyse de la situation actuelle du financement du traitement résidentiel des dépendances
- Module 2 : Identification des problématiques et élaboration de pistes de solutions éventuelles
- Module 3 : Enquête auprès des cantons sur le besoin de réformes et sur leur attitude à l'égard d'éventuelles réformes
- Module 4 : Préparation de conclusions et de propositions de solutions.

1.2 Méthodologie

Pour la préparation des modules, les méthodes de recherche en sciences sociales et les sources de données suivantes ont été utilisées :

- **Analyse de la littérature** : recherche et analyse de la littérature correspondante, concernant particulièrement les questions de financement et d'incitants économiques.
- **Avis de l'Office fédéral de la Justice** : En se fondant sur les dispositions légales, et à la demande de l'OFSP, l'Office fédéral de la Justice (OFJ) a émis un avis détaillé sur la question de l'affectation au traitement des dépendances des actifs saisis (argent de la drogue).
- **Entretiens individuels** : réalisation d'entretiens structurés et individuels avec 10 représentant(e)s des autorités nationales, cantonales (ZH, BE et VD) et communales compétentes, des représentant(e)s des institutions fournissant les prestations et des expert(e)s scientifiques. L'identification des problématiques liées au système (de financement) du traitement résidentiel des dépendances (cf. chapitre 5) et la discussion de solutions possibles ont servi à déterminer les axes thématiques des entretiens individuels. Le **Tableau 8** de l'annexe 9.1 cite les experts qui ont été interviewés.
- **Interviews par téléphone** : Réalisation de 8 brèves interviews téléphoniques avec les délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie de certains cantons présélectionnés. L'organisation des systèmes de financement spécifique à chaque canton (cf. section 4.1) était un des éléments centraux des interviews

téléphoniques réalisées avec les délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie des cantons sélectionnés. Ces interviews téléphoniques ont servi de base pour l'analyse économique du financement du traitement résidentiel des dépendances et l'identification des incitants économiques auxquels sont confrontés les différents intervenants (en particulier ceux qui décident du placement et de la prise en charge des coûts (cf. chapitre 5). Le **Tableau 9** de l'annexe 9.1 présente la liste des professionnels sollicités dans le cadre des interviews téléphoniques.

■ **Une enquête en ligne auprès des cantons** : À l'occasion d'une enquête en ligne, les délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie de l'ensemble des cantons ont été invités à évaluer les besoins de réforme de thérapies résidentielles des dépendances et de l'attitude de leur canton à l'égard d'éventuelles réformes. Faisait partie intégrante de l'enquête menée auprès des cantons, un rapport établi sur la base de l'analyse préalable des problématiques inhérentes au système de financement actuel. Des 26 cantons sollicités, 4 se sont abstenus de participer à l'enquête (OW, NE, GL AI). L'échantillon de l'enquête auprès de cantons compte donc 22 répondants (taux de réponse 85 %). Bien entendu, lors de l'interview, les délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie ne pouvaient évidemment pas exprimer directement « l'avis de leur canton ». C'est en effet le privilège des gouvernements cantonaux, par le biais des procédures de décision appropriées. Ces personnes ont toutefois été priées de présenter leur appréciation de l'opinion de leur canton.

1.3 Structure du rapport

Les deux premiers chapitres décrivent brièvement le système du traitement résidentiel des dépendances (chapitre 2) et le système de financement (chapitre 3). Lorsque c'est possible, ils présentent aussi des données empiriques à titre illustratif. Le chapitre 4 présente l'organisation des systèmes de financement dans les différents cantons. L'analyse économique des systèmes de financement cantonaux figure au chapitre 5. Celle-ci vise d'abord à identifier les problématiques (et donc la nécessité d'intervenir) dues à l'actuel système de financement du traitement résidentiel des dépendances. Elle tient compte aussi du résultat des interviews d'experts et de l'enquête en ligne réalisées auprès des cantons. Le chapitre 6, enfin, présente des pistes de solutions susceptibles de résoudre les problèmes existants. Une évaluation de ces solutions potentielles est également demandée aux cantons.

2 Le système du traitement résidentiel des dépendances

2.1 Survol (épure du système)

Le **Graphique 1** présente de manière synthétique le système du traitement résidentiel des dépendances, que l'on peut également qualifier de « marché ». Comme le montre ce graphique, l'on y rencontre différents intervenants :

■ **Les fournisseurs de prestations (offreurs)** : nous relevons dans la section 2.2 l'existence de cinq groupes de fournisseurs de prestations et leur importance pour le traitement résidentiel des dépendances (section 2.3).

■ **Les prescripteurs (intermédiaires)** : dans la section 2.5, nous soulignons, à l'aide de données empiriques, l'importance de chaque instance de placement dans le traitement résidentiel des dépendances.

■ **Les sources de financement (bailleurs de fonds)** : Le Graphique 1 montre l'existence de sept sources de financement différentes pour le traitement des dépendances. La section 3.6 aborde l'importance de ces différentes sources de financement.

■ **Les client(e)s (demandeurs).**

Les chevauchements qui apparaissent dans le Graphique 1 entre les quatre grands groupes d'intervenants montrent clairement qu'ils ne jouent pas nécessairement un rôle unique dans le traitement des dépendances. En effet, dans la réalité du système de traitement résidentiel des dépendances, certains intervenants assument plusieurs fonctions à la fois. C'est important, dans la mesure où cette situation n'est pas sans effet sur le profil des incitants économiques que rencontrent les intervenants concernés. Sous l'angle économique, les « **fonctions multiples** » suivantes sont particulièrement significatives :

■ Dans le système du traitement résidentiel des dépendances, **les communes et les cantons**, qui en financent l'essentiel (voir section 3.6) peuvent assurer simultanément les quatre fonctions (offre, intermédiation, financement, demande) :

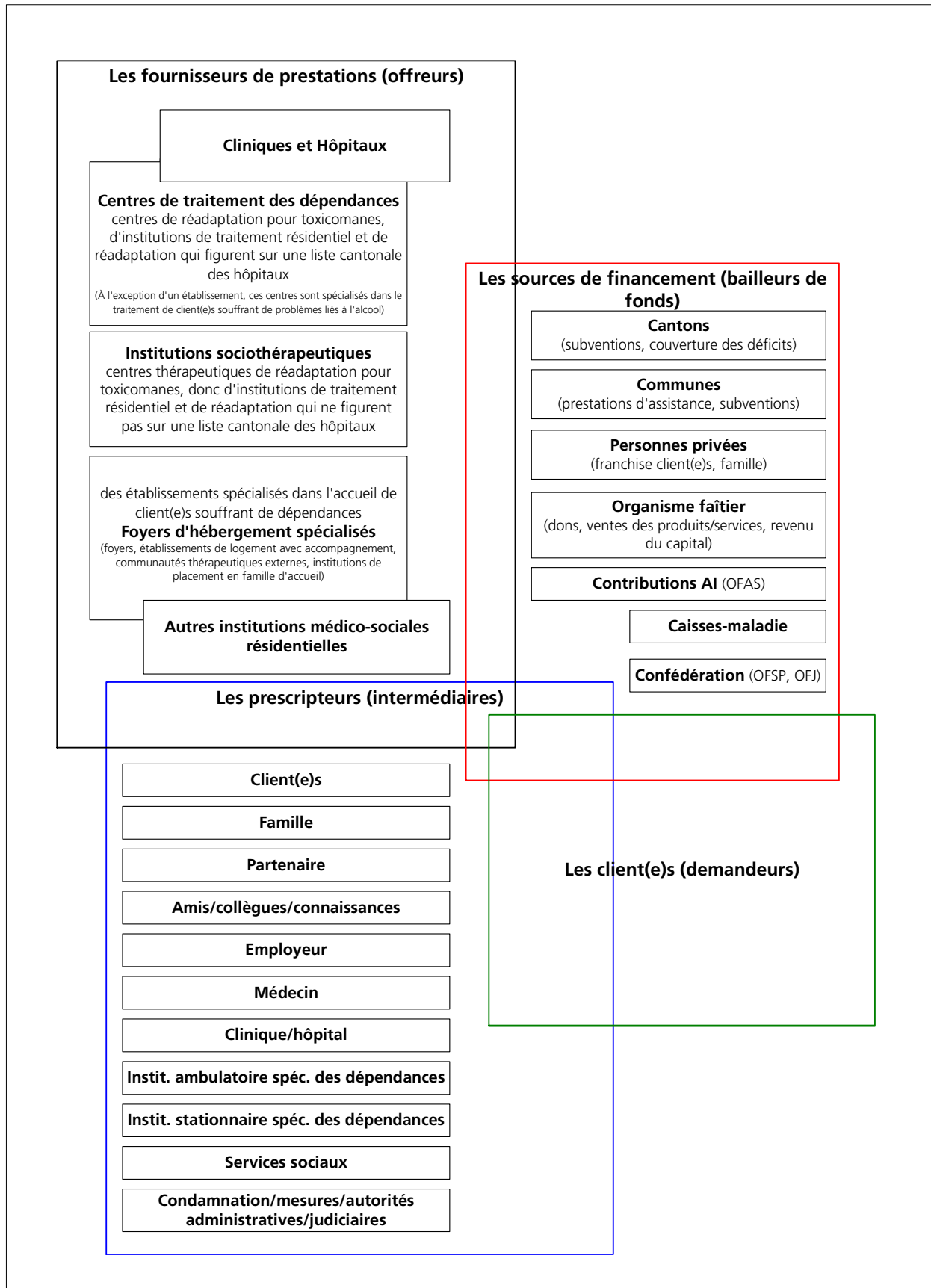
- Par leurs décisions de prise en charge des coûts et de placements, ils assument la fonction de demandeur.

- Lorsqu'ils contribuent au financement des institutions résidentielles en leur affectant des sommes indépendantes des client(e)s (financement institutionnel), ils sont également, dans un certain sens, prestataires.

- Lors du choix de l'institution où le (la) client(e) va bénéficier d'un traitement résidentiel, ils jouent également le rôle d'instance de placement.

■ Les **fournisseurs de prestations** peuvent également assumer le rôle d'instance de placement. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une institution de traitement des dépendances gère à la fois des institutions de soins ambulatoires et de soins résidentiels et que les premières renvoient des client(e)s ambulatoires vers les secondes au sein de la même institution. Comme nous le montrerons au chapitre 2.5, dans certains cantons, des établissements résidentiels, fournisseurs de prestations, jouent eux-mêmes un rôle actif dans l'indication et dans la décision de placement.

Graphique 1: Le système suisse du traitement des dépendances (à des substances) et de réadaptation



Source : BASS

2.2 Les prestataires de services

Dans le domaine du financement du traitement résidentiel des dépendances, il convient de différencier cinq types de prestataires :

■ **Les centres de traitement des dépendances** : il s'agit de *centres de réadaptation pour toxicomanes, d'institutions de traitement résidentiel et de réadaptation qui figurent sur une liste cantonale des hôpitaux*. Les prestations effectuées par ce type d'établissement peuvent être prises en charge dans le cadre de la LAMal. Dans les centres de traitement des dépendances, les coûts de traitement sont pris en charge par les client(e)s, les assureurs-maladie et les cantons. À l'exception d'un établissement du canton d'Argovie, ces centres de traitement des dépendances sont spécialisés dans le traitement de client(e)s souffrant de problèmes liés à l'alcool. Bien entendu, une majorité de ces centres de traitement traite aussi des client(e)s qui souffrent d'un problème de drogue. Sont à considérer au même titre que les centres de traitement des dépendances, **les centres de désintoxication** et les possibilités de sevrage offertes dans le cadre d'un service de psychiatrie, qui privilégient une phase de traitement précise et figurent également sur une liste cantonale d'hôpitaux (voir la catégorie « hôpitaux et cliniques » ci-dessous).

■ **Institutions sociothérapeutiques** : Il s'agit de centres thérapeutiques de réadaptation pour toxicomanes, donc d'institutions de traitement résidentiel et de réadaptation qui *ne figurent pas* sur une liste cantonale des hôpitaux. Ne pouvant pas facturer par le biais de la LAMal les prestations qu'elles fournissent, elles sont en réalité financées par l'aide sociale. À une exception près, les établissements spécialisés dans le traitement résidentiel de client(e)s souffrant de problèmes de drogue sont des institutions sociothérapeutiques. Bien entendu, il existe également des institutions sociothérapeutiques spécialisées dans le traitement résidentiel de dépendances à l'alcool. Tous les établissements spécialisés dans le traitement de problèmes liés à l'alcool ne figurent pas sur une liste cantonale des hôpitaux.

■ **Foyers d'hébergement spécialisés** : Ce sont des établissements spécialisés dans l'accueil de client(e)s souffrant de dépendances. Ces institutions ne figurent pas sur une liste d'hôpitaux. L'on distingue différents types d'institutions :

- foyers
- communautés thérapeutiques externes
- établissements de logement avec accompagnement
- institutions de placement en famille d'accueil

■ **Hôpitaux et cliniques** : Les prestations de traitement résidentiel des dépendances sont également effectuées, en partie, par des hôpitaux et des cliniques qui ne traitent pas exclusivement des client(e)s souffrant de problèmes de dépendance.

■ **Autres institutions médico-sociales résidentielles** : Il y a lieu de supposer que les prestations de traitement résidentiel des dépendances sont également effectuées, partiellement, dans des institutions médico-sociales résidentielles non spécialisées dans les problèmes de dépendance (par exemple des foyers d'hébergement non spécialisés dans les problèmes de dépendance, ou encore des centres d'exécution des mesures).

2.3 Prise en charge

Sont généralement comptés parmi les fournisseurs de prestations spécialisés dans le traitement résidentiel des dépendances à l'alcool, aux drogues illicites, aux médicaments et à d'autres substances, les institutions qui participent au monitoring d'act-info :

■ **Les « Institutions Residalc »** : il s'agit d'établissements spécialisés dans le traitement de problèmes liés à l'alcool et aux médicaments et, dans une certaine mesure, aux dépendances et comportements sans lien avec des substances (désordres alimentaires et jeu pathologique). Selon Delgrande Jordan (2011), il y

avait, en septembre 2011, 21 institutions de ce type. Statistiquement, ces institutions et leurs client(e)s figurent dans le monitoring « act-info-Residalc ». En 2010, 16 des 21 institutions Residalc ont participé au monitoring de client(e)s. L'étude Delgrande Jordan (2011) nous apprend que les institutions Residalc ne traitent pas que les problèmes liés à l'alcool et aux médicaments, mais aussi aux dépendances à d'autres substances, en l'occurrence à des drogues illégales. La majorité de ces institutions Residalc sont des centres de traitement des dépendances.

■ **Les « Institutions FOS »** : Il s'agit d'institutions résidentielles spécialisées dans le traitement de dépendances aux drogues illégales. Ces institutions sont incluses dans les statistiques par le biais du système de documentation des client(e)s « act-info-FOS ». En janvier 2010, 50 institutions appartenaient au réseau de recherche act-info-FOS. Selon l'institut de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF), qui gère le monitoring act-info-FOS, ces 50 institutions constituent les trois quarts de l'ensemble des institutions de traitement résidentiel des dépendances à la drogue de Suisse¹, ce qui implique qu'il y a en Suisse 67 de ces institutions. Dans le rapport annuel 2009 d'act-info (OFSP 2010, 8) il est question de 60 établissements résidentiels susceptibles de traiter des problèmes de dépendance aux substances illégales. Le monitoring des client(e)s act-info-FOS ne tient pas compte des centres de traitement résidentiel des dépendances à l'alcool, des communautés thérapeutiques externes et des foyers. À une exception près, les établissements FOS sont des institutions sociothérapeutiques qui ne figurent sur aucune des listes cantonales d'hôpitaux.

Tableau 1 : Prise en charge des institutions de traitement résidentiel des dépendances qui participent au monitoring des client(e)s act-info-Residalc (Alcool) et act-info-FOS (drogues illégales), 2010

Échantillonnage (selon act-info-Residalc/FOS)			
	act-info-FOS	act-info-Residalc	Total
Nombre d'établissements	44	16	60
Nombre d'admissions	594	1'494	2'088
Nombre de client(e)s	571	n.d.	n.d.
Durée moyenne du séjour, en jours	316	99	160
Nombre de journées	187'484	147'562	335'047
Population (Prévision/estimation BASS)			
			Total
Nombre d'institutions	67	21	88
Nombre de journées	284'067	193'676	477'743

Source : Schaaf et al. (2011), Delgrande Jordan (2011) ; calculs internes, graphique BASS

Le **Tableau 1** montre dans quelle mesure l'offre des institutions FOS et Residalc qui ont fourni des données dans le cadre du monitoring des client(e)s pour l'année 2010 a été prise en compte par les client(e)s.

Il y a des raisons de croire à une sous-évaluation du volume de prestations résidentielles à financer en matière de traitement des dépendances, dès lors que le périmètre des institutions résidentielles participant au monitoring act-info est limité. Il y a à cela plusieurs raisons :

■ Toutes les institutions résidentielles spécialisées dans le traitement des dépendances ne participent pas au monitoring des client(e)s act-info. Comme indiqué plus haut, l'étude Delgrande Jordan (2011) recensait déjà, en septembre 2011, 21 institutions spécialisées dans le traitement des problèmes de dépendance à des substances légales, en particulier à l'alcool. De ces 21 institutions, 16 seulement ont participé au monitoring des client(e)s « act-info-Residalc ». Nous avons également mentionné plus haut que l'ISGF estime à 67 le nombre d'établissements spécialisés dans le traitement de troubles liés aux drogues illégales, et que 44 d'entre eux ont participé en 2010 à l'act-info-FOS. Ces informations relatives à notre population nous ont permis d'évaluer le nombre de jours de séjour en institution de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation (cf. le cadre « Population (Prévision/estimation BASS) » du Tableau 1.

¹ <http://www.isgf.ch/index.php?id=59&uid=16>.

■ Les foyers d'hébergement spécialisés dans les cas de dépendance ne participent pas au monitoring des client(e)s d'act-info. Dans notre analyse, la notion de « foyers d'hébergement spécialisé » englobe les types d'institutions suivants :

- foyers
- établissements proposant un logement avec accompagnement
- communautés thérapeutiques externes
- institutions de placement en famille d'accueil.

L'omission, dans les statistiques d'act-info, des foyers d'hébergement spécialisés pourrait expliquer pourquoi la **statistique fédérale des institutions médico-sociales (SOMED)** de l'Office fédéral de la statistique (OFS) signale pour l'année 2009, une offre de places et un volume de prises en charge d'offres résidentielles d'institutions plus élevé auprès « d'institutions pour personnes souffrant de problèmes de dépendance » que les statistiques FOS et Residalc d'act-info : Le **Tableau 2** montre que pour la SOMED, en 2009, les foyers proposaient 1'931 places pour des personnes souffrant de problèmes de dépendance. Or la statistique en ligne d'infodrog signale pour l'année 2009 une offre de 1'251 places dans 65 établissements. L'Office fédéral de la santé publique se base sur une offre de 1'500 places résidentielles pour le traitement de problèmes liés à l'alcool et à la drogue².

Tableau 2 : Nombre de places et nombre de jours de séjour dans des institutions pour personnes souffrant de problèmes de dépendance en 2009, d'après la statistique fédérale des institutions médico-sociales

	Nombre de places	Durée moyenne du séjour, en jours	Nombre de jours de séjour
Foyers avec accompagnement	1'287	n.d.	452'094
Foyers	644	n.d.	177'329
Total	1'931	281	629'423

Source : Statistique fédérale des institutions médico-sociales (OFS)

■ Au vu du nombre de cas mentionnés dans la **Statistique médicale des hôpitaux** de l'OFSP, il faut bien supposer que les établissements spécialisés dans le traitement de problèmes de dépendance ne sont pas les seuls à proposer des prestations résidentielles de traitement des problèmes de dépendance, mais qu'il faut tenir compte aussi des **hôpitaux et des cliniques, et en particulier des cliniques psychiatriques**. Le **Tableau 3** montre le nombre de cas, en 2009, de séjours résidentiels dans les cliniques et les hôpitaux suisses pour des client(e)s présentant un diagnostic primaire lié à la dépendance³. Il montre que les cliniques et hôpitaux suisses ont accueilli en 2009 plus de 20'000 cas présentant un diagnostic primaire lié à la dépendance (contre 2'088 admissions selon act-info-FOS et act-info-Residalc en 2010) pour un total de 550'000 jours de séjour (act-info-FOS et act-info-Residalc en 2010 : 335'047 journées). En l'occurrence, avec 28,5 jours (troubles liés à l'alcool) contre 24,4 jours (troubles liés à d'autres substances, en particulier à cause de drogues illégales) la durée moyenne d'un séjour dans un hôpital ou une clinique est nettement inférieure aux durées avancées par les institutions FOS ou Residalc (act-info-FOS: 315,6 jours, act-info-Residalc: 98,8 jours). L'on peut supposer que dans la majorité des traitements effectués en hôpital ou en clinique, il s'agit d'interventions brèves (sevrage et interventions de crise). Pour interpréter les 550'000 jours de séjour pour les cas présentant un diagnostic primaire lié à une dépendance, deux limitations doivent être prises en compte :

² <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03291/index.html?lang=de> [Stand: 23.11.2011].

³ Troubles dus aux substances suivantes : Alcool (F10), opioïdes (F11), cannabinoïdes (F12), sédatifs ou hypnotiques (F13), cocaïne (F14), autres stimulants, y compris la caféine, (F15), hallucinogènes (F16), solvants liquides (F18), utilisation de substances multiples et consommation d'autres substances psychotropes (F19).

- pour les prestations qui ne peuvent être classées dans la catégorie « thérapie et réadaptation » : la répartition des cas selon le « type de trouble » (cf. Tableau 2) suggère qu'une partie des prestations que la statistique médicale des hôpitaux répertorie sous les codes diagnostiques F10-F19 ne peut être attribuée à la catégorie « traitement de la dépendance et réadaptation ». Or les informations immédiatement disponibles ne permettent pas d'isoler, dans la statistique médicale des hôpitaux, les prestations qui ne relèvent pas de la catégorie « Thérapie et réadaptation ». Vient s'ajouter à cette difficulté le problème que les notions de « thérapie résidentielle des dépendances », « désintoxication résidentielle » et « traitement résidentiel des dépendances » ne sont pas définies de manière clairement tranchée.

- prestations applicables aux cas présentant un diagnostic secondaire de troubles liés à la dépendance : l'on peut supposer que les hôpitaux et les cliniques publics pratiquent également des prestations de thérapie résidentielle des dépendances et de réadaptation chez des patients où le trouble lié à la dépendance ne relève pas du diagnostic primaire, mais bien d'un diagnostic secondaire. Ces prestations ne sont pas comprises dans les 550'000 jours de séjour que nous avons relevés dans la statistique médicale des hôpitaux.

Tableau 3 : Nombre de cas résidentiels associés à un diagnostic primaire lié à une dépendance⁴, traités dans les cliniques et hôpitaux suisses en 2009, selon la statistique médicale des hôpitaux.

Nature du trouble	Nombre de jours de séjour			Drogues, médicaments et autres substances					
	Total	Alcool	total	Utilisation de substances multiples	Opioïdes	Cocaïne	Cannabinoïdes	Sédatifs ou hypnotiques	Autres
Syndrome de dépendance	406'086	287'618	118'468	46'885	40'701	8'201	6'970	15'009	702
Intoxication aiguë	52'557	42'424	10'133	3'563	3'620	1'180	182	1'432	157
Trouble psychotique et autres troubles du comportement	36'825	30'661	6'163	1'371	918	549	2'585	232	508
Utilisation nocive pour la santé	35'713	26'474	9'238	3'874	1'285	1'404	1'572	682	422
Syndrome de sevrage	13'578	11'007	2'571	784	687	49	58	919	74
Syndrome amnésique	8'024	7'974	50				45	5	
Autres	18	5	13	13					
total	552'801	406'165	146'637	56'489	47'210	11'383	11'413	18'279	1'863

Nature du trouble	Nombre de cas			Drogues, médicaments et autres substances					
	Total	Alcool	total	Utilisation de substances multiples	Opioïdes	Cocaïne	Cannabinoïdes	Sédatifs ou hypnotiques	Autres
Syndrome de dépendance	12'426	8'249	4'177	1'575	1'490	375	234	473	30
Intoxication aiguë	5'053	4'142	911	348	243	83	29	163	45
Trouble psychotique et autres troubles du comportement	504	207	297	94	14	30	121	14	24
Utilisation nocive pour la santé	1'136	720	416	144	55	60	80	58	19
Syndrome de sevrage	1'030	814	216	63	75	5	6	60	7
Syndrome amnésique	106	103	3				1	2	
Autres	2	1	1	1					
total	20'257	14'236	6'021	2'225	1'877	553	471	770	125

Nature du trouble	Durée moyenne du séjour en nombre de jours			Drogues, médicaments et autres substances					
	Total	Alcool	total	Utilisation de substances multiples	Opioïdes	Cocaïne	Cannabinoïdes	Sédatifs ou hypnotiques	Autres
Syndrome de dépendance	33	35	28	30	27	22	30	32	23
Intoxication aiguë	10	10	11	10	15	14	6	9	3
Trouble psychotique et autres troubles du comportement	73	148	21	15	66	18	21	17	21
Utilisation nocive pour la santé	31	37	22	27	23	23	20	12	22
Syndrome de sevrage	13	14	12	12	9	10	10	15	11
Syndrome amnésique	76	77	17				45	3	
Autres	9	5	13	13					
total	27	29	24	25	25	21	24	24	15

Commentaire : Cf. notes de bas de page 3 et 4

Source : Statistique médicale des hôpitaux 2009 (OFS) - Nombre de cas et durée moyenne de séjour par classe d'âge et par code diagnostique (diagnostic primaire). Codes diagnostiques F10-F19, à l'exclusion de F17 (tabac) ; calculs internes

⁴ Nombre de cas résidentiels (hors cas ambulants ou partiellement résidentiels) de type A (Sorties) et C (séjours de longue durée).

2.4 Évolution de l'offre

Le **Graphique 2** présente l'évolution de l'offre de places résidentielles dans les institutions de traitement des dépendances et de réadaptation entre 1979 et 2010. Le graphique distingue clairement **trois phases** :

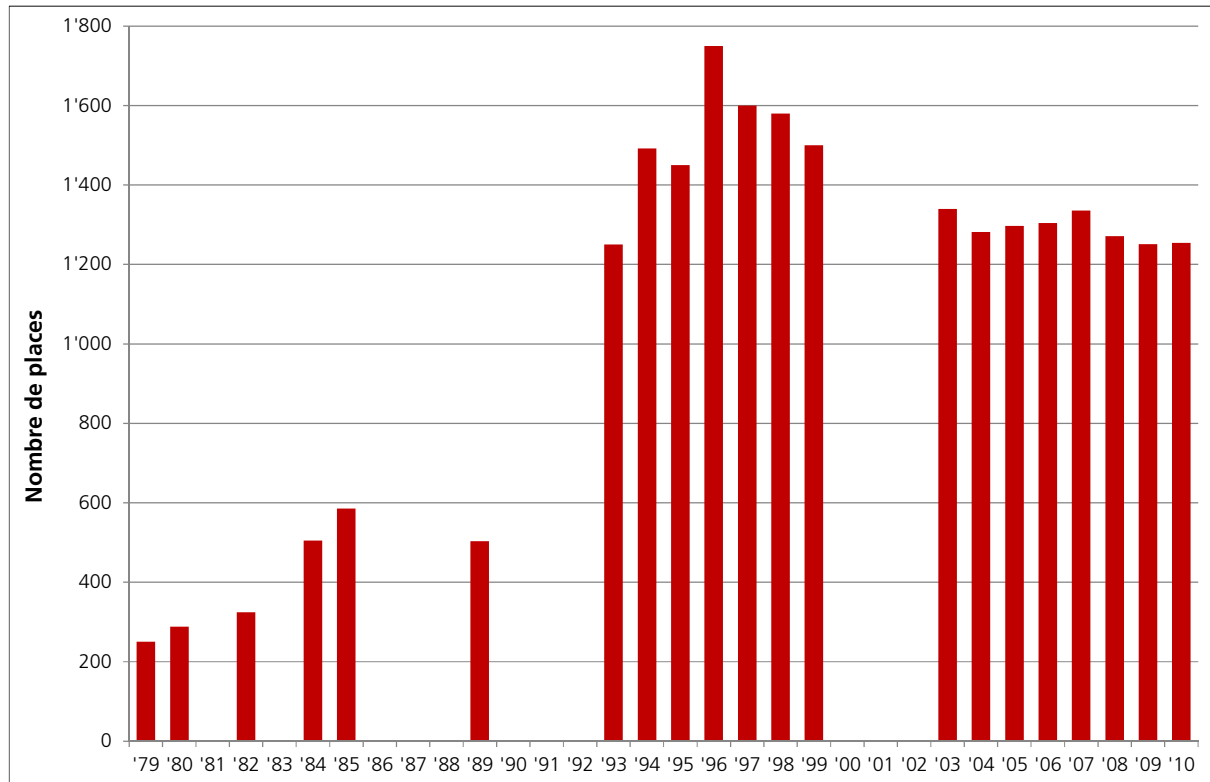
■ **Phase d'expansion 1979 - 1996** : De 1979 à 1996, l'offre de places résidentielles de traitement des dépendances s'est fortement étoffée (de 250 en 1979 à 1'750 en 1996). Cette expansion s'est essentiellement déroulée entre 1989 et 1996 : en sept ans, plus de 1'200 places supplémentaires de traitement résidentiel ont été créées. D'après Eckmann/Simmel (2009, 17) l'extension de l'offre de traitement résidentiel des dépendances était une réponse politique aux « scènes ouvertes » de la drogue.

