



Financement des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse

Enquête nationale menée auprès des institutions de thérapie résidentielle des dépendances pour les années 2004 et 2005

info
coordination intervention suisse
drog

Une enquête mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Bâle, Berne | Octobre 2006

Eigerplatz 5
CH-3000 Bern 14
Telefon +41(31)-376 04 03
Telefax +41(31)-376 04 04
www.infodrog.ch
office@infodrog.ch

Financement des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse

Enquête nationale menée auprès des institutions de thérapie résidentielle des dépendances pour les années 2004 et 2005

Hannes Herrmann, Ueli Simmel, Alison Chisholm, Nicolas Dietrich, Aline Keller

Une enquête mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Informations

Office fédéral de la santé publique

Programmes nationaux de prévention, Section Drogues

Markus Jann

Tél. ++ 41 (0) 31 323 87 14

Fax ++ 41 (0) 31 323 87 89

Nous tenons à remercier l'ensemble du personnel des institutions de thérapie des dépendances d'avoir pris le temps de répondre à cette enquête.

Berne, octobre 2006

Table de matières

1 Chiffres-clés	3
2 Introduction et vue d'ensemble	5
3 Résumé	6
3.1 Les bailleurs de fonds : la Confédération, les cantons, les communes et les privés.....	6
3.2 Problématique actuelle et tendances	6
3.3 Les institutions de thérapie résidentielle des addictions en tant que fournisseurs de prestations	7
3.4 Jusqu'en 1995 : une offre toujours plus étendue et une pression accrue sur les prix	7
3.5 À partir de 1999 : une réduction considérable de l'offre	8
3.6 À partir de 2003 : passage aux forfaits journaliers couvrant les coûts	8
3.7 Nécessité d'opter pour une approche économique globale	8
4 Conclusions	10
5 Données	12
5.1 But et Questions	12
5.2 Participants, plan de travail	12
5.3 Construction de l'échantillon / données de l'enquête.....	12
5.4 Saisie des données, contrôle de plausibilité et recodage.....	13
5.5 Analyse des données	14
5.6 Limites	14
6 Les institutions de thérapie résidentielle des addictions (fournisseurs de prestations)	16
6.1 Introduction	16
6.2 Répartition des institutions entre les différents cantons.....	16
6.3 Nombre de lits	16
6.4 Offre d'emploi et taux d'activité	17
6.5 Rapport patients-personnel d'encadrement.....	18
7 Les recettes des institutions	19
7.1 Introduction	19
7.2 Recettes totales et vue d'ensemble des bailleurs de fonds.....	19
7.3 Recettes : contributions cantonales	22
7.4 Recettes : contributions communales	23
7.5 Recettes : contributions privées, caisses-maladie incluses	24
7.6 Forfaits journaliers	26
8 Dépenses des institutions	27
8.1 Dépenses totales et vue d'ensemble des centres de coûts.....	27
8.2 Dépenses par place de thérapie	27
8.3 Charges liés au personnel	27
8.5 Comparaison recettes/dépenses (résultat d'exploitation).....	28
8.6 Charges liées au personnel - Répartition par EPT (Equivalent plein temps).....	30

1 Chiffres-clés

Taille des centres

- Durant la période 2004-2005, les institutions disposaient le plus souvent de 15 à 20 lits (la moitié d'entre eux proposaient moins de 14 lits ; la plus petite en proposait 3, la plus grande 74) ; en règle générale, les institutions de thérapie de l'alcoolisme sont plus grandes que les institutions de thérapie des toxicomanies.

Personnel

- Le nombre de postes à plein temps a reculé de 3 % entre 2004 et 2005. Le nombre d'employés a augmenté de 1 %. Le taux d'occupation moyen a passé d'environ 71 % à 67 % entre 2004 et 2005.
- Le rapport entre personnel d'encadrement et personnel administratif s'élevait en moyenne à 75 : 25 (avec d'importantes variations).
- Le rapport entre patients et personnel d'encadrement moyen était de 2 : 1 (avec d'importantes variations).

Recettes

- Une place en institution de thérapie était facturée en moyenne 116 000 francs par an en 2005 (min. 56 000 francs, max. 200 000 francs).
- La majeure partie des institutions perçoit entre 1,25 et 1,5 million de francs de recettes par an.
- Les **recettes liées aux patients** des différents bailleurs de fonds représentaient en moyenne **67 %** en 2005.
En 2005, un bon 83 % des recettes liées aux patients provenait pour moitié des communes (principalement de l'aide sociale) et pour moitié des cantons.
En 2005, moins de 25 % de toutes les institutions percevaient des contributions des caisses-maladies, de cantons tiers¹ et de particuliers d'un canton tiers.
- En 2005, les **recettes liées aux institutions** des différents bailleurs de fonds représentaient en moyenne **33 %**. Une grande partie de ces recettes provenait des couvertures des déficits des cantons des institutions (35 %), de subventions liées aux prestations de ces mêmes cantons (22 %) et des contributions AI de l'Office fédéral des assurances sociales OFAS (13 %).

Dépenses

- En 2005, la quasi-totalité des recettes était utilisée pour payer les charges de personnel (66 %) ainsi que les charges de fonctionnement et d'exploitation (32 %). En comparaison, les dépenses liées aux investissements et aux intérêts (1 %) et à la constitution de réserves (< 1 %) sont négligeables.
- Les dépenses totales (valeurs absolues) des institutions ont baissé en moyenne d'environ 1 % entre 2004 et 2005.
- En 2005, un employé à temps complet coûtait en moyenne quelque 112 700 francs. En supposant que les prélèvements pour les charges sociales et les assurances s'élèvent à environ 15 %, cela signifie que le salaire annuel brut moyen, à 100 %, était d'environ 95 800 francs (soit 7 960 francs mensuels). La médiane est inférieure à la moyenne arithmétique : la moitié des institutions interrogées ont fait état de charges liées au personnel inférieures à 106 732 francs par EPT (Equivalent plein temps).

Thérapies résidentielles Suisse (Estimation 2005)

Institutions:	73
Places:	~ 1'290
Places de travail:	~ 875 postes plein temps
Personel:	~ 1'315 Collab./-trices
Total des salaires bruts:	~ 95 Mio. SFr.
Chiffre d'affaires total (en SFr.):	~ 139.5 Mio.
dont :	
Contrib. des cantons:	~ 67 Mio.
Contrib. des communes:	~ 41 Mio.
Privé-e-s (Caisses Mal. Incl.) et Support juridique:	~ 26 Mio.
Contributions AI (OFAS):	~ 5.5 Mio.

¹ On opère une distinction entre le canton dans lequel se trouve l'institution, appelé dans ce rapport canton de domicile de l'institution, et les autres cantons, appelés cantons tiers.

Prix journaliers

- Les prix journaliers s'élevaient en moyenne à environ 300 francs par jour en 2005 (min. 168 francs et max. 434 francs). Ces montants varient fortement en fonction de l'offre spécifique du centre (type d'encadrement, rapport entre patients et personnel d'encadrement, type de clientèle, etc.).
- La moitié des institutions demandait plus de 325 francs par jour (valeur médiane).
- Les forfaits journaliers des patients faisant l'objet d'une mesure judiciaire sont environ 35 % plus élevés que ceux des patients volontaires.

2 Introduction et vue d'ensemble

Au début de l'année 1996, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a décidé d'octroyer les contributions de l'assurance-invalidité aux institutions de thérapie résidentielle des addictions en appliquant strictement la loi sur l'assurance-invalidité. Ceci afin de respecter la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances et de corriger une pratique d'attribution des subventions jugée trop généreuse et parfois contraire à la législation par l'office lui-même. Les résultats ne se sont pas fait attendre : de nombreuses institutions ont été confrontées à des problèmes de financement parfois très sérieux ; ainsi, 19 institutions ont fermé leurs portes en 1999, les mesures d'urgence de la conseillère fédérale R. Dreifuss ayant été mises en œuvre trop tard. Pourtant, le Parlement a débloqué 48 millions de francs entre 1998 et 2001, d'une part à titre de financement transitoire jusqu'à l'application du modèle de financement mandaté en parallèle par le Conseil fédéral, et d'autre part à titre de compensation des subventions supprimées pour cause du changement de pratique susmentionné. Cette mesure devait permettre d'éviter les fermetures dues à un manque de liquidités et le nombre de fermetures a effectivement baissé au cours des années suivantes. À la fin de l'année 2005, 44 institutions au total avaient cessé leurs activités ou s'étaient réorientés vers d'autres groupes cibles.

Le modèle de financement des prestations pour les thérapies des addictions (FiDé), issu des travaux préliminaires et proposé aux cantons en septembre 2003, a été accepté par un canton (TI) et refusé par 11 autres. Les 14 restants ne se sont pas prononcés.

Le train de réformes dans son ensemble a donc été refusé.

Dans différents cantons, plusieurs éléments de ces réformes ont toutefois été intégrées dans la planification de l'offre de traitement résidentiel des addictions.

Les essais pilotes du modèle FiDé ont mis à jour les coûts effectifs relatifs à la fourniture des prestations et permis de montrer aux bailleurs de fonds quel était le prix réel des thérapies résidentielles.

Si les forfaits journaliers ont été augmentés dans la plupart des cantons afin d'atteindre une meilleure couverture des coûts, les thérapies à moyen et à long termes facturés sont moins facilement pris en charge. Ceci s'explique notamment par le fait que, pour les thérapies résidentielles, la facture présente le coût total par jour et que cette facture est payée par un seul bailleur de fonds. Dans les autres cas (clinique de jour, traitement ambulatoire, résidences avec encadrement, etc.), il y a, par personne et par jour de traitement, plusieurs factures des différents fournisseurs de prestations et que, à première vue, le coût paraît donc moins élevé, les (différents) bailleurs de fond ne calculant pas le total journalier.

Dans certains cantons, les communes sont les seuls bailleurs de fonds et, lorsqu'il s'agit de petites communes, il est évident que même une seule place en thérapie résidentielle creuse considérablement le budget de l'aide sociale ; on peut donc facilement comprendre pourquoi les communes recherchent alors des solutions au bénéfice d'un autre financement. Dans ce cas, les résultats atteints à moyen et à long terme n'entrent souvent pas en ligne de compte.

Or, pour les institutions de thérapie, il est financièrement décisif d'avoir suffisamment de patients. Dans le cas contraire, c'est une spirale négative qui se met en place : si les patients manquent, les liquidités aussi et les difficultés financières commencent. Les institutions doivent licencier et opter pour une prise en charge moins sélective, ce qui entraîne des problèmes en termes de qualité et de spécialisation.

Actuellement, le taux d'occupation des institutions reste acceptable, ce qui n'est pas surprenant, puisqu'il y a environ 350 places de moins qu'il y a six ans au niveau national.

Pourtant, les signes ne trompent pas : sans mesures visant à assurer le financement, il existe un risque majeur pour que la qualité de l'offre et l'égalité de traitement ne puissent plus être garanties à moyen terme.

