fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Manuel

Peter Burkhard, Thomas Egli, Ueli Simmel
Avec l'original des comptes rendus de Nicolas Dietrich, Markus Jann, Willy Oggier, Roger Rossier und Ernst Zürcher

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et en collaboration avec celui-ci ainsi qu'avec le groupe de coordination «Financement de la thérapie résidentielle des dépendances» (GC FiDé)

Août 2003

ISBN 3-9522791-1-0

Editorial

Chères lectrices et chers lecteurs,

C'est en février 1996 qu'a été donné le coup d'envoi, peu remarqué du reste, des profondes modifications qui ont bouleversé la thérapie résidentielle des dépendances et qui, aujourd'hui, s'avèrent d'importance fondamentale: Le domaine Assurance invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) avait annoncé à l'époque dans une circulaire que dorénavant «(...) la reconnaissance générale de l'institution par l'OFAS ne suffisait plus(…) et qu'il fallait – dans la mesure où l'AI n'avait encore pris aucune mesure – joindre pour chaque personne une attestation du médecin compétent».

Cette procédure de reconnaissance a été suivie par diverses adaptations et de nombreuses institutions ont été confrontées à des difficultés financières, très graves même, pour certaines d'entre elles.
En juillet 1998, Madame la conseillère fédérale Ruth Dreifuss a annoncé aux institutions déstabilisées et menacées d'un manque de liquidités aigu la création d'un groupe de coordination pour la garantie du financement du traitement résidentiel des dépendances, le «GC FiDé», qui devait accélérer la création d'un nouveau modèle de financement. Le travail de développement du modèle proprement dit a commencé entre l'automne 98 et le printemps 99, à partir de quatre groupes de travail FiDé.

Vu l'incertitude qui régnait et afin d'éviter des fermetures qui auraient été uniquement dues à des problèmes de liquidités, la Confédération s'est tout d'abord adressée aux institutions auxquelles elle a accordé des crédits rétroactifs (et répétés) puis aux cantons compétents auxquels elle a octroyé des capitaux transitoires. Un des groupes de travail était exclusivement chargé d'attribuer ces fonds de manière aussi équitable que possible.

Un autre groupe, le «Groupe de planification de l'offre», a constaté relativement rapidement l'absence, dans une large mesure, d'instruments unitaires à l'échelle des régions linguistiques et à l'échelon national qui auraient permis une planification de la gamme de formes d'interventions en fonction des besoins. Il a donc dressé la liste des besoins dans ce domaine.

Le cahier des charges établi par le «groupe Modèle de financement» s'est avéré absolument impératif pour le futur modèle de financement. Les objectifs sont en effet aussi ambitieux que novateurs et d'une importance décisive pour le développement du modèle FiDé. Et c'est également pour cette raison que nous avons intégralement reproduit les rapports de ce groupe de travail dans le chapitre 2: «Mission».

Afin de pouvoir atteindre les objectifs fixés, il a tout d'abord fallu créer des bases techniques.
Un principe de base a été adopté à partir des travaux du groupe «Recensement des prestations». Il précise la manière dont les prestations doivent être recensées, systématiquement décrites, différenciées et classées en trois catégories sur la base de ce que l'on a appelé les champs d'intervention.
Les coûts effectifs ont ensuite été recensés, mis en relation avec les niveaux de prestations préalablement déterminés pour lesquels des montants forfaitaires ont été calculés. Parallèlement à cette démarche, les caractéristiques des groupes-cibles qu'il est possible de distinguer ont été formulées.

L'utilisation des bases et instruments ainsi élaborés a été testée dans le cadre d'un projet pilote auquel huit cantons ont participé avec leurs institutions et le développement a été poursuivi.

Il en résulte aujourd'hui des «profils de prestations» des institutions de thérapie résidentielle des dépendances et des projets de définition de forfaits qui, pour la première fois, reposent sur un ensemble de définitions uniformes. Les structures compétentes pour la planification des soins – les cantons en général – peuvent mettre à profit ces travaux préliminaires.