■ **Phase de contraction 1997 - 2004** : Dès 1996, l'offre de places résidentielles se réduit très nettement : de 1996 (1'750 places) à 2004 (1'282 places), 468 places disparaissent. Deux phénomènes expliquent cette réduction : d'une part, la baisse de la demande de places de traitement résidentiel des dépendances (grâce à une offre alternative de traitement, par exemple les traitements de substitution, la fermeture des scènes ouvertes). Et puis, en 1996, la décision de l'AI de modifier sa pratique qui, jusque-là, n'était pas toujours conforme aux obligations légales en matière de contributions à l'exploitation des institutions de traitement résidentiel des dépendances : « dès 1998, l'adoption de cette nouvelle politique d'évaluation et de contributions entraîna pour une partie importante des institutions des difficultés financières, soit du fait de la disparition totale du droit aux contributions financières, soit du fait d'une diminution des contributions de l'AI par rapport aux années précédentes. » (Herrmann et al. 1999, 3). Comme le montre le **Graphique 3**, 59 établissements ont fermé leurs portes entre 1999 et 2011, dont 43 pour la seule période 1999-2004. L'essentiel des fermetures intervient entre 1999 (18 fermetures) et 2000 (9 fermetures). Elles sont en grande partie imputables aux problèmes de financement consécutifs à la modification de l'évaluation des contributions par l'AI. Les premières fermetures d'établissements ont touché la Suisse alémanique. Selon l'un des experts interrogés, en réaction à cette impasse financière, la Suisse romande a préféré réduire la taille des institutions existantes plutôt qu'en réduire le nombre. Selon certains experts consultés en Suisse alémanique, les institutions résidentielles de Suisse romande ont continué de recevoir des fonds de l'AI même après 1998. Notre enquête auprès des représentants de la Suisse romande n'a pas permis de confirmer cette thèse : apparemment, en Suisse romande, l'AI continue de contribuer au financement d'institutions ambulatoires, mais non au financement d'institutions de traitement résidentiel.

■ **Phase d'ajustement structurel 2005-2008** : 15 institutions ont encore dû fermer leurs portes entre 2005 et 2008. Mais pendant cette période, l'offre est restée pratiquement constante en nombre de places, et l'on peut donc la considérer comme une phase d'ajustement structurel. Elle semble d'ailleurs avoir pris fin en 2008. En effet, en 2009, 2010 et 2011, l'on ne mentionne plus qu'une seule fermeture.

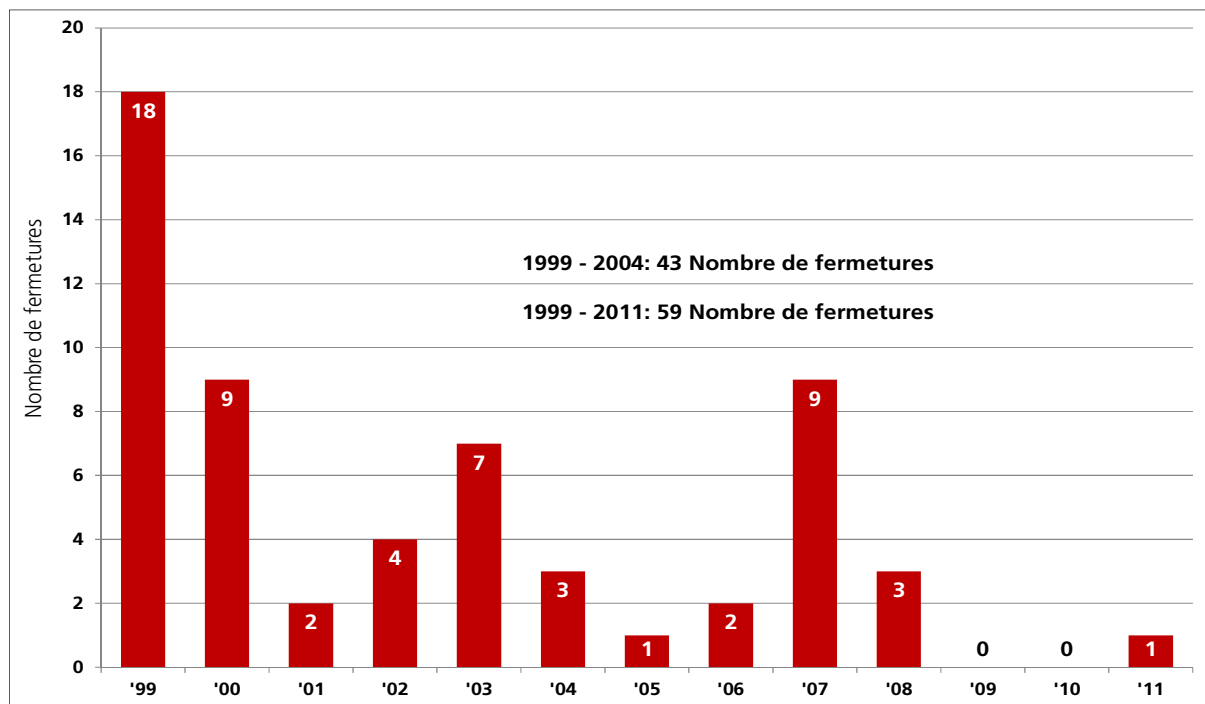
■ **Nouvel équilibre de marché depuis 2009** : Depuis 2009, le marché du traitement résidentiel des dépendances semble avoir retrouvé son calme : tant l'offre de places que le nombre d'institutions ne présente plus de fluctuation importante depuis 2009.

Graphique 2 : Évolution de l'offre de places résidentielles pour le traitement des dépendances : 1979 – 2010



Remarques : Eckmann (2009) puise dans les sources suivantes : 1979-1999 : Office fédéral de la santé publique. Pendant quelques années, l'OFSP n'a pas pu collationner de données ; 2000-2002 : instantanés pris quatre fois par an, manquant de signification statistique, ce qui explique pourquoi les années 2000-2002 ne sont pas représentées dans le graphique ; depuis 2003: Statistiques d'occupation d'Infodrog. Sources : Eckmann (2009), statistiques d'occupation en ligne d'infodrog - présentation graphique BASS

Graphique 3 : Nombre de fermetures d'institutions de traitement résidentiel des dépendances



Source : Eckmann (2009)- Présentation graphique BASS

2.5 Instances de placement

Le **Graphique 4** identifie les instances qui ont procédé en 2010 au placement des client(e)s admis(e)s dans une institution spécialisée dans le traitement résidentiel des dépendances.

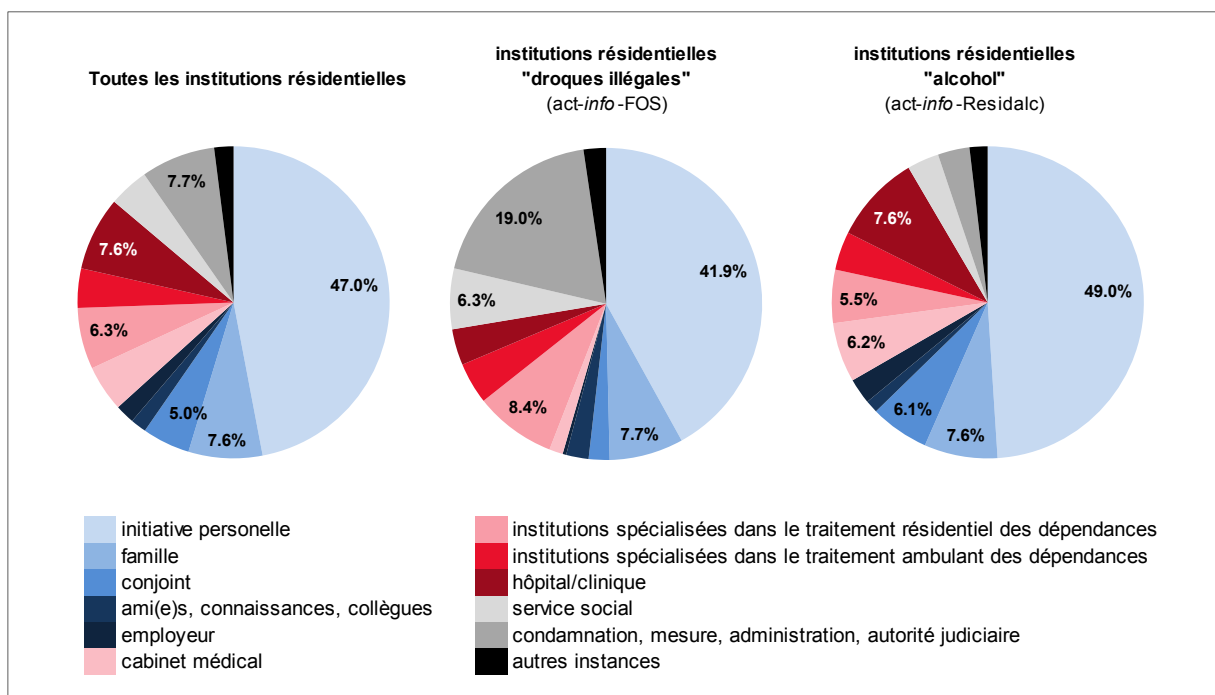
■ Près de la moitié des admissions dans des institutions résidentielles chargées du traitement de dépendances résulte d'une **initiative personnelle** du (de la) client(e). La proportion de client(e)s qui se soumettent de leur propre initiative à un traitement résidentiel est bien plus élevée chez les client(e)s souffrant de problèmes liés à l'alcool que chez ceux(celles) qui souffrent de problèmes liés aux drogues illégales.

■ Près d'un quart des placements est imputable aux **acteurs du monde de la santé** (cabinets médicaux, hôpitaux et cliniques, institutions ambulatoires et résidentielles spécialisées dans les addictions). Ceux-ci interviennent davantage pour le placement de client(e)s souffrant de problèmes liés à l'alcool que pour celui de client(e)s souffrant de problèmes liés aux drogues illégales.

■ L'**entourage** (famille, conjoint, ami(e)s, connaissances, collègues) du (de la) client(e) joue le rôle de prescripteur dans une admission sur six. L'entourage joue un rôle plus important lors du placement de client(e)s souffrant de problèmes liés à l'alcool que de client(e)s souffrant de problèmes liés aux drogues illégales.

■ Une admission sur cinq dans une institution FOS en 2010 résulte d'un placement ordonné par une **autorité judiciaire ou administrative**. Les placements ordonnés par les autorités ne représentent qu'un faible pourcentage des cas de client(e)s souffrant de problèmes d'alcool.

Graphique 4 : Principale institution de placement dans le cas d'admissions dans des institutions résidentielles pour le traitement de problèmes de dépendance (2010)



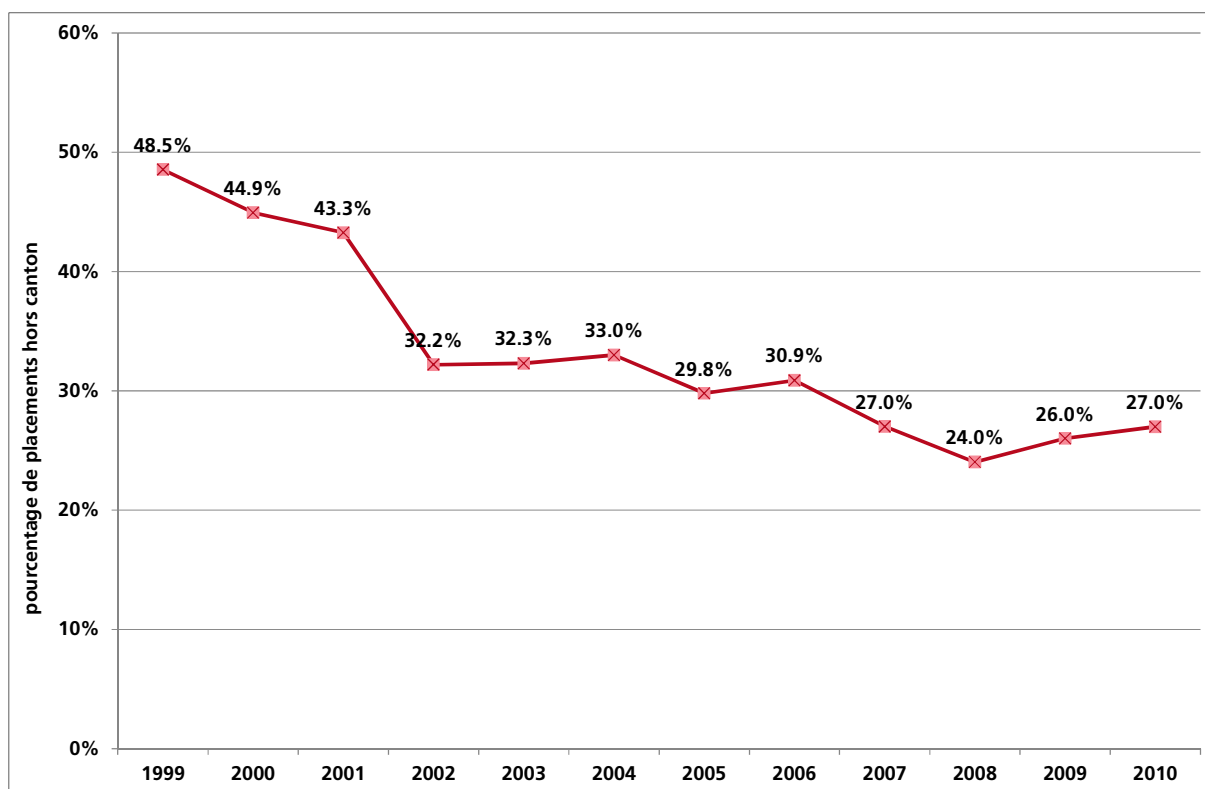
Source : **act-info-FOS** (Schaaf et al. 2011, Tab. A7 en annexe) et **act-info-Residalc** (Delgrade Jordan 2011, 15) ; cf. le Tableau 28 en annexe pour les données détaillées ; présentation graphique BASS

2.6 Placements hors canton

Le **Graphique 5** présente l'évolution du pourcentage de placements hors canton entre 1999 et 2010. Il montre une sensible diminution du pourcentage de placements hors canton depuis 1999. Le **Graphique 6** présente le pourcentage de placements hors canton, en 2010, pour les différents cantons. Il montre, d'un canton à l'autre, d'importantes divergences dans les pourcentages de placements hors canton. Enfin, le **Graphique 7** montre l'importance, pour les cantons disposant d'institutions de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation, des client(e)s venant des autres cantons.

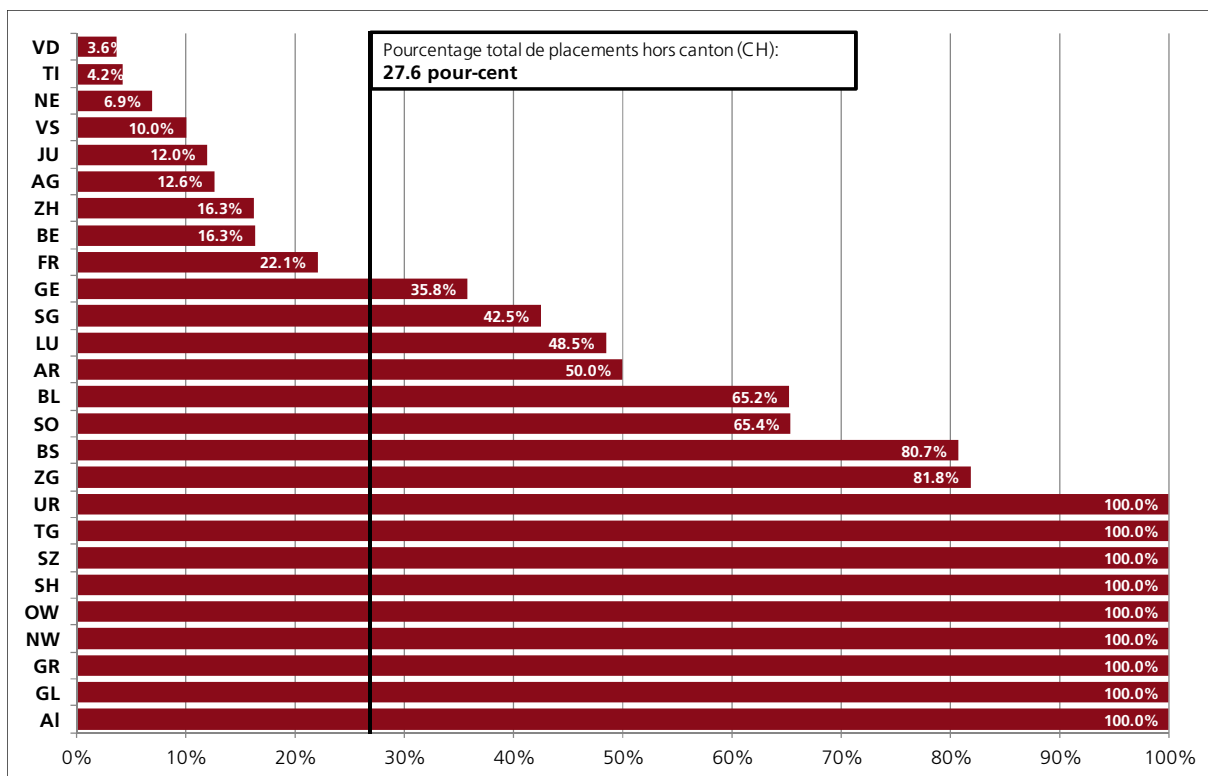
Ces trois graphiques s'appuient sur des données empruntées aux statistiques d'occupation d'infodrog. Ces données sont surtout significatives dans le domaine des drogues, puisque les grands centres de traitement des dépendances présents sur la liste cantonale des hôpitaux et spécialisés dans le traitement des troubles liés à l'alcool, ne figurent pas dans la statistique d'occupation d'infodrog. Les données de base de ces graphiques proviennent du **Tableau 26 et du Tableau 27** de l'annexe 9.3.

Graphique 5 : Évolution du pourcentage de placements hors canton, 1999-2010



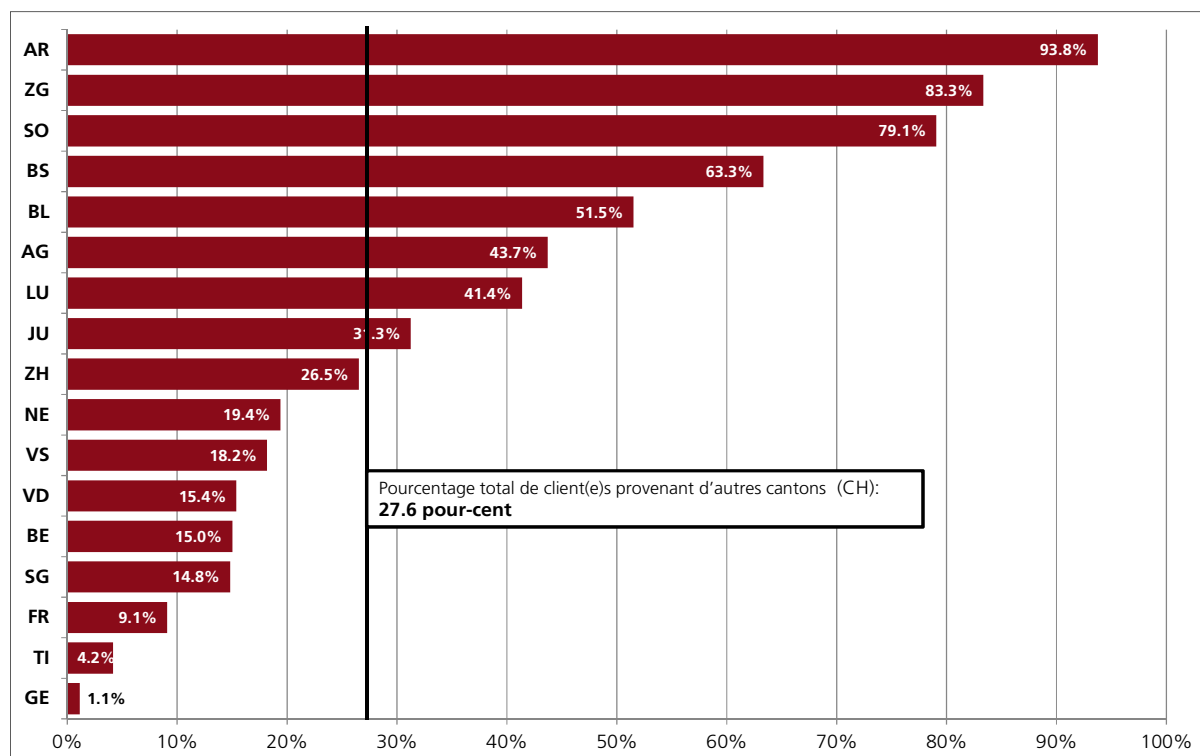
Source : Eckmann (2011, Graphique en annexe 4 p. 14) ; représentation graphique BASS

Graphique 6 : Pourcentage des placements hors canton en 2010, par canton d'origine du (de la) client(e)



Source : Eckmann (2011, tableau en annexe 2 p. 12) ; représentation graphique BASS

Graphique 7 : Pourcentage des client(e)s provenant d'autres cantons, en 2010, selon le canton du siège des institutions de traitement des dépendances



Source : Eckmann (2011, tableau en annexe 2 p. 12) ; représentation graphique BASS (cf. Tableau 26 dans l'annexe)

3 Financement du traitement résidentiel des dépendances

3.1 Principes du système de financement

Le système suisse de financement du traitement résidentiel des dépendances se présente globalement comme suit :

- Les coûts d'un traitement résidentiel des dépendances ordonné par un tribunal sont pris en charge par le canton.
- Les **coûts d'un traitement volontaire dans un centre de traitement des dépendances** sont pris en charge dans le cadre de la LAMal : une contribution financière personnelle sera demandée aux client(e)s (plus exactement à l'aide sociale, le plus souvent) dans le cadre de la franchise patient légale. Le canton et les caisses-maladie prennent en charge la majeure partie des coûts de traitement, avec une quote-part minimale de 45 % à charge du canton.
- Les **coûts d'un traitement volontaire dans une institution sociothérapeutique** (ou dans un foyer d'hébergement spécialisé) sont pris en charge à titre subsidiaire (ce qui, dans la réalité, veut dire souvent et majoritairement) par l'aide sociale. Selon que l'aide sociale incombe au canton ou à la commune, c'est le canton ou la commune du domicile du ou de la patient(e) qui couvrira les coûts de traitement. Bien entendu, dans certains cantons, le canton et la commune du domicile se répartissent les coûts du traitement résidentiel effectué dans un établissement qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux.

Les personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool sont généralement traitées dans des centres de traitement des dépendances, tandis que celles qui souffrent de problèmes liés à la drogue, le sont dans des institutions sociothérapeutiques. Autrement dit, les coûts de traitement des problèmes d'alcool sont souvent pris en charge par les cantons et les caisses d'assurance maladie, et les coûts de traitement des problèmes liés à la drogue, par les communes et les cantons. C'est pourquoi dans le cadre du financement du traitement résidentiel des dépendances, l'on parle toujours d'un « **(mécanisme de) financement dual** ».

3.2 Les bases légales

Depuis la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), en 2008, le financement du traitement résidentiel de la dépendance incombe en principe aux cantons. L'ancienne méthode de financement partiel des institutions résidentielles par le biais de l'assurance invalidité dans le cadre de l'article 73 de la Loi sur l'assurance invalidité a été supprimée. Selon les cas et selon les cantons, de nombreuses instances participent au financement du traitement résidentiel des dépendances et de la réadaptation ; il est donc difficile de formuler à cet égard des commentaires généraux.⁵

Les textes de base suivants doivent être mentionnés :

- **Loi fédérale sur l'assurance-maladie** (LAMal, RS 842.10) Les assureurs-maladie prennent en charge certains éléments de coût (domaine médical) dans le cadre de la LAMal. Ces contributions dans le cadre de la LAMal concernent essentiellement les institutions de traitement résidentiel des dépendances qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux. Il s'agit généralement de cliniques de désintoxication ou d'unités spécialisées au sein d'hôpitaux de soins généraux ou de cliniques psychiatriques.⁶

⁵ Les commentaires suivants sont basés sur Hermann et al. (2006) ainsi que sur les textes de loi correspondants

⁶ LAMal Art. 25 Al. 1 : « L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. » ; Art. 33 Al. 1 : « Le Conseil fédéral peut désigner les prestations (...), dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. » ; Art. 39 Al. 1 litt. E : « Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures

■ **Code pénal suisse** (CP, RS 311.0) ; Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants LStup ; RS 812.121). Le Code pénal suisse et la loi fédérale sur les stupéfiants prévoient qu'une personne condamnée peut effectuer sa peine dans un centre spécialisé à titre de mesure pénale. Ces coûts de thérapie sont alors pris en charge par les cantons.⁷

■ **Législation cantonale sur la prévoyance et l'aide sociale** Conformément à leur législation propre sur l'assistance et l'aide sociale, les cantons et les communes financent la majeure partie du coût du traitement résidentiel des dépendances par le biais de contributions individuelles (aide sociale). Les établissements bénéficient également de contributions institutionnelles (couverture de déficit, etc.). Dans le cadre des dispositions légales sur l'aide sociale et du droit civil, les personnes concernées et leurs familles sont tenues de participer aux coûts (prise en compte de la fortune). Cette participation va d'un financement exclusif ou d'un cofinancement jusqu'à l'obligation d'entretien imposée aux membres de la famille.

■ **Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS)**. La CIIS (en vigueur depuis le 1.01.2008) joue un rôle important dans les placements hors canton dans des institutions de traitement résidentiel des dépendances. Plusieurs cantons ont adhéré à cette convention (situation 18.11.2009 : Domaine C : 15 cantons) et garantissent ainsi la prise en charge mutuelle des coûts.

3.3 Affectation au financement d'actifs saisis

L'Office Fédéral de la Santé Publique a demandé à l'Office fédéral de la Justice (courrier du 11.07.2011) d'évaluer si la législation fédérale permet d'affecter des sommes confisquées aux trafiquants de drogue au financement du traitement résidentiel des dépendances.