3 Résumé

Le présent rapport relatif à la situation financière des institutions de thérapie résidentielle des addictions aborde les thèmes suivants :

- **La complexité du financement**
- **Les institutions en tant que fournisseurs de prestations**
- **Les recettes et les sources de financement**
- **Les dépenses et l'utilisation des ressources**

3.1 Les bailleurs de fonds : la Confédération, les cantons, les communes et les privés

Le financement mixte des séjours et des institutions correspondantes se caractérise par sa complexité :

- La majeure partie du coût des thérapies est prise en charge par les cantons et les communes, conformément à la législation sur l'assistance et sur l'aide sociale, sous forme de contributions individuelles. Parfois, les institutions bénéficient également de contributions d'exploitation (contributions liées aux institutions p. ex., sous forme de couvertures de déficit ou sur la base de contrats de prestations).
- La loi fédérale sur les stupéfiants et le Code pénal suisse prévoient par ailleurs qu'une personne condamnée peut effectuer sa peine dans une institution de thérapie (mesure pénale). Dans ce cas, les coûts sont pris en charge par les seuls cantons, sans faire appel aux communes ni mettre à contribution la personne condamnée.
- Autre bailleur de fonds, l'assurance-invalidité fédérale (AI), qui participe également au financement dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI). Il convient de préciser ici que, depuis 1998, les contributions versées au titre de l'art. 73 LAI ont été réduites, avec des conséquences directes sur les institutions (voir graphique 1).
- Viennent en outre s'ajouter les caisses-maladie privées dans le cadre de la législation sur l'assurance-maladie. Leurs contributions concernent toutefois principalement les institutions figurant sur la liste cantonale des hôpitaux, c'est-à-dire généralement les cliniques de sevrage ainsi que les unités spécialisées des hôpitaux de soins généraux et des cliniques psychiatriques.
- Pour leur part, les institutions contribuent également de manière notable à leur financement par le biais de financements propres (collecte de fonds, vente de produits et de prestations, travail bénévole, etc.).
- Enfin, les personnes concernées (et/ou leur famille) sont elles aussi tenues de participer aux coûts conformément aux législations sur l'aide sociale (prise en compte de la fortune pour le financement unique ou le cofinancement et soutien familial).

3.2 Problématique actuelle et tendances

La disposition à garantir la prise en charge des séjours de thérapie ou de réinsertion a nettement diminué. Pour preuve les exigences préalables toujours plus élevées posées par ces organismes (prise en compte de la fortune pour le cofinancement, p. ex.), les conditions toujours plus restrictives d'attribution des crédits (durée limitée à quelques mois, p. ex.) et les demandes toujours plus fréquentes de remboursement à la famille (cf. art. 328 et 329 CC).

Il n'existe aucun motif concret à ces restrictions, comme p. ex. une remise en question des objectifs d'une thérapie résidentielle. On peut supposer qu'ici, ce sont des considérations d'ordre financier qui prédominent ; il peut toutefois sembler aberrant que même des institutions spécialisées ne reçoivent, pour une personne avec un diagnostic clair établi par un spécialiste (traitement et/ou mesures de

réadaptation résidentiels), aucune aide financière ou alors au prix de démarches administratives astreignantes (p. ex. élaboration de nombreux rapports et justifications systématiques). Cette situation peut entraîner un transfert des coûts sur d'autres bailleurs de fonds (sur les caisses-maladie p. ex., grâce au recours à des prestations majoritairement financées par la LAMal), ce qui limite les possibilités en matière de sevrage et d'abstinence. Il est encore impossible de déterminer les conséquences de cette orientation sur le développement de l'offre globale de thérapie des addictions, sur la qualité des résultats atteints, ni l'impact financier pour l'économie nationale et les pouvoirs publics.

3.3 Les institutions de thérapie résidentielle des addictions en tant que fournisseurs de prestations

Offrir aux personnes concernées la thérapie adéquate relève, selon la loi fédérale sur les stupéfiants (art. 15a), de la compétence des cantons. Toutefois, les offres diffèrent selon le canton concerné. Il n'existe pratiquement aucune planification intercantonale à l'heure actuelle ; quant à bénéficier d'une thérapie dans un autre canton, c'est une possibilité qui dépend principalement de l'existence ou non d'une telle offre dans le canton de domicile de la personne concernée ; actuellement, l'objectif est de remplir en priorité les institutions dudit canton.

Les causes et l'évolution très diverses des différentes addictions appellent une large palette de traitements et un vaste réseau de institutions de traitement permettant d'atteindre le plus grand nombre de dépendants.

Parmi les prestataires, des deux domaines alcool et drogues illégales, les thérapies résidentielles se situent entre les offres de sevrages d'un côté et les offres transitoires/d'insertion ainsi que les offres de suivi après la thérapie d'un autre côté. Viennent s'ajouter les institutions mixtes acceptant différents types de patients (alcooliques et dépendants d'autres substances mais aussi des personnes avec problèmes psychiques p. ex.). D'un point de vue conceptuel, les thérapies résidentielles offrent aujourd'hui un large spectre d'offres orientées vers l'abstinence ou vers un développement, avec ou sans possibilité de substitution.

Depuis plusieurs années, la répartition en catégories distinctes devient difficile : les institutions de thérapie de l'alcoolisme accueillent toujours plus de patients dépendants aux drogues et inversement. Cette évolution est due, tout au moins en partie, à la polytoxicomanie croissante (consommation parallèle de plusieurs substances psychotropes). La nécessité d'optimiser le taux d'occupation des institutions joue probablement aussi un rôle.

Il est important, notamment pour les institutions de thérapie résidentielle 24h/24, dont le coût structurel est plus élevé, que les client-e-s aient accès à l'ensemble de la palette d'offres et ce, même dans un autre canton ; par ailleurs, il ne serait pas judicieux d'un point de vue économique de proposer tous les types de thérapies dans chaque canton. Dans le domaine du traitement des addictions, l'accès aux institutions extracantonales ne se fait pas sans conditions ; l'intégration des institutions de thérapie des addictions dans la CIIS², liste C, a toutefois permis, comme pour les institutions d'accueil des handicapés, des placements intercantonaux garantissant l'égalité de traitement des personnes concernées et de tous les cantons et communes, y compris ceux ne disposant pas d'institution.

3.4 Jusqu'en 1995 : une offre toujours plus étendue et une pression accrue sur les prix

Au début des années 1990, les drogues devenant un problème de plus en plus important, la Confédération et les cantons ont décidé d'étendre l'offre dans le domaine des addictions avec le soutien des associations spécialisées. Ces mesures portaient sur le domaine des thérapies résidentielles, des traitements ambulatoires (services sociaux spécialisés, traitements de substitution, etc.) mais aussi sur les offres dites « à bas seuil » destinées à limiter les dommages (centre d'accueil avec ou sans local de consommation). Cette augmentation de l'offre a entraîné une concurrence croissante entre les différents types d'offres, qui ont entre autres baissé leurs prix pour attirer la clientèle. Les mesures d'économie décidées par les pouvoirs publics et leur prise de conscience des aspects financiers ont encore renforcé la concurrence.

Concernant la prise de conscience précitée, force est toutefois de constater que l'administration et les

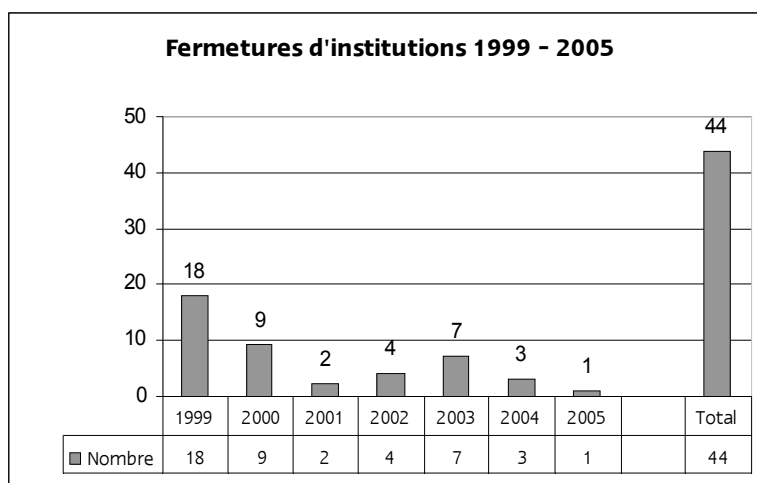
² CIIS : Convention intercantonale relative aux institutions sociales

politiques comme le milieu institutionnel n'ont aucune perception globale des coûts et que, souvent, chacun essaie seulement de protéger ses propres intérêts financiers.

3.5 À partir de 1999 : une réduction considérable de l'offre

Certaines institutions de thérapie résidentielle n'ont pas pu ou pas voulu poursuivre leurs activités, à la suite, notamment, de la réduction des prestations de l'AI.

Entre 1999 et 2005, 44 institutions (soit environ 350 lits) ont ainsi fermé leurs portes. L'évolution de la situation financière, si elle n'a jamais été le seul motif, a joué un rôle plus ou moins décisif dans presque tous les cas. Les changements de pratique dans le domaine de l'évaluation individuelle du droit aux prestations de l'AI (remise en question du certificat médical) se sont fait ressentir dès 1998 ; il est donc impossible de ne pas établir de lien avec les fermetures d'institutions.



Graphique 1 : Fermeture d'institutions de thérapie résidentielle des addictions entre 1999 et 2005

On entend souvent qu'il n'y a une diminution dans les demandes de thérapie résidentielle, ce qui pourrait laisser à penser que les patients n'optent que rarement pour ce type de traitement. Un examen plus approfondi de la situation infirme cette hypothèse : la faible demande résulte en réalité de l'attitude des bailleurs de fonds et des différences de législations à la base des systèmes de financement (*aide sociale / assurances sociales*) qui disposent chacun de leurs propres mécanismes.

La demande de thérapie résidentielle est ainsi restée stable dans les cantons où leur financement n'est pas remis en question.

3.6 À partir de 2003 : passage aux forfaits journaliers couvrant les coûts

Les enquêtes relatives aux coûts effectuées dans le cadre du projet FiDé³ ont permis de mettre en lumière le coût journalier effectif des offres de traitement résidentiel et de réadaptation.

Il a alors été question d'un renchérissement massif et soudain des thérapies résidentielles. En fait, les forfaits journaliers facturés auparavant aux bailleurs de fonds étaient des prix négociés, dus en règle générale à des financements mixtes peu transparents n'ayant quasiment rien à voir avec le coût effectif des prestations fournies. En clair, le prix facturé a longtemps été largement inférieur au coût effectif de la prestation.

3.7 Nécessité d'opter pour une approche économique globale

Ces dernières années, on a effectué des comparaisons entre les concepts de traitement résidentiel, d'une part, et les traitements ambulatoires ou semi-résidentiels, d'autre part, sur la base du coût de traitement par jour et par patient. De telles comparaisons sont très partielles et jouent forcément en défaveur de la thérapie résidentielle ; en effet, le calcul ne prend en compte ni la durée du traitement (sommes des coûts journaliers) ni le coût total effectif par jour et par personne du traitement pour les pouvoirs publics.

³ FiDé - Le système de financement des prestations pour les thérapies des addictions. KOSTE-COSTE (éditeur), Berne, 2003. Résumé : www.fisu-fide.ch

Pour procéder à une planification de l'offre et déterminer la procédure ultérieure, il faudrait réaliser une analyse exhaustive et scientifiquement fondée du système d'aide dans le domaine des addictions en optant pour une approche économique globale. Les résultats de cette analyse constitueraient une base décisionnelle et un outil de planification précieux.