Le présent manuel met un terme à la phase de préparation des bases. Il donne un aperçu nuancé de tous les éléments du système FiDé élaborés jusqu'ici.

Tout ne va-t-il donc pas pour le mieux?

Assurément, mais les exigences de plus grande transparence, de plus grand professionnalisme et – essentiellement pour des raisons d'ordre économique – d'accès intercantonal à une gamme thérapeutique ne se sont pas encore tues que l'on observe d'intéressantes réactions sur un point qui suscite de vives discussions: qui devra payer les prestions mises à profit?:
Les bases de décision préférées pour les placements sont – bien qu'il existe de meilleurs critères - de nature financière («Où est-ce que cela coûte le moins?») ou dictées par le protectionniste (primauté du placement de l'intéressé dans son canton).
Au moyen d'arguments fallacieux, les financeurs de prestations résidentielles sont également dressés les uns contre les autres dès qu'il s'agit de négocier un prix aussi bas que possible; à l'occasion on menace même ouvertement de ne plus vouloir à l'avenir effectuer de placements dans des institutions de thérapies résidentielles car c'est beaucoup trop onéreux...

Clients et institutions sont les uns et les autres dépassés par les inévitables erreurs de placements qui en résultent, l'impasse étant faite sur le service de conseil compétent et le comble est que la personne qui effectue le placement est elle aussi frustrée par l'absence (probable) de concrétisation de toutes ses bonnes intentions.

Peut-être le balancier est-il en train d'amorcer son mouvement contraire après que – pour permettre la partie de réhabilitation sociale que comprend la thérapie des dépendances – les représentant(e)s des thérapies résidentielles axées sur l'abstinence ont accepté sans mot dire durant des années et peut-être avec trop de légèreté l'appel caritatif des placeurs. Oui caritatif en ce sens qu'en règle générale, jamais les coûts effectifs pour les prestations fournies n'ont dû être payés, les institutions ayant fourni elles-mêmes une partie plus ou moins importante des ressources financières et humaines nécessaires.
L'une des prescriptions que devait respecter FiDé consistait précisément à élaborer des forfaits couvrant les coûts. Pour cette raison déjà, il est inévitable que dès le premier regard jeté sur les tarifs forfaitaires proposés, les organes payeurs aient eu l'impression d'un renchérissement des prestations. Et cette impression est encore renforcée par la réduction des contributions que l'AI versait jusqu'ici conformément à l'art. 73 LAI.
Il ne s'agit pas, cependant, d'un renchérissement mais d'un transfert partiel des coûts. Et c'est ici que la résistance se déploie – il est compréhensible que personne ne veuille prendre en charge des coûts supplémentaires.
Tant que les compétences prévues dans le nouveau système ne seront pas acceptées et aussi consolidées sur le plan formel, il sera impossible de déclarer que le changement de système est «achevé» – et sous l'effet de la conjonction peut-être moins fortuite qu'il n'y paraît de plusieurs facteurs défavorables, la thérapie résidentielle des dépendances restera embourbée dans la crise la plus importante de son histoire vieille d'environ 30 ans.

En ce qui concerne les différentes méthodes thérapeutiques, la description des prestations FiDé reste neutre. C'est grâce à cette neutralité que l'on a réussi – en dépit de toutes les résistances et de tous les doutes qui existaient au début et qui subsistent encore – à se mettre d'accord sur une base unifiée, valable pour toute la Suisse, pour la description des prestations fournies en institution, sans trop porter préjudice aux propriétés et caractéristiques des différents établissements.
Du côté de FiDé, une des conditions permettant un accès intercantonal à l'offre la plus appropriée se trouve ainsi créée – ce qui concorde parfaitement avec les objectifs de la Convention intercantonale sur les institutions sociales.