Dans son avis (OFJ 2011), l'OFJ signalait que cette question d'une affectation légale des valeurs patrimoniales confisquées et à répartir entre la confédération et les cantons conformément à la Loi fédérale du 19 mars 2004 sur le partage des valeurs patrimoniales confisquées (LVPC ; RS 312.4) n'était pas neuve et esquissait un bref historique :

Dès 1998-1999, la majorité des membres d'une commission d'experts, au vu de deux initiatives parlementaires, avaient conclu de ne prévoir dans le projet de loi étudié aucune destination particulière, et de verser ces recettes à la Trésorerie de l'État. Conforté par les résultats de la consultation, dans son message du 24 octobre sur la LVPC, le Conseil fédéral s'en est tenu à cet avis et a explicitement renoncé à cette affectation légale. En substance, il justifiait cette renonciation par les arguments suivants :

■ Dès lors que les sommes perçues ne proviennent pas exclusivement de délits liés à la drogue, mais aussi d'autres faits délictueux (corruption, délits d'initié, escroquerie, blanchiment d'argent, trafic d'armes, pornographie) il serait contestable de ne prévoir cette affectation légale que pour l'argent de la drogue.

■ En outre, l'argent de la drogue est généralement lié à d'autres infractions, de sorte qu'il ne serait pas facile de déterminer si les fonds proviennent bien du trafic de drogue. Il serait donc difficile de n'affecter que les valeurs patrimoniales liées à l'argent de la drogue.

■ Il ne faut pas perdre de vue que la saisie de valeurs patrimoniales d'origine délictueuse n'est possible que grâce à la mise à disposition de ressources policières et judiciaires coûteuses. Il serait dès lors légitime

médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils (...) figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. ».

⁷ CP Art. 60 Al. Abs.1 : « Lorsque l'auteur est toxico-dépendant ou qu'il souffre d'une autre addiction, le juge peut ordonner un traitement institutionnel » LStup Art. 3d Al. 1 : « Les cantons pourvoient à la prise en charge des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou psychosocial ou des mesures d'assistance en raison de troubles liés à l'addiction » ; Al. 4: « Ils créent les institutions nécessaires au traitement et à la réinsertion ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis » Al. 5: « Le Conseil fédéral édicte des recommandations concernant les principes relatifs au financement du traitement de l'addiction et des mesures de réinsertion. ».

de laisser aux instances bénéficiaires des valeurs patrimoniales confisquées la liberté d'affecter ces fonds au renforcement de leur appareil répressif.

■ En outre, la création d'un fonds distinct serait contraire aux principes de politique financière qui accorde à la confédération et aux cantons un certain espace de liberté dans l'affectation de leurs recettes, et limiterait la flexibilité indispensable à une gestion économique et efficace.

■ Après tout, tant le nombre que le montant des saisies subissent de fortes fluctuations. Les revenus de saisies ne pourraient représenter un revenu régulier ; dès lors, il ne serait possible de soutenir financièrement des projets que d'une manière ponctuelle. Il serait impossible de prendre en charge des dépenses continues et récurrentes. (Cf. **Tableau 4**).

Tableau 4 : Valeurs patrimoniales confisquées provenant de délits liés à des faits de drogue, d'escroquerie, de crime organisé, de contrefaçon, etc. en millions CHF, 2007 - 2010

	2007	2008	2009	2010
Part revenant à la confédération	4,4	7,8	10,1	1,4
Part revenant aux cantons	5,8	7,9	12,8	2,1
Total	10,2	15,7	22,9	3,5

Source : Avis OFJ, 31.08.2011, p. 3 ; présentation graphique BASS

Au cours du débat parlementaire relatif à la LVPC, la question de l'affectation des valeurs patrimoniales confisquées a également gagné en importance ; elle n'a pu être liquidée qu'à l'issue de la procédure d'élimination des divergences. Au Conseil des États, une minorité social-démocrate voulait affecter, via l'article 5 E-LVPC, une partie des fonds pour la lutte contre la production de drogue et l'exploitation sexuelle des enfants dans les pays en voie de développement. Le Conseil des États a rejeté cette demande. Lors du vote sur l'ensemble, le projet du Conseil fédéral a été adopté à l'unanimité, et toute affectation prédéterminée des valeurs patrimoniales confisquées, rejetée. Au Conseil national, la clé de répartition visée à l'article 5 e-LVPC a été au centre des débats. La majorité de la commission des affaires juridiques a demandé la création de deux fonds spéciaux pour la prévention et le traitement des dépendances tant à l'intérieur du pays que pour les projets dans les zones de culture de la drogue. Une minorité I proposait d'adhérer à la décision du Conseil des États, tandis qu'une minorité II soutenait une proposition de compromis qui ne prévoyait pas de fonds spécial, mais qui décidait que les cantons devaient affecter une partie des fonds qui leur reviennent à la prévention et au traitement des dépendances (alinéa 5) et que la confédération emploie une partie des fonds qui lui reviennent pour la réalisation de projets dans les pays visés par les coopérations suisses au développement et aux pays de l'Est pratiquant la culture de plantes psychotropes (alinéa 6). Le conseil a entériné la proposition de la minorité II. Le Conseil des États a une fois de plus voté pour le projet du conseil fédéral. Lors de la procédure d'élimination des divergences, c'est finalement le projet du conseil fédéral qui a prévalu.

Lors du débat parlementaire, les responsables du département fédéral de justice et police ont fait valoir, outre les motivations qui figuraient déjà dans l'avis du Conseil fédéral, les arguments complémentaires suivants, à l'encontre d'une affectation prédéterminée des valeurs patrimoniales confisquées :

■ Sous l'angle fédéraliste, prescrire aux cantons comment utiliser la part des valeurs patrimoniales qui leur revient ne serait pas opportun. La décision d'affecter ces fonds à la lutte contre les dépendances ou à d'autres fins appartient aux cantons. Cela ressortit également à la souveraineté des cantons. L'impératif de prévention des dépendances n'est d'ailleurs pas le même dans tous les cantons. Bien entendu, une telle décision d'affectation prédéterminée des fonds reste toujours possible sur une base volontaire.

■ Sous l'angle de la politique financière, cette affectation automatique serait également contestable. S'il fallait décider à chaque saisie à quoi les fonds doivent être affectés, les cantons et la confédération ne seraient plus libres d'affecter ces fonds en fonction de leurs priorités.

■ Une affectation prédéterminée serait également malvenue d'un point de vue technique. En l'occurrence, les valeurs patrimoniales confisquées n'englobent pas que l'argent de la drogue. S'il fallait absolument prévoir une affectation prédéterminée, il conviendrait d'affecter ces fonds, de manière générale, à la lutte contre la criminalité.

Dans son avis du 31 août 2011, l'OFJ soulignait enfin que les arguments avancés les années précédentes contre l'affectation prédéterminée des fonds restaient valables lors de cette nouvelle évaluation, **pour conclure** ainsi (OFJ 2011, 3) : « après avoir de nouveau évalué et pesé tous ces arguments, nous estimons qu'une affectation prédéterminée des valeurs patrimoniales, confisquées à l'occasion de faits délictueux de drogue, au financement du traitement résidentiel des dépendances au sens du postulat 10.3007 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique n'est pas indiquée. »

3.4 Volume de financement

Par volume de financement, nous entendons l'intégralité des coûts générés dans des institutions de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation et qui doivent être couverts par diverses sources de financement (cf. section 3.6). À notre connaissance, il existe deux études consacrées aux coûts du traitement résidentiel des dépendances et de la réadaptation en Suisse :

■ **Herrmann et al. (1999)** : Cette étude est basée sur une population de 180 institutions. Cette population a été définie par une comparaison de trois bases de données contenant des institutions de traitement résidentiel des dépendances (cf. Herrmann et al. 1999, pp 25 et suivantes) :

- OFAS : Répertoire des homes, centres de jour et ateliers de l'assurance-invalidité
- OFSP : Répertoire des institutions dans les domaines alcool et drogues
- COSTE : Répertoire des thérapies résidentielles de la drogue.

Ne figurent pas dans cette population les « hôpitaux et cliniques publics disposant de départements spécialisés dans la désintoxication » (d'après les adresses, il y en a 5 dans le domaine de l'alcool, 5 dans le domaine de la drogue et 30 « mixtes » (Herrmann et al. 1999,25). Nous ne savons pas dans quelle mesure ces établissements non pris en compte dans l'étude de Herrmann et al. (1999) ont effectué des prestations de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation en 1997. Nous avons montré, dans la section 2.2 (Cf. Tableau 3 en p. 8), que les institutions qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux et dès lors, dans la statistique médicale des hôpitaux, ont effectué en 2010, dans le cadre d'addictions, un volume de prestations qui, par comparaison au volume de prestations d'institutions spécialisées dans le traitement des addictions, est à considérer comme significatif. Des 180 institutions interrogées dans le cadre de l'étude de Herrmann et al. (1999), 143 ont soumis une réponse. Les réponses de 37 de ces institutions ne correspondaient pas aux exigences, de sorte que l'échantillon comprend in fine n=105 institutions. Sur la base des données de ces 105 institutions, Herrmann et al. (1999, pp48. et suiv.) ont déduit que les 180 institutions de la population totale ont enregistré en 1997 des revenus de l'ordre de 246 millions de CHF, pour une perte de 22 millions de CHF. Herrmann et al. (1999) signalent pour l'année 1997 un **volume de financement de l'ordre de 268 millions de CHF**. Il est cependant probable que ce chiffre sous-estime le volume « réel » de financement, puisque cette étude ne tient pas compte d'hôpitaux et de cliniques disposant de départements spécialisés dans le traitement des dépendances. Selon Herrmann et al. (1999, 34), les 180 institutions représentaient en 1997 une offre totale de 3'300 places, pour un taux d'occupation de 80 %. Dès lors, une « place disponible » coûtait en 1997 près de 81'200 CHF et une « place occupée » (offre de places ajustée d'après le taux d'occupation) coûtait environ 101'500 CHF.

■ **Herrmann et al. (2006)**: L'étude de Herrmann et al. (2006) aborde le financement du traitement résidentiel des dépendances pour les années 2004 et 2005. En matière de volume de financement, l'étude est

beaucoup moins significative que l'étude précédente (Herrmann et al. 1999), car la définition de la population des institutions de traitement résidentiel des dépendances est plus restrictive. L'étude de Herrmann et al. (2006) ne tient pas compte des types d'institutions de traitement résidentiel des dépendances suivants (cf. Herrmann et al. 2006, 13) :

- institutions mixtes
- institutions de sevrage et de transition
- institutions de logement assisté/avec accompagnement et institutions de placement familial.

L'échantillon qui sert de base à l'étude de Herrmann et al. (2006) compte donc quelque 50 institutions. L'étude n'extrapole pas les coûts des installations ou du volume de financement à l'échelle de la Suisse. Elle révèle néanmoins quelques chiffres intéressants sur le coût des institutions de traitement résidentiel des dépendances prises en compte dans l'étude.

- Les 50 institutions ont engrangé en 2005 un revenu total (recettes provenant des client(e)s et institutionnelles) de 95 millions de CHF - pour un excédent de recettes d'environ un demi-million de CHF. En 2005, le volume de financement des 50 institutions a donc atteint près de 94,5 millions de CHF.
- Les 50 institutions représentaient en 2005 une offre de 885 places. Le coût moyen par « place disponible » (sans prise en compte du taux d'occupation) atteint donc 106'000 CHF. Si on admet que le taux d'occupation dans ces 50 institutions atteignait 88 %, comme l'indique la statistique d'infodrog pour l'année 2005, le montant moyen des coûts par « place occupée » (778,8 places, soit 88% de 885 places) s'élève à 121'300 CHF.
- Selon Herrmann et al. (2006, 5), en 2005, une place de thérapie était vendue, en moyenne, à 116'000 CHF par an (Min.: 56'000 CHF, Max.: 200'000 CHF). Les frais unitaires par jour variaient « fortement, selon l'offre spécifique de l'institution (type de soins, relation thérapeutique, type de clientèle etc.) » : valeur moyenne = 300 CHF, médiane = 325 CHF, Minimum = 168 CHF, Maximum = 434 CHF.

Nous tentons ci-dessous de procéder à une estimation approximative du volume de financement pour l'année 2010. Pour cela, nous procédons comme suit :

■ Dans une **première étape**, nous évaluons le volume de financement relatif aux institutions appartenant à la population définie par Herrmann et al. (1999). Nous appelons les institutions appartenant à cette population « Institutions de traitement résidentiel des dépendances au sens strict ».

■ Dans une **deuxième étape**, nous évaluons le volume de financement relatif aux institutions de traitement résidentiel des dépendances non prises en compte dans Herrmann et al. (1999), à savoir le volume de financement d'hôpitaux et de cliniques publics disposant d'un département spécialisé dans le traitement des dépendances.

3.4.1 Évaluation du coût du traitement résidentiel des dépendances au sens strict

Herrmann et al. (1999) signalent pour l'année 1997 un volume de financement de l'ordre de 268 millions de CHF. Les données de l'année 1997 ne permettent pas de tirer immédiatement une conclusion sur la situation de l'année 2010. L'on peut supposer que des changements sont intervenus, entre 1997 et 2010, en termes de structure de l'offre, de prise en charge de l'offre et de prix des prestations demandées. La statistique d'occupation d'infodrog annonce pour l'année 1997 une offre de 1'600 places. De son côté, le rapport de Herrmann et al. (1999, 34) évoque pour la même année une offre de 3'300 places. Cela démontre clairement que la statistique d'occupation d'infodrog ne décrit qu'une partie de l'offre de traitement résidentiel des dépendances. En 2010, la statistique d'occupation d'infodrog relève l'existence de

1'254 places. Selon la statistique d'occupation d'infodrog, entre 1997 et 2010, l'offre de places a donc diminué de 21,6%. Si l'on considère que les conditions suivantes, très restrictives, sont réunies⁸ :

- l'égalité, entre 2010 et 1997, du degré de couverture de la statistique d'infodrog relative au taux d'occupation de l'offre de traitement résidentiel des dépendances pour, à savoir $1600 / 3300 = 48,5\%$;
 - l'égalité, entre 2010 et 1997, de la structure de l'offre de places de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation ;
 - l'égalité, du coût d'une place disponible entre 2010 et 1997,
- alors nous pouvons évaluer le volume 2010 de financement (hors hôpitaux et cliniques publics) à environ **210 millions de CHF**.

Les étapes de ce calcul peuvent être vérifiées dans le **Tableau 5**.

Tableau 5 : Évaluation du coût des institutions pratiquant le traitement résidentiel des dépendances en 2010

Critère	Source	Unités	Nombre
Volume de financement 1997 selon Herrmann et al. (1999)	Herrmann et al. (1999)	en Mio. CHF	268
Offre de places 1997 selon Herrmann et al. (1999)	Herrmann et al. (1999)	Nombre	3'300
Offre de places (1997) selon infodrog	infodrog	Nombre	1'600
Offre de places (2010) selon infodrog	infodrog	Nombre	1'254
Modification de l'offre de places (2010 / 1997) selon infodrog	infodrog	en %	-21,6%
Évaluation du volume de financement 2010	Évaluation BASS	en Mio. CHF	210

Source : Herrmann et al. (1999), infodrog ; calculs propres

3.4.2 Évaluation des coûts dans les hôpitaux et cliniques publics

Nous avons montré, dans la section 2.2, que la statistique médicale des hôpitaux affiche pour le volet alcool, en 2009, 460'165 journées de traitement, contre 146'637 journées de traitement pour le volet drogues, médicaments et autres substances. Ce total de 552'801 journées de traitement comprend également les séjours en centres de traitement des dépendances, dont nous avons déjà tenu compte à l'étape 1. Pour les centres de traitement des dépendances qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux, il s'agit en premier lieu d'institutions spécialisées dans le traitement de personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool. Ces institutions figurent dans la statistique act-info-Residalc. Pour les 16 institutions qui ont participé à la statistique en 2010, act-info-Residalc annonce 147'562 journées de traitement. Dans la section 2.2, nous avons procédé à une extrapolation à l'ensemble des 21 institutions spécialisée dans les thérapies résidentielles pour les client(e)s présentant des problèmes liés à l'alcool. Cette extrapolation aboutissait à 193'676 journées de traitement. Pour simplifier, nous supposons que l'ensemble des 21 institutions spécialisées dans le traitement de personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool figurent sur la liste cantonale des hôpitaux⁹, ce qui impliquerait que l'ensemble des 193'676 journées de traitement seraient déjà compris dans la statistique médicale des hôpitaux. En suivant ce raisonnement, l'on peut estimer qu'en 2009, les hôpitaux et les cliniques publics que nous n'aurions pas déjà pris en compte lors de l'étape 1 auraient fourni au total 359'126 journées de traitement (552'801 moins 193'676). En outre, Künzi/Bauer (2000) permettrait de considérer que les deux tiers de ces journées de traitement se sont déroulées dans des cliniques psychiatrique au tarif journalier de 399 CHF et l'autre tiers, dans des hôpitaux de soins aigus, au tarif de 877 CHF. Ces hypothèses permettent de calculer, pour le traitement résidentiel des dépen-

⁸ Intuitivement, les hypothèses peuvent être interprétées comme suit : Nous partons de l'hypothèse qu'en 2010, l'on a pris en compte les mêmes prestations des mêmes institutions et aux mêmes tarifs qu'en 1997 - à l'unique différence près que le volume des prises en charges était inférieur de 21,6% en 2010 qu'en 1997.

⁹ Ce n'est pas le cas : Il existe également des institutions spécialisées dans le traitement de client(e)s souffrant de problèmes d'alcool qui ne figurent pas sur une liste cantonale des hôpitaux. La majorité de ces 21 institutions Residalc sont cependant des centres de traitement des dépendances.

dances et la réadaptation dans des hôpitaux et cliniques publics, pour 2009, un volume de financement de l'ordre de **201 millions de CHF**.

Les étapes de ce calcul peuvent être vérifiées dans le **Tableau 6**.

Tableau 6 : Évaluation des coûts de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation dans les hôpitaux et cliniques publics en 2010

Critère	Source	Unités	Nombre
Nombre de jours de séjour en hôpital et en clinique avec un diagnostic primaire de trouble lié à une dépendance, en 2009	Statistique médicale des hôpitaux	Nombre	552'801
Nombre de jours de séjour dans l'une des 16 institutions act-info-Residalc en 2010	Delgrande Jordan (2011)	Nombre	147'562
Estimation du nombre de jours de séjour dans les 21 institutions act-info-Residalc en 2010	Évaluation BASS	Nombre	193'676
Nombre de jours de séjour en hôpital et en clinique avec un diagnostic primaire de trouble lié à une dépendance, en 2009, ajusté d'après le nombre de jours de séjour dans les 21 institutions act-info-residalc, dont	Évaluation BASS	Nombre	359'126
2/3 en clinique psychiatrique	Künzi & Bauer (2000)	Nombre	239'417
1/3 en hôpital de soins aigus	Künzi & Bauer (2000)	Nombre	119'709
Coût journalier en psychiatrie, en CHF	Künzi & Bauer (2000)	CHF	399
Coût journalier en hôpital de soins aigus, en CHF	Künzi & Bauer (2000)	CHF	877
Estimation du coût en Psychiatrie	Évaluation BASS	Mio. CHF	96
Estimation du coût en hôpital de soins aigus	Évaluation BASS	Mio. CHF	105
Estimation du coût total	Évaluation BASS	Mio. CHF	201

Source : Delgrande Jordan (2011), Künzi/Bauer (2000), statistique médicale des hôpitaux (OFS) ; calculs propres

Pour interpréter l'évaluation de l'ordre de 201 millions de CHF, il convient de tenir compte des éléments suivants :

- L'évaluation repose sur l'hypothèse selon laquelle toutes les institutions Residalc figurent sur une liste cantonale des hôpitaux. Dans la réalité, ce n'est pas le cas (cf. note de bas de page 9). Cette hypothèse aboutit à une sous-évaluation du nombre de jours de séjour dans les hôpitaux et cliniques publics et donc à une sous-évaluation des volumes de financement correspondants.
- L'estimation est basée sur le nombre de jours de séjour pour les cas présentant un diagnostic de trouble lié à la dépendance (codes diagnostiques F10-F19, sauf F17). Comme nous l'avons déjà souligné dans la section 2.2, cette approche ne permet de présenter que partiellement la réalité :
- L'on peut supposer que dans les hôpitaux et les cliniques publics, l'on pratique également des prestations de thérapie résidentielle des dépendances et de réadaptation dans les cas où le trouble lié à la dépendance n'est pas le diagnostic primaire, mais bien un diagnostic secondaire. Cet état de fait implique que nous sous-estimons le volume de prestations des hôpitaux et cliniques publics.
- Pour une partie des prestations effectuées par les hôpitaux et cliniques publics dans le cadre des 552'801 jours de séjour pour des cas présentant un diagnostic primaire de troubles liés à la dépendance, il est probable qu'il s'agit de prestations qui, selon la définition retenue, ne peuvent pas être réellement considérées comme appartenant au domaine « thérapie et réadaptation ». Cela signifie que nous surestimons le volume de prestations des hôpitaux et cliniques publics en matière de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation.
- Le résultat de cette évaluation dépend fortement des hypothèses retenues quant au tarif journalier en psychiatrie (399 CHF) et en hôpitaux de soins aigus (877 CHF).

3.4.3 Évaluation du coût du traitement résidentiel des dépendances dans son ensemble

Sur la base de ce qui précède, notre estimation du volume de financement en matière de traitement résidentiel des dépendances (approximation à interpréter avec prudence) s'établit à environ **411 millions de CHF**.

3.5 Financement direct des institutions « financement institutionnel »

Selon Herrmann et al. (2006), en 2005, le financement des institutions de traitement résidentiel des dépendances était lié à la demande pour **67% et institutionnel pour environ 33 % des recettes** (notamment par la couverture des déficits et les subventions liées aux prestations des cantons du domicile). Pour l'année 1997, le rapport Herrmann et al. (1999, Tableau 17, page 51) annonce par contre une quote-part de recettes liées à l'offre de 28 % (2005 : 33 %). Les pourcentages annoncés dans l'étude Herrmann et al. (2006) pour l'année 2005 et dans l'étude Herrmann et al. (1999) pour l'année 1997 sont évidemment peu comparables, puisque les deux études sont basées sur des échantillons différents. L'échantillon sur lequel se base l'étude Herrmann et al. (1999) semble plus complet que celui sur lequel se base l'étude Herrmann et al. (2006). En effet, l'étude de Herrmann et al. (2006) ne tient pas compte des types d'institutions de traitement résidentiel des dépendances suivants : institutions mixtes, institutions de sevrage et de transition, institutions de logement assisté/avec accompagnement et institutions de placement familial.

L'on peut supposer que le financement institutionnel reste important aujourd'hui pour les institutions du traitement résidentiel des dépendances : sur les 22 cantons interrogés, seuls 7 cantons n'ont pas payé au cours des trois derniers exercices budgétaires (2009, 2010, 2011) de contributions indépendantes des client(e)s aux institutions de traitement résidentiel des dépendances - sachant que deux de ces cantons (SZ et NW) n'ont pas d'institution de ce type. Au cours des trois dernières années, 12 cantons ont dû couvrir au moins une fois le déficit d'une institution de traitement résidentiel des dépendances (financement institutionnel ex post). Au cours de la même période, 9 cantons ont dû verser au moins une fois des contributions non liées aux client(e)s, qui étaient également indépendantes du résultat d'exploitation de l'institution (financement institutionnel ex ante : par ex. les subventions à l'investissement). Le **Tableau 10** de l'annexe 9.2 présente les données détaillées de Financement institutionnel par les cantons au cours des trois dernières années.

3.6 Sources de financement

En matière de financement du traitement résidentiel des dépendances en Suisse, deux études existent :

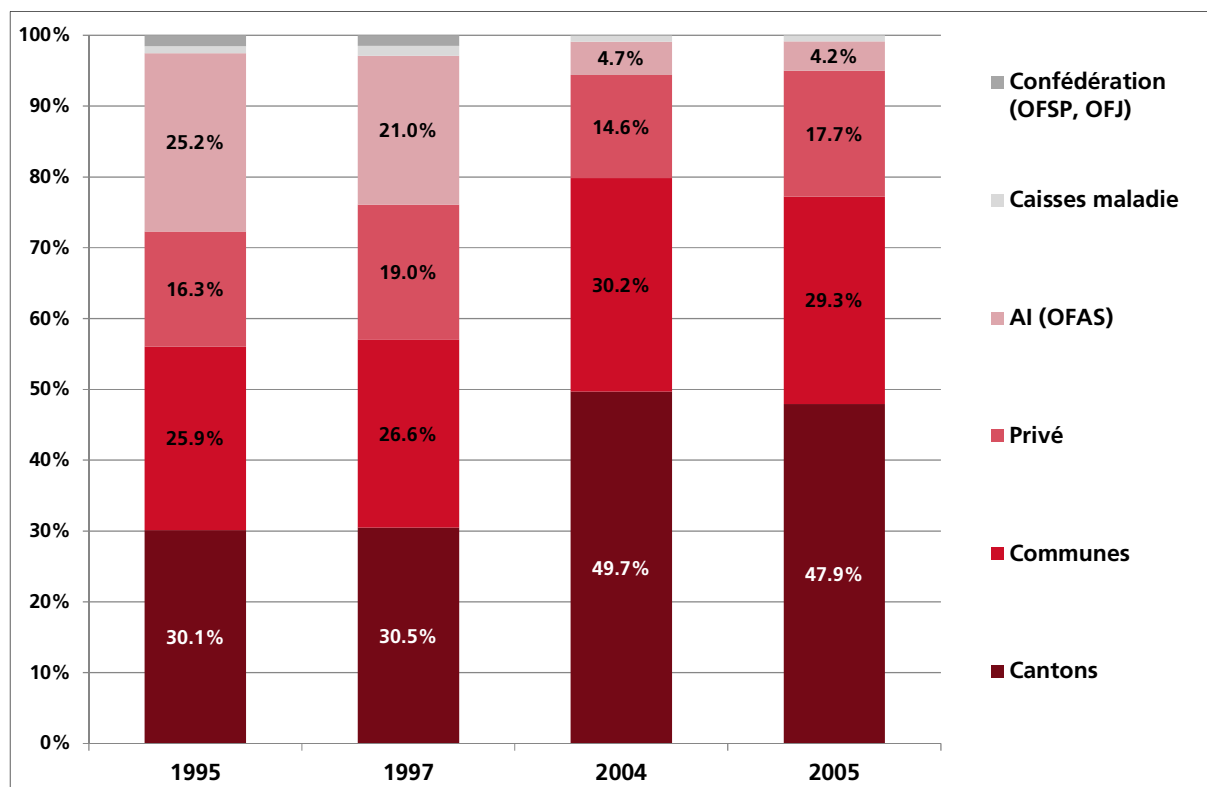
■ Herrmann et al. (1999): contient des informations sur les revenus des institutions résidentielles spécialisées dans le traitement de problèmes de dépendance pour les années 1995 et 1997.

■ Herrmann et al. (2006): contient des informations sur les revenus des institutions résidentielles spécialisées dans le traitement de problèmes de dépendance pour les années 2004 et 2005.

Les résultats de ces deux études sont synthétisés dans le **Graphique 8**¹⁰.

¹⁰ Pour interpréter le Tableau 8, il faut se souvenir qu'il présente la répartition des admissions des institutions qui effectuent les prestations et ne montre donc pas exactement quelles sont en définitive les sources de financement du traitement résidentiel des dépendances. Il faut en particulier partir de l'hypothèse que la relation entre les coûts pris en charge par les communes et ceux pris en charge par les cantons diffère de celle que suggère le Tableau 8. Cet écart ne saurait être exclu, pour deux raisons : 1. Dans certains cantons, les paiements effectués par les communes et les cantons au profit de l'institution passent encore par un mécanisme de compensation intracantonale des coûts qui modifie la répartition des coûts entre les cantons et les communes. 2. Dans les cantons où tant le canton que la commune du (de la) client(e) participent aux coûts d'un traitement résidentiel des dépendances, les

Graphique 8 : Revenus des institutions de traitement résidentiel des dépendances, par source de financement



Remarques : (1) dans le cas de contributions de l'OFSP, il s'agit selon Herrmann (1999, note de bas de page 60, p. 46) et selon Herrmann (2006, note de bas de page 11, p. 17) d'« aides initiales ». (2) Les contributions de l'OFJ ne sont pas précisées davantage dans les sources citées, de sorte que nous ne pouvons pas détailler davantage le type de contributions dont il s'agit. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas du coût de thérapies imposées (exécution des mesures) Ceux-ci sont pris en charge par les cantons et sont donc présentés dans la catégorie « cantons » du graphique.
 Source : Herrmann et al. (1999, tab. 16, p. 49, colonne «Alle Bereiche»), Herrmann et al. (2006, Tab. 2, p. 17, Colonne «Summe»); Présentation graphique BASS

Ce graphique précise en particulier les effets de l'ajustement de la pratique de l'AI en matière de contributions et d'évaluations, qui a mené dès 1998 à une réduction substantielle de la quote-part de l'AI au financement du traitement résidentiel des dépendances.