4 Conclusions

L'organisation de la thérapie résidentielle des addictions obéit aux principes du fédéralisme et ce sont les cantons qui sont responsables de l'offre en matière d'addictions. C'est donc un domaine extrêmement hétérogène. Il est par conséquent difficile de tirer des conclusions générales valables pour toute la Suisse ou même seulement pour certaines régions (linguistiques), conclusions qui s'avèrent d'ailleurs peu parlantes.

Cette affirmation vaut pour tous les domaines, à l'exception de celui du développement et de l'assurance de la qualité. Avec le projet QuaThéDA (Qualité Thérapie Drogue Alcool), l'OFSP a réussi à mettre en place un système national certifiable de gestion de la qualité ; au total, 74 institutions de thérapie de l'alcoolisme et des addictions étaient certifiées QuaThéDA en septembre 2006 et presque tous les cantons dotés de institutions de thérapie résidentielle soutiennent l'approche QuaThéDA. Le domaine des thérapies résidentielles des addictions peut ainsi se targuer d'être le seul à disposer d'un système national quasiment homogène de gestion de la qualité.

L'introduction de normes professionnelles a aussi un impact sur les coûts. Les exigences en matière de rapport entre patient et personnel d'encadrement, de qualifications professionnelles et de qualité des établissements par exemple, limitent délibérément l'utilisation de modèles d'optimisation des coûts tels que le recours à des débutants ou à un personnel essentiellement bénévole.

Financièrement parlant, il existe des différences considérables en termes de flexibilité et d'innovation pour ce qui concerne, d'une part, le contenu, l'orientation et la rapidité de mise en œuvre des concepts et les modalités de financement ainsi que, d'autre part, la planification et le développement de l'offre. Dans ce domaine, ce sont les points de vue et les intérêts cantonaux qui priment, d'où l'échec de la mise en place, au niveau national de FiDé, un concept de financement homogène comprenant des principes généraux communs, même s'il est vrai que le moment était probablement mal choisi pour engager une réforme aussi radicale (c'est-à-dire avant la votation relative à la RPT⁴, et après le référendum cantonal contre le « paquet fiscal 2001 »⁵).

Certains éléments du système FiDé ont toutefois été introduits : la plupart des cantons possédant une institution ont notamment conclu des conventions de prestations et progressivement augmenté les forfaits journaliers ; d'autres éléments, par contre (notamment la saisie et la description systématiques des prestations et la fixation d'objectifs liés aux prestations, qui permettraient de déterminer des forfaits liés aux prestations et couvrant les coûts avec indemnisation en temps réel), n'ont pas été bien accueillis et n'ont convaincu que quelques cantons.

Il s'agit maintenant d'évaluer les conséquences de l'utilisation isolée de certains éléments tirés d'un système global, et tout particulièrement les éventuels effets contre-productifs de cette solution.

On peut notamment prendre l'exemple de l'augmentation précitée des forfaits journaliers et plus précisément de leurs « effets secondaires » :

Si cette augmentation a effectivement permis de compenser la diminution des subventions AI octroyées conformément à l'art. 73 LAI, les bases du système de financement restent inchangées ; la hausse a simplement été répercutée sur le bailleur de fonds concerné, qui s'est vu confronter, à prestation égale, à une augmentation notable des prix.

L'effet boomerang de ce mécanisme ne s'est pas fait attendre : les bailleurs de fonds ont essayé de ne prendre en charge qu'une partie des coûts supplémentaires en adoptant un cadre plus strict (p. ex. : raccourcissement de la garantie des coûts, intervalles plus courts pour la rédaction des rapports et donc charges administratives plus élevées, limitation globale de la prise en charge des coûts à x mois, introduction de conditions à la participation financière des personnes concernées et de leurs proches conformément aux législations sur l'aide sociale⁶), voire en demandant explicitement à la personne concernée de chercher plutôt une offre financée par la LaMal.

Les conséquences sont évidentes : les charges administratives des institutions augmentent, moins de patients peuvent opter pour la thérapie résidentielle et de réinsertion, l'accès à l'offre spécifique à disposition est limitée voire impossible et la spécialisation est devenue risquée pour les institutions.

⁴ RPT Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

⁵ Loi fédérale sur la modification d'actes concernant l'imposition du couple et de la famille, l'imposition du logement et les droits de timbre

⁶ Prise en compte de la fortune et soutien familial

Les effets sont des plus divers : il est ainsi devenu impossible d'utiliser des potentiels d'intégration, la chronicité des cas augmente, de même que le risque de voir les patients réintégrer l'institution à peine leur thérapie terminée à la suite d'un traitement plus court (pour être moins chers), les institutions diversifient leurs activités au lieu de se spécialiser, la concurrence n'est plus qualitative mais quantitative.

Ces mesures peuvent certes permettre d'imputer les coûts non plus à l'aide sociale publique mais à d'autres bailleurs de fonds comme les caisses-maladie, mais ces derniers ne tarderont pas eux aussi à chercher, et à trouver, des possibilités d'optimisation.

Dans les préparatifs de l'introduction de la RPT (qui prévoit le renforcement des compétences des cantons dans le domaine du traitement et du suivi des personnes marginalisées ou en voie de marginalisation), on remarque que les dispositions transitoires prévues se concentrent presque exclusivement sur le secteur des personnes handicapées et tiennent très peu compte des intérêts des personnes souffrant d'addiction.

Comme au milieu des années 1970, lorsque les premières institutions de thérapie résidentielle ont ouvert leurs portes, il existe aujourd'hui un risque que les institutions de thérapie des addictions ne trouvent aucun ancrage juridique. Une chose est sûre : l'AI ne les prendra pas en charge, ainsi qu'elle l'avait fait à l'époque (peut-être faute d'alternative) avec ce nouveau type d'institution. Les cantons et les communes ne peuvent, ou ne veulent, visiblement pas combler durablement l'impasse financière créée par la suppression des prestations collectives. Comme nous le décrivons ci-dessus, le résultat au niveau des sevrages et des offres orientées vers l'abstinence est déjà là.

Sans mesures visant à assurer le financement, il existe un risque majeur que la qualité de l'offre et l'égalité de traitement ne soient plus garanties à moyen terme.

5 Données

5.1 But et Questions

L'OFSP (Office fédérale de la santé publique) a donné le mandat à Infodrog d'élaborer une vue d'ensemble de la structure des coûts de la thérapie résidentielle des addictions.

Le mandat a consisté en particulier à la direction et à l'évaluation d'une enquête nationale des thérapies résidentielles des addictions afin d'obtenir une description quantitative des flux financiers et des caractéristiques des prestations offertes.

Cette enquête devrait permettre de décrire le système de financement actuel, des acteurs impliqués et en faisant une description quantitative.

5.2 Participants, plan de travail

Deux partenaires ont pris part au travail:

- Herrmann Consulting Bâle, Hannes Herrmann:
Elaboration des concepts d'évaluation, management des données, calcul et statistiques de l'évaluation des données, évaluation qualitative des données et interprétation, rédaction du rapport.
- Infodrog – Centrale nationale de coordination des addictions, Berne avec la participation de Ueli Simmel, directeur d'Infodrog, Bern:
conceptualisation de l'enquête, construction des questionnaires (version print et électronique), Détermination du groupe-cible, Réalisation de l'enquête sur les institutions de thérapie résidentielle des addictions ainsi que la saisie électronique, le contrôle des réponses et la rédaction finale du rapport

Alison Chisholm, collaboratrice scientifique :
Réalisation de l'enquête sur les institutions de thérapie résidentielle des addictions, la saisie électronique et le contrôle des réponses

Nicolas Dietrich, adjoint scientifique:
Partenariat avec la CRIAD pour la récolte des données et le contrôle des réponses respectives, contrôle de plausibilité, Finalisation de la version française du rapport

Aline Keller, collaboratrice scientifique :
Finalisation de la version française du rapport

Les étapes ont été planifiées et réalisées comme suit:

- | | |
|--|------------------------|
| • Formulation du concept, questionnaire | avril/mai 2006 |
| • Envoi du questionnaire | mai 2006 |
| • Réception et enregistrement des réponses | juillet 2006 |
| • Vérification réajustement des données | août 2006 |
| • Evaluation des données, rédaction du rapport | septembre/octobre 2006 |

5.3 Construction de l'échantillon / données de l'enquête

Toutes les institutions de thérapie résidentielle des addictions existantes au 01.01.2006 ont été prises en compte dans l'échantillon de base (N). Au total, 73=N institutions résidentielles travaillant dans le domaine des drogues illégales ont été contactées. La collecte des données s'est faite à travers un questionnaire standardisé, qui pouvait être rempli à la main ou électroniquement. Finalement, 50 réponses ont été obtenues et forment l'échantillon définitif (n).

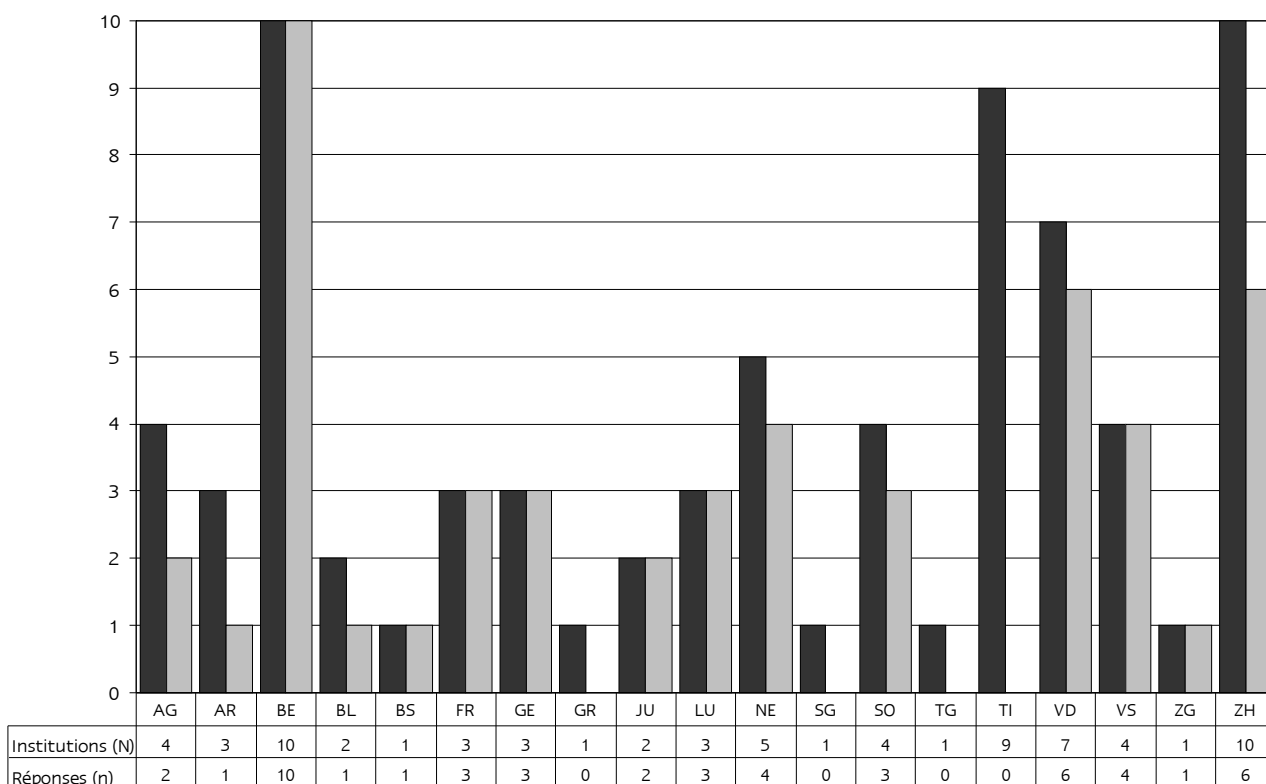
Tableau 1 : Statistiques de l'enquête

Institutions contactées et Réponses obtenues

Institutions contactées (N)	73
Réponses obtenues (n)	50
Part de réponses obtenues (n/N)	63%

En Suisse alémanique, les institutions ont répondu de manière individuelle au questionnaire alors que les données de Suisse romande ont été saisies, rendues anonymes et mises à notre disposition par la CRIAD⁷.