De plus, par le biais du lien tarifaire entre les profils de prestations et les groupes-cibles, une autre condition-cadre a été créée afin que ni le canton qui supporte l'institution ni celui du domicile (ou plus exactement la commune de domicile) du client ou de la cliente ne soient financièrement privilégiés.

Avec les bases de rétribution pour les prestations choisies dans FiDé, on dispose d'un modèle répondant aux exigences actuelles d'une direction d'administration et d'exploitation modernes.
Du point de vue technique et de son contenu, son rayon d'action se limite actuellement à la partie des institutions qui la vie quotidienne. De par son architecture cependant, et avec ses subdivisions en offres «substitutives», «complémentaires» et «d'accompagnement» le modèle est ouvert et peut être utilisé pour d'autres segments de la thérapie des dépendances.

Il faut pour cela être déterminé à atteindre les objectifs dont nous sommes convaincus qu'ils ont été fixés judicieusement: transparence, innovation et professionnalisation, à l'échelon du financement aussi.

Il serait à présent aussi erroné que prétentieux d'affirmer que l'introduction de FiDé résoudrait toutes les difficultés actuelles des institutions de traitement des dépendances orientées sur l'abstinence.
Une chose est sûre cependant: FiDé est en mesure de remporter l'adhésion des différents niveaux concernés surtout en tant que système global par l'équilibre entre le risque, la responsabilité et les charges auquel il parvient.

Grâce à l'attitude solidaire de tous les échelons concernés et à la mise en œuvre d'instruments adéquats, nous sommes persuadés qu'il est possible en Suisse – même avec une réduction des ressources – de maintenir une offre de qualité, diversifiée et tout à fait exemplaire en matière de thérapie des dépendances.

Ueli Simmel
COSTE

Remerciements

L'introduction d'un nouveau système de financement unifié dans un Etat fédéral et parlant plusieurs langues est un projet à la fois ambitieux et coûteux, de par sa nature même et sur le plan organisationnel. Un immense besoin de développement et de délimitation s'est manifesté très tôt dans les groupes de travail FiDé. De toute évidence, il dépassait largement les ressources en personnel de ces groupes et de la direction du projet.

Des spécialistes supplémentaires ont été contactés et impliqués dans les travaux de développement où ils ont apporté les perspectives d'une connaissance pratique de la problématique.

Les conseillères et conseillers d'Etat des huit cantons pilotes ont délégué leurs collaboratrices et collaborateurs, deux représentant(e)s du CDS et du CDAS ainsi que des représentant(e)s de haut rang de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Office fédéral des assurances sociales ont siégé dans le groupe de coordination (GC) FiDé.

Le projet de nouveau modèle de financement FiDé est le fruit des travaux d'un grand nombre de personnes appartenant à l'administration et au domaine spécialisé. En dresser la liste excéderait le cadre qui est imparti ici mais nous tenons à remercier tout particulièrement les nombreuses collaboratrices et collaborateurs oeuvrant dans les institutions de thérapie des dépendances pour la tâche accomplie en faveur du projet FiDé en plus de leur travail quotidien. Sans leur engagement, les divers travaux pilotes qui nécessitaient beaucoup de temps et d'efforts n'auraient pas été possibles.

Nous remercions cordialement, en particulier, pour l'engagement dont ils ont fait preuve:

Sébastian Barras, FR
Heidi Bendel, LU
Samuel Bertschi, BS
Conseiller d'Etat Samual Bhend, BE
Beatrice Breitenmoser, vice-directrice de l'OFAS
Pascal Brügger, FR
Christa Corbella, BE
Nicolas Dietrich, COSTE
Urs-Christoph Dieterle, ZH
Remigius Dürrenberger, BS
Olivier Etique, JU
Ursula Gianella, ZH
Le conseiller d'Etat Anton Grünigner, SG
La conseillère d'Etat Rita Fuhrer, ZH
Maria Hodel, BE
Wolfgang Huber, Aebi-Huus, BE
Monika Huggenberger, SO
Barbara Ingenberg, DFI TZ Lehn, LU
Markus Jann, OFSP
Georges Krieg, BL
Chung Yol Lee, vice-directeur de l'OFSP
Roland Leffler, OFSP
Philippe Lehmann, OFSP
Ueli Locher, vice-directeur OFSP
Marc Meury, JU
Silvia Meyer, OFSP
Philippe Mottet, Villa Flora, VS
Bertrand Nussbaumer, Goéland, NE
Willy Oggier, économiste, ZH
Conseillère d'Etat Ruth Lüthi, FR
Claire Roelli, COSTE
Vassili Schürmann, OFAS / Div. IV
Attilio Stoppa, ZH
Niklaus Strolz, ZH
Urs Thalmann, Mühlhof, SG
Ursula Trachsel, BE
Patrick Vuille, FR
Judith Widmer, ZH
Philippe Wüest, Le Radeau, FR
Dorothea Zeltner Kamber, OFAS / Div. IV
Ernst Zürcher, secrétariat central SODK

Au nom de la direction du projet FiDé
Ueli Simmel

1.2 Table des matières

1	**Préambule**	**1**
	Editorial	**3**
	Remerciements	**6**
1.1	**Repères visuels de localisation**	**7**
1.2	**Table des matières**	**9**
1.3	**FiSu/FiDé en bref**	**19**
1.4	**Les atouts et les limites du changement de système**	**22**
1.4.1	Explication de la systématique FiDé	22
2	**Mandat**	**1**
2.1	**Décision DFI – OFSP – OFAS du 8 juillet 1998 Mandat global de financement des thérapies des dépendances**	**2**
2.1.1	Mesures à court terme	2
2.1.2	Mesures à moyen terme	2
2.2	**Groupe de coordination «Financement de la thérapie des dépendances» (GC FiDé)**	**3**
2.2.1	Mandats et tâches principales	3
2.3	**Groupe de travail «Contributions financières» (GT FiHi)**	**3**
2.3.1	Mandats et tâches principales	3
2.4	**Groupe de travail «Modèle de financement 2000/ss» (GT FiMo)**	**3**
2.4.1	Mandats et tâches principales	3
2.5	**Groupe de travail «Recensement des prestations» (GT LE)**	**4**
2.5.1	Mandats et tâches principales	4
2.6	**Groupe de travail «Planification de l'offre» (GT AP)**	**4**
2.6.1	Mandats et tâches principales	4
2.7	**L'organisation FiDé**	**4**
2.7.1	Organigramme, état mars 2003	5
2.7.2	Les principes des financements du GT FiMo	5
	■ Mandat confieé au GT FiMo	5
	■ Recommandations du GT FiMo	6
	■ Domaines voisins	6
	■ Réforme de la péréquation financière (RPT)	6
	■ Révision de la loi sur les stupéfiants	7
2.7.3	Elaboration de nouveaux modèles de financement débordant les limites cantonales	7
	■ Objectif	7
	■ Evaluation de la situation actuelle	7
2.7.4	Critères auxquels un nouveau modèle de financement doit satisfaire	8
	■ Prescriptions du groupe de coordination FiDé	8
2.7.5	Intégration de nouveaux modèles de financement dans un système global	8
2.7.6	Caractéristiques communes aux futurs modèles de financement	9