3.7 Situation actuelle du financement des institutions de traitement résidentiel des dépendances

Les expert(e)s interviewé(e)s dans le cadre du présent rapport font valoir que le financement institutionnel dans le domaine résidentiel est garanti. Depuis le retrait de l'OFAS en 1998, les cantons ont considérablement augmenté leur quote-part dans le financement, de sorte que les coûts des institutions sont couverts, dès que les taux d'occupation sont bons. Il est cependant confirmé que certaines institutions ne survivent qu'au prix de grandes difficultés. Ces institutions sont souvent dépendantes de subventions privées ou publiques destinées à couvrir leurs déficits. Certains établissements sont ainsi « maintenus en vie » alors même que leur offre ne rencontre qu'une demande insuffisante. En matière de financement, un autre problème est que les institutions ne peuvent guère faire face aux fluctuations de la demande en puisant dans des réserves. Soit la création de réserves n'est pas économiquement réalisable, soit la régle-

admissions des institutions qui effectuent les prestations dépendent des modalités de facturation : Ainsi, il n'est pas exclu qu'une institution qui effectue les prestations porte en compte l'ensemble des coûts de séjour d'un(e) client(e) à la commune, mais que la commune puisse, après paiement, récupérer une partie des coûts auprès du canton. Dans ce cas, l'institution obtient 100% de son revenu par le biais de la commune, mais la commune ne finance pas l'intégralité du séjour.

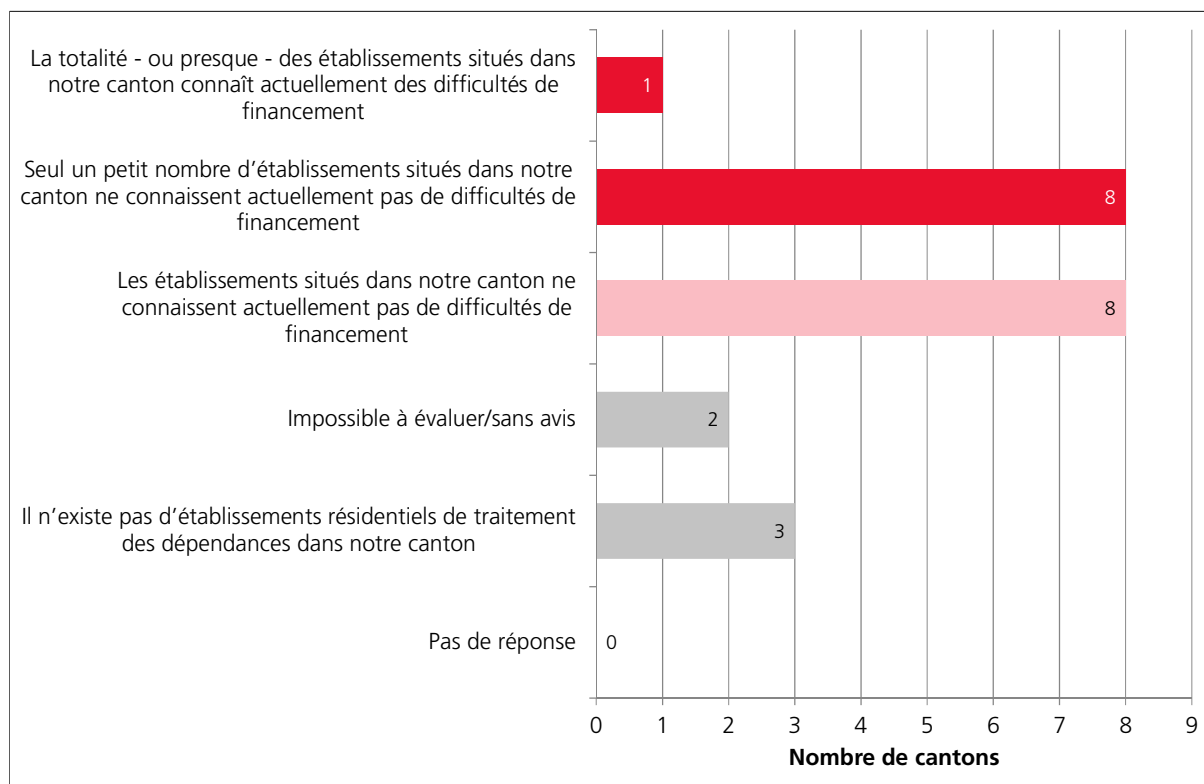
mentation cantonale ne la permet pas. Selon les expert(e)s interviewé(e)s, des modifications du régime de financement sont imminents dans certains cantons.

Les résultats de l'enquête en ligne, au cours de laquelle les cantons ont été notamment interrogés sur la situation financière des établissements de traitement résidentiel des dépendances, concordent avec les évaluations des expert(e)s sollicité(e)s (cf. **Graphique 9**) :

- 8 cantons sur 22 indiquent n'avoir sur leur territoire aucun établissement de traitement résidentiel des dépendances confronté à des difficultés financières.
- 9 cantons sur 22 indiquent avoir sur leur territoire des établissements de traitement résidentiel des dépendances confrontés à des difficultés financières. Dans 8 de ces 9 cantons, le nombre d'établissements frappés par des problèmes de financement est réduit. Dans un seul de ces cantons, tous les établissements ou presque éprouvent des difficultés de financement.

Le **Tableau 11** de l'annexe 9.2 montre dans quels cantons sont implantés les centres de traitement résidentiel des dépendances qui sont confrontés à des difficultés financières.

Graphique 9 : Situation financière des institutions de traitement résidentiel des dépendances selon les informations communiquées par les cantons



Question : « Comment votre canton évalue-t-il les problèmes de financement des institutions de traitement résidentiel des dépendances qui se situent sur son territoire ? »
 Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Parallèlement à la révision partielle de la loi sur l'assurance maladie LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les cantons sont actuellement sur le point d'actualiser les listes cantonales des hôpitaux. Il est permis de supposer que les institutions de petite taille, par exemple les centres de traitement des dépendances, ne figureront plus sur les nouvelles listes cantonales des hôpitaux. L'exemple de la nouvelle liste des hôpitaux pour le canton de Zurich, récemment publiée, montre que cette supposition n'est pas sans fondement. Voilà qui permet d'anticiper, dès 2012, des difficultés de financement pour les centres de traitement des dépendances concernés.

4 Les systèmes cantonaux de financement

En définitive, le financement du traitement résidentiel des dépendances relève du canton. De manière générale, l'organisation du traitement résidentiel des dépendances et les systèmes de financement correspondant à cette organisation varient fortement d'un canton à l'autre. Dès lors, les systèmes cantonaux doivent être analysés individuellement, de manière à identifier les incitants économiques auxquels sont confrontés les différents acteurs économiques du traitement résidentiel des dépendances, et en particulier les instances de placement. Compte tenu de la diversité des systèmes cantonaux, une analyse globale de ces incitants économiques n'est pas envisageable.

C'est pourquoi, dans ce chapitre, nous décrivons l'organisation et le financement du traitement résidentiel des dépendances dans certains cantons donnés, à la manière d'une étude de cas. Nous présenterons au chapitre 5, sur la base de ces études de cas, et en prenant en compte les résultats des enquêtes menées auprès des expert(e)s, nous décrivons les problèmes liés aux systèmes cantonaux de traitement résidentiel des dépendances présentés dans ce chapitre.

4.1 Études de cas

4.1.1 Le canton d'Argovie

Offre et prestataires de services du canton

En matière de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation, le canton d'Argovie dispose des institutions suivantes :

- 2 institutions sociothérapeutiques pour la thérapie en mode résidentiel de la toxicodépendance, financées par les contributions des patient(e)s et par l'aide sociale.
- 1 institution sociothérapeutique pour la thérapie résidentielle de troubles liés à l'alcool, qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux.
- 1 centre de traitement des dépendances qui traite des patients souffrant de dépendances tant à l'alcool qu'à des substances illégales et qui figure sur la liste des hôpitaux du canton d'Argovie. Il est donc (co-)financé par des contributions des caisses-maladie. Cette institution est un cas unique en Suisse, en ce sens qu'il s'agit du seul centre de traitement des dépendances qui est spécialisé dans le traitement de client(e)s souffrant d'une dépendance à la drogue. Les autres centres de traitement des dépendances de Suisse sont au contraire spécialisés dans le traitement de client(e)s souffrant d'une dépendance à l'alcool, même s'ils acceptent de traiter dans certains cas des client(e)s souffrant d'une dépendance à la drogue.

Indication, placement et prise en charge des coûts

Le canton d'Argovie ne compte aucune instance officielle d'indication. L'indication est le fait de médecins de famille, de psychiatres, de centres de consultation et, dans le cas d'une institution résidentielle, de l'institution prestataire des services elle-même. La décision de prise en charge des coûts incombe en définitive aux représentants de la commune (Conseil municipal et Conseil de ville)).

Tarifs, coûts et financement

Il n'existe ni financement institutionnel ni garanties de couverture des déficits. Les coûts individuels de traitement dans les institutions qui ne figurent pas sur la liste des hôpitaux sont intégralement pris en charge par les communes (en tant que prestations de prévoyance à titre subsidiaire). Pour les institutions qui figurent sur la liste des hôpitaux, et donc également pour le centre de traitement des dépendances du canton d'Argovie, les coûts sont pris en charge par les caisses-maladie et le canton. Faute de compensation intracantonale dans le canton d'Argovie, les communes n'ont pas à prendre en charge de coûts en

cas de placement dans des institutions qui figurent sur la liste des hôpitaux (à l'exception des coûts accessoires).

Placements hors canton

Pour le canton d'Argovie, Eckmann (2011) signale, pour l'année 2010, 87 placements. Pour 11 de ces 87 placements seulement (13%), il s'agissait de placements hors canton. L'expert interrogé du canton d'Argovie explique cette faible proportion par le fait que les communes ne prennent pas en charge les frais de traitement (à l'exception des frais accessoires) lorsque le traitement se déroule dans un centre de traitement des dépendances agréé par les caisses-maladie. Les communes n'ont donc aucun incitant économique à placer leurs patient(e)s hors canton - elles ont plutôt un incitant en sens contraire. Il n'existe dans le canton d'Argovie aucun frein institutionnalisé aux placements hors canton qui serait dû à une pratique d'autorisation restrictive.

Les problématiques vues sous la perspective du délégué cantonal aux problèmes de dépendance

Selon l'expert interviewé, le canton d'Argovie serait confronté, en première ligne, au problème que les deux institutions sociothérapeutiques spécialisées en thérapie résidentielle des dépendances, ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux, pâtissent d'un désavantage concurrentiel par rapport au centre de thérapie des dépendances agréé par les caisses-maladie.

4.1.2 Le canton de Berne

Offre et prestataires de services du canton

En matière de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation, le canton de Berne dispose des institutions suivantes :

- 6 institutions sociothérapeutiques spécialisées en thérapie résidentielle de la toxicodépendance, qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux,
- 2 centres de traitement des dépendances, institutions spécialisées dans la thérapie résidentielle de la dépendance à l'alcool, qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux.
- 6 institutions de logement avec accompagnement pour des personnes souffrant de pharmacodépendance.

Indication, placement et prise en charge des coûts

Indication et placement : la décision du placement de client(e)s dans des institutions sociothérapeutiques résidentielles incombe en dernière analyse aux services sociaux des communes. Ceux-ci ont recours, selon les cas, aux conseils de médecins traitants, de psychiatres, de centres d'indication ambulatoires, mais aussi des institutions qui fournissent les prestations de services. Les services sociaux sont tenus de s'appuyer sur les recommandations des spécialistes en dépendances. Il n'existe aucun instrument de tri.

Prise en charge des coûts : La prise en charge des coûts est assurée par les communes. Tout placement hors canton dans une institution ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux, nécessite en outre l'accord du canton. Cet accord garantit aux communes qu'elles pourront faire valoir les coûts de placements hors canton dans la compensation intracantonale des coûts.

Tarifs, coûts et financement

Tarifs : les tarifs des divers établissements de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation sont négociés et fixés annuellement par le canton et par les établissements en question. L'unité de factu-

ration est le jour de séjour. Les tarifs journaliers convenus dans les contrats de prestation appellent les commentaires suivants :

■ Les tarifs journaliers sont fixés de manière autonome par chaque institution, sur la base du budget qu'elles préparent chaque année à l'intention du canton. Les tarifs dépendent donc notamment des frais réels de l'institution. Ce n'est que dans le cadre de la formule thérapeutique du « placement en famille d'accueil » qu'il existe des tarifs forfaitaires dont les institutions (qui mettent à disposition les places en famille d'accueil) doivent s'accommoder. Les tarifs journaliers se présentent actuellement comme suit :

- Institutions sociothérapeutiques pour la thérapie de la toxicodépendance : 349-373 CHF
- Centres de traitement des dépendances figurant sur la liste cantonale des hôpitaux : Environ 378-388 CHF
- Foyers d'hébergement spécialisés : 136-225 CHF
- Places en famille d'accueil (indépendamment du fournisseur de prestations) : 224 CHF.

■ Il n'y a aucune différenciation des tarifs, sauf pour tenir compte de la spécificité tarifaire par institution : ainsi, les tarifs journaliers ne dépendent ni de la durée du séjour (pas de tarifs dégressifs), ni des particularités ou de la nature du problème du (de la) client(e).

Financement des coûts spécifiques : pour les placements dans des institutions sociothérapeutiques qui ne figurent pas sur une liste cantonale des hôpitaux, les communes participent aux frais de traitement à hauteur de 120 CHF par jour. L'écart entre ce chiffre et le tarif journalier de l'institution concernée est pris en charge par le canton (environ 230 CHF). Tant les coûts pris en charge par le canton que les coûts pris en charge par la commune sont intégrés dans la procédure de compensation intracantonale des coûts (verticale et horizontale). Le canton prend en charge 50 % des dépenses introduites dans la compensation intracantonale des charges. L'autre moitié est prise en charge par les communes, la répartition entre les communes s'opérant au prorata de leur population. En d'autres termes, les communes et le canton se répartissent donc le coût de la thérapie résidentielle des dépendances et de la réadaptation. Cela vaut également pour les coûts de placement dans des centres de traitement des dépendances, à savoir des institutions figurant sur la liste cantonale des hôpitaux : dans ce cas, le canton prend en charge l'intégralité des coûts après déduction de l'intervention des caisses-maladie. Ces coûts, que le canton doit prendre en charge, sont également présentés à la compensation intracantonale des charges (verticale). Les communes doivent donc prendre en charge également la moitié des coûts de placement dans les centres de traitement des dépendances assumés par les cantons. Dès 2012, les centres de traitement des dépendances seront soumis à la législation sur les soins hospitaliers (LSH) : à partir de ce moment, les coûts assumés par les cantons ne seront plus intégrés à la procédure de compensation des charges.

Financement direct des institutions : Dans un passé récent, le canton de Berne a dû prendre en charge quelques cas de déficits d'institutions de thérapie résidentielle des pharmacodépendances.

Provisions : Les fournisseurs de prestations peuvent constituer des réserves jusqu'à concurrence d'un (faible) pourcentage du budget. Chaque année, un excédent de couverture de 2 % du montant total annuel des coûts budgétés reste à la disposition de l'institution.

Placements hors canton

Le canton n'autorise les placements hors canton dans des institutions résidentielles de traitement de la pharmacodépendance que dans des cas où c'est impératif, à savoir que les critères suivants justifient cette autorisation de placement hors canton : 1. le sexe, 2. la langue, 3. un(e) client(e) avec enfant.

Cette attitude restrictive en matière de placements hors canton explique pourquoi le pourcentage de placements hors canton est bas dans le canton de Berne : Eckmann (2011) y dénombre 196 placements pour l'année 2010. Seuls 32 de ces 196 placements (16%) étaient des placements hors canton.

Les problématiques vues sous la perspective du délégué cantonal aux problèmes de dépendance

Selon l'experte du canton de Berne que nous avons interviewée, le principal problème en première ligne est que les client(e)s qui ne bénéficient pas de l'aide sociale doivent participer aux coûts d'une thérapie dans une institution sociothérapeutique en mode résidentiel à hauteur de 120 CHF par jour. Ceci réduit l'accès au traitement des dépendances en ce sens que vu le montant en cause, un(e) client(e) peut être incité(e) à renoncer à une thérapie.

4.1.3 Le canton de Bâle-Campagne

Offre et prestataires de services du canton

En matière de traitement résidentiel des dépendances et de réadaptation, le canton de Bâle-Campagne dispose des institutions suivantes :

- 3 institutions sociothérapeutiques spécialisées en thérapie résidentielle de la toxicomanie, qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux;
- 1 centre de traitement des dépendances, institution spécialisée dans la thérapie résidentielle de la dépendance à l'alcool, qui figure sur la liste cantonale des hôpitaux.
- Plusieurs institutions spécialisées dans la thérapie résidentielle de la dépendance à l'alcool, qui figurent toutes sur la liste cantonale des hôpitaux.

Indication, placement et prise en charge des coûts

Indication : Le canton de Bâle-Campagne dispose d'une instance d'indication centrale, indépendante des fournisseurs de prestations, qui n'opte pour un placement qu'en fonction de considérations de fond. Alors que dans le domaine des drogues illicites, une indication émanant de l'instance d'indication centrale est impérative, les indications d'autres instances professionnelles, médecins de famille et psychiatres, sont également retenues dans le domaine de l'alcool. L'instance d'indication régionale ne couvre pas seulement le volet résidentiel du traitement des dépendances, mais également l'ensemble de l'offre de thérapie de la dépendance et de la réadaptation. Les collaborateurs de l'instance centralisée d'indication n'assurent pas que les fonctions d'indication et de placement. Ils interviennent bien plus au titre de gestionnaire de dossier du (de la) patient(e).

Prise en charge des coûts : La décision de prise en charge des coûts n'incombe pas à l'instance de placement, mais en dernière analyse, au médecin cantonal. De cette manière, l'on s'assure que toute décision de placement prenne également en compte des considérations de coût : l'instance d'indication présente au délégué cantonal aux questions de dépendance une recommandation de placement. Ce dernier évalue cette recommandation de placement notamment sous l'aspect de son coût. Si la recommandation de placement de l'instance de placement est contestable sous l'angle du coût, le délégué cantonal pour les questions de dépendance prend contact avec l'instance d'indication pour déterminer si le surcoût se justifie d'un point de vue thérapeutique. Enfin, le délégué cantonal aux questions de dépendance présente la recommandation au médecin cantonal, qui la confirme avec une garantie de prise en charge des coûts.

Grâce à l'organisation de l'indication, du placement et de la prise en charge des coûts dans le canton de Bâle-Campagne, telle qu'elle vient d'être esquissée, les décisions sont prises très rapidement : dans les cas les plus favorables, les client(e)s peuvent déjà rejoindre une institution le lendemain de l'indication.

Tarifs, coûts et financement

Tarifs : Une institution du canton BL pratique un tarif dégressif, à savoir 340 CHF pour les trois premiers mois, et 310 CHF à compter du 91^e jour. D'autres institutions appliquent des modèles tarifaires par étapes qui dépendent du contenu de la thérapie (exemple : réintégration sur le marché du travail). Ces tarifs sont négociés chaque année par le canton et les institutions concernées. Les institutions peuvent soumettre des augmentations de tarifs. Le canton peut également imposer des réductions de tarifs, lorsque les réserves d'une institution sont trop élevées. Selon l'expert du canton Bâle-Campagne qui a été interviewé, il existe entre les différentes institutions résidentielles disponibles en Suisse, d'importants écarts en termes de tarifs journaliers, même si l'on tient compte des différences dans l'offre thérapeutique.

Provisions : Les institutions peuvent constituer des réserves jusqu'à concurrence de la moitié de leurs charges de personnel annuelles, de manière à pouvoir absorber des fluctuations dans les taux d'occupation.

Sources de financement et financement : Dans le domaine des drogues, le canton prend en charge 75 % des coûts, et la commune, 25 %, étant entendu que les communes n'ont pas de droit de codécision, et qu'elles ne peuvent donc refuser la prise en charge de coûts. Du point de vue des communes, cela ne représente pas un grand problème : cette quote-part de 25 % ne représente qu'une charge additionnelle limitée, dès lors qu'elles doivent également supporter le coût de l'aide sociale lorsque le ou la client(e) n'entame pas une thérapie résidentielle de la dépendance. Comme une participation de la famille dans les coûts, au sens de l'obligation d'entretien de la famille, est juridiquement difficile à mettre en œuvre, le canton de Bâle-Campagne ne connaît guère de telles situations de partage des coûts. En matière d'aide sociale, dans le canton de Bâle-Campagne, il existe cependant une compensation intracantonale des charges. Celle-ci se base cependant sur des indicateurs qui ne sont pas propres aux dépenses réalisées (taux de chômage, proportion de familles monoparentales, proportion d'étrangers hors UE, taux de logements occupés par leur propriétaire), et elle peut donc être considérée comme négligeable par rapport au financement du traitement résidentiel des dépendances dans le canton BL. Les coûts de traitement des *institutions sociothérapeutiques de thérapie de la dépendance à l'alcool, qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux*, ne peuvent être cofinancés par le canton. Ils doivent être intégralement pris en charge par les communes. Comme l'a commenté l'expert interviewé dans le canton BL : « Dans le canton BL, les traitements de cas de dépendance à l'alcool qui *ne sont pas pris en charge par la LAMal* ne peuvent pas être cofinancés par le canton. Dans ce cas, il incombe à la commune de décider si elle finance ou non de tels séjours. Même en l'absence d'un droit en vertu de la législation sur l'aide sociale, certaines communes « accommodantes » les acceptent exceptionnellement. La situation des personnes concernées est meilleure, à cet égard, lorsqu'elles bénéficient d'une rente de l'Al. Dans ce cas, elles peuvent réclamer des prestations complémentaires (PC). Dans le canton de Bâle-Campagne, les PC financent les séjours en institution lorsque le tarif de l'institution (dans le canton ou hors canton) a été approuvé par une autorité publique. »

Placements hors canton

Pour les dépendances à l'alcool, un placement hors canton dans une institution qui figure sur la liste cantonale des hôpitaux doit être approuvé par le médecin cantonal. À compter du 1.1.2012 (nouveau mécanisme de financement des hôpitaux), le médecin cantonal ne doit plus approuver un tel placement que si le tarif de l'institution hors canton est supérieur au tarif des institutions internes au canton. En principe, les

placements hors canton ne sont soumis à aucune limite, puisque l'instance d'indication indépendante ne propose ces placements que sur la base de considérations de fond exclusivement. Le canton BL n'a pas ratifié la liste C de la CIIS, parce que cette procédure entraînerait des frais administratifs supplémentaires mais aussi, par comparaison au système existant (placements par l'instance d'indication), une dégradation. Dans le cas de placements hors canton, le délégué cantonal aux problèmes de dépendance se contente de vérifier si le tarif de l'institution correspondante est agréé par le canton d'implantation. À l'exception de quelques établissements de plus petite taille, c'est toujours le cas.

La proportion de placements hors canton dans le canton de Bâle-Campagne est élevée, et supérieure à la moyenne. Pour le canton BL, Eckmann (2011) signale, pour l'année 2010, 46 placements. Pour 30 de ces 46 placements (65%), il s'agissait de placements hors canton.

Les problématiques vues sous la perspective du délégué cantonal aux problèmes de dépendance

Selon l'expert interviewé, du point de vue du canton de Bâle-Campagne, le problème qui se pose dans le cadre du financement du traitement résidentiel des dépendances de première ligne, c'est le mécanisme dual de financement des thérapies des dépendances à l'alcool ou aux drogues. D'un côté, le traitement dans un centre de traitement résidentiel des dépendances qui figure sur la liste des hôpitaux présente l'avantage, pour les client(e)s, que les coûts de la thérapie ne sont pas susceptibles de restitution. D'un autre côté, pour le traitement dans un centre de traitement des dépendances qui figure sur la liste cantonale des hôpitaux, la caisse-maladie prescrit une durée de séjour maximale. Selon l'expert interviewé, cette durée est spécifique à l'institution ; dans le cas du centre de traitement résidentiel des dépendances, elle est fixée à 180 jours. Cela constitue un problème, car certains client(e)s souffrent de problèmes liés à l'alcool qui, d'un point de vue thérapeutique, nécessitent une durée de séjour plus longue. Dans de tels cas, il y a lieu d'obtenir auprès de la caisse-maladie compétente une autorisation exceptionnelle, qui n'est pas toujours accordée.

4.1.4 Le canton de Bâle-Ville

Offre et prestataires de services du canton

■ **Drogues illégales** : Le canton de Bâle-Ville dispose de trois institutions sociothérapeutiques, spécialisées dans le traitement de problèmes de dépendance aux drogues illégales, mais qui accueillent également des client(e)s souffrant d'une dépendance à l'alcool (aucune des 3 institutions ne figure sur la liste des hôpitaux).

■ **Alcool** : Dans le domaine de la thérapie de la dépendance à l'alcool et de la réadaptation, le canton de Bâle-Ville dispose de 2 centres de traitement des dépendances, à savoir deux établissements figurant sur liste cantonale des hôpitaux et qui sont agréés par les caisses-maladie. Il n'y a pas à Bâle d'institutions sociothérapeutiques spécialisées dans le traitement de problèmes de dépendance à l'alcool et qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux.

Indication, placement et prise en charge des coûts

Indication : Le canton de Bâle-Ville dispose de trois centres d'indication. Un placement dans une institution résidentielle qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux nécessite une indication par un de ces trois centres (directives relatives aux indications et au financement du traitement thérapeutique dans des institutions de traitement résidentiel des dépendances du canton de Bâle-Ville). Dans le cas de placements dans des centres de traitement des dépendances qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux, les indications d'autres intervenants, et en particulier de centres médicaux et psychiatriques, sont également acceptées. L'une des trois instances d'indication appartient à un organisme faîtier qui propose également

une offre résidentielle. Bien entendu, d'un point de vue organisationnel, l'instance d'indication est séparée de l'établissement résidentiel. Les centres d'indication sont responsables des indications qu'ils posent. Selon l'expert interviewé, il serait possible de détecter très vite l'éventuel effet négatif d'un conflit d'intérêts potentiel auquel cette instance d'indication pourrait être confrontée.

Placements : L'indication posée par les trois centres d'indication donne lieu à une recommandation de placement. Outre la recommandation de placement prioritaire, des options de placement alternatives sont parfois proposées. La recommandation de placement prend également en compte les souhaits du (de la) client(e).

Prise en charge des coûts : La prise en charge des coûts incombe à l'administration cantonale. Formellement, ce n'est pas le cas pour les client(e)s des communes Riehen et Bettingen : dans ce cas (très rare), la préparation et le traitement de la prise en charge des coûts ainsi que la recommandation de placement sont effectués par l'administration cantonale ; la prise en charge elle-même passe, formellement, par les communes de Riehen et Bettingen. Il n'y a jamais eu de problème pour les (rares) cas de prise en charge des coûts par ces deux communes.

Tarifs, coûts et financement

Les coûts de placement dans des institutions sociothérapeutiques qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux sont pris en charge par le canton et dans le cas de client(e)s de Riehen et de Bettingen, par les communes. Les coûts de placements en institutions figurant sur la liste cantonale des hôpitaux sont pris en charge par les caisses-maladie et par le canton.