Les institutions mixtes ainsi que les institutions de sevrage et offres transitoires n'ont pas été pris en compte dans cette enquête, de même que les institutions de traitement ambulatoire, les appartements protégés et les placements familiaux, étant donné que les bases légales de financement et les structures tarifaires de ces derniers sont fondamentalement différentes de celles des institutions de thérapie exclusivement résidentiel, ce qui rend les comparaisons très difficiles.



Graphique 2 : Statistiques de l'enquête

Nombre d' institutions contactées et nombre de réponses obtenues par canton

5.4 Saisie des données, contrôle de plausibilité et recodage

Les données des questionnaires ayant été retournés ont été saisies électroniquement avec le programme de calcul Excel 2003 de Microsoft. Avant le traitement statistique, un contrôle de plausibilité et de consistance a été effectué. Les critères de contrôle sont décrits ci-dessous. Ils sont basés d'une part sur les valeurs empiriques issues de la thérapie résidentielle des addictions et d'autre part sur une vérification de la validité en lien avec les valeurs micro-économiques générales.

Critères concernant les données financières des institutions:

- Les recettes provenant des clients devraient être plus importantes que les recettes provenant des institutions
- L'excédent des recettes ne devrait pas dépasser 10% des dépenses des institutions à but non lucratif

⁷ CRIAD : Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des ADdictions

- Pour les institutions offrant de nombreuses prestations, au moins 60 % des charges devrait être attribué aux frais de personnel et pas plus du 40 % aux frais matériels / d'exploitation
- La part des frais administratifs ne devrait pas dépasser 25%
- Les frais de personnel devraient se baser sur un salaire moyen de Fr. 110'000 pour un temps plein
- La part pour le personnel d'encadrement devrait être supérieur à la part du personnel administratif
- La part du personnel administratif ne devrait pas dépasser 50%
- Le pourcentage de travail moyen du personnel devrait se situer entre 40% et 100%
- Par place de thérapie devrait correspondre au maximum un plein temps (taux d'encadrement < 1:1)

Une partie des données inconsistantes ou non plausibles a pu être corrigée ou au moins éclaircie par un contact téléphonique avec les institutions concernées. Une autre partie des données a pu être conservée parce qu'elles ont été jugées „acceptables“, c'est-à-dire encore à l'intérieur des limites tolérées. Quelques réponses inconsistantes ou non plausibles n'étaient pas valables et ont été interprétées durant l'analyse statistique comme des valeurs manquantes, c'est-à-dire dans la catégorie « nul » ou « pas de réponse ». Les réponses des institutions analysées statistiquement ont été examinées, elles sont consistantes et plausibles. Pour le traitement statistique, les données sont anonymes et le programme statistique SPSS Base a été importé. A cet étape du travail, les calculs (enregistrements) suivants ont été menés :

- Lorsque tous les éléments d'une somme ne sont pas donnés, le total est enregistré mais sans que les éléments de cette somme apparaissent, la valeur est noté comme „nulle“.
- Les sommes des recettes et dépenses totalisées de manière incorrecte par certaines institutions ont été corrigées et à chaque fois remplacées par la bonne réponse.
- Les sommes calculées de manière incorrecte et les virgules mal placées ont été en principe corrigées dans toutes les variables.

5.5 Analyse des données

Le management des données et l'analyse statistique ont été réalisés avec le programme statistique SPSS Base.

Les résultats ont ensuite été exportés sous forme de tableaux et graphiques dans le programme de traitement de texte Word 2003 de Microsoft.

Le décompte des valeurs séparées (l'analyse des fréquences), le calcul de la valeur moyenne (Moyenne arithmétique et médiane) ainsi que les analyses spécifiques comme les tableau en croix ou les analyse de cluster, ont été réalisés au moyen des statistiques descriptives du programme SPSS Base.

5.6 Limites

Etant donné que les données des institutions de Suisse romande ont été récoltées indirectement et d'une manière anonyme via la CRIAD, certains aspects du traitement de cette enquête ont été compliqués ; ainsi, les demandes de précision aux institutions de Suisse romande pour le réajustement des données n'étaient pas possibles ou seulement dans des conditions difficiles (communication indirecte), de même pour les questions concernant le détail des chiffres ou savoir s'il s'agissait d'un centre de traitement Drogue ou Alcool, ce dernier point présentant un intérêt central dans la présente étude.

En effet, si ces deux types d'institutions sont bien soumis aux mêmes règles de financement en Suisse romande, ils n'ont pas du tout la même structure tarifaire ; la répartition des subventions des bailleurs de fonds⁸ est aussi totalement différente. C'est un aspect qu'il ne faut pas oublier lors de l'évaluation des résultats, ceux-ci devant être interprétés avec prudence.

Les variables des données des institutions montrent le plus souvent une distribution biaisée, résultant de la forte hétérogénéité des institutions particulières. L'interprétation des valeurs moyennes est alors

⁸ Fonction de la taille du centre, de l'âge et de l'origine des patients, de la durée du séjour, des objectifs de réintégration, de la proportion plus élevée de bénéficiaires de prestations AI dans les institutions de traitement de l'alcoolisme, du rapport patients-personnel d'encadrement, etc.

délicate. Plus l'unité analysée est grande et hétérogène et plus la distribution est biaisée, moins la valeur moyenne des variables correspondantes sera une copie adaptée de la situation effective d'une institution spécifique particulière. Cela doit être gardé en mémoire pendant la lecture des résultats. C'est pour cette raison qu'apparaît dans le document [la moyenne arithmétique](#) (ou la moyenne) mais aussi la médiane (ou valeur centrale). La [médiane](#) indique la limite entre deux moitiés. Dans les [Statistiques](#), la médiane divise l'échantillon en deux moitiés ou généralement une distribution de probabilité. Par rapport à la moyenne arithmétique, la médiane a d'ordinaire l'avantage d'être plus robuste face aux valeurs extrêmes et de s'appliquer aux échelles ordinales.

Pour certaines données, les valeurs moyennes de toutes les institutions considérées (n=50) ont été extra-polées sur le nombre total des institutions (N=73). Ceci uniquement lorsqu'il existe, sur la base d'une distribution de la loi normale, aussi une validité des valeurs moyennes. Afin de ne pas créer de fausses vérités, ces résultats estimés sont entachés d'une marge d'erreur de plus/moins 5%⁹.

⁹ Si l'estimation du nombre de places est par exemple de 1294, le résultat dans ce rapport à considérer se trouve entre 1230 et 1360 places.

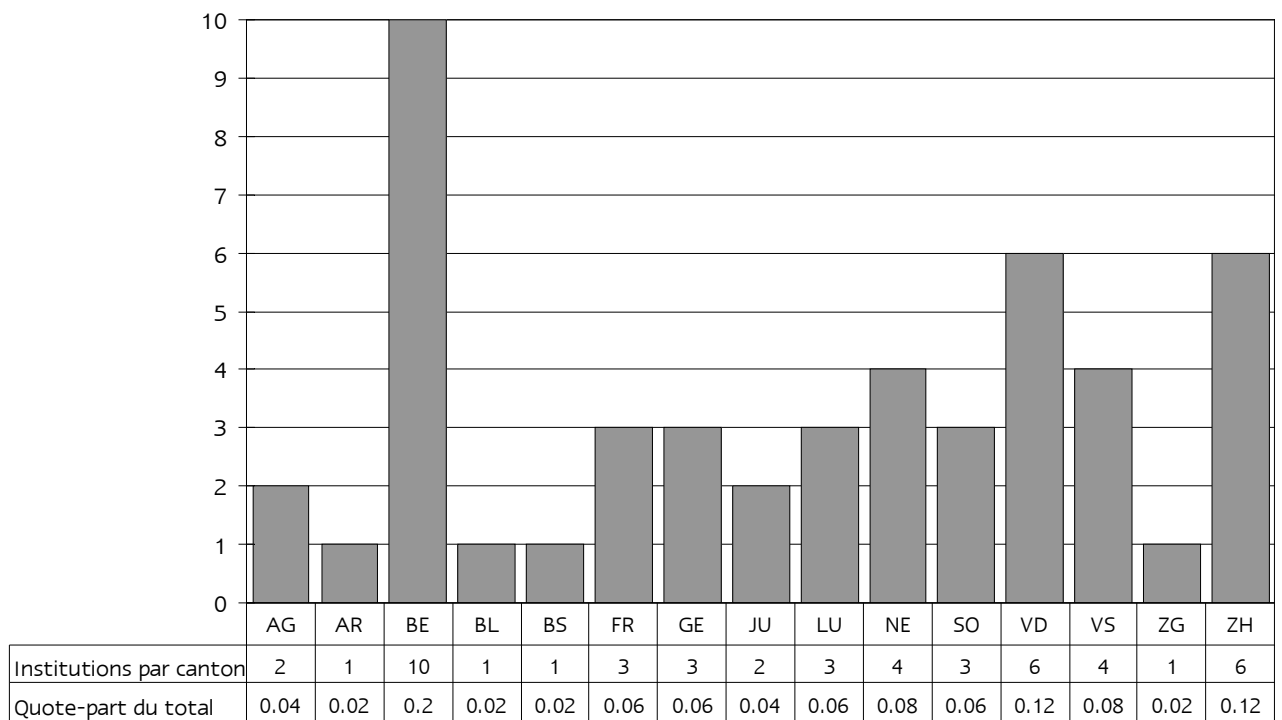
6 Les institutions de thérapie résidentielle des addictions (fournisseurs de prestations)

6.1 Introduction

Ce chapitre présente la structure des institutions de traitement résidentiel intervenant en tant que fournisseurs de prestations pour les années 2004 et 2005. 50 institutions de thérapie et de réadaptation résidentielles ont participé à l'enquête. 28 se trouvent en Suisse alémanique, 22 en Suisse romande.

6.2 Répartition des institutions entre les différents cantons

Les 50 institutions concernées par cette enquête sont réparties de manière très hétérogène entre les différents cantons. Certains cantons ne possèdent aucune institution (AI, NW, OW, SZ, UR, par ex.), alors que d'autres en comptent beaucoup plus que la moyenne. Ainsi, en 2004 et 2005, les deux tiers des institutions étaient situées dans les seuls cantons de BE, NE, VD, VS et ZH tandis que plusieurs cantons se partagent parfois une même institution. Bien que les cantons de GR, SG, TG, et TI réunissent 12 institutions de thérapie résidentielle des addictions, aucune n'a pris part à l'enquête.