2.7.7	Modèles dont l'étude est à continuer	10
	■ Forfaits journaliers dégressifs	10
	■ Forfaits par division (= forfait par champ d'intervention)	10
	■ Forfaits par cas	11
2.7.8	Evaluation des divers modèles	11
	■ Evaluation	11
	■ Suggestions relatives à la collaboration intercantonale	13
2.8	**Le document de base de description des prestations**	**13**
2.8.1	Mandat	14
2.8.2	Résultat	14
2.8.3	Rapport du groupe de travail «Recensement des prestations»	15
	■ Principes fondamentaux pour une thérapie résidentielle de la dépendance orientée vers l'abstinence	15
	■ Mandat 1: «Etablir une vue d'ensemble des prestations fournies aujourd'hui aux patient(e)s dans les institutions de thérapie résidentielle des dépendances»	15
	■ Mandat 2: «Etablir le catalogue des prestations à fournir obligatoirement dans le cadre d'une thérapie des dépendances (normes minimales de qualité)»	16
	■ Normes minimales de qualité	16
	■ Prestations à fournir obligatoirement	16
	■ Mandat 3: Soumettre au GT «Modèles de finacement 2000/ss» des suggestions pour le financement des prestations obligatoires évoquées précédemment	17
	■ Essai pilote	17
	■ Indication/Placement	17
2.9	**Procédure de consultation pour un nouveau modèle de financement des thérapies des dépendances (FiDé)**	**18**
2.9.1	Lettre du groupe de coordination FiDé du 6 juillet 1999	18
	■ Situation initiale	18
	■ Nouveau modèle de financement	19
	■ Buts	19
	■ Principes directeurs du modèle	20
	■ Champs d'intervention	20
	■ Compétences nécessaires à la vie quotidienne et capacité d'intégration	21
	■ Scolarité et formation	21
	■ Profession et travail	21
	■ Organisation du temps libre tenant compte de l'âge de la personne	22
	■ Sources de financement et répartition des coûts	22
	■ Rôle des cantons et de la Confédération	23
	■ La Confédération et l'Office fédéral de la santé publique en particulier assumeraient les responsabilités suivantes:	23
	■ Application pratique	23
	■ Suite de la procédure	24
	■ Questions posées dans le cadre de la consultation	24
2.10	**Rapport d'évaluation des résultats de la consultation FiDé 1999**	**25**

2.10.1	Situation initiale	25
2.10.2	Procédure de consultation 1999	26
2.10.3	Résultats	26
2.10.4	Résumé	32
2.11	**Mise en œuvre des prescriptions**	**32**
2.11.1	Phase-pilote 1 (2000) avec 10 institutions	32
	■ Période durant laquelle la collecte des données a eu lieu et grandeur de l'échantillon	33
2.11.2	Phase-pilote 1 (2000) avec 8 cantons et leurs institutions (2001/2002)	33
2.11.3	Constatations	33
2.11.4	Résultats	34
2.11.5	Premières répercussions tangibles d'un changement de système	34
2.12	**Introduction 2003 dans 16 cantons**	**35**
3	**Instructions**	**1**
3.1	**Le manuel FiDé à l'intention des représentants cantonaux**	**2**
3.2	**Le manuel à l'intention des institutions**	**2**
4	**Principes**	**1**
4.1	**Dénominateur commun**	**1**
4.2	**La thérapie résidentielle de la dépendance orientée vers l'abstinence**	**2**
4.2.1	Principe fondamentaux	2
5	**Définition des prestations**	**1**
5.1	**La systématique de la définition des prestations**	**2**
5.1.1	Le degré d'intensité des interventions	2
	■ Mesures substitutives	2
	■ Mesures de complément	2
	■ Mesures d'accompagnement	3
5.1.2	Les domaines de socialisation	3
	■ Groupe primaire	3
	■ La formation	4
	■ Le travail	4
	■ Le temps libre	4
5.1.3	La durée des interventions	4
5.1.4	Les prestations	4
	■ les domaines de prestations	4
	■ Les unités de prestations	5
	■ Les prestations uniques	5
5.1.5	Les champs d'intervention	5
5.2	**La communauté thérapeutique**	**5**
5.2.1	Effets/buts	5
5.2.2	Prestations centrales	6
	■ Communauté de production	6
	■ Communauté de consommation	6