Le canton de Bâle-Ville ne pratique pas la compensation intracantonale des charges.

Placements hors canton

Selon l'experte du canton de Bâle-Ville que nous avons interviewée, lorsqu'une offre se trouve dans le canton BS, il s'agit généralement d'une offre relativement spécialisée. C'est pourquoi le canton est parfois amené à pratiquer des placements hors canton pour des client(e)s domicilié(e)s dans le canton de Bâle-Ville. D'après l'avis de monitoring de Bâle-Ville en 2011, il y a eu, en 2010, 22 prises en charge de coûts pour des placements à l'intérieur du canton et 57 pour des placements hors canton. Selon l'experte interviewée, pour des motifs thérapeutiques (réintégration), les institutions considérées pour des placements hors canton sont prioritairement celles du Nord-Ouest de la Suisse.

Les problématiques vues sous la perspective du délégué cantonal aux problèmes de dépendance

Selon l'experte interviewée, il n'y a pas, dans le canton de Bâle-Ville, de problèmes urgents liés à des dossiers de thérapie résidentielle des dépendances et de réadaptation.

4.1.5 Le canton de St. Gall

Offre et prestataires de services du canton

■ **Drogues illégales :** Le canton St. Gall ne dispose d'aucune institution résidentielle spécialisée dans le traitement des dépendances aux drogues illégales. Bien entendu, il participe à une telle institution dans le cadre de la « convention relative au centre de réhabilitation pour personnes dépendantes de la drogue à Lutzenberg ('Drogenheim')¹¹ » Il s'agit d'un centre sociothérapeutique qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux.

¹¹ Convention relative au centre de réadaptation pour toxicomanes de Lutzenberg (Drogenheim) du 21 août 1981. Cf. la décision du grand conseil du 1er avril 1982, 325.21.

■ **Alcool** : Pour la thérapie et la réadaptation de personnes souffrant de dépendance à l'alcool, le canton dispose d'une institution résidentielle qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, ainsi que d'une institution sociothérapeutique.

Indication, placement et prise en charge des coûts

Indication : Dans le domaine des drogues illégales, l'indication provient généralement d'une instance régionale de consultation pour problèmes de dépendance (indépendante des institutions qui fournissent les prestations. Bien entendu, il arrive aussi que dans le cadre d'un sevrage physique dans une clinique psychiatrique cantonale, cette dernière pose une indication de thérapie de suivi. L'instance d'indication pour le traitement des dépendances pose également des indications dans le domaine des dépendances à l'alcool. En matière d'alcool, bien entendu, les indications peuvent également être posées par des psychiatres et des médecins traitants. Dans le cadre de l'indication, l'instance de consultation pour les questions liées aux dépendances émet une recommandation de placement. Outre la recommandation de placement prioritaire, une option de placement alternative est parfois proposée également.

Prise en charge des coûts : La prise en charge des coûts incombe aux communes, qu'il s'agisse de cas de dépendance à l'alcool ou aux drogues. En l'occurrence, l'indication du centre de consultation pour les questions de dépendance n'a qu'une valeur de recommandation. En particulier, dans des communes rurales, il arrive que la prise en charge des coûts soit refusée, auquel cas le ou la client(e) dispose d'une possibilité de recours auprès du canton. Celle-ci n'est évidemment utilisée que très rarement.

Tarifs, coûts et financement

Placements à l'intérieur du canton - dépendance des drogues illégales : Le centre de réhabilitation Lutzenberg pour personnes dépendantes de la drogue facture aux client(e)s des cantons partenaires (GL, SH, AI, AR, SG, GR, TG et la Principauté de Liechtenstein) un tarif journalier de l'ordre de 310 CHF. Le tarif applicable aux client(e)s des autres cantons est un peu plus élevé, à 380 CHF. De cette somme de 310 CHF, le canton prend en charge 200 CHF et la commune, 110 CHF. Les tarifs journaliers de l'institution ne couvrent pas ses coûts. C'est pourquoi l'institution fait l'objet d'un financement dans le cadre d'une garantie de couverture de déficit par les cantons participants, dès que le déficit est connu. La quote-part du déficit à charge d'un canton participant se calcule, pour moitié, selon sa quote-part dans les journées de traitement demandées au cours de la période considérée, et pour moitié selon sa population.

Placements à l'intérieur du canton - Dépendance à l'alcool : Le tarif journalier de l'institution sociothérapeutique qui est spécialisée dans la thérapie de la dépendance à l'alcool s'élève à 320 CHF, tant pour les client(e)s du canton SG que pour les client(e)s venant de l'extérieur du canton. Comme ce tarif journalier couvre tout juste les coûts, l'institution n'est pas en mesure de constituer des réserves pour absorber les fluctuations dans le taux d'occupation. De cette somme de 320 CHF, le canton prend en charge 210 CHF et la commune, 110 CHF.

Placements hors canton

Puisque l'offre dont dispose le canton SG en matière de thérapie résidentielle des dépendances et de réadaptation est limitée, il doit s'appuyer sur des institutions résidentielles de traitement des dépendances hors canton. En 2010, selon Eckmann (2011), le canton SG comptait 80 placements de client(e)s dans des institutions de traitement résidentiel des dépendances. Près de la moitié de ces placements (31 sur 80) s'effectuait dans des institutions extérieures au canton.

Pour le placement de client(e)s dans des institutions de traitement résidentiel des dépendances situées hors du canton SG, l'on opère une distinction selon le critère de l'appartenance ou non à la liste cantonale des hôpitaux.

■ **Placement de client(e)s de St. Gall dans des institutions résidentielles hors canton, qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux (centres de traitement des dépendances):** ces placements concernent, en première ligne, les dépendances à l'alcool, puisqu'il n'existe en Suisse qu'un seul centre de traitement des dépendances spécialisé dans le traitement de client(e)s dépendants à la drogue. Ils doivent (conformément à la LAMal) être autorisés par le médecin cantonal. Puisque les tarifs journaliers des centres de traitement des dépendances sont généralement nettement plus élevés que ceux des institutions sociothérapeutiques, le canton prévoit en principe un placement dans un de ses deux « propres » centres sociothérapeutiques. En l'occurrence, il vérifie, dans le cas de placements (hors canton) dans une institution agréée par les caisses-maladie, que les communes n'apportent aucune contribution aux coûts de thérapie (ces coûts sont, pour l'essentiel, pris en charge par les caisses-maladie et le canton).

■ **Placement de client(e)s de St. Gall dans des institutions résidentielles hors canton, qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux (institutions sociothérapeutiques):** En cas de placement d'un (une) client(e) de St Gall dans une institution hors canton qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, le canton de St Gall ne peut pas participer aux coûts, faute de fondement juridique. Cela signifie généralement que les coûts de ces filiales incombent en totalité aux communes.

Les problématiques vues sous la perspective du délégué cantonal aux problèmes de dépendance

Pour des placements hors canton dans des institutions résidentielles qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux, le canton de St. Gall n'a pas actuellement la possibilité de participer aux coûts (dans ce cas, le coût incombe intégralement aux seules communes). C'est la raison pour laquelle le canton envisage de ratifier la liste C de la CIIS.

4.2 Comparaison entre cantons

Les différences cantonales en matière de financement des coûts de traitement résidentiel des dépendances concernent surtout les établissements qui ne figurent pas sur les listes cantonales d'hôpitaux, à savoir les institutions sociothérapeutiques et les foyers d'hébergement spécialisés. Puisque dans la plupart des cantons, le financement des foyers d'hébergement spécialisés dans le traitement des dépendances est organisé de la même manière que celui des institutions sociothérapeutiques, ce sont les mécanismes de financement cantonaux dans le cadre des institutions sociothérapeutiques que nous décrivons dans cette section. Nous omettrons les foyers d'hébergement spécialisés, notamment parce que par rapport aux institutions sociothérapeutiques, ces derniers jouent un rôle relativement mineur dans le traitement résidentiel des dépendances.

Le **Tableau 7** donne un aperçu des principales caractéristiques des systèmes de financement cantonaux.

Tableau 7 : Séjours résidentiels dans des institutions sociothérapeutiques (ne figurant pas sur une liste cantonale d'hôpitaux) : garantie de prise en charge des frais et financement

	Pas d'établissement sociothérapeutique	Aide sociale au niveau du canton	Garantie de prise en charge des frais		Sources de financement		
			Commune du domicile	Canton	Commune du domicile	Canton ou ensemble des communes ¹	Commune & Canton
Groupe 1							
AG			x		x		
UR	x		x		x		
ZH			x		x		
AR ²			x		x	x	
BE			x				x
SG ³			x		x		x
SH	(x)		x				x
SZ	x		x		x		
TG	(x)		x				x
ZG			x				x
LU			x		n.d.	n.d.	n.d.
Groupe 2							
BS		x		x		x	
GE		x		x		x	
SO			x			x	
TI		x		x		x	
VD		x		x		x	
FR				x		x	
NW	x			x		x	
Groupe 3							
GR		x		x			x
JU	x	x		x			x
BL ⁴				x			x
VS				x			x

Remarques : (x) les cantons disposent de foyers d'hébergement sociothérapeutiques ; ¹ Dans certains cantons, l'ensemble des communes participe aux coûts. À noter : une croix dans cette colonne signifie que la commune du domicile du (de la) client(e) ne joue qu'un rôle négligeable dans la répartition des coûts. ² Le canton prend en charge le coût des dépendances à l'alcool, la commune celui des dépendances aux drogues. ³ Le canton de St Gall ne peut participer aux coûts de placement que s'ils sont internes au canton. Les coûts des placements hors canton sont exclusivement pris en charge par la commune du domicile. ⁴ Le préalable à une participation du canton aux coûts est que l'indication émane d'instances d'indication régionales.

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Quant aux incitants financiers réservés aux instances qui garantissent la prise en charge des coûts, les cantons se subdivisent en trois groupes :

- Le **groupe 1** comprend les cantons où l'aide sociale relève des communes, où la prise en charge des coûts incombe aux communes et où la commune du domicile de la personne joue un rôle significatif dans la prise en charge des coûts. Ce groupe englobe les cantons AG, UR, ZH, AR, BE, SG, SH, SZ, TG, ZG et probablement LU.
- Le **groupe 2** comprend les cantons où le domicile du patient n'a aucune incidence sur la répartition des coûts. À ce groupe appartiennent les cantons BS, GE, TI, VD, FR, NW et SO.
- Le **groupe 3** comprend les cantons dans lesquels la garantie de prise en charge des coûts relève du canton, mais où la commune du domicile du patient participe aux coûts de traitement. Ce groupe englobe les cantons GR, JU, BL et VS.

5 Nécessité d'intervenir

5.1 Hétérogénéité des mécanismes de financement

En Suisse, le financement du traitement résidentiel des dépendances est organisé de manière hétérogène, à deux égards. D'une part, les cantons appliquent des systèmes de financement différents. D'autre part, même au sein des cantons, le financement n'est pas réglé de manière uniforme. Cette situation d'hétérogénéité des financements, par le biais des incitants économiques qu'il crée, peut provoquer des effets négatifs. En l'occurrence, l'on peut distinguer les problématiques suivantes :

■ **Problématique « places financées par la LAMal et places non financées par la LAMal »** (la source de financement diffère selon que l'institution bénéficie ou non d'une agrégation LAMal). Lorsqu'une thérapie se déroule dans une institution qui figure sur la liste cantonale des hôpitaux, les coûts en sont pris en charge par le canton et par les caisses-maladie. Cela pose un problème, en particulier - mais pas uniquement - dans les cantons où (a) les communes ne doivent pas participer à ces coûts dans le cadre d'une compensation intracantonale des charges, (b) les engagements de prise en charge des coûts incombent aux communes et (c) où les communes participent aux coûts de la thérapie lorsque celle-ci se déroule dans une institution qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux. Ce problème concerne potentiellement en particulier les 10 cantons du groupe 1 (cf. section 4.2). Dans ces cantons, les communes qui assurent la prise en charge des coûts sont exposées à la tentation économique d'effectuer un placement dans une institution qui figure sur la liste cantonale des hôpitaux. C'est également problématique sous l'angle économique et social, dès lors que les tarifs journaliers d'institutions qui figurent sur la liste cantonale des hôpitaux sont généralement nettement supérieurs aux tarifs journaliers des institutions sociothérapeutiques qui ne figurent pas sur la liste cantonale des hôpitaux. Cette Problématique « places financées par la LAMal et places non financées par la LAMal » s'observe notamment dans le canton de Bâle-Campagne¹² : en effet, ce canton ne peut pas contribuer aux coûts d'un traitement de la dépendance à l'alcool si celui-ci se déroule dans une institution qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux.

■ **Problématique « Thérapie volontaire ou mesure imposée »** (les sources de financement diffèrent selon le caractère volontaire ou non du traitement de la dépendance) : Si un tribunal ordonne une thérapie dans une institution résidentielle qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, les coûts de la thérapie seront pris en charge par le canton. Cela pose notamment un problème dans les cantons où (a) ce sont les communes qui prennent en charge, en tout ou en partie, les coûts de thérapie en institution sociothérapeutique de traitement résidentiel des dépendances et où (b) la décision de placement incombe à ces communes - c'est le cas des cantons du groupe 1 (cf. section 4.2). Ces communes sont exposées à la tentation économique de différer la décision de placement de client(e)s dans une institution résidentielle, et d'attendre une mesure imposée. Selon l'un des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie, c'est justement dans les petites communes rurales que risquerait d'apparaître une telle attitude, puisque les coûts d'un traitement résidentiel des dépendances pourrait peser lourdement sur un (petit) budget communal.

■ **Problématique « placements dans le canton ou à l'extérieur »** (les sources de financement diffèrent selon le lieu d'implantation de l'institution résidentielle) : Ce cas peut notamment survenir dans le canton St. Gall : si un traitement résidentiel des dépendances se déroule dans le centre de réadaptation 'Lutzenberg' pour personnes dépendantes de la drogue (substances illégales) ou dans le centre de thérapie des dépendances et de réadaptation (alcool), les communes doivent prendre en charge un coût de 110 CHF par jour. Le reste est pris en charge par le canton. Si, en revanche, ce même traitement résiden-

¹² Le canton BL n'appartient pas à la liste des cantons du groupe 1 (cf. section 4.2), ce qui montre que la problématique « places financées par la LAMal ou places non financées par la LAMal » ne touche pas nécessairement que les seuls cantons du groupe 1.

tiel des dépendances se déroule dans une institution extérieure au canton et qui figure sur une liste cantonale des hôpitaux, les communes n'ont pas de frais à prendre en charge. Si enfin la thérapie se déroule dans une institution résidentielle hors canton qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, les communes doivent prendre en charge l'intégralité des coûts, seules, puisque le canton ne peut pas participer aux coûts pour ce type de placement. Les communes qui assument la prise en charge des coûts dans le canton de St. Gall pourraient dès lors privilégier un placement dans une institution extérieure au canton, qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux.

Ce mécanisme dual de financement peut provoquer des **effets** pervers tant sous l'angle de l'efficacité que de l'efficience :

■ **Efficience** : Le financement par des sources de financement distinctes porte en germe le problème que lors de la décision du placement, des considérations d'ordre thérapeutique peuvent être éclipsées par des considérations d'ordre financier. Pire : d'un point de vue économique, l'on risque de voir les considérations financières porter *non pas tant sur le montant des coûts en eux-mêmes, mais bien sur leur répartition*. Dans certains cas extrêmes, une possibilité de thérapie onéreuse pourrait ainsi être préférée à une autre, plus avantageuse, simplement parce qu'en retenant l'option thérapeutique onéreuse, les coûts à charge de l'instance de placement seraient moins élevés que ce qu'elle aurait à subir en retenant l'option thérapeutique plus avantageuse. Sur le plan institutionnel, le système dual de financement crée des inégalités de marché (distorsions de la concurrence). Les institutions financées par la LAMal sont à même d'attirer plus facilement des patient(e)s - même dépendant(e)s de la drogue - que celles qui bénéficient d'un autre financement. L'on observe aussi que dans le domaine de la drogue, l'on manque de personnel qualifié parce que les centres de traitement des dépendances financés par la LAMal peuvent offrir des rémunérations plus attrayantes que ceux qui traitent des dépendances à la drogue. Dernière conséquence, le financement par plusieurs sources de financement peut entraîner un remodelage du paysage des institutions qui, sous l'angle économique, ne serait pas optimal.

■ **Efficacité** : Les personnes dépendantes de la drogue et celles qui doivent organiser leur placement sont confrontées à la tentation économique de prescrire leur placement pour un problème secondaire (par ex. une dépression), en vue d'aboutir à un placement dans une institution financée par la LAMal. On est en droit de s'interroger sur l'efficacité d'un traitement effectué par un établissement qui ne serait pas spécialisé dans la dépendance aux substances illégales.

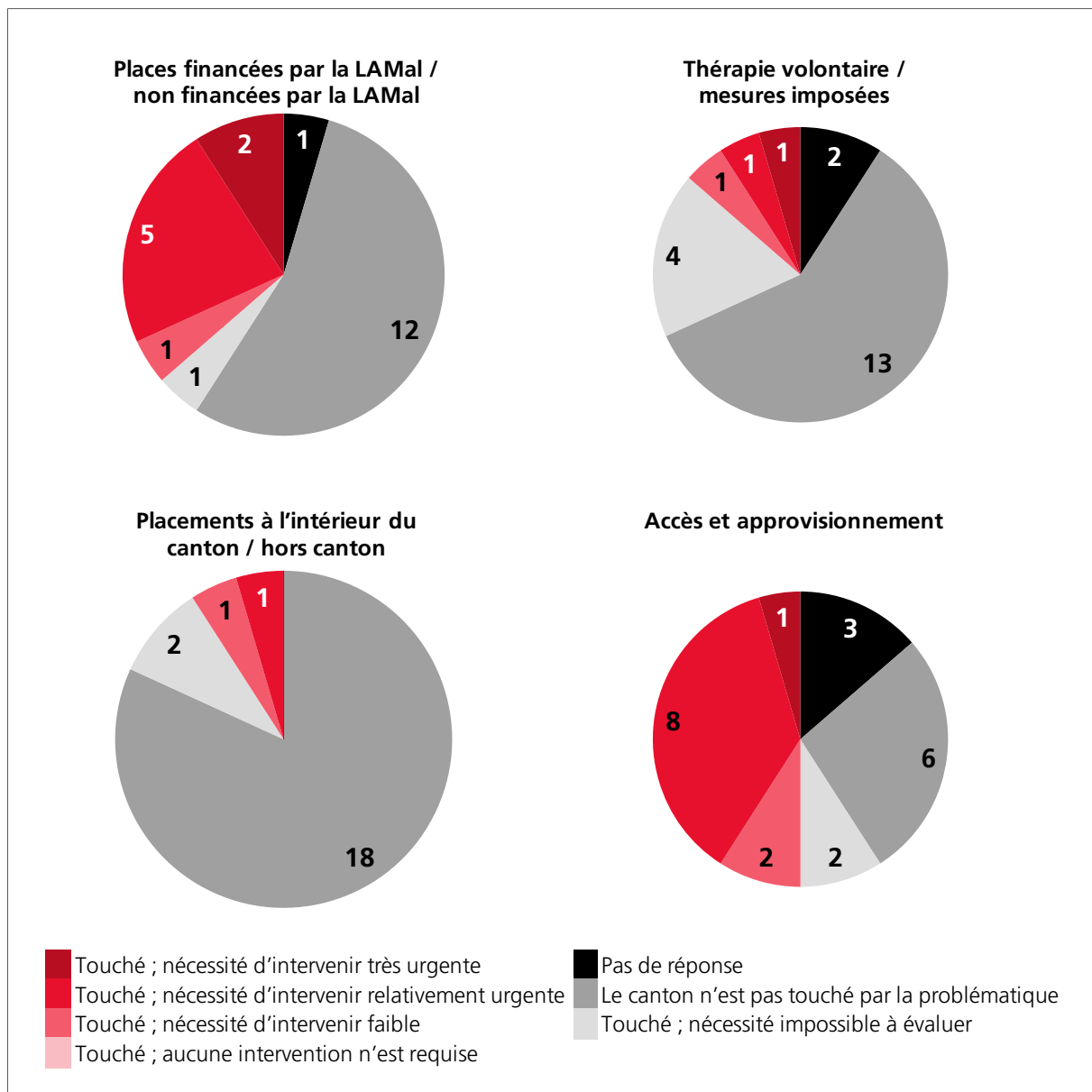
De plus, le problème de la diversité des sources de financement peut être un frein à l'accès au système de soins et affecter la sécurité d'approvisionnement des soins (**problématique « Accès et approvisionnements »**) :

■ **Accès** : Dans le cas de personnes encore bien intégrées sous l'angle socio-économique, qui ne reçoivent pas d'aide sociale, le coût élevé du traitement résidentiel des dépendances peut se traduire par une décision de non-traitement. Dans ce cas, le processus de dégradation risque de se poursuivre jusqu'au moment où l'aide sociale sera finalement contrainte de prendre en charge le coût de la thérapie.

■ **Approvisionnement** : Pour les expert(e)s interviewé(e)s, le système dual de financement (alcool : LAMal, Drogue : aide sociale) contredit la sécurité d'approvisionnement : si en principe, les client(e)s doivent rembourser les coûts du traitement résidentiel des dépendances financés par l'aide sociale, s'ils sont en mesure de le faire ultérieurement, cette obligation de remboursement n'existe pas lorsque le traitement s'effectue dans une institution qui figure sur la liste cantonale des hôpitaux. Il en va de même pour une éventuelle obligation d'entretien de la famille.

Lors de l'enquête en ligne, les cantons ont notamment été interrogés sur ces quatre problématiques¹³ connexes aux différents mécanismes de financement des séjours en institution de traitement résidentiel des dépendances. Concrètement, il a été demandé à chaque canton s'il était touché par chacune de ces quatre problématiques. Dans l'affirmative, il était alors invité à évaluer le degré d'urgence d'une éventuelle intervention au niveau de cette problématique. Les résultats de l'enquête figurent au **Graphique 10**. Le **Tableau 15** en annexe 9.2 montre l'évaluation de la problématique par les différents cantons.

Graphique 10 : Évaluation par les cantons des quatre problématiques liées à l'hétérogénéité du financement du traitement résidentiel des dépendances



Source : Enquête BASS en ligne, 2012, n=22

■ **Problématique « places financées par la LAMal et places non financées par la LAMal »** : Avec 9 cantons effectivement touchés, cette problématique affecte un nombre comparativement élevé de can-

¹³ Problématique « Places financées par la LAMal et places non financées par la LAMal », Problématique « Thérapie volontaire ou mesures imposées », Problématique « Placements à l'intérieur du canton ou hors canton » et Problématique « Accès et sécurité d'approvisionnement ».

tons. En revanche, 12 cantons estiment ne pas être touchés par cette problématique. Le **Tableau 12** de l'annexe 9.2 montre que – comme on pouvait s'y attendre – les cantons les plus touchés sont ceux du groupe 1, où la décision de placement incombe à la commune. À ce propos, un des cantons concernés ajoute que : « c'est là le principal problème dans notre canton : les communes effectuent généralement le placement dans des institutions financées par la LAMal, en dépit des raisons techniques qui justifient plutôt un placement en institution sociothérapeutique. Effectuer un placement dans de telles institutions devient de plus en plus difficile. Ce problème touche aussi les traitements de longue haline en cas de problèmes d'alcoolisme. [...] Les institutions financées par la LAMal disposent d'un important avantage compétitif, même lorsqu'elles ne sont pas les destinations de placement les plus appropriées. Avec ce type de placements, il peut arriver que les caisses-maladie refusent après un laps de temps assez bref de couvrir un traitement pourtant indispensable. [...]» Parmi les 9 cantons concernés, tous ou presque estiment qu'à l'égard de cette problématique, il est nécessaire d'intervenir. Un seul des cantons touchés estime que la nécessité d'intervenir est faible.

■ **Problématique « Thérapie volontaire et mesure imposée »** : 7 cantons s'estiment touchés par cette problématique, et 13 autres, non. Le **Tableau 13** de l'annexe 9.2 montre, comme on pouvait s'y attendre, que les cantons les plus touchés sont ceux du groupe 1, où c'est la commune du domicile des client(e)s qui doit prendre en charge les coûts de thérapie volontaire en institution sociothérapeutique. À ce propos, un des cantons concernés ajoute qu'« il est tout simplement absurde, et même incompréhensible, qu'une mesure imposée soit gratuite pour le client, mais qu'une thérapie volontaire ne le soit pas. [...] Cela crée bien entendu la tentation de laisser un toxicomane dans la délinquance aussi longtemps qu'il le faut pour qu'une mesure soit prononcée à son encontre. Il n'existe évidemment aucune preuve qu'une telle stratégie est activement poursuivie. » Voilà qui pourrait expliquer pourquoi la moitié des cantons concernés n'est pas en mesure d'évaluer l'urgence de la nécessité d'intervenir pour cette problématique.

■ **Problématique « Placement dans le canton ou hors canton »** : Seuls 4 des 21 cantons interrogés se disent touchés par cette problématique. Le **Tableau 14** de l'annexe 9.2 précise de quels cantons il s'agit. Un seul canton estime nécessaire d'intervenir en la matière.

■ **Problématique « Accès et approvisionnement »** : Seuls 6 des cantons interrogés estiment ne pas être touchés par cette problématique. Parmi les 13 cantons concernés, 9 perçoivent la nécessité d'intervenir sur cette problématique. Un des cantons concernés ajoute que « la prise en charge des coûts pour les institutions sociothérapeutiques dure souvent si longtemps, compte tenu des questions et des objections des communes (parfois des mois plutôt que des semaines), que l'on dépasse la fenêtre d'opportunité pour un traitement résidentiel et que le placement échoue, alors que le placement en hôpital peut intervenir très rapidement. De facto, cette situation rend impossible certains traitements résidentiels pourtant tout à fait indiqués. » Un autre canton a toutefois déclaré que si la problématique existe bien, il n'existe pas de nécessité immédiate d'intervenir, étant donné que la comorbidité et les problèmes multiples sont la règle, de sorte que dans la plupart des cas, un traitement financé par la LAMal est également possible pour des personnes souffrant de toxicomanie. Quant à l'accès limité aux soins pour les personnes souffrant de dépendance aux drogues et qui ne bénéficient pas (encore) de l'aide sociale, deux cantons ont laissé entendre que ce problème est atténué par la disponibilité d'une offre gratuite de traitements ambulatoires des dépendances.