Graphique 3 : Institutions de thérapie résidentielle des addictions en 2004 et 2005

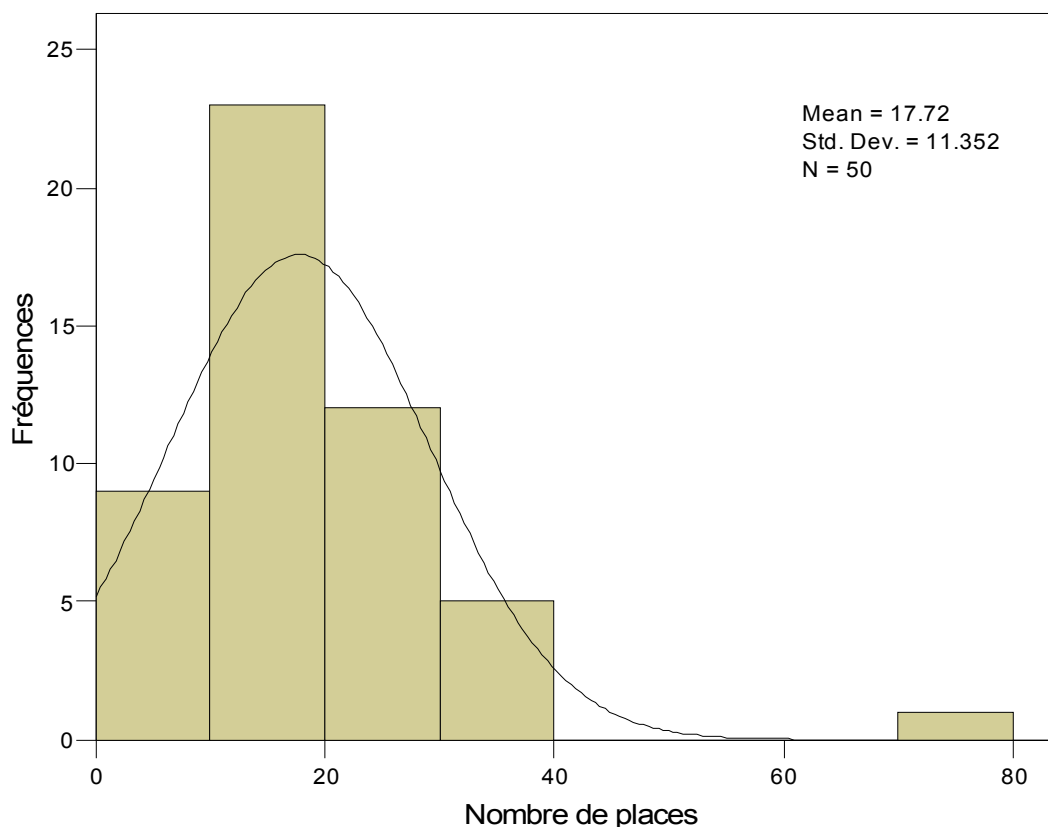
Nombre d'institutions par canton et parts du total

6.3 Nombre de lits

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions offraient en 2005 et pour toute la Suisse un nombre estimé¹⁰ entre 1'230 et 1'360 de lits avec un service 24H/24H.

Les 50 institutions considérées disposaient d'environ 885 lits en 2004 et en 2005, ce qui représente en moyenne 18 lits par institution. Ce chiffre est resté stable entre 2004 et 2005. On observe toutefois une grande hétérogénéité au niveau du nombre de lits proposés dans chaque institution. La moitié des institutions disposaient de moins de 14 lits. La plus petite institution disposait de trois lits, la plus grande en comptait 74. Le nombre de lits par institution se situait le plus souvent entre 15 et 20.

¹⁰ Afin de ne pas induire de fausses exactitudes, une estimation de plus/minus 5% autour de la valeur moyenne estimée sera donnée.



Graphique 4 : Nombre de lits des institutions de thérapie résidentielle en 2004 et 2005

Nombre de lits par institution et fréquence

En 2004 et en 2005, un bon tiers des lits se concentraient dans les seuls cantons de BE et de VD et plus de la moitié d'entre eux se trouvait dans les cantons de VD, BE, NE et ZH en 2005.

6.4 Offre d'emploi et taux d'activité

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions proposaient en 2005 et pour toute la Suisse un nombre estimé entre 800 et 885 EPT (Equivalents plein temps). Ce qui signifiait entre 1'260 et 1'395 collaborateurs/trices, avec comme moyenne un temps partiel de 70%.

Les postes de travail étaient distribués dans les cantons de la même manière que la distribution des institutions dans toute la Suisse.

En 2005, chaque institution employait en moyenne 18 personnes (min.= 6 ; max.= 97) ; la moitié des institutions en employait moins de 14 (médiane).

En moyenne, les 18 personnes précitées se partageaient 12 postes à temps plein (min.= 4 / max.= 51).

Dans le milieu de thérapie résidentielle des addictions aux drogues illégales, une nette majorité du personnel est employée à temps partiel, la moyenne 2005 se situait à 67 % (min.= 35 % / max.= 105 %). Le taux d'activité le plus fréquent se situe entre 70 % et 80 %.

Tableau 2 : Nombre d'EPT (Equivalent plein temps), nombre de collaborateurs et taux d'activité 2004 et 2005

Moyennes, médianes et totaux (N=50)

	Moyennes		Médianes		Total	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Equivalent plein temps	12	12	10	9	596	578
Nbre de collaborateurs	18	18	14	14	901	909
Taux d'activité	71 %	67 %	73 %	68 %		

Le nombre de temps pleins a légèrement baissé entre 2004 et 2005 (- 3 %) (ce qui représente une différence d'en moyenne un demi pour-cent de poste). Parallèlement, le nombre d'employés a connu une légère augmentation, à savoir de 1 %. Cette évolution se reflète logiquement dans le taux d'activité moyen, qui est passé de 71 % en 2004 à 67 % en 2005.

Toutes institutions confondues, les emplois à temps complet concernent, à hauteur de 75 % environ, les tâches d'encadrement et, à hauteur de 25 %, les tâches administratives. Cette répartition est restée stable entre 2004 et 2005. La proportion de collaborateurs se consacrant exclusivement à l'encadrement varie toutefois entre 50 % et 95 % selon l'institution concernée.

6.5 Rapport patients-personnel d'encadrement

Sur la base du nombre de lits proposés et du taux d'encadrement, il est possible de déduire le rapport théorique patients-personnel d'encadrement¹¹. Ainsi, un collaborateur encadre en moyenne deux patients (rapport = 1 : 2), le rapport minimal étant 1 : 1 et le rapport maximal 1 : 5.

¹¹

7 Les recettes des institutions

7.1 Introduction

La pluralité des sources de financement rend le système opaque et constitue un obstacle à l'évaluation quantitative et qualitative des flux financiers. Pour être exhaustif, il faudrait demander aux offices fédéraux et aux administrations concernées de tous les cantons mais aussi aux centaines de communes et aux dizaines d'assurances d'indiquer les montants des subventions et prestations versées au traitement résidentiel des addictions. Le montant des contributions privées est par ailleurs quasiment impossible à évaluer. Il est donc pour ainsi dire impossible de déterminer la provenance des fonds de manière exhaustive ; le coût de ce travail serait de toute façon disproportionné par rapport aux résultats attendus.

Face à cette multiplicité de bailleurs de fonds se trouve un nombre moins important d'institutions de thérapie résidentielle qui doivent chaque année présenter leurs résultats comptables et sur les données desquels se fonde la présente enquête.

Dans les chapitres suivants, les différents flux financiers seront présentés en fonction de leur origine, pour les années 2004 et 2005.

7.2 Recettes totales et vue d'ensemble des bailleurs de fonds

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions ont réalisé, en tant que secteur de prestation, en 2005 et pour toute la Suisse des recettes totales estimées entre 132 et 146 millions de francs.

Les recettes totales des 50 institutions de l'enquête était d'environ 95 millions de francs en 2004 et 2005.

Tableau 3 : Recettes issues des contributions 2004 et 2005 de tous les bailleurs de fonds (en CHF)
Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Particuliers (franchise patient, famille)	120 313	185 127	0 ¹²	0	5 895 321	9 071 202	6 %	10 %
Communes (assistance sociale, subventions)	577 869	560 761	456 997	504 100	28 315 583	27 477 275	30 %	29 %
Cantons (subventions, couverture des déficits)	951 764	918 272	812 928	789 000	46 636 442	44 995 328	50 %	48 %
Caisses-maladie	15 736	16 519	0	0	771 084	809 424	1 %	1 %
Contributions AI (OFAS)	88 256	78 124	0	0	4 412 821	3 906 205	5 %	4 %
Contributions fédérales (OFSP, OFJ)	1 045	45	0	0	52 265	2 265	0 %	0 %
Organes responsables (prestations, produits)	156 046	151 699	92 804	84 150	7 802 281	7 584 926	8 %	8 %
Total des recettes	1 901 917	1 900 890	1 742 169	1 681 773	95 095 838	95 044 492	100 %	100 %

En 2005, le financement des institutions était principalement cantonal¹³ (48 %) et communal (assistance sociale : 29 %). Le reste des recettes provenait des prestations propres des institutions et de leurs organes responsables¹⁴ (8 %) et de particuliers¹⁵ (10 %). La Confédération a participé à hauteur de 4 % par le biais de l'assurance-invalidité, dont les prestations relèvent de la compétence de l'OFAS. Les

¹² La médiane égale à zéro signifie que la moitié de toutes les institutions ne percevaient aucun montant du bailleur de fonds en question. On constate en effet que la distribution par institution des recettes liées aux patients est fortement biaisée. Une évaluation plus détaillée (évaluation des quartiles) montre qu'en 2005, moins de 25 % de tous les institutions percevaient des contributions des assureurs-maladie, de cantons autres que le canton du domicile de l'institution et de contributions de particuliers des autres cantons que le canton de l'institution.

¹³ Couvertures des déficits, différents types de subventions forfaitaires ou liées aux prestations, uniques ou récurrentes.