	■ Communauté de biens	6
	■ Communauté d'assistance/de prise en charge médicale et psychosociale	6
	■ Communauté d'interaction et de communication	6
	■ Communauté éducative	7
5.2.3	Prestations centrales générales	7
5.2.4	Prestations complémentaires	7
	■ *Infrastructure*	7
	■ *Personnel*	7
	■ *Management*	8
	■ *Recherche*	8
	■ *Collaboration interinstitutionnelle*	8
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	8
5.3	**La formation**	**8**
5.3.1	Domaines de prestations	8
	■ Effets/buts	8
	■ Prestations centrales	9
	■ Prestations centrales générales	9
	■ *Prestations complémentaires*	9
	■ *Infrastructure*	9
	■ *Personnel*	9
	■ *Management*	10
	■ *Recherche*	10
	■ *Collaboration interinstitutionnelle*	10
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	10
5.3.2	Unités de prestations	10
	■ Effets/buts	10
	■ Prestations centrales	10
	■ Prestations centrales générales	11
	■ Prestations complémentaires	11
	■ *Infrastructure*	11
	■ *Personnel*	11
	■ *Management*	11
	■ *Recherche*	12
	■ *Collaboration interinstitutionnelle*	12
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	12
5.3.3	Prestations uniques	12
	■ Effets/buts	12
	■ Prestations centrales	12
	■ Prestations centrales générales	12
	■ Prestations complémentaires	13
	■ *Infrastructure*	13

	■ *Management*	13
5.4	**Le travail**	**13**
5.4.1	Domaines de prestations	13
	■ Effets/buts	13
	■ Prestations centrales	13
	■ Prestations complémentaires	14
	■ *Infrastructure*	14
	■ *Personnel*	14
	■ *Management*	14
	■ *Collaboration interinstitutionnelle*	14
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	14
5.4.2	Unités de prestations	15
	■ Effets/buts	15
	■ Prestations centrales	15
	■ *Promotion de l'autonomie dans l'organisation de l'activité professionnelle*	15
	■ Prestations complémentaires	15
	■ *Infrastructure*	15
	■ *Personnel*	15
	■ *Management*	16
	■ *Collaboration interinstitutionnelle*	16
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	16
5.4.3	Prestations uniques	16
	■ Effets/buts	16
	■ Prestations centrales	16
	■ Prestations complémentaires	17
	■ *Infrastructure*	17
	■ *Personnel*	17
	■ *Management*	17
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	17
5.5	**Activités de loisirs adaptées à l'âge**	**17**
5.5.1	Domaine de prestations	17
	■ Effets/buts	17
	■ Prestations centrales	18
	■ *Domaines d'activités*	18
	■ Prestations centrales générales	19
	■ Prestations complémentaires	19
	■ *Infrastructure*	19
	■ *Personnel*	19
	■ *Management*	19
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	19
5.5.2	Unités de prestations	20

	■ Effets/buts	20
	■ Prestations centrales	20
	■ *Domaines d'activités*	21
	■ Prestations complémentaires	21
	■ *Infrastructure*	21
	■ *Personnel*	21
	■ *Management*	21
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	21
5.5.3	Prestations uniques	21
	■ Effets/buts	22
	■ Prestations centrales	22
	■ *Domaines d'activités*	22
	■ Prestations centrales générales	22
	■ Prestations complémentaires	22
	■ *Infrastructure*	22
	■ *Management*	23
	■ *Prestations de base en gestion d'entreprise*	23
5.6	**24 heures de suivi dans les institutions substitutives du cadre de vie**	**23**
5.6.1	Point de départ/principes	23
5.7	**Moyens auxiliaires pour la définition des prestations**	**23**
5.7.1	Définition des prestations et profils des institutions	23
	■ Instruments de saisie (en ligne)	23
	■ Identification de l'institution	23
	■ Groupe primaire	24
	■ Formation, travail, loisirs	24
	■ Evaluation	24
5.7.2	Documents d'appui	24
	■ Rapports d'évaluation automatisés	24
	■ Rapports d'évaluation établis individuellement	26
	■ Identification de l'institution en tant qu'institution substitutive du cadre de vie	26
	■ Identification de la personne morale/organisme responsable	28
	■ Identification de l'institution	29
	■ Offre de places et groupes cibles	30
	■ Reconnaissance formelle de l'institution	31
	■ Conditions-cadres générales de l'institution offrant un cadre de vie substitutif	31
	■ «PG» Le groupe primaire d'origine	32
	■ «BIL» Le champ d'intervention Formation dans la thérapie	34
	■ «ARB» Le champ d'intervention Travail dans la thérapie	37
	■ «FRE» Le champ d'intervention Loisirs dans la thérapie	40
6	**Les groupes cibles**	**1**
6.1	**Clientèle majoritaire**	**1**