5.2 Financement direct des institutions (« financement institutionnel »)

Bon nombre de cantons connaissent, pour le financement du traitement résidentiel des dépendances des éléments de financement institutionnel, et en particulier des garanties de couverture des déficits (cf. sec-

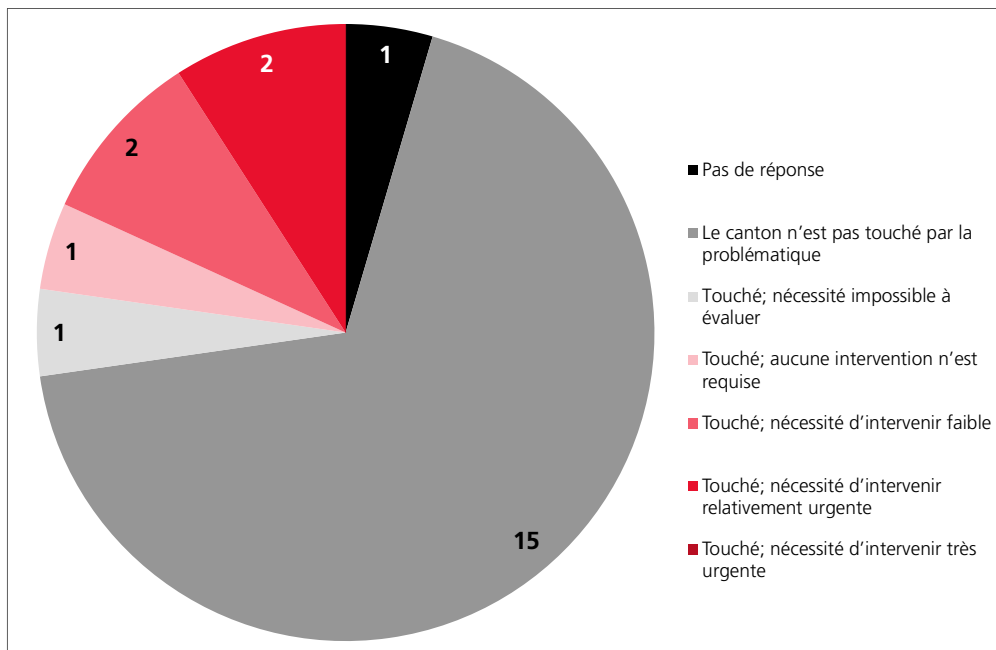
tion 3 et le **Tableau 10** en annexe 9.2). Sous l'angle économique, il y a lieu d'éviter les éléments de financement institutionnels, pour les raisons suivantes :

■ **Signaux tarifaires erronés et distorsion de la concurrence** : lorsque une institution est partiellement financée par des éléments institutionnels, elle peut se permettre de proposer des tarifs qui ne couvrent pas intégralement ses coûts. Cela envoie aux instances de placement des signaux tarifaires erronés, et encourage des placements non optimaux en termes d'efficacité-coûts. Le financement institutionnel mène à une distorsion de la concurrence : les institutions qui bénéficient de contributions sans lien avec les client(e)s peuvent proposer leurs services à des tarifs réduits, en dépit du fait que leurs frais ne sont pourtant pas moins élevés que ceux des institutions qui ne bénéficient pas de ces mêmes contributions.

■ **Frein au changement structurel** : Des éléments de financement institutionnel constituent un frein au changement structurel, à savoir au phénomène d'adaptation de l'offre thérapeutique à la quantité et à la qualité demandée. Ce phénomène est apparu à la fin des années '90, lorsque l'OFAS a cessé d'assurer le financement institutionnel des institutions de traitement résidentiel des dépendances : apparemment, à l'époque du financement institutionnel par l'OFAS, le marché souffrait d'une surcapacité. Il serait impossible d'expliquer autrement le processus d'ajustement structurel déclenché lors du retrait de l'OFAS des mécanismes de financement institutionnel du traitement résidentiel des dépendances. Tant que des institutions déficitaires sont maintenues en vie par le biais de garanties de couverture des déficits, il n'est pas certain que l'offre de places de traitement résidentiel des dépendances puisse s'adapter de manière optimale à la demande, tant en termes qualitatifs que quantitatifs (changement structurel). Le financement par le biais de contributions publiques directes aux institutions de traitement des dépendances (financement institutionnel) est considéré comme un frein à l'innovation par les expert(e)s consultés. L'évolution rapide des substances et des habitudes de consommation impose de s'abstenir de tout système de financement qui pérennise excessivement les structures.

Graphique 11 montre que seuls 6 cantons s'estiment touchés par la problématique ainsi esquissée. En réalité, seuls 2 cantons estiment nécessaire d'intervenir pour la problématique « financement institutionnel ». Le **Tableau 16** de l'annexe 9.2 présente les réponses des différents cantons.

Graphique 11 : Évaluation de la problématique « financement institutionnel » par les cantons



Source : BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

5.3 Concurrence intercantonale

Selon les expert(e)s interviewé(e)s, le problème le plus urgent aujourd'hui est le manque de concurrence entre les fournisseurs de prestations des différents cantons dans le système de traitement résidentiel des dépendances. La littérature nous apprend que la concurrence intercantonale entre les fournisseurs de prestations diminue depuis plusieurs années. Elle interprète le recul du nombre de placements hors canton que l'on observe depuis 1999 comme un indice du recul de la concurrence intercantonale. Selon la statistique d'occupation d'infodrog (cf. Eckmann 2011), le pourcentage de placements hors canton serait passé de 48,5 % en 1999 à 27,6 % en 2010 (cf. Graphique 5). Selon les expert(e)s et la littérature consulté(e)s, le manque de concurrence intercantonale résulte de l'hétérogénéité des systèmes de financement dans les différents cantons, et notamment des éléments suivants :

■ **Désécialisation de l'offre** : Les institutions qui fournissent les prestations sont contraintes, pour des raisons financières, de privilégier des taux d'occupation élevés. Pour atteindre le taux d'occupation le plus élevé possible, les institutions de traitement résidentiel des dépendances ont eu tendance à se désécialiser à l'égard de la problématique et des besoins particuliers de leurs client(e)s. Elles sont incitées à accueillir des client(e)s qui présentent les indications et les besoins les plus divers.

Toute spécialisation adéquate de l'offre au sein de l'institution est impossible, pour des raisons de taille critique, ou alors sensiblement retardée. Cela se manifeste notamment par la difficulté croissante de distinguer les institutions en fonction des substances. En réalité, nombreuses sont les institutions de traitement résidentiel des dépendances qui, dans la base de données de l'offre¹⁴ tenue à jour par infodrog, mentionnent au point « spécialisation » différentes substances (« Drogues illégales, alcool, médicaments »). Cette désécialisation - ou encore l'uniformité - de l'offre dans les différents cantons réduit la nécessité de procéder à des placements hors canton. Voilà qui démontre que les effets défavorables d'une concurrence faussée ne se manifestent pas qu'au niveau local (placement non optimal de client(e)s sous l'angle de l'efficacité du traitement), mais aussi plus général (structure de l'offre).

■ **Financement direct des institutions, en particulier les garanties de couverture des déficits** : certains cantons (cf. Tableau 10 dans l'annexe 9.2), financent leurs établissements de traitement résidentiel des dépendances, notamment par des éléments de financement institutionnel. Ainsi, les cantons qui pratiquent la garantie des déficits sont exposés à la tentation économique visant à placer dans leurs institutions le plus grand nombre possible de client(e)s, puisqu'ils auront à prendre en charge, par le biais de la couverture des déficits, le coût de taux d'occupation trop faibles.

■ **Modalités restrictives d'autorisation de placement hors canton** : Dans certains cantons, tout placement hors canton requiert l'autorisation du canton. Cette obligation concerne surtout les cantons qui financent notamment leurs institutions par des éléments de financement institutionnel (cf. point précédent). Les cantons de Berne et de Zurich, entre autres, pratiquent des modalités restrictives d'autorisation de placements hors canton. Le canton de Berne, par exemple, n'autorise le placement hors canton dans une institution de traitement résidentiel des dépendances qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux que s'il est impossible de trouver dans une institution bernoise une place respectant les critères de « sexe », « langue » et/ou « client(e) avec enfant ». C'est probablement une des raisons pour lesquelles le taux de placements hors canton du canton de Berne est inférieur à la moyenne (cf. Graphique 6). Les entretiens avec les experts ont également mis en évidence les modalités restrictives pratiquées notamment dans le canton de Neuenburg. Celui-ci impose de soumettre l'exécution de mesures à l'approbation d'un psychiatre. Cette situation ne pose cependant pas de problèmes. L'exécution des mesures constitue en effet une part non négligeable du financement du traitement résidentiel des dépendances. Dans la pratique, toutefois, le ou la psychiatre en plus de son approbation, indique où l'exécution de la mesure (la

¹⁴ <http://www.infodrog.ch/index.php/suchindex.html>.

thérapie) doit se dérouler. Le canton prévoit désormais que pour l'exécution des mesures, les psychiatres ne peuvent recourir qu'aux institutions propres au canton. Au départ, cette disposition n'était imposée que pour des raisons financières (taux d'occupation). Elle contredit pourtant le principe selon lequel une thérapie hors canton doit toujours être possible si cela semble indiqué d'un point de vue thérapeutique. Ainsi, l'instauration d'une distance géographique peut constituer un élément essentiel du traitement, par exemple si cela permet d'éviter que ne se rencontrent de nouveau, lors de l'exécution des mesures imposées, des toxicomanes habitués à se retrouver ensemble « dans la rue ».

■ **Discrimination tarifaire** : Dans certaines institutions de traitement résidentiel des dépendances, le tarif journalier dépend de l'origine du (de la) client(e). Prenons l'exemple du centre de réadaptation pour toxicomanes de Lutzenberg : celui-ci facture aux client(e)s des cantons partenaires un tarif journalier de l'ordre de 310 CHF. Le tarif applicable aux client(e)s des autres cantons est un plus élevé, à 380 CHF. Cette différence constitue une distorsion de la concurrence : les cantons partenaires et leurs communes ont un incitant économique à placer leurs client(e)s dans le centre de Lutzenberg, puisque dans ce cas, ils bénéficient d'un tarif (discriminatoire) qui ne couvre pas les frais. Ce système ne fonctionne d'ailleurs que parce que les cantons partenaires couvrent annuellement les déficits de leur établissement à Lutzenberg.

■ **Freins indirects aux placements hors cantons par le biais d'incitants économiques (discrimination due à la diversité des sources de financement)** : Certains cantons, même sans pratiquer aucune modalité restrictive directe, institutionnalisée, d'autorisation de placement hors canton, limitent indirectement les placements hors canton, par le biais d'incitants économiques. Le canton de St Gall en est un exemple : la prise en charge des coûts y est assurée par les communes, à qui incombe donc la décision de placement. Or si dans les cas de placement dans les établissements propres au canton, le canton SG prend en charge les deux tiers du coût du traitement, ce n'est pas le cas lorsque le traitement se déroule dans une institution hors canton qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux. Dans ce cas, les communes doivent assumer seules le coût de la thérapie, ce qui pourrait provoquer des réticences à autoriser des placements hors canton dans des institutions sociothérapeutiques.

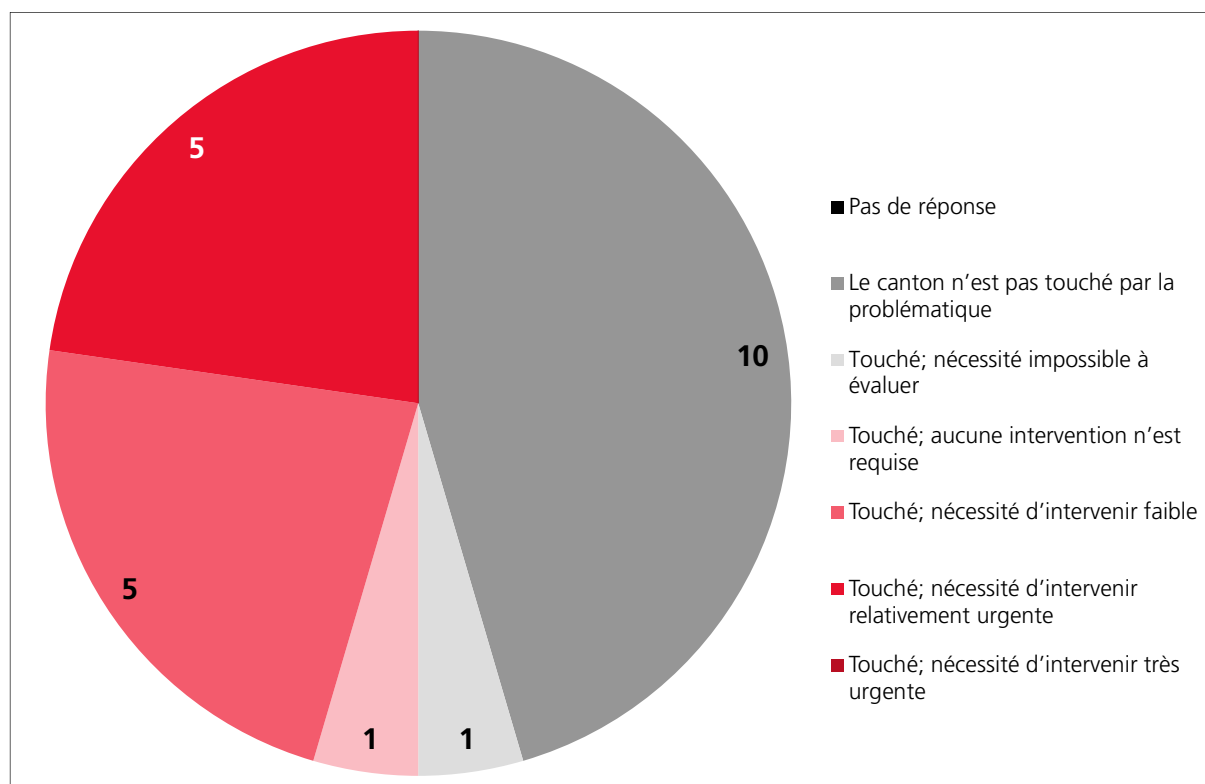
■ **Cas particulier du centre de traitement des dépendances (Canton d'Argovie)** : Le canton d'Argovie dispose d'un centre de traitement résidentiel des dépendances aux drogues qui figure sur la liste cantonale des hôpitaux, ce qui permet la prise en charge de ses prestations par la LAMal. Dans ce canton, les décisions de placement et de prise en charge des coûts sont prises par les communes (plus exactement par les services sociaux). Or les communes du canton AG doivent prendre elles-mêmes en charge le traitement de leurs client(e)s lorsqu'il se déroule dans des établissements ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux. Elles pourraient donc être tentées de placer leurs client(e)s dans le centre de traitement précité. En effet, une thérapie dans ce centre de traitement n'entraîne pas de frais pour les communes, puisqu'ils sont pris en charge par les caisses-maladie et le canton (et que le canton AG ne pratique pas la compensation intracantonale des coûts, qui imposerait aux communes de participer aux frais assumés par le canton pour le traitement dans le centre de traitement des dépendances). Dès lors, il n'est guère étonnant que le pourcentage de placements hors canton pour le canton AG ne s'élève qu'à 12,6% (cf. Graphique 6).

■ **Méconnaissance de l'offre hors canton** : De nombreux cantons ne disposent pas d'instance centrale d'indication ou de placement. La décision de placement y relève d'un grand nombre d'intervenants, à savoir les communes (ou plutôt leurs services sociaux), des médecins traitants, des psychiatres, des centres de consultation voire dans certains cas - ce qui pose un problème particulier sous l'angle économique - les institutions qui fournissent les prestations. Or bien souvent, ces intervenants ne connaissent - et ne peuvent connaître - que quelques offres, souvent limitées à leur propre canton. Faute de bien connaître l'offre hors canton, ces décideurs ne prendront évidemment pas en compte une possibilité de placement hors canton lors de la procédure de placement. Voilà qui pourrait expliquer le faible pourcentage de place-

ments hors canton observés pour les cantons d'Argovie et de Berne. En effet, ces cantons ne disposent pas d'instances régionales d'indication ou de placement.

Comme le montre le **Graphique 12**, plus de la moitié des cantons qui ont répondu à l'enquête en ligne rencontrent le problème qui vient d'être évoqué. Sur les 11 cantons concernés, 5 estiment nécessaire d'intervenir sur cette problématique de concurrence intercantonale. **Tableau 17** de l'annexe 9.2 présente les réponses des différents cantons.

Graphique 12: Évaluation de la problématique « concurrence intercantonale » par les cantons



Source : BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

5.4 Indication

De nombreux cantons ne disposent pas d'une instance d'indication régionale qui réunirait plusieurs intervenants (services sociaux des communes, cabinets médicaux, institutions de traitement ambulatoire et résidentiel des dépendances, cliniques psychiatriques, hôpitaux, autorités de tutelle et instances judiciaires cantonales) pour décider des placements (le **Tableau 23** en annexe 9.2 montre dans quels cantons existe un ou plusieurs centres régionaux d'indication). En matière d'organisation et de processus d'indication et de placement, l'on peut distinguer les problématiques suivantes :

■ **Professionalisme de l'indication / du placement** : Les instances de placement - et en particulier, les services sociaux de communes de petite taille - ne disposent pas toujours des informations pratiques indispensables pour organiser un placement optimal. Dans un environnement d'indication décentralisé, il manque en outre un instrument professionnel de triage. À cela vient s'ajouter, pour les instances qui ne pratiquent que peu de placements, le fait qu'elles n'ont guère l'occasion d'accumuler suffisamment d'expérience et d'informations sur l'offre disponible (cf. dernier point de cette section).

■ **Coïncidence de l'indication/le placement et de la prise en charge des coûts** : Dans certains cantons, l'indication et le placement, d'une part, et la prise en charge des coûts, d'autre part, relèvent en fait d'une seule et même instance. Cela pourrait faire naître la tentation, lors d'un placement, de privilégier les

considérations financières au détriment des considérations thérapeutiques. L'exemple classique de cette situation est la décision d'opter pour un traitement ambulatoire, après comparaison par l'instance de placement (qui assume également les coûts) des coûts de traitement ambulatoire et des coûts de traitement résidentiel, oubliant par là que l'efficacité d'un traitement ambulatoire est probablement très différente de celle d'un traitement résidentiel. Ce problème se pose particulièrement dans les petits cantons et les petites communes, où par rapport aux ressources (financières et professionnelles) du canton/de la commune un cas isolé pèse davantage que dans une entité plus grande. D'où un risque réel de prodiguer des soins non optimaux, plus élevé ici, selon les expert(e)s consulté(e)s, que dans des cantons/des communes de plus grande taille. Ce risque est plus élevé encore dans des cantons où les communes sont autonomes en matière de traitement des dépendances, ou ne pratiquent pas ou peu la compensation des charges.

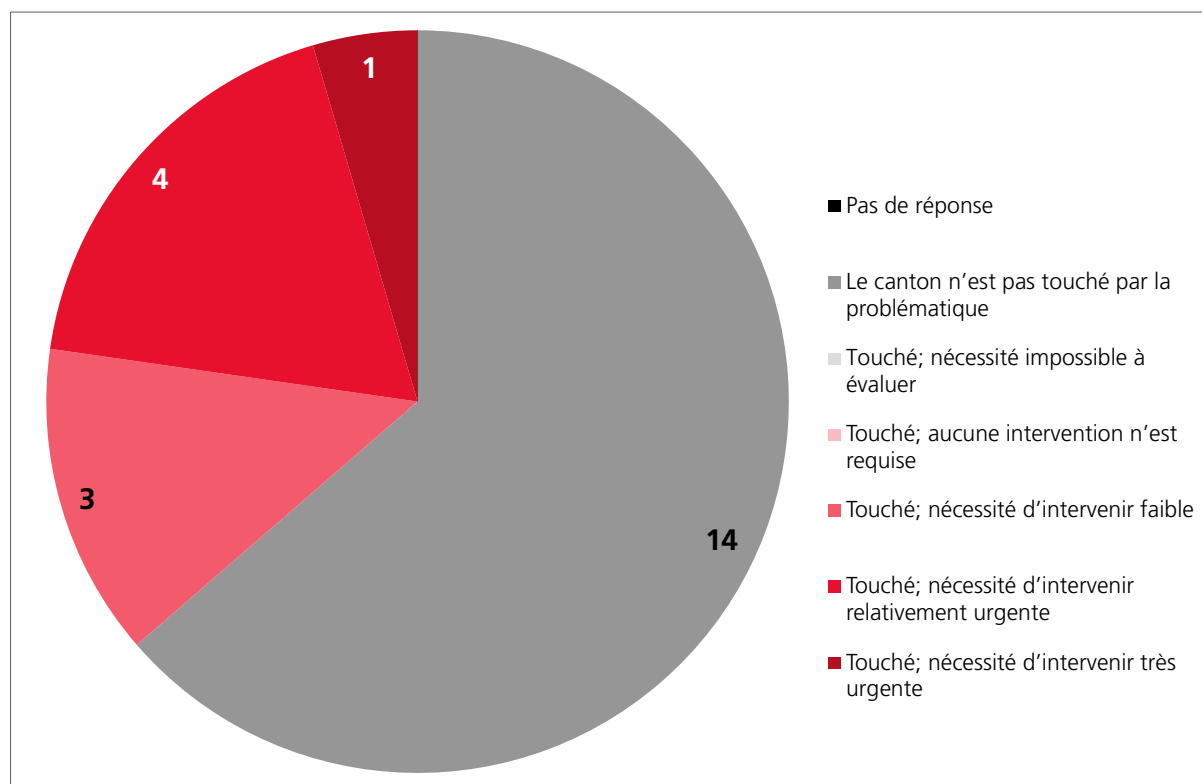
■ **Indications et placements influencés par les institutions qui fournissent les prestations** : faute de compétences professionnelles suffisantes, il arrive que des instances de placement se fassent conseiller par les fournisseurs de prestations. Dans certains cantons, il arrive même que l'indication et le placement soient intégralement assurés par les institutions qui fournissent les prestations. La décision de placement peut être alors biaisée par l'intérêt économique de l'institution qui fournit les prestations (exemple : taux d'occupation). En particulier, lorsque le processus d'indication et de placement est influencé par le fournisseur des prestations, se pose le problème d'une l'expansion des services induite par l'offre.

■ **Décentralisation du savoir relatif à l'offre** : La décentralisation de la décision d'indication et de placement s'accompagne d'une décentralisation du savoir relatif à l'offre disponible. Contrairement à une instance régionale qui organise chaque année un grand nombre de placements, une instance qui ne pratique qu'un petit nombre de placements n'a pas l'occasion d'accumuler une expérience et des informations suffisantes sur l'offre disponible. Or la qualité de l'information dont dispose une instance de placement en matière d'offre disponible est primordiale pour un placement optimal : c'est grâce à cette information de qualité que les instances de placement peuvent orienter les client(e)s vers les institutions présentant la plus haute probabilité de succès ou d'efficacité de la thérapie. Le problème de la « jungle de l'offre et des tarifs », évoqué par les expert(e)s consulté(e)s, est encore accentué par la multiplicité des institutions de placement qui ne pratiquent qu'un nombre réduit de placements.

Le rôle essentiel des instances de placement ne se manifeste pas seulement à l'échelle locale, c.-à-d. en termes de décision optimale de placement. Il se manifeste également, plus généralement, dans le mécanisme de concurrence et d'arbitrage du marché : par leurs décisions de placement, les instances de placement orientent à long terme la qualité, l'efficacité et la structure de l'offre en termes de places de traitement résidentiel des dépendances. Si les instances de placement optent pour un placement inapproprié sous l'angle de l'efficience et de l'efficacité, elles contribuent à mettre en place une offre de traitement résidentiel des dépendances qui ne sera pas appropriée aux besoins et aux attentes des client(e)s. Les instances de placement jouent donc un rôle important dans la concurrence tarifaire entre les fournisseurs, et donc dans la structure tarifaire des offres de traitement résidentiel des dépendances.

Malgré l'absence de toute instance d'indication régionale chez bon nombre de cantons, ceux-ci retiennent très circonspects pour évaluer cette problématique (cf. le **Graphique 13** et le **Tableau 18** de l'annexe 9.2 pour consulter les réponses des différents cantons). Des 22 cantons qui ont participé à l'enquête en ligne, 14 ne se considèrent absolument pas touchés par la problématique. En revanche, 3 autres cantons se considèrent très nettement touchés, mais estiment qu'il n'y a là aucune nécessité d'intervenir. Pour 5 cantons, cette problématique nécessite bien une intervention.

Graphique 13 : Évaluation de la problématique « indications » par les cantons



Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

5.5 Offre et tarifs

En matière d'offre de traitement résidentiel des dépendances et de tarifs appliqués, la littérature et les expert(e)s consulté(e)s distinguent deux problématiques :

■ **Problématique de la « Transparence dans l'offre de prestations »** : Selon des expert(e)s du secteur, l'offre de traitement résidentiel des dépendances manque de transparence. La littérature évoque notamment une « jungle de tarifs et d'offres ». Le manque de transparence est dès lors favorisé par le changement structurel permanent qui touche le traitement résidentiel des dépendances. Il est donc difficile, pour une instance de placement, de disposer d'un panorama complet de l'offre¹⁵ disponible en Suisse. C'est particulièrement vrai pour les cantons où, faute d'instance d'indication régionale, l'on compte une multitude d'instances de placement. À cause de cette opacité quant aux tarifs et à l'offre de prestations disponibles, les centres de placement de première ligne ne connaissent que l'offre de leur propre canton, et ponctuellement quelques éléments de l'offre hors canton. Dans de telles conditions, il est probable que l'on soit loin d'épuiser tout le potentiel suisse de savoir-faire et d'offres spécifiques de traitement résidentiel des dépendances.

■ **Problématique « différenciation tarifaire »** : Dans le traitement résidentiel des dépendances, le financement opérationnel s'effectue presque exclusivement sur la base des tarifs journaliers. De manière générale, ceux-ci sont peu différenciés, malgré les grandes différences de coût qui peuvent intervenir selon les phases de traitement ou selon les client(e)s. Généralement, une différenciation tarifaire n'existe

¹⁵ Toute référence à « l'offre » fait référence à « l'offre de prestations ». Une offre de prestations englobe une multiplicité de caractéristiques : Niveau et structure des tarifs, spécialisation de l'institution, méthodes thérapeutiques, qualification des collaborateurs de l'institution etc. Il ne s'agit donc pas seulement de savoir qu'une offre existe (cette information est disponible de manière formelle grâce à la base de données infodrog), mais également de savoir quelles sont les caractéristiques détaillées de l'offre.

qu'au niveau des établissements (tarifs journaliers propres). Dans certains cantons, les tarifs journaliers sont identiques pour tous les établissements, même pour des offres de prestations différentes.

Les différences tarifaires sont limitées, de sorte que les tarifs couvrent à peine le coût effectif du traitement d'un(e) client(e) spécifique. Selon que le tarif sera supérieur ou inférieur au coût réel, les établissements qui effectuent les prestations seront confrontés à des incitants pervers :

- Si les coûts du traitement indiqué (en une phase) sont supérieurs au tarif, les institutions qui fournissent le traitement pourraient être tentées de ne fournir qu'une partie des prestations indiquées.
- Si les coûts du traitement indiqué (en une phase) sont inférieurs au tarif, les institutions qui fournissent le traitement pourraient être tentées de fournir davantage de prestations que nécessaire.

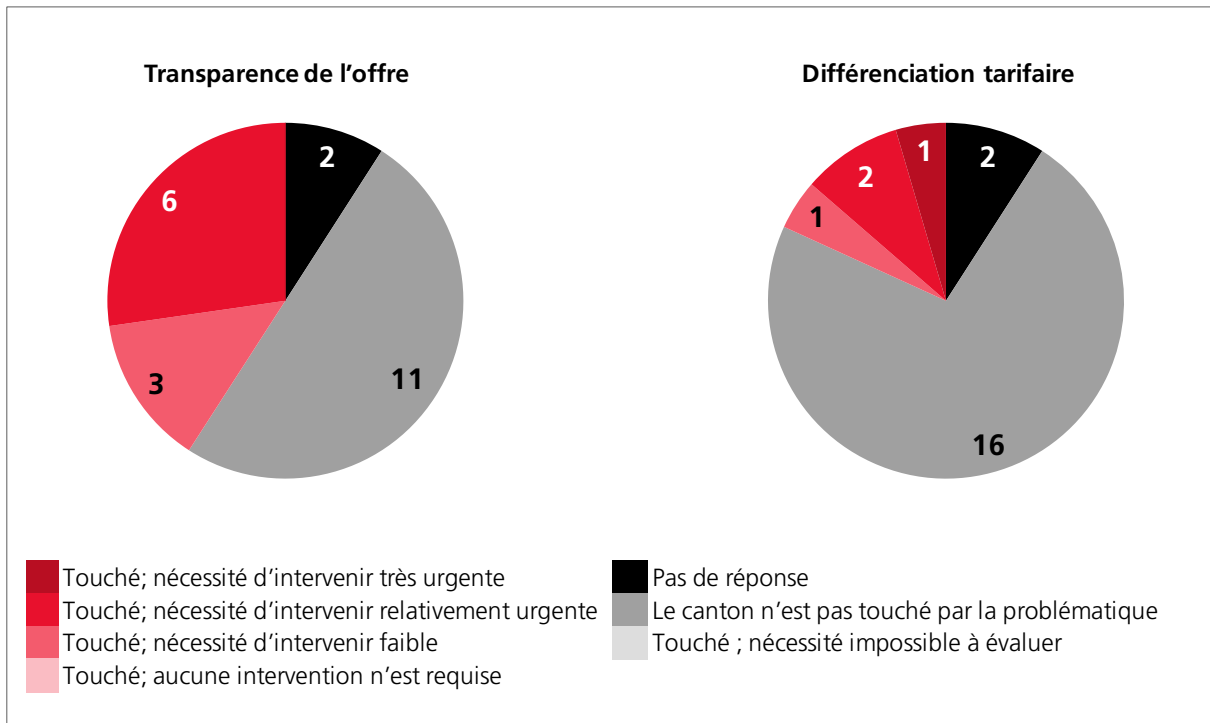
Le **Tableau 14** montre comment les cantons qui ont participé à l'enquête en ligne évaluent les deux problématiques « transparence de l'offre » et « différenciation tarifaire » :

■ **Problématique de la « transparence dans l'offre de prestations »** : Il y a 9 cantons qui s'estiment touchés par le problème d'un manque de transparence de l'offre. De ces 9 cantons, 6 estiment que la problématique nécessite une intervention.