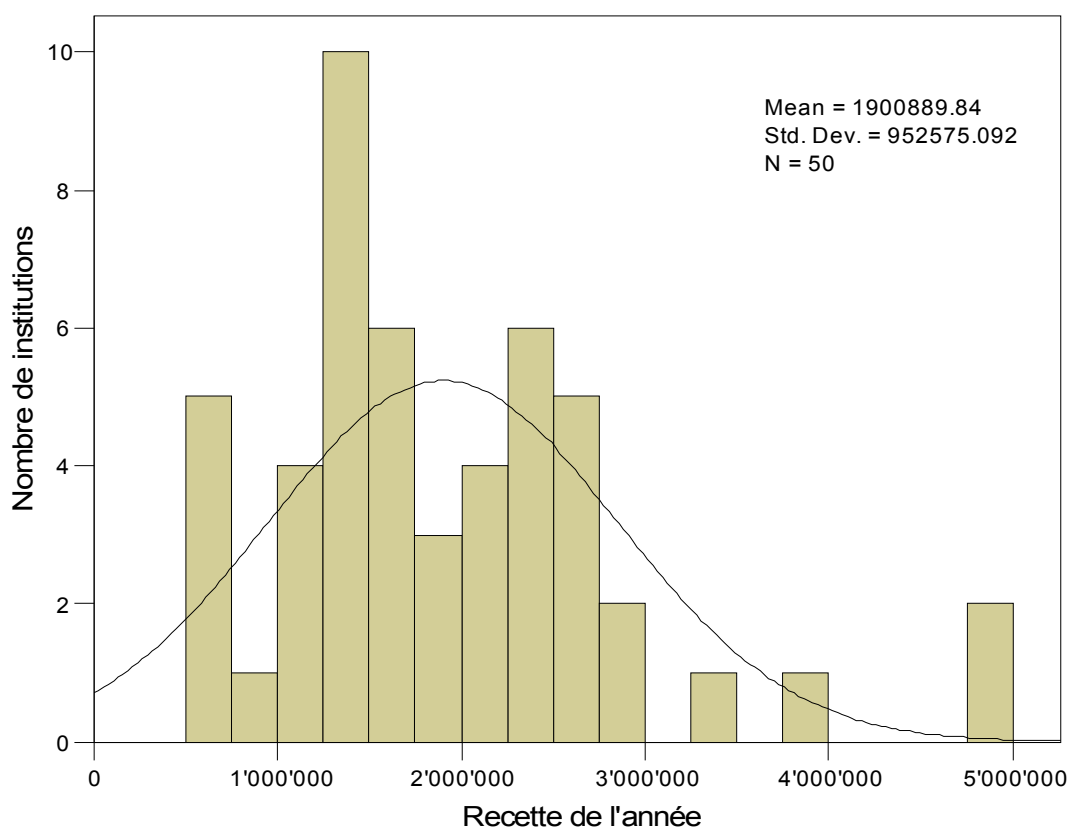
¹⁴ Fonds privés de personnes morales ou physiques tels dons, parrainages, legs, cotisations, etc., mais aussi fonds propres, parfois conséquents, issus de la vente de biens et de services et/ou de la dissolution de réserves correspondantes.

¹⁵ Contributions des patients et de leurs proches

contributions des caisses-maladie (1 %) et les autres contributions fédérales¹⁶ (< 0,5 %) ne représentent qu'une part très faible des recettes.

Distribution biaisée des recettes

Si l'on répartit les institutions par recettes, on obtient, comme lors de la répartition des revenus d'une population donnée, des conclusions tout à fait différentes de celles obtenues en observant les seules moyennes. Le graphique ci-dessous montre la distribution légèrement biaisée à gauche des institutions en fonction de leurs recettes annuelles 2005. En 2005, les recettes totales de la majeure partie des centres (10) se situaient entre 1,25 et 1,5 million de francs. La moitié des 50 institutions interrogées disposaient de moins de 1,7 million de francs (médiane). Le graphique montre bien comment les deux institutions disposant de presque 5 millions de francs remontent la moyenne.



Graphique 5 : Recettes totales des institutions de thérapie résidentielle des addictions en 2005
Nombre d'institutions par classe de recettes et courbe de distribution normale

Les recettes liées aux patients et les recettes liées aux institutions

Les contributions des bailleurs de fonds peuvent également être répartis en fonction du destinataire (institution ou patient). Les montants liés aux patients dépendent directement du nombre de patients et de leur durée de séjour, c'est-à-dire du nombre total de jours de traitement « facturables ». Les

¹⁶ Aides au démarrage de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ou contributions de l'Office fédéral de la justice (OFJ)

contributions liées aux institutions sont complètement indépendantes du nombre de patients, il s'agit de subventions forfaitaires ou liées aux prestations, qui prennent la forme de contributions d'investissement ou d'exploitation.

Le rapport moyen entre les recettes liées aux patients et les recettes liées aux institutions était de deux tiers / un tiers pendant la période sous revue.

Tableau 4 : Recettes liées aux patients et aux institutions (en CHF) en 2004 et 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Recettes liées aux patients	1 224 205	1 279 952	1 077 888	1 039 755	61 210 234	63 997 612	64 %	67 %
Recettes liées aux institutions	677 712	620 938	442 841	427 699	33 885 603	31 046 880	36 %	33 %
Total des recettes	1 901 917	1 900 890	1 742 169	1 681 773	95 095 838	95 044 492	100 %	100 %

Les recettes liées aux patients versées par différents bailleurs de fonds représentent en moyenne 67 % des recettes totales des institutions en 2005. En 2005, les contributions cantonales liées aux patients étaient destinées aux patients sous le coup d'une mesure pénale à hauteur de 18 % et aux patients en traitement spontané à hauteur de 23 %.

83 % d'entre elles provenaient pour moitié des communes (principalement de l'aide sociale) et des cantons. Les 17 % restants provenaient de fonds privés (principalement des patients et de leurs proches) et des caisses-maladie.

Tableau 5 : Recettes liées aux patients (en CHF) en 2004 et 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Particuliers du canton de domicile de l'institution	103 178	129 351	0	0	5 055 716	6 338 209	8 %	10 %
Autres particuliers	17 135	55 775	0	0	839 605	2 732 993	1 %	4 %
Communes du canton de domicile de l'institution	275 709	263 733	234 866	147 170	13 509 723	12 922 940	22 %	20 %
Communes des autres cantons	289 106	284 340	143 500	103 136	14 166 194	13 932 660	23 %	22 %
Mesures du canton de domicile de l'institution	122 959	143 403	22 160	29 970	6 025 015	7 026 730	10 %	11 %
Mesures des autres cantons	84 137	87 207	0	0	4 122 697	4 273 145	7 %	7 %
Contributions du canton de domicile de l'institution	238 125	221 293	0	0	11 668 144	10 843 339	19 %	17 %
Contributions des cantons tiers	78 408	80 006	0	0	3 842 014	3 920 305	6 %	6 %
Assurances-maladie	15 736	16 519	0	0	771 084	809 424	1 %	1 %
Total des recettes	1 224 205	1 279 952	1 077 888	1 039 755	61 210 234	63 997 612	100 %	100 %

La part moyenne des **recettes liées aux institutions** dans les recettes totales des institutions était de 33 % en 2005.

Cette même année, les recettes liées aux institutions se composaient principalement des couvertures des déficits¹⁷ assumées par les cantons accueillant les institutions (35 %), des subventions liées aux prestations de ces mêmes cantons (22 %) et des prestations AI de l'OFAS (13 %).

Viennent s'ajouter à ces montants les prestations propres des institutions et de leurs organes responsables (22 %), qui correspondent plus ou moins aux contributions d'exploitation liées aux prestations que versent les cantons des institutions (22 %).

Les autres recettes liées aux institutions ne représentaient au total que 7 % en 2005.

¹⁷ Le montant 2005 devrait être moins élevé que celui de 2004 du fait que la couverture des déficits 2005 n'apparaîtra, pour la plupart des centres, que dans les comptes 2006. Il en va de même pour les couvertures des déficits des communes et des autres cantons que ceux des institutions ainsi que pour les contributions AI de l'OFAS, qui sont généralement versées plus tard avec effet rétroactif.

Tableau 6 : Recettes liées aux institutions (en CHF) en 2004 et 2005*Moyennes, médianes, totaux et parts du total*

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts du total	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Contribution d'exploitation forfaitaire du canton de domicile de l'institution	5 600	17 235	0	0	280 000	861 760	1%	3%
Contribution d'exploitation liée aux prestations du canton de domicile de l'institution	138 430	134 131	0	0	6 921 491	6 706 557	20 %	22 %
Contribution à la construction du canton de domicile de l'institution	2 000	807	0	0	100 000	40 329	0,3%	0,1%
Couverture des déficits du canton de domicile de l'institution	260 917	215 086	0	0	13 045 872	10 754 282	38 %	35 %
Contribution d'exploitation liée aux prestations d'un canton tiers	12 624	11 378	0	0	631 208	568 881	2 %	2 %
Contribution d'exploitation forfaitaire communale	300	280	0	0	15 000	14 000	0,0%	0,0%
Contribution d'exploitation communale liée aux prestations	2 360	2 360	0	0	118 000	118 000	0,3%	0,4%
Couverture des déficits par la commune	10 133	9 794	0	0	506 665	489 675	1 %	2 %
Confédération (OFAS/AI)	88 256	78 124	0	0	4 412 821	3 906 205	13 %	13 %
Confédération (OFSP, OFJ, divers)	1 045	45	0	0	52 265	2 265	0,2 %	0,0 %
Prestations propres organes responsables	156 046	151 699	92 804	84 150	7 802 281	7 584 926	23 %	24 %
Total des recettes liées aux institutions	677 712	620 938	442 841	427 699	33 885 603	31 046 880	100%	100%

7.3 Recettes : contributions cantonales

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions ont obtenu en 2005 et pour toute la Suisse un montant estimé entre 64 et 70 millions de francs de contributions cantonales.

En 2005, les contributions des cantons représentaient en moyenne 48 % des recettes totales des institutions. La part versée par le canton du centre¹⁸ représente 81 %. Les contributions des autres cantons représentent 19 % des contributions cantonales.

Parmi les contributions cantonales, presque 60 % étaient liées aux patients en 2005. Les patients en thérapie volontaire représentaient 47 %, les patients traités suite à une mesure pénale 37 %.

Au cours de cette même année, la majeure partie des contributions cantonales, soit les deux tiers, a été versée sous la forme de contributions liées aux institutions (subventions et couverture des déficits).

Environ 40 % des contributions cantonales liées aux institutions étaient liées aux prestations en 2005. Il s'agissait principalement de forfaits versés sous la forme de contributions d'exploitation ou de couvertures des déficits (60 %).

¹⁸ Parmi les contributions cantonales, on distingue généralement les contributions du canton de domicile de l'institution et celles des cantons tiers. Les premières sont versées pour les patients domiciliés dans le même canton que l'institution alors que les contributions des autres cantons sont destinées aux patients domiciliés dans ces autres cantons.

Tableau 7: Contributions cantonales (en CHF) en 2004 et 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Contributions liées aux patients en traitement volontaire / canton de domicile de l'institution	238 125	221 293	0	0	11 668 144	10 843 339	25%	24%
Contributions liées aux patients avec mesure pénale/ canton de domicile de l'institution	122 959	143 403	22 160	29'970	6 025 015	7 026 730	13%	16%
Contributions d'exploitation forfaitaires / canton de domicile de l'institution	5 600	17 235	0	0	280 000	861 760	1 %	2 %
Contributions d'exploitation liées aux prestations / canton de domicile de l'institution	138 430	134 131	0	0	6 921 491	6 706 557	15%	15%
Contributions à la construction / canton de domicile de l'institution	2 000	807	0	0	100 000	40 329	0.2%	0.1%
Couverture des déficits / canton de domicile de l'institution	260 917	215 086	0	0	13 045 872	10 754 282	28%	24%
Total des contributions du canton de l'institution	768 032	731 954			38 040 523	36 232 997	82%	81%
Contributions liées aux patients en traitement volontaire/ cantons tiers	78 408	80 006	0	0	3 842 014	3 920 305	8%	9%
Contributions liées aux patients avec mesure pénale / cantons tiers	84 137	87 207	0	0	4 122 697	4 273 145	9%	9%
Contributions d'exploitation liées aux prestations / cantons tiers	12 624	11 378	0	0	631 208	568 881	1%	1%
Total des contributions des cantons tiers	175 169	178 591			8 595 919	8 762 331	18 %	19 %
Total des contributions cantonales	951 764	918 272	812 928	789 000	46 636 442	44 995 328	100 %	100 %

7.4 Recettes : contributions communales

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions ont obtenu en 2005 et pour toute la Suisse un montant estimé entre 39 et 43 millions de francs de contributions communales.