■ **Problématique « différenciation tarifaire »** : Pour la plupart des cantons, une différenciation tarifaire insuffisante ne paraît pas poser de problème : seuls 4 cantons s'estiment touchés par cette problématique, et 3 de ces 4 cantons estiment nécessaire d'intervenir.

Tableau 19 (problématique « Transparence de l'offre ») et le **Tableau 20** (problématique « Différenciation tarifaire ») de l'annexe 9.2 présentent les réponses des différents cantons.

Graphique 14 : Évaluation de la problématique « Transparence de l'offre » et « Différenciation tarifaire » par les cantons



Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

6 Actions possibles

Les problématiques explicitées au chapitre 5 résultent essentiellement de l'hétérogénéité des mécanismes de financement du traitement résidentiel des dépendances. Du fait de cette hétérogénéité, la *répartition* des coûts d'un traitement peut influencer la décision de placement.¹⁶ Au point, à l'échelon « micro », d'orienter un(e) client(e) spécifique vers un placement inapproprié en termes d'efficacité(-coûts) du traitement. Sur le plan « macro », la multiplication de placements inappropriés entraîne une modification de structure malvenue, en ce sens que la structure de l'offre sous l'angle de l'efficacité et de l'efficacités n'est pas bien adaptée à la qualité et à la quantité de la demande. En principe, deux possibilités existent pour résoudre le problème de l'influence de la répartition des coûts sur la décision de placement :

■ **Harmoniser les mécanismes de financement** : Par l'harmonisation des mécanismes de financement, il faut entendre un système où la répartition des coûts de la thérapie des dépendances et de la réadaptation est indépendante de l'institution dans laquelle se déroulent cette thérapie et cette réadaptation.

■ **Optimiser le processus d'indication et de placement** : Il est possible de structurer le processus d'indication et de placement pour que la répartition des coûts entre les diverses sources de financement n'ait plus d'influence sur la décision de placement ; ceci permettrait d'éviter les effets négatifs de la disparité des mécanismes de financement.

6.1 Harmonisation des mécanismes du financement

Avec une harmonisation des mécanismes de financement, c.-à-d. de la répartition des coûts de traitement résidentiel des dépendances entre les différentes sources de financement, la répartition des coûts ne dépendrait plus ni du choix de l'institution prestataire d'un traitement résidentiel des dépendances (centre de traitement figurant sur une liste cantonale des hôpitaux ou institution sociothérapeutique) ni de l'instance qui décide du traitement (thérapie volontaire ou imposée). Pour harmoniser le financement du traitement résidentiel des dépendances, trois possibilités sont envisageables :

■ **1^{er} possibilité - solution LAMal** : Intégration des institutions sociothérapeutiques à la liste cantonale des hôpitaux. Cette solution aurait plusieurs conséquences :

Effet sur les coûts : À durée de séjour inchangée, cette solution provoquerait probablement une augmentation des coûts, puisque la structure de coûts des centres de traitement figurant sur une liste cantonale des hôpitaux est généralement plus élevée que celle des institutions sociothérapeutiques. D'un autre côté, la durée d'un séjour en institution sociothérapeutique est généralement plus longue que dans un centre de traitement des dépendances. Il est douteux que les caisses-maladie acceptent des durées de séjour aussi longues. La pression à la réduction des coûts qu'exerceraient les assurances entraînerait probablement une réduction de la durée moyenne des séjours, ce qui ferait chuter les coûts mais pourrait également peser sur l'efficacité du traitement. L'effet net de ces deux tendances contradictoires est difficile à évaluer.

- *Effet sur la répartition des coûts* : L'on assisterait à une diminution des coûts à charge des canton et des communes. En revanche, il y aurait une augmentation des coûts à des assureurs-maladie, ce qui amènerait les caisses-maladie à augmenter leurs primes.

- *Meilleur approvisionnement de soins et meilleur accès au système de soins* : l'avantage d'une solution intégrée au cadre de la LAMal, c'est qu'elle résoudrait aussi le problème de l'approvisionnement de soins (alcool/drogues, obligation de remboursement et obligation d'entretien de la famille pour l'aide sociale) et de l'accès au système de soins (les client(e)s solvables doivent prendre en charge eux-mêmes les coûts de traitement en institution sociothérapeutique).

¹⁶ D'un point de vue économique, il est souhaitable que la décision de placement prenne également en compte les coûts de traitement, mais non la répartition de ces coûts.

■ **2^e possibilité - solution « aide sociale »** : Financement des institutions de traitement résidentiel des dépendances en-dehors du cadre de la LAMal, par le biais de l'aide sociale, étant entendu que le financement au sein d'un canton devrait être organisé de manière uniforme, de telle sorte que la ou les source(s) de financement soi(en)t toujours la(les) même(s), indépendamment des caractéristiques de l'établissement de traitement résidentiel (par ex. le domicile). Cette solution pourrait entraîner :

- *des effets sur la répartition des coûts* : Les coûts à prendre en charge par les cantons et par les communes augmenteraient sensiblement. Il faudrait donc augmenter l'impôt à due concurrence. Les assureurs-maladie n'auraient plus aucun coût à supporter, ce qui ferait baisser les primes des caisses-maladie.
- *Effet sur les coûts* : Très probablement, cette solution causerait un allongement de la durée moyenne des séjours, tout en faisant disparaître la pression à la baisse des coûts exercée par les assureurs-maladie. L'augmentation de la durée moyenne des séjours entraînerait celle du coût total.
- *changement de comportement des instances de placement* : Les services sociaux seraient confrontés à l'incitant économique consistant à placer malgré tout les client(e)s dans une institution financée par la LAMal, par exemple en posant un autre diagnostic primaire (« Dépression au lieu de trouble lié à la dépendance »).
- *Discrimination à l'égard de client(e)s souffrant de troubles liés à une dépendance à des substances* : Cette solution serait de nature à résoudre le problème de l'inégalité de traitement des client(e)s selon qu'ils souffrent d'une dépendance à l'alcool ou à la drogue. Elle créerait toutefois une inégalité de traitement selon que les dépendances seraient ou non liées à des substances (financement par le biais de l'aide sociale dans le premier cas, et par la LAMal dans le second).

■ **3^e possibilité - solution étrangère à la LAMal et à l'aide sociale** : Il serait envisageable, en principe, de financer l'ensemble des traitements résidentiels des dépendances hors LAMal et hors aide sociale. La solution évidente consistera à créer un fonds cantonal qui financerait les coûts de traitement résidentiel des dépendances. Les implications d'une telle solution dépendraient fortement de leur mise en œuvre concrète. Ainsi, se poserait la question de l'éventuelle obligation de remboursement par les client(e)s des interventions de ce fonds. Cette solution imposerait également de réorganiser l'ensemble de la chaîne « indication-placement-prise en charge des coûts ». Il serait logique de créer des centres d'indication cantonaux, voire supracantonaux (cf. la section suivante). L'avantage d'un financement hors LAMal et hors aide sociale consisterait surtout à centraliser le financement, ce qui autoriserait une gestion globale des coûts (par exemple sous la forme d'un plafond budgétaire).

■ Une autre voie, moins radicale, mais modifiant malgré tout le système de financement cantonal, serait la possibilité d'élaborer des « **Directives de financement** » qu'ont proposée certains des expert(e)s consulté(e)s. Les services fédéraux concernés (en particulier l'OFSP et l'OFAS) élaborent, en collaboration avec la CDAS et la CDS des directives pour le financement du traitement résidentiel des dépendances. Ces directives visent à apporter aux problématiques visées les principales améliorations révélées par l'enquête. Ces directives ont valeur de recommandation, mais les cantons sont tenus de rendre compte de leur mise en œuvre.

6.2 Instances d'indication régionales

En revanche, il serait possible de restructurer la chaîne d'indication, de placement et de prise en charge des coûts de manière à exclure toute influence du financement ou de la répartition des coûts de traitement sur la décision de placement même dans un environnement où le financement resterait hybride.

Il serait notamment possible de créer des centres d'indication régionaux (supracantonaux) compétents à la fois dans le domaine des dépendances à l'alcool et aux substances illégales. Idéalement, ces centres régionaux d'indication seraient caractérisés comme suit :

6 Actions possibles

- indépendance à l'égard des intérêts des institutions qui fournissent les prestations.
- indépendance à l'égard des intérêts des sources de financement.
- connaissance approfondie de l'offre existante en matière de traitement résidentiel et ambulatoire des dépendances en Suisse.
- existence de ressources professionnelles dans le domaine de l'indication et du placement.

Les **missions** du centre régional d'indication seraient les suivantes :

- Élaboration de propositions de placement à soumettre aux sources de financement, répondant à la fois aux critères d'efficacité (pratique) et d'efficience (économique).
- Achat, contrôle et évaluation des prestations des établissements.
- Éventuellement : accompagnement à long terme des client(e)s (gestion de cas).

La décision relative au placement de client(e)s incomberait, comme aujourd'hui, aux sources de financement, sous la forme d'une décision positive ou négative quant aux propositions de l'instance d'indication. Cela signifie que les sources de financement n'auraient plus de droit de codécision en matière de placement.

Les centres régionaux d'indication, tels que nous venons de les décrire, pourraient même exercer une influence positive au-delà des problèmes relatifs au processus d'indication tel qu'ils sont expliqués à la section 5.4. Puisque cette restructuration de l'indication et de la prise en charge des coûts vise à réduire l'influence de la répartition des coûts sur la décision de placement, l'on espère que les trois problématiques¹⁷ liées à l'hétérogénéité du financement soient également résolues (cf. section 5.1). L'on pourrait également s'attendre à ce qu'une instance d'indication régionale intensifie la concurrence entre les institutions qui fournissent les prestations (cf. section 5.3) - notamment par une transparence accrue de l'offre disponible. Car comme indiqué dans la section 5.5, l'opacité de l'offre, que critiquent certains cantons et certain(e)s expert(e)s, s'explique notamment par le nombre d'instances ne pratiquant qu'un volume limité de placements. Quant à la problématique « accès et approvisionnement » (cf. section 5.1), l'existence d'instances d'indication régionales n'entraînerait aucun changement.

6.3 Autres options stratégiques

Les expert(e)s consulté(e)s sur d'éventuelles autres pistes de solutions ont soumis au débat les propositions suivantes :

- **Option stratégique « refonte du mécanisme fisu/fidé »** : Remise en vigueur du système de financement et de prise en charge élaboré dans le cadre de fisu/fidé sous une forme modifiée. Cela impliquerait une remise à plat et une simplification fondamentale du système. Une subdivision en modules permettrait aux cantons de ne mettre en œuvre qu'une partie du système, ou de le mettre en œuvre graduellement.
- **Option stratégique « Fonds d'innovation »** : Création d'un fonds d'innovation visant à promouvoir des projets des établissements de traitement résidentiel des dépendances. Ces projets viseraient une adaptation proactive des institutions à l'évolution des conditions, comme par ex. les habitudes de consommation, les groupes d'âge etc. Ce fonds serait financé conjointement par les cantons et la confédération.
- **Option stratégique « programme national de prévention »** : L'OFSP pourrait lancer un programme national de prévention où le traitement des dépendances serait considéré comme une mesure de prévention des problèmes consécutifs aux addictions. Cela permettrait de libérer des fonds nationaux pour le traitement des dépendances, et en particulier pour la coordination intercantonale.

¹⁷ Les trois problématiques sont les suivantes : « places financées par la LAMal et places non financées par la LAMal », « Thérapie volontaire ou mesures imposées » et « placements à l'intérieur du canton ou hors canton ».

■ **Option stratégique « coopération régionale »** : Des projets visant à renforcer la collaboration régionale des cantons (ou des communes) en matière de financement du traitement résidentiel des dépendances pourraient recevoir l'appui de la confédération. L'on pourrait envisager de créer des centres de compétence régionaux pour apporter un appui concret aux cantons et aux communes ne disposant que de ressources professionnelles limitées (indication) et pour réduire l'opacité de l'offre. Sur ce point, une collaboration avec la conférence des directrices et directeurs des affaires sociales (CDAS) et la conférence suisse des directrices et directeurs (CDS) s'imposerait.

6.4 Évaluation des options stratégiques par les cantons

En accord avec l'OFSP, lors de l'enquête en ligne, les cantons ont été invités à s'exprimer sur les cinq options stratégiques explicitées dans les trois sections précédentes.

- Harmonisation des mécanismes de financement
- Directives de financement
- Instances d'indication régionales
- Refonte du régime fisu/fidé
- Fonds d'innovation

Concrètement, nous souhaitons demander aux cantons participant à l'enquête en ligne dans quelle mesure ces cinq options stratégiques pourraient contribuer à l'amélioration de la situation du traitement résidentiel des dépendances (« Efficacité des options stratégiques »¹⁸, cf. **Graphique 15**).

Par ailleurs, les cantons ont été invités à indiquer s'ils adopteraient, à l'égard de ces cinq options stratégiques, une attitude de participation ou de rejet (« Volonté des cantons de coopérer à la réalisation des options stratégiques¹⁹ », cf. **Graphique 16**).

Les résultats de l'enquête réalisée auprès des cantons à propos de ces cinq options stratégiques peuvent être synthétisés comme suit :²⁰

■ **Option stratégique « harmonisation du financement du traitement résidentiel des dépendances »** : Cette option stratégique est celle qui a recueilli le meilleur accueil chez les cantons : 12 cantons estiment qu'une harmonisation du financement constituerait une amélioration par rapport au statu quo ; 7 cantons sont explicitement favorables à cette proposition de solution et seraient disposés à contribuer à sa mise en place. Ce résultat correspond à l'expression, par les cantons, de la nécessité d'agir la plus urgente pour les problématiques « Accès et approvisionnement » ainsi que « places financées par la LAMal et places non financées par la LAMal » (Cf. chapitre 5). Les observations communiquées par les cantons dans le cadre de l'enquête en ligne ne laissent subsister aucun doute : les cantons qui accueilleraient favorablement une harmonisation du financement préféreraient une solution « LAMal » (cf. section 6.1).

¹⁸ La question correspondante était formulée comme suit : « Votre canton estime-t-il que la proposition d'amélioration « XYZ » constitue une approche utile ? » L'approche « XYZ » est une mesure ... ; cinq catégories de réponses : 1. ...incapable de contribuer à améliorer la situation ; 2. ...capable de contribuer marginalement à améliorer la situation ; 3. ...capable de contribuer dans une certaine mesure à améliorer la situation ; 4. ... capable de contribuer substantiellement à améliorer la situation ; 5. Impossible à évaluer/pas d'avis.

¹⁹ La question correspondante était formulée comme suit : « Lequel, parmi les énoncés ci-après, est celui qui correspond le mieux à la situation de votre canton ? » ; quatre catégories de réponses : 1. Notre canton salue cette approche ; il est prêt à contribuer à sa réalisation/mise en oeuvre ; 2. Notre canton rejette d'ores et déjà cette amélioration et ne serait pas prêt à contribuer à sa réalisation ; 3. Notre canton n'a pas encore défini sa position concernant cette approche (quelle que soit la raison) ; 4. Impossible à évaluer/pas d'avis.

²⁰ Certains répondants ont indiqué que leurs réponses relatives aux cinq options stratégiques ne reflétaient pas l'évaluation du canton, mais une évaluation du (de la) délégué(e) cantonal(e) aux problèmes de toxicomanie ou d'entités administratives qui se sont penchées sur l'enquête en ligne. Ces réponses ne peuvent donc être considérées comme « engageant » les cantons.

Quatre cantons ont rejeté l'idée d'une harmonisation du financement. Pour trois de ces cantons, c'est parce qu'ils sont satisfaits de la solution cantonale existante. Un des cantons rejette une harmonisation du financement par le biais d'une solution « LAMal » en arguant que soumettre intégralement le traitement résidentiel des dépendances à la LAMal mènerait selon lui à une dégradation des prestations. Cette thèse n'est pas totalement infondée : deux cantons ont signalé dans le cadre de l'enquête en ligne - sans y avoir été invités - qu'il arrive régulièrement que des assureurs-maladie refusent la prise en charge de frais pour les séjours dans des centres de traitement des dépendances.

■ **Option stratégique « centres régionaux d'indication »** : Seuls 2 cantons accueillent favorablement cette option stratégique, même si 8 cantons estiment que par rapport au statu quo, la création de centres régionaux d'indication entraînerait une amélioration de la situation. 5 cantons rejettent d'emblée une instance d'indication régionale à ce stade, alors que 3 d'entre eux en ont déjà une (cf. **Tableau 23** dans l'annexe 9.2). Un canton qui n'a pas encore manifesté clairement son attitude à l'égard de la création d'une instance d'indication régionale a laissé entendre que le principe d'instances d'indication régionales pourrait se heurter à des problèmes d'acceptation auprès des communes. Un autre canton, qui n'a pas davantage pris attitude à l'égard du principe d'instances d'indication régionales, estime que celles-ci devraient être financées par la confédération, et que dans le cas contraire, l'indépendance à l'égard des sources de financement ne serait pas garantie. Dans l'ensemble, l'on peut conclure que l'option stratégique « instance d'indication régionale » ne déclenche guère d'enthousiasme parmi les cantons.

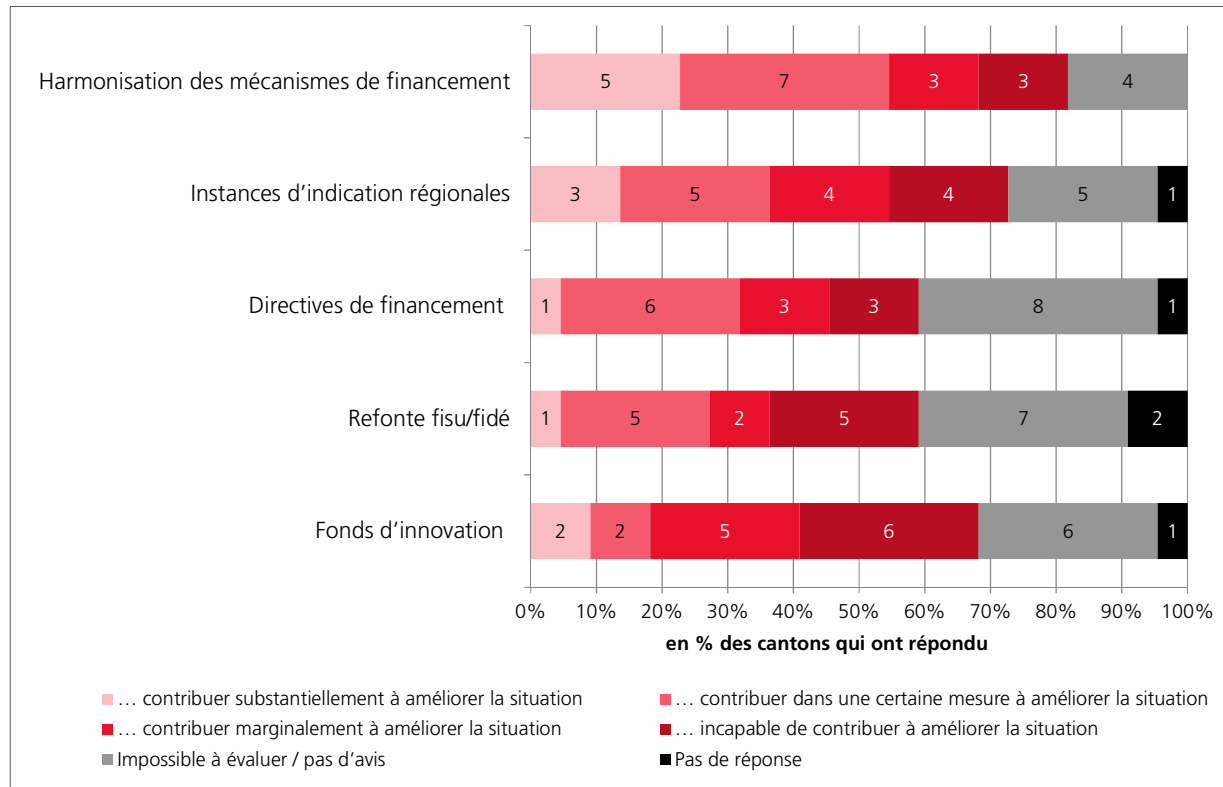
■ **Option stratégique « Directives pour le financement du traitement résidentiel des dépendances »** : La majorité des cantons n'a pas encore adopté sur ce point de position tranchée. 2 cantons rejettent déjà cette option à ce stade, et 3 cantons l'accueillent favorablement. 7 cantons estiment que cette option stratégique contient un potentiel d'amélioration, 6 cantons ne partagent pas cet avis. Dans l'ensemble, on peut conclure que l'option stratégique « Directives pour le financement du traitement résidentiel des dépendances » ne soulève guère l'enthousiasme.

■ **Option stratégique « refonte du mécanisme fisu/fidé »** : 4 cantons saluent cette proposition, tandis que 5 cantons la rejettent d'emblée. S'agissant de l'efficacité de cette option, les cantons ne sont pas du même avis : 6 d'entre eux estiment que l'option stratégique « refonte du mécanisme fisu/fidé » est de nature à entraîner une amélioration par rapport au statu quo ; 7 cantons ne partagent pas cet avis. Dans l'ensemble, il faut bien constater que l'option stratégique « refonte du mécanisme fisu/fidé » se heurte d'emblée à une nette résistance des cantons.

■ **Option stratégique « Fonds d'innovation »** : Cette option est d'emblée considérée par négative par la majorité des cantons.

Le **Tableau 21** (« Harmonisation des financements »), le **Tableau 22** (« Directives de financement »), le **Tableau 23** (« Instances d'indication régionales »), le **Tableau 24** (« Refonte du mécanisme fisu/fidé ») et le **Tableau 25** (« Fonds d'innovation ») de l'annexe 9.2 montrent comment les cantons ont évalué ces cinq options stratégiques.

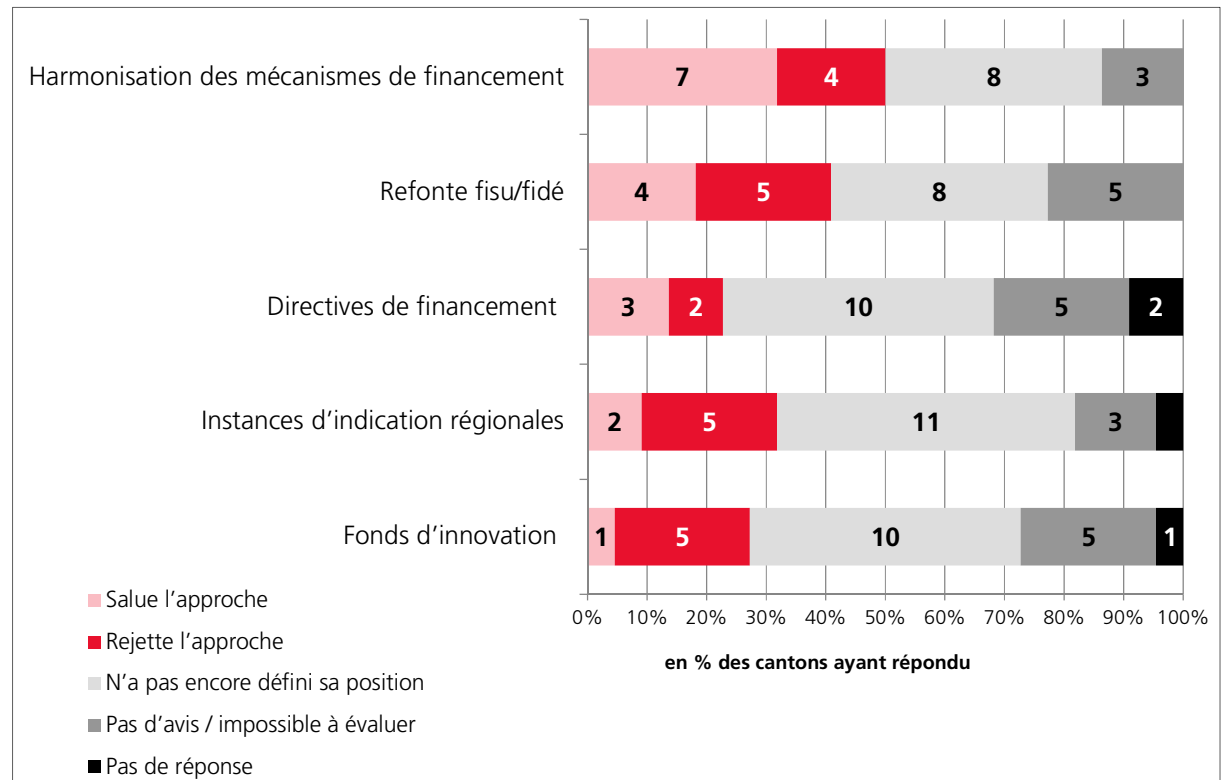
Graphique 15 : Efficacité des cinq options stratégiques, vue par les cantons



Question : « cette option stratégique est capable de ... »

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Graphique 16 : Volonté des cantons de coopérer à la réalisation des options stratégiques



Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

7 Conclusions

Sur la base des enquêtes et des analyses qui ont été menées, il y a lieu de retenir que :

■ Dans un avis détaillé, l'OFJ conclut qu'affecter les sommes saisies confisquées aux trafiquants de drogue est « inopportun » pour différentes raisons.

■ Pour l'organisation et le financement du traitement résidentiel des dépendances, l'étude a révélé les problématiques suivantes :

- Hétérogénéité du financement : À différents égards, le traitement résidentiel des dépendances n'est pas organisé de manière uniforme. Les instances de placement sont notamment confrontées à des incitants économiques susceptibles de mener à des placements inappropriés.

- Concurrence insuffisante : Pour différentes raisons, la concurrence entre les établissements, tant sur la qualité que sur le prix, est limitée.

- Organisation inappropriée du processus d'indication : Dans la plupart des cantons, l'indépendance des instances de placement à l'égard des établissements qui effectuent les prestations et à l'égard des sources de financement est insuffisante, voire inexistante.

- Accès inégal et approvisionnement contestable des soins L'existence d'un mécanisme dual de financement (pour simplifier : LAMal pour l'alcool ; assistance sociale pour la drogue) peut compliquer l'accès au système de soins, ce qui contrarie l'équité dans l'accès aux soins.

Comme le montre l'exemple de certains cantons (Good Practice), moyennant une volonté suffisante d'intervenir, la plupart des problèmes identifiés se résolvent en principe au niveau cantonal (principe de subsidiarité).

■ Quant à la nécessité de revoir le financement du traitement résidentiel des dépendances, l'avis des cantons est partagé. La moitié des cantons estime que leurs établissements pratiquant le traitement résidentiel des dépendances n'éprouvent actuellement aucun problème de financement. L'autre moitié signale chez l'une ou l'autre établissement des difficultés de financement, et des déficits qu'il a fallu au cours des trois dernières années.

■ 9 de 22 cantons ne voient aucune nécessité d'intervenir sur les problématiques identifiées : soit ils se disent étrangers à cette problématique, soit ils sont concernés, mais ne voient aucune nécessité d'intervenir. Quant aux 13 autres cantons, ils confirment bien qu'il est nécessaire d'intervenir sur au moins un des problèmes observés.