En 2005, les contributions communales représentaient en moyenne 29 % des recettes des institutions. Elles étaient versées à hauteur de 49 % par des communes du canton du centre, les contributions des communes des autres cantons représentant 51 %.

Parmi ces contributions, on distingue les contributions liées aux patients (98 %) et les contributions liées aux institutions (2 %), ces dernières étant négligeables comme le montre le tableau.

Tableau 8 : Contributions communales (en CHF) en 2004 et en 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Contributions liées aux patients / communes d'un canton tiers	289 106	284 340	143 500	103 136	14' 66 194	13 932 660	50%	51%
Contributions liées aux patients / communes du canton de domicile de l'institution	275 709	263 733	234 866	147 170	13 509 723	12 922 940	48 %	47 %
Contributions d'exploitation forfaitaires / communes du canton de domicile de l'institution	300	280	0	0	15 000	14 000	0.1%	0.1%
Contributions d'exploitation liées aux prestations / communes du canton de domicile de l'institution	2 360	2 360	0	0	118 000	118 000	0.4%	0.4%
Couvertures des déficits / communes du canton de domicile de l'institution	10 133	9 794	0	0	506 665	489 675	2%	2%
Total des contributions communales	577 869	560 761	456 997	504 100	28 315 583	27 477 275	100 %	100 %

En 2005, quasiment toutes les contributions communales liées aux patients ont été versées sous la forme de contributions individuelles à des patients en traitement volontaire, dans la tradition de l'aide sociale classique (assistance sociale). Concernant les mesures thérapeutiques avec financement cantonal dans le cadre de l'exécution des peines, les communes financent partiellement les coûts annexes par le biais de l'aide sociale, un financement qui, proportionnellement à la somme totale des contributions versées, est négligeable.

7.5 Recettes : contributions privées, caisses-maladie incluses

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions ont obtenu en 2005 et pour toute la Suisse un montant estimé entre 25 et 27 millions de francs de contributions privées (caisses-maladie incluses).

Les fonds provenant du secteur privé (assureurs-maladie et l'institution elle-même compris) représentaient en 2005 en moyenne 17 % des recettes totales des institutions.

La moitié des fonds du secteur privé provenait pour moitié des patients eux-mêmes (participation financière)¹⁹ et de leurs proches (soutien familial). A cela s'ajoutent les prestations des caisses-maladie²⁰ (5 %).

Tableau 9 : Contributions de particuliers, des caisses-maladie et des organes responsables (en CHF) en 2004 et en 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Contributions des patients et de leurs proches / canton de domicile de l'institution	103 178	129 351	0	0	5 055 716	6 338 209	35%	36%
Contributions des patients et de leurs proches / cantons tiers	17 135	55 775	0	0	839 605	2 732 993	6%	16%
Contributions assureurs-maladie	15 736	16 519	0	0	771 084	809 424	5%	5%
Prestations propres de l'institution	156 046	151 699	92 804	84 150	7 802 281	7 584 926	54 %	43 %
Total des contributions privées	292 095	353 344			14 468 686	17 465 552	100 %	100 %

¹⁹ Le service communal de l'aide sociale peut exiger le remboursement des montants versés.

²⁰ Dans le domaine du traitement des addictions, le décompte entre les centres, d'une part, et les caisses-maladie et les services de l'aide sociale, d'autre part, est souvent effectué directement. Une partie des recettes liées aux patients pourrait donc avoir été comptabilisée à la rubrique Contributions des communes.

Une autre grande partie des recettes provenant des privés étaient en 2005 les propres prestations de l'institution (43%). Celles-ci se répartissent en 2005 entre la vente de produits ou de services (47%) , de dons (16%), de dissolution de réserve ou de réalisation de provision (10%). et 25% ne peuvent pas être exactement identifiés puisqu'il figurent sous „recettes diverses“.

7.6 Forfaits journaliers

Lorsqu'une institution envoie une facture individuelle aux services communaux de l'aide sociale et aux services cantonaux chargés de l'exécution des peines, il reçoit le plus souvent un forfait par jour de traitement appelé forfait journalier.

Les institutions facturent aux différents bailleurs de fonds une indemnité unique pour tous leurs patients quel que soit leur domicile (taxes unitaires) ou optent pour des forfaits journaliers différenciés. Dans ce cas, la distinction s'opère au niveau de l'origine du patient (canton du domicile de l'institution ou canton tiers) et/ou du type de séjour (traitement spontané ou mesure pénale)

Les tarifs journaliers varient fortement d'une institution à l'autre en fonction de l'offre spécifique proposée (type d'encadrement, rapport patients-personnel d'encadrement, type de patients, etc.). En 2005, les taxes unitaires s'élevaient en moyenne à 300 francs par jour, la fourchette allant de 168 francs à 434 francs. La moitié des institutions demandaient plus de 325 francs par jour (médiane).

Tableau 10: Tarifs journaliers des institutions (en CHF) en 2004 et en 2005

Moyennes, médianes, minima et maxima

	Moyennes		Médianes		Minima		Maxima	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Forfait journalier taxe unitaire forfaitaire	298	299	330	325	164	168	362	434
Forfait journalier clients en thérapie volontaire / canton du centre	201	201	220	220	35	35	340	340
Forfait journalier clients en thérapie volontaire / autres cantons	282	301	308	330	160	168	350	554
Forfait journalier clients avec mesure pénale / canton de domicile de l'institution	230	218	255	224	35	35	340	340
Forfait journalier clients avec mesure pénale / autres cantons	283	294	308	330	160	168	350	391

Les forfaits journaliers des patients sous le coup d'une mesure pénale sont, du fait de la pluralité des bailleurs de fonds, supérieurs d'environ 35 % à celles des clients en thérapie volontaire.

Il n'existe en principe aucune différence dans la thérapie des patient-e-s volontaires ou au bénéfice d'une mesure pénale. Ils reçoivent par conséquent des prestations de même qualité.

Quant au forfait journalier minimal de 35 francs pour les patients du canton du domicile de l'institution, il s'explique par les conventions spéciales conclues entre institutions et cantons.

8 Dépenses des institutions

8.1 Dépenses totales et vue d'ensemble des centres de coûts

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions ont enregistré au total des dépenses estimées entre 131 et 145 millions de francs.

En 2005, les institutions ont utilisé presque tous les fonds à disposition pour payer les charges liées au personnel (66 %) ainsi que les charges de fonctionnement et d'exploitation (32 %). En comparaison, les charges liées aux investissements et aux intérêts (1 %) et à la constitution de réserves (< 1 %) sont négligeables.

En valeurs absolues, les recettes totales des institutions ont augmenté en moyenne d'environ 1 % entre 2004 et 2005.

Tableau 11 : Dépenses par centre de coûts (en CHF) en 2004 et en 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Charges liées au personnel	1 250 884	1 255 656	1 130 157	1 138 805	62 544 203	62 782 796	65%	66%
Charges de fonctionnement et d'exploitation	625 919	602 586	499 099	489 266	31 295 970	30 129 315	33 %	32 %
Investissements et intérêts	19 212	24 931	0	0	960 601	1 246 525	1 %	1 %
Constitution de réserves	17 495	9 193	0	0	874 759	459 649	1 %	0.5 %
Total des dépenses	1 913 511	1 892 366	1 794 575	1 677 819	95 675 533	94 618 285	100 %	100%

8.2 Dépenses par place de thérapie

Si l'on répartit les dépenses totales moyennes par centre en 2005, soit 1,9 million de francs, en fonction du nombre de places de traitement, on obtient un montant théorique d'environ 100 000 francs par lit et par année. Tous les lits n'étant pas occupés en permanence dans la plupart des institutions, les dépenses effectives par patient sont probablement plus élevées. Comme norme on se base habituellement sur un taux d'occupation entre 80%-90%.

8.3 Charges liés au personnel

Les thérapies résidentielles des addictions ont payé pour leurs collaborateurs/trices, en 2005 et pour toute la Suisse, un montant total de salaires bruts estimé entre 90 et 100 millions de francs.

En 2005, les charges liées au personnel des thérapies résidentielles des addictions se composaient des charges liées au personnel d'encadrement (78 %) et des charges liées au personnel administratif (22 %).

Tableau 12 : Charges liées au personnel par centre de coûts (en CHF) en 2004 et en 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux ²¹		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Personnel d'encadrement	1 037 125	1 041 416	827 560	871 451			78 %	78 %
Personnel administratif	286 326	294 993	255 674	303 647			22 %	22 %
Total des charges liées au personnel	1 250 884	1 255 656	1 130 157	1 138 805	62 544 203	62 782 796	100 %	100%

²¹ Aucun chiffre n'est indiqué à la rubrique Totaux de toutes les institutions, car ces données n'ont pas été fournies par tous les centres, contrairement aux charges liées au personnel.

Dans les 50 institutions considérées, presque 63 mio de francs ont servi à couvrir les frais de personnel dans les institutions de thérapie résidentielle suisses en 2005. Ce qui correspond à un montant total de salaire (brut) de 53 mio qui a été distribué aux collaborateurs/-trices (ont été déduits 15% pour les assurances et autres déductions).

8.4. Charges de fonctionnement et d'exploitation

En 2005, on distinguait parmi les charges de fonctionnement et d'exploitation les charges administratives (11 %) et les charges liées aux locaux (35 %). La majeure partie des charges d'exploitation ne pouvait pas être attribuée à l'une ou l'autre des catégories précitées et a donc été comptabilisée à la rubrique Charges diverses (54 %).

Tableau 13 : Charges de fonctionnement et d'exploitation par centre de frais (en CHF) en 2004 et en 2005

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

	Moyennes		Médianes		Totaux ²²		Parts	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Charges administratives	68 062	63 996	55 712	51 469			11 %	11 %
Charges liées aux locaux	209 564	209 815	183 011	190 455			34 %	35 %
Charges diverses	342 570	322 364	270 448	259 161			55 %	54 %
Total des charges de fonctionnement et d'exploitation	625 919	602 586	499 099	489 266	31 295 970	30 129 315	100 %	100 %

8.5 Comparaison recettes/dépenses (résultat d'exploitation)

Si l'on compare le total des dépenses et le total des recettes de chaque institution, on obtient un excédent moyen de 8 500 francs par institution en 2005 et un déficit moyen d'environ 11 600 francs en 2004.

La médiane égale à zéro signifie que la moitié des institutions avait un résultat d'exploitation positif, l'autre moitié un résultat négatif. Pour les 50 institutions de thérapie résidentielle des addictions, l'excédent total s'élevait à plus de 425 000 francs en 2005 ; en 2004, le déficit total était de presque 580 000 francs.

Tableau 14 : Résultat d'exploitation (en CHF) en 2004 et en 2005

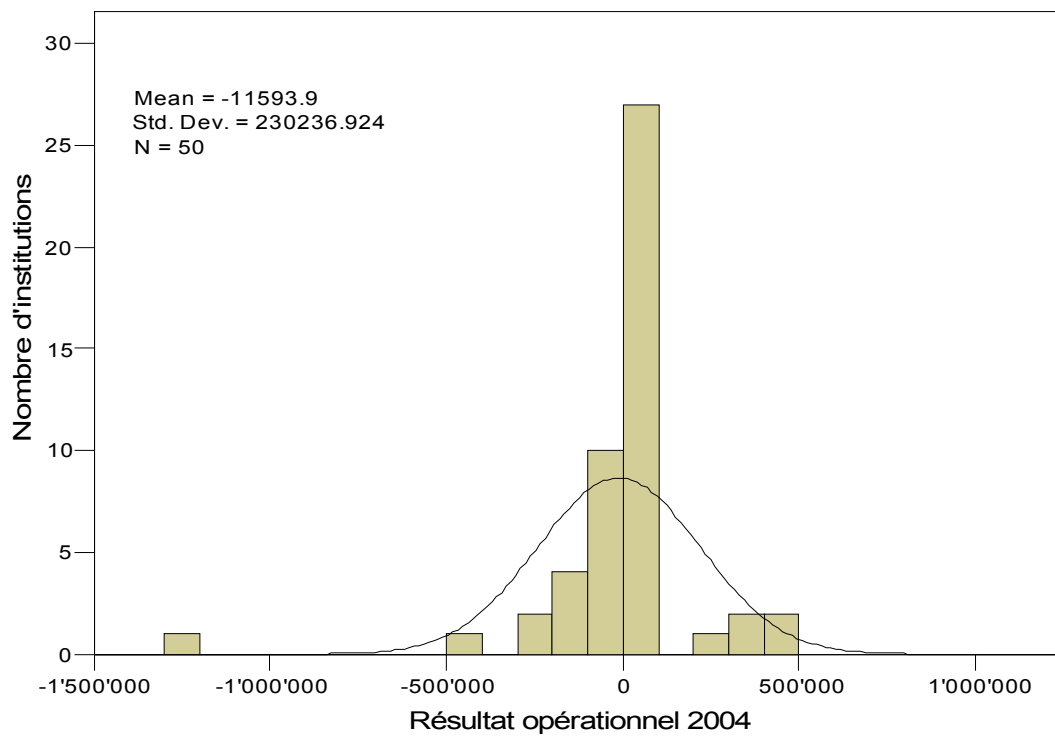
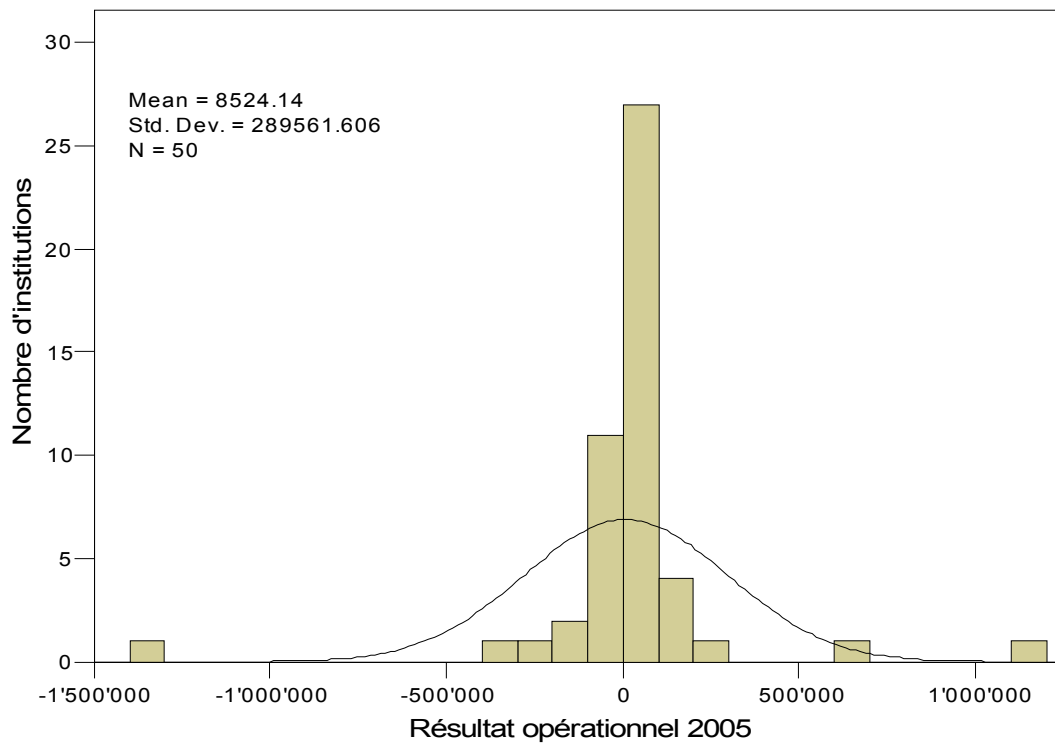
Moyennes, médianes et totaux

	Moyennes		Médianes		Totaux	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Total des recettes	1 901 917	1 900 890	1 742 169	1 681 773	95 095 838	95 044 492
Total des dépenses	1 913 511	1 892 366	1 794 575	1 677 819	95 675 533	94 618 285
Résultat d'exploitation	- 11 594	8 524	0	2	- 579 695	426 207

Le graphique suivant, qui présente la distribution des fréquences des excédents et des déficits en 2004 et en 2005, montre que les valeurs moyennes du tableau ci-dessus ne sont pas vraiment représentatives.

En 2004 comme en 2005, le résultat de la plupart des institutions se situait aux alentours de zéro (résultat d'exploitation neutre) avec des valeurs allant de - 50 000 à + 50 000 francs. En 2004, la moyenne est faussée par une institution ayant un déficit d'environ 1,25 million de francs. En 2005, le déficit de cette institution est compensé par celui d'une institution présentant un excédent de plus de 1,3 million de francs.

²² Les totaux des rubriques Charges administratives, Charges liées aux locaux et Charges diverses ne sont pas indiquées, car ces données n'ont pas été fournies par toutes les institutions, contrairement au total des charges d'exploitation.



Graphique 6 : Résultat d'exploitation des institutions de thérapie résidentielle des addictions en 2004 et 2005

8.6 Charges liées au personnel - Répartition par EPT (Equivalent plein temps)

Si l'on compare les charges liées au personnel des 50 institutions avec les temps pleins employés, on obtient les dépenses moyennes des institutions pour chaque temps plein (charges liées au personnel). On sait ainsi qu'en moyenne, chaque EPT a coûté environ 112 700 francs (par an) en 2005. Ce chiffre a augmenté de 6 % entre 2004 et 2005. En partant du principe que les charges sociales et les autres déductions liées aux assurances représentent environ 15 % de cette somme, on peut évaluer le salaire brut annuel moyen d'un temps plein à environ 95 800 francs (soit 7960 francs par mois).

Tableau 15 : Charges liées au personnel par EPT (Equivalent plein temps) (en CHF) en 2004 et en 2005

Moyennes, médianes et totaux

	Moyennes		Médianes		Totaux	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
EPT(Equivalent plein temps)	11,9	11,6	9,6	9,4	596,2	577,5
Charges liées au personnel	1 250 884	1 255 656	1 130 157	1 138 805	62 544 203	62 782 796
Charges liées au personnel par EPT (Equivalent plein temps)	105 945	112 683	102 826	106 732	5 297 260	5 634 170

Ici aussi, la médiane est inférieure à la moyenne arithmétique, ce qui témoigne d'une distribution légèrement biaisée à gauche. En 2005, la moitié des institutions ayant participé à cette enquête payait plus de 106 732 francs par EPT à titre de charges liées au personnel, l'autre moitié payait moins que cette somme.

Index des graphiques

Graphique 1 : Fermeture d'institutions de thérapie résidentielle des addictions entre 1999 et 2005	8
Graphique 2: Statistiques de l'enquête	13
Graphique 3 : Institutions de thérapie résidentielle des addictions en 2004 et 2005	16
Graphique 4 : Nombre de lits des institutions de thérapie résidentielle en 2004 et 2005	17
Graphique 5 : Recettes totales des institutions de thérapie résidentielle des addictions en 2005	20
Graphique 6 : Résultat d'exploitation des institutions de thérapie résidentielle des addictions en 2004 et 2005	29

Index des tableaux

Tableau 1 : Statistiques de l'enquête	13
Tableau 2 : Nombre d'EPT (Equivalent plein temps), nombre de collaborateurs et taux d'activité 2004 et 2005	18
Tableau 3 : Recettes issues des contributions 2004 et 2005 de tous les bailleurs de fonds (en CHF)	19
Tableau 4 : Recettes liées aux patients et aux institutions (en CHF) en 2004 et 2005	21
Tableau 5 : Recettes liées aux patients (en CHF) en 2004 et 2005	21
Tableau 6 : Recettes liées aux institutions (en CHF) en 2004 et 2005	22
Tableau 7: Contributions cantonales (en CHF) en 2004 et 2005	23
Tableau 8 : Contributions communales (en CHF) en 2004 et en 2005	24
Tableau 9 : Contributions de particuliers, des caisses-maladie et des organes responsables (en CHF) en 2004 et en 2005	24
Tableau 10: Tarifs journaliers des institutions (en CHF) en 2004 et en 2005	26
Tableau 11 : Dépenses par centre de coûts (en CHF) en 2004 et en 2005	27
Tableau 12 : Charges liées au personnel par centre de coûts (en CHF) en 2004 et en 2005	27
Tableau 13 : Charges de fonctionnement et d'exploitation par centre de frais (en CHF) en 2004 et en 2005	28
Tableau 14 : Résultat d'exploitation (en CHF) en 2004 et en 2005	28
Tableau 15 : Charges liées au personnel par EPT (Equivalent plein temps) (en CHF) en 2004 et en 2005	30

Impressum

Herausgeber / Editeur

INFODROG

Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht
Centrale nationale de coordination des addictions

© INFODROG | Septembre 2006

Reproduction avec indication des sources autorisée

Internet

www.infodrog.ch

Auteurs

Hannes Herrmann, économiste, lic.rer.pol., Herrmann Consulting, Bâle

Ueli Simmel, lic. phil., psychologue FSP, directeur de la Centrale nationale de coordination des addictions
INFODROG, Berne

Alison Chisholm, lic. phil., travailleuse sociale diplômée, collaboratrice scientifique de la Centrale
nationale de coordination des addictions INFODROG, Berne

Nicolas Dietrich, lic. sciences pol., adjoint scientifique de la Centrale nationale de coordination des
addictions INFODROG, Berne

Aline Keller, lic. phil., psychologue, collaboratrice scientifique de la Centrale nationale de coordination des
addictions INFODROG, Berne

Bestelladresse / Adresse de commande

INFODROG, case postale | CP 460, 3000 Berne 14

Tél. 031 376 04 01, fax 031 376 04 04, mail office@infodrog, www.infodrog.ch