■ En revanche, les cantons estiment nécessaire d'intervenir sur l'accès réduit au traitement résidentiel des dépendances et sur l'approvisionnement des soins, dès lors que ces problèmes résultent de l'existence d'un mécanisme dual de financement. En l'occurrence, 9 cantons estiment nécessaire d'intervenir, et 12 cantons considèrent qu'une harmonisation du financement dans le sens d'une intégration à la LAMal est susceptible de contribuer à améliorer la situation pour les problèmes relatifs au traitement résidentiel des dépendances. À ces 12 cantons s'opposent 6 autres cantons qui estiment qu'une harmonisation n'entraînerait aucune amélioration. Quatre cantons rejettent explicitement une harmonisation, ou en tout cas ne s'associeraient pas à une telle solution. À l'inverse, 7 cantons privilégient explicitement une harmonisation du financement et seraient prêts à collaborer à sa mise en œuvre. Les 11 autres cantons ne sont pas encore prêts à trancher.

■ **Pour conclure :**

- Le financement de la plupart des établissements pratiquant le traitement résidentiel des dépendances est assuré

- La sécurité d'approvisionnement des soins est garantie

- Pour des raisons inhérentes au système, l'efficacité et l'efficience des soins ne sont pas optimales

- Du fait de l'existence d'un mécanisme dual de financement, l'équité de l'accès aux soins est limitée.

- Dans l'ensemble, les cantons estiment « plutôt faible » la nécessité d'agir.

8 Sources et littérature utilisées

- Breyer Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Springer Berlin Heidelberg New York
- Convention intercantonale relative aux établissements sociaux CIIS, 13.12.2002 (État au 1.1.2008)
- Delgrande Jordan Marina (2011): Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Ergebnisse der KlientInnenbefragung act-info 2010. Deskriptive Statistik, Sucht Info Schweiz, September
- Eckmann Franziska (2009): Suchtbehandlung in Abhängigkeit. Die Entwicklung von Konsum, Zuweisung und Behandlungsangebot. Eine Präsentation anlässlich des Act info-Symposium vom 5. März 2009 in Bern, infodrog, März
- Eckmann Franziska (2010): Stationäre Suchttherapieinstitutionen: Auslastung und interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2009. Bericht auf Basis der Belegungsstatistik der stationären Suchttherapieinstitutionen im Jahr 2009, infodrog, August
- Eckmann Franziska (2011): Stationäre Suchttherapieinstitutionen: Auslastung und interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2010. Bericht auf Basis der Belegungsstatistik der stationären Suchttherapieinstitutionen im Jahre 2010, infodrog, Mai
- Eckmann Franziska und Ueli Simmel (2009): «Erosion der stationären Institutionen. Stationäre Suchttherapie – abnehmende Bedeutung eines einst zentralen Segments in der Suchthilfe.», *Sozialaktuell*, 1/2009, 17-19
- Frick Ulrich und Wulf Rössler (2003): «Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive», *Suchttherapie*, 4/2003, 18-24, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Herrmann Hannes, Oliver Güntzel, Ueli Simmel und Philippe Lehmann (1999): Stationäre Suchttherapie Schweiz: Angebot und Finanzierung. Gesamtschweizerische Erhebung bei Therapie-Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich für die Jahre 1995 bis 1998, Bundesamt für Gesundheit, August
- Herrmann Hannes, Ueli Simmel, Alison Chisholm und Nicolas Dietrich (2006): Stationäre Suchttherapie Schweiz I Finanzierung. Gesamtschweizerische Erhebung bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen für die Jahre 2004 und 2005, infodrog, September
- Herrmann Hannes, Ueli Simmel, Alison Chisholm, Nicolas Dietrich und Aline Keller (2006): Stationäre Suchttherapie Schweiz. Finanzierung. Gesamtschweizerische Umfrage bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen für die Jahre 2004 und 2005, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, Oktober
- Jegers Marc, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve und Willem Gilles (2002): «A typology for provider payment systems in health care», *Health Policy*, 60 (2002), 255-273
- Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup) (État au 1er juillet 2011) RS 812.121
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (État au 1er janvier 2012), RS 832.10
- OFJ Avis de l'Office fédéral de la justice sur la question d'une affectation légale en vertu de la Loi fédérale du 19 mars 2004 sur le partage des valeurs patrimoniales confisquées (Postulat 10.3007 de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN du 27 janvier 2010 : Argent saisi dans le trafic de drogue à des fins de traitement de toxicomanes), 31 août 2011.
- Postulat Beschlagnahmte Drogengelder für die Suchtrehabilitation (10.3007), Eingereicht von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (98.450), 27.01.2010

Schaaf Susanne, Esther Grichting und Heidi Bolliger (2011): Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2010. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik, Prädiktoren für einen planmässigen Therapieabschluss, Zürich: ISGF

Schaub Michael, Maria Dickson-Spillmann und Stephan Koller (2011): Bedarfsabklärung zu Behandlungsangeboten für Personen mit Alkoholproblemen. Projekt im Auftrag von Infodrog, Zürich: ISGF

Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB) (Stand am 1. Januar 2012), SR 311.0

9 Annexe

9.1 Liste des expert(e)s consulté(e)s

Tableau 8 : Expertes et experts consultés lors d'interviews en face à face

Nom	Institution
Peter Burkhard	fisu/fidé / Die Alternative, Ottenbach
Prof. Dr. Antonio Da Cunha	Université de Lausanne, Institut de géographie
Franziska Eckmann	Infodrog, Bern
Dr. Adrian Eichenberger	Sozialamt des Kantons Zürich
Michael Herzig	Sozialdepartement der Stadt Zürich
Markus Jann und René Stamm	Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen
Claudia Mettler	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Pascal Roduit	Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions CRIAD / Fondation le relais, Morges
Attilio Stoppa	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Tableau 9 : Expertes et experts consultés lors d'interviews par téléphone

Canton	Nom	Fonction
AG	Jürg Sigrist	DCT
AR	Damian Caluori	DCT
BE	Claudia Mettler	Collaboratrice scientifique du DCT
BL	Joos Tarnutzer	DCT
BS	Eveline Bohnenblust	DCT
SG	Herbert Bamert	DCT
SO	Markus Schär	DCT
GE	Stephanie Codurey	Adj. au DCT

Abréviations : DCT = délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie

9.2 Résultats détaillées de l'enquête en ligne des cantons

Tableau 10 : Dans quels cantons est-il arrivé, au cours des trois années budgétaires (2009-2011) que les institutions de traitement résidentiel des dépendances aient dû être cofinancées par un financement institutionnel ?

	Financement institutionnel ex ante ou ex post	Financement institutionnel ex post ¹	Financement institutionnel ex ante ²
Groupe 1	10	8	7
AG	x	x	
AR	x	x	
BE	x	x	x
LU	x	x	
SG	x	x	x
SH	x	x	x
SZ ³			
TG	x	x	x
UR ⁴	x		x
ZG	x		x
ZH	x	x	x
Groupe 2	4	3	2
BS			
FR	x	x	
GE	x		x
NW ³			
SO	x	x	
TI			
VD	x	x	x
Groupe 3	1	1	0
BL			
GR			
JU			
VS	x	x	
Total	15	12	9

Notation: x = cantons qui ont connu, au cours des trois dernières années, au moins un cas de financement institutionnel

Légendes :

¹Financement institutionnel ex post = financement de déficits ; ²financement institutionnel ex ante = subventions à l'investissement et autres contributions indépendantes des client(e)s déterminés die ex ante et ne dépendent donc pas de l'exploitation ; ³les cantons NW et SZ ne disposent pas d'institutions de traitement résidentiel des dépendances; ⁴le canton UR ne dispose pas d'institutions de traitement résidentiel des dépendances, mais verse des contributions institutionnelles au « Drogen Forum Innerschweiz ».

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 11 : Situation financière des institutions de traitement résidentiel des dépendances

	Pas de réponse	Il n'existe pas d'établissements résidentiels de traitement des dépendances dans notre canton	Impossible à évaluer/sans avis	Les établissements situés dans notre canton ne connaissent actuellement pas de difficultés de financement	Seul un petit nombre d'établissements situés dans notre canton ne connaissent actuellement pas de difficultés de financement	La totalité - ou presque - des établissements situés dans notre canton connaît actuellement des difficultés de financement
Groupe 1	0	2	1	4	3	1
AG					x	
AR					x	
BE						x
LU				x		
SG					x	
SH				x		
SZ		x				
TG				x		
UR		x				
ZG				x		
ZH			x			
Groupe 2	0	1	0	2	4	0
BS					x	
FR				x		
GE					x	
NW		x				
SO					x	
TI				x		
VD					x	
Groupe 3	0	0	1	2	1	0
BL					x	
GR				x		
JU			x			
VS				x		
Total	0	3	2	8	8	1

Question : « Comment votre canton évalue-t-il les problèmes de financement des institutions de traitement résidentiel des dépendances qui se situent sur son territoire ? »

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 12 : Évaluation de la problématique « places financées par la LAMal et places non financées par la LAMal » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	0	5	0	0	1	3	2
AG						x	
AR							x
BE						x	
LU		x					
SG						x	
SH					x		
SZ							x
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH		x					
Groupe 2	0	5	1	0	0	1	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW						x	
SO		x					
TI		x					
VD			x				
Groupe 3	1	2	0	0	0	1	0
BL		x					
GR		x					
JU	x						
VS						x	
Total	1	12	1	0	1	5	2

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 13: Évaluation de la problématique « Thérapie volontaire et mesure imposée » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	2	4	3	0	0	1	1
AG			x				
AR							x
BE			x				
LU	x						
SG						x	
SH	x						
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH			x				
Groupe 2	0	5	1	0	1	0	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW					x		
SO			x				
TI		x					
VD		x					
Groupe 3	0	4	0	0	0	0	0
BL		x					
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	2	13	4	0	1	1	1

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 14 : Évaluation de la problématique « Placement dans le canton ou hors canton » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	0	8	2	0	1	0	0
AG					x		
AR		x					
BE			x				
LU		x					
SG		x					
SH		x					
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH			x				
Groupe 2	0	6	0	0	0	1	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW		x					
SO						x	
TI		x					
VD		x					
Groupe 3	0	4	0	0	0	0	0
BL		x					
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	0	18	2	0	1	1	0

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 15 : Évaluation de la problématique « accès et approvisionnement » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	2	2	1	0	0	6	0
AG						x	
AR						x	
BE						x	
LU	x						
SG						x	
SH						x	
SZ						x	
TG		x					
UR		x					
ZG			x				
ZH	x						
Groupe 2	1	3	1	0	1	1	0
BS					x		
FR			x				
GE		x					
NW						x	
SO	x						
TI		x					
VD		x					
Groupe 3	0	1	0	0	1	1	1
BL						x	
GR							x
JU		x					
VS					x		
Total	3	6	2	0	2	8	1

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 16: Évaluation de la problématique « financement institutionnel » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	1	7	1	1	1	0	0
AG		x					
AR		x					
BE					x		
LU		x					
SG		x					
SH			x				
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG				x			
ZH	x						
Groupe 2	0	5	0	0	0	2	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW						x	
SO						x	
TI		x					
VD		x					
Groupe 3	0	3	0	0	1	0	0
BL					x		
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	1	15	1	1	2	2	0

Source : BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

Tableau 17 : Évaluation de la problématique « concurrence intercantonale » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	0	4	0	0	4	3	0
AG						x	
AR						x	
BE					x		
LU		x					
SG					x		
SH					x		
SZ						x	
TG		x					
UR		x					
ZG					x		
ZH		x					
Groupe 2	0	4	0	1	0	2	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW						x	
SO						x	
TI							
VD		x		x			
Groupe 3	0	2	1	0	1	0	0
BL					x		
GR		x					
JU			x				
VS		x					
Total	0	10	1	1	5	5	0

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 18: Évaluation de la problématique « indications » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	0	6	0	0	1	3	1
AG						x	
AR							x
BE					x		
LU						x	
SG		x					
SH		x					
SZ						x	
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH		x					
Groupe 2	0	4	0	0	2	1	0
BS		x					
FR						x	
GE					x		
NW		x					
SO					x		
TI		x					
VD		x					
Groupe 3	0	4	0	0	0	0	0
BL		x					
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	0	14	0	0	3	4	1

Source : Enquête 2012 en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 19 : Évaluation de la problématique « Transparence de l'offre » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	0	7	0	0	2	2	0
AG					x		
AR		x					
BE						x	
LU						x	
SG		x					
SH		x					
SZ					x		
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH		x					
Groupe 2	0	2	0	0	1	4	0
BS						x	
FR						x	
GE					x		
NW						x	
SO						x	
TI		x					
VD		x					
Groupe 3	2	2	0	0	0	0	0
BL		x					
GR	x						
JU	x						
VS		x					
Total	2	11	0	0	3	6	0

Source : Enquête en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 20 : Évaluation de la problématique « Différenciation tarifaire » par les cantons

	Pas de réponse	Le canton n'est pas touché par la problématique	Touché; nécessité impossible à évaluer	Touché; aucune intervention n'est requise	Touché; nécessité d'intervenir faible	Touché; nécessité d'intervenir relativement urgente	Touché; nécessité d'intervenir très urgente
Groupe 1	2	8	0	0	0	1	0
AG		x					
AR		x					
BE						x	
LU		x					
SG	x						
SH		x					
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH	x						
Groupe 2	0	5	0	0	1	0	1
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW							x
SO					x		
TI		x					
VD		x					
Groupe 3	0	3	0	0	0	1	0
BL		x					
GR						x	
JU		x					
VS		x					
Total	2	16	0	0	1	2	1

Source : Enquête en ligne de BASS auprès des cantons (n=22)

Tableau 21 : Évaluation de l'Option stratégique « harmonisation du financement du traitement résidentiel des dépendances »

	Efficacité de l'option stratégique : elle est capable de ...						Attitude des cantons à l'égard de l'option stratégique				
	Pas de réponse	... incapable de contribuer à améliorer la situation	... contribuer marginalement à améliorer la situation	... contribuer dans une certaine mesure à améliorer la situation	... contribuer substantiellement à améliorer la situation	Impossible à évaluer / pas d'avis	Pas de réponse	Salue l'approche	Rejette l'approche	N'a pas encore défini sa position	Pas d'avis / impossible à évaluer
Groupe 1	0	0	2	4	3	2	0	5	1	3	2
AG				x				x			
AR					x			x			
BE					x			x			
LU				x							x
SG					x			x			
SH				x				x			
SZ				x						x	
TG			x							x	
UR						x					x
ZG			x						x		
ZH						x				x	
Groupe 2	0	2	1	1	1	2	0	0	2	4	1
BS		x							x		
FR			x							x	
GE						x					x
NW					x					x	
SO				x						x	
TI						x				x	
VD		x							x		
Groupe 3	0	1	0	2	1	0	0	2	1	1	0
BL					x			x			
GR				x						x	
JU		x							x		
VS				x				x			
Total	0	3	3	7	5	4	0	7	4	8	3

Source : BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

Tableau 22 : Évaluation de l'option stratégique « Directives pour le financement du traitement résidentiel des dépendances »

	Efficacité de l'option stratégique : elle est capable de ...						Attitude des cantons à l'égard de l'option stratégique				
	Pas de réponse	... incapable de contribuer à améliorer la situation	... contribuer marginalement à améliorer la situation	... contribuer dans une certaine mesure à améliorer la situation	... contribuer substantiellement à améliorer la situation	Impossible à évaluer / pas d'avis	Pas de réponse	Salue l'approche	Rejette l'approche	N'a pas encore défini sa position	Pas d'avis / impossible à évaluer
Groupe 1	1	2	1	2	1	4	2	0	1	7	1
AG		x								x	
AR				x						x	
BE						x				x	
LU				x						x	
SG	x						x				
SH		x							x		
SZ					x		x				
TG						x				x	
UR						x					x
ZG			x							x	
ZH						x				x	
Groupe 2	0	1	2	2	0	2	0	2	1	2	2
BS			x							x	
FR			x							x	
GE						x					x
NW						x					x
SO				x				x			
TI				x				x			
VD		x							x		
Groupe 3	0	0	0	2	0	2	0	1	0	1	2
BL				x				x			
GR				x							x
JU						x				x	
VS						x					x
Total	1	3	3	6	1	8	2	3	2	10	5

Source : BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

Tableau 23: Évaluation de l'option stratégique « Instances d'indication régionales » par les cantons

	Existence d'instances centrales d'indication	Efficacité de l'option stratégique : elle est capable de ...					Attitude des cantons à l'égard de l'option stratégique					
		Pas de réponse	... incapable de contribuer à améliorer la situation	... contribuer marginalement à améliorer la situation	... contribuer dans une certaine mesure à améliorer la situation	... contribuer substantiellement à améliorer la situation	Impossible à évaluer / pas d'avis	Pas de réponse	Salue l'approche	Rejette l'approche	N'a pas encore défini sa position	Pas d'avis / impossible à évaluer
Groupe 1		1	0	3	3	1	3	1	0	1	6	3
AG		x									x	
AR	x					x					x	
BE	(x) ¹					x					x	
LU	x					x						x
SG				x							x	
SH	x						x					x
SZ							x	x				
TG				x							x	
UR										x		x
ZG				x						x		
ZH							x				x	
Groupe 2		0	3	1	0	1	2	0	0	3	4	0
BS	x		x							x		
FR	(x) ²						x				x	
GE							x				x	
NW	x					x					x	
SO				x							x	
TI	x		x							x		
VD	x		x							x		
Groupe 3		0	1	0	2	1	0	0	2	1	1	0
BL	x				x				x			
GR						x					x	
JU			x							x		
VS	x				x				x			
Total		1	4	4	5	3	5	1	2	5	11	3

Légendes : ¹La ville de Berne connaît actuellement un projet pilote d'instance d'indication régionale. En cas de succès, ce concept pourrait être étendu à l'ensemble du canton ; ²Dans le canton de Fribourg, l'on envisage actuellement la création d'une instance d'indication régionale

Source : BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

Tableau 24 : Évaluation de l'option stratégique « refonte du mécanisme fisu/fidé » par les cantons

	Efficacité de l'option stratégique : elle est capable de ...						Attitude des cantons à l'égard de l'option stratégique				
	Pas de réponse	... incapable de contribuer à améliorer la situation	... contribuer marginalement à améliorer la situation	... contribuer dans une certaine mesure à améliorer la situation	... contribuer substantiellement à améliorer la situation	Impossible à évaluer / pas d'avis	Pas de réponse	Salue l'approche	Rejette l'approche	N'a pas encore défini sa position	Pas d'avis / impossible à évaluer
Groupe 1	1	2	2	3	1	2	0	1	2	6	2
AG	x									x	
AR				x						x	
BE					x			x			
LU				x							x
SG			x							x	
SH		x							x		
SZ						x				x	
TG		x								x	
UR						x					x
ZG			x						x		
ZH				x						x	
Groupe 2	0	2	0	2	0	3	0	2	2	1	2
BS		x							x		
FR						x				x	
GE						x					x
NW						x					x
SO				x				x			
TI				x				x			
VD		x							x		
Groupe 3	1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	1
BL						x		x			
GR	x									x	
JU						x					x
VS		x							x		
Total	2	5	2	5	1	7	0	4	5	8	5

Quelle: BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

Tableau 25 : Évaluation de l'option stratégique « Fonds d'innovation » par les cantons

	Efficacité de l'option stratégique : elle est capable de ...						Attitude des cantons à l'égard de l'option stratégique				
	Pas de réponse	... incapable de contribuer à améliorer la situation	... contribuer marginalement à améliorer la situation	... contribuer dans une certaine mesure à améliorer la situation	... contribuer substantiellement à améliorer la situation	Impossible à évaluer / pas d'avis	Pas de réponse	Salue l'approche	Rejette l'approche	N'a pas encore défini sa position	Pas d'avis / impossible à évaluer
Groupe 1	0	4	2	2	1	2	0	0	4	6	1
AG		x								x	
AR					x					x	
BE		x						x			
LU				x							x
SG			x							x	
SH		x						x			
SZ						x				x	
TG		x								x	
UR						x		x			
ZG			x					x			
ZH				x						x	
Groupe 2	0	2	2	0	1	2	1	1	1	1	3
BS					x			x			
FR			x							x	
GE						x					x
NW						x					x
SO		x					x				
TI			x								x
VD		x						x			
Groupe 3	1	0	1	0	0	2	0	0	0	3	1
BL			x							x	
GR	x									x	
JU						x				x	
VS						x					x
Total	1	6	5	2	2	6	1	1	5	10	5

Source : BASS - Enquête en ligne, 2012, n=22

9.3 Tableaux supplémentaires

Tableau 26 : Lieu d'origine et de destination des personnes placées, par canton, en 2010

	Canton d'origine des client(e)s																										Total	
	k.A.	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG		ZH
AG		76			1	5	5				1	5		1	1	5	4	7	3	5		3				1	2	135
AI																												
AR	2		1	2	1	2	1			1							10				7		1		1	2	1	32
BE		2			14		5	5				1	2	2			4		3		1	2			1		1	193
BL						6	6																		2			33
BS		2			2	11	11					1							3									30
FR					1			60	4																1			66
GE									86															1				87
GL																												
GR																												
JU					7	2						22		1														32
LU					1	2	3						17			2	2				1					1		29
NE								4	7					54								1		1				67
NW																												
OW																												
SG				2													46	1		1							4	54
SH																												
SO		1			7	3	8	1			1	5					2		9								6	43
SZ																												
TG																												
TI	1																1						92				2	96
UR																												
VD					9		2	3	23			2		1										264	8			312
VS	3				1			3	14													1		8	135			165
ZG		1				1	1					2							3							2	2	12
ZH		5			2	4	6	1		1	4	1		1			10	4	1	3	1	1	1		2	5	144	196
Total	6	87	1	4	196	46	57	77	134	2	6	25	33	58	2	3	80	9	26	7	15	96	5	274	150	11	172	1582

Source : Eckmann (2011, tableau en annexe 2 p. 12) ; représentation graphique BASS

Tableau 27 : Importation et exportation par les cantons de prestations de traitement résidentiel des dépendances en 2010

	Nombre d'admissions de client(e)s du canton			Nombre d'admissions dans des institutions du canton			Indicateurs d'importation, d'exportation et d'exportation nette			
	Total	Placements à l'intérieur du canton	Importation (placements hors canton)	Total	Client(e) du canton	Exportation (client(e)s d'autres cantons)	Exportation nette (exportation - importation)	Pourcentage de placements à l'intérieur du canton	Pourcentage de placements hors canton	Pourcentage de client(e)s d'autres cantons
k.A.	6		6	0	0	0	-6	0%	100%	n/a
AG	87	76	11	135	76	59	48	87%	13%	44%
AI	1	0	1	0	0	0	-1	0%	100%	n/a
AR	4	2	2	32	2	30	28	50%	50%	94%
BE	196	164	32	193	164	29	-3	84%	16%	15%
BL	46	16	30	33	16	17	-13	35%	65%	52%
BS	57	11	46	30	11	19	-27	19%	81%	63%
FR	77	60	17	66	60	6	-11	78%	22%	9%
GE	134	86	48	87	86	1	-47	64%	36%	1%
GL	2	0	2	0	0	0	-2	0%	100%	n/a
GR	6	0	6	0	0	0	-6	0%	100%	n/a
JU	25	22	3	32	22	10	7	88%	12%	31%
LU	33	17	16	29	17	12	-4	52%	48%	41%
NE	58	54	4	67	54	13	9	93%	7%	19%
NW	2	0	2	0	0	0	-2	0%	100%	n/a
OW	3	0	3	0	0	0	-3	0%	100%	n/a
SG	80	46	34	54	46	8	-26	58%	43%	15%
SH	9	0	9	0	0	0	-9	0%	100%	n/a
SO	26	9	17	43	9	34	17	35%	65%	79%
SZ	7	0	7	0	0	0	-7	0%	100%	n/a
TG	15	0	15	0	0	0	-15	0%	100%	n/a
TI	96	92	4	96	92	4	0	96%	4%	4%
UR	5	0	5	0	0	0	-5	0%	100%	n/a
VD	274	264	10	312	264	48	38	96%	4%	15%
VS	150	135	15	165	135	30	15	90%	10%	18%
ZG	11	2	9	12	2	10	1	18%	82%	83%
ZH	172	144	28	196	144	52	24	84%	16%	27%
Total	1582	1146	436	1582	1146	436	0	72%	28%	28%

Remarques : ¹Un canton qui place un(e) client(e) dans une institution hors canton, **importe** des prestations. Une institution qui accueille un(e) client(e) provenant d'un autre canton pratique, au regard du canton où l'institution est implantée, une **exportation** de prestations de traitement résidentiel des dépendances.

Source : Eckmann (2011); calculs et présentation BASS

Tableau 28 : Principales institutions de placement pour les admissions dans des institutions résidentielles pour le traitement de problèmes de dépendance en 2010

Type d'institution	Toutes les institutions résidentielles		Institutions résidentielles spécialisées dans le traitement de problèmes liés aux drogues illégales		Toutes les institutions résidentielles		Institutions résidentielles spécialisées dans le traitement de problèmes liés à l'alcool et aux médicaments			
	nombre	En %	nombre	En %	nombre	En %	nombre	En %	nombre	En %
source	Act-info-FOS 2010 et act-info-Residalc 2010 Univers : 70 institutions Échantillon : 59 institutions Nombre d'admissions : 1'976 Nombre de sorties : 2'070		Act-info-FOS 2010 Univers : 50 institutions Échantillon : 44 institutions Nombre d'admissions : 594 Nombre de sorties : 482				Act-info-Residalc 2010 Univers : 21 institutions Échantillon : 16 institutions Nombre d'admissions : 1'476 Nombre de sorties : 1'494			
Type de client(e)s	Total client(e)s		Total client(e)s		Total client(e)s		client(e)s souffrant principalement de troubles liés à l'alcool		client(e)s souffrant principalement de troubles liés aux drogues	
Instance de placement	nombre	En %	nombre	En %	nombre	En %	nombre	En %	nombre	En %
Initiative personnelle	934	47.0%	234	41.9%	700	49.0%	599	47.3%	45	57.7%
Famille	152	7.6%	43	7.7%	109	7.6%	96	7.6%	7	9.0%
Partenaire	99	5.0%	12	2.2%	87	6.1%	84	6.6%	3	3.8%
Amis/collègues/connaissances	32	1.6%	13	2.3%	19	1.3%	18	1.4%	0	0.0%
Employeur	40	2.0%	2	0.4%	38	2.7%	38	3.0%	0	0.0%
Médecin	96	4.8%	8	1.4%	88	6.2%	82	6.5%	2	2.6%
Institution ambulatoire spécialiste des dépendances	126	6.3%	47	8.4%	79	5.5%	74	5.8%	4	5.1%
Institution stationnaire spécialiste des dépendances	81	4.1%	24	4.3%	57	4.0%	54	4.3%	1	1.3%
Spital/ Klinik	152	7.6%	21	3.8%	131	9.2%	121	9.6%	5	6.4%
Sozialdienste	82	4.1%	35	6.3%	47	3.3%	43	3.4%	2	2.6%
Verurteilung/ Massnahme/ Verw altung/ Justizbehörden	153	7.7%	106	19.0%	47	3.3%	40	3.2%	7	9.0%
Andere Instanzen	40	2.0%	13	2.3%	27	1.9%	18	1.4%	2	2.6%
Total	1'987	100.0%	558	100.0%	1'429	100.0%	1'267	100.0%	78	100.0%
Pas d'information	101	4.8%	36	6.1%	65	4.4%	58	4.4%	5	6.0%
Nombre d'admissions	2'088		594		1'494		1'325		83	

Source : act-info-FOS (réponses de 44 des 50 centres de traitement résidentiel des dépendances avec 482 admissions en 2010, cf. Schaaf et al. 2011, Tab. A7 en annexe) et act-info-Residalc (réponses de 16 des 21 institutions avec 1'494 admissions en 2010, cf. Delgrade Jordan 2011, 15); Présentation BASS