6.1.1	Clientèle normée 1	1
6.1.2	Clientèle normée 2	1
6.1.3	Problématique psychosociale associée	2
6.1.4	Cellules familiales	2
6.1.5	Couples 1	2
6.1.6	Couples 2	3
6.1.7	Jeunes	3
6.1.8	Personnes migrantes	3
6.1.9	Problématique psychiatrique associée 1	4
6.1.10	Maladies somatiques associée 1	4
6.1.11	Maladies somatiques associée 2	4
6.1.12	Problématique associée 1 de psychopathologie	4
6.1.13	Problématique associée 2 de psychopathologie	5
6.1.14	Clientèle chronique	5
6.2	**Les groupes cibles et leurs problèmes**	**6**
6.2.1	Guide de la clientèle	6
	■ Saisie du profil de l'institution	6
	■ Exemple d'un profil d'institution	6
6.2.2	Saisie du groupe de client(e)s	6
	■ Groupe de clients	7
6.2.3	Groupes cibles	7
	■ Problèmes de groupe cible 1	8
	■ Problèmes de groupe cible 2	8
6.2.4	Planification thérapeutique individuelle	8
7	**Tarif**	**1**
7.1	**Préparatifs**	**2**
7.1.1	Matrice descriptive unifiée	2
	■ Avantages pour les cantons	2
	■ Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle	2
	■ Avantages pour les institutions	2
7.1.2	Saisie online des variables de clientèle	3
	■ Avantages pour les cantons	3
	■ Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle	3
	■ Avantages pour les institutions	3
7.1.3	Elaboration grandement automatisée des rapports	3
	■ Avantages pour les cantons	3
	■ Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle	3
	■ Avantages pour les institutions	3
7.1.4	Réexpédition des données originales de clientèle et de facturation liée aux critères	4
	■ Avantages pour les cantons	4
	■ Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle	4

	■ Avantages pour les institutions	4
7.1.5	Facturation	4
	■ Avantages pour les cantons	4
	■ Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle	4
	■ Avantages pour les institutions	4
7.2	**Calcul du tarif**	**4**
7.2.1	Préparatifs nécessaires	4
7.2.2	Modalités de chaque institution	4
7.2.3	Calcul des propositions tarifaires	5
7.2.4	Base de données	5
7.2.5	Vue d'ensemble	5
	■ Domaine du long terme	5
	■ Domaine du moyen terme	6
7.3	**Calcul du coût des forfaits par champ d'intervention en cas de thérapie résidentielle dans le domaine des dépendances**	**6**
7.3.1	Pourquoi ces calculs?	6
7.3.2	Que faut-il pour calculer?	6
7.3.3	Comment procéder?	6
7.3.4	Questions les plus fréquemment posées	9
7.3.5	Que faire dans les autres cas?	10
7.4	**Propositions de tarif suivant les catégories d'institutions**	**10**
7.4.1	Catégorie thérapie à long terme – «Illégale»	10
7.4.2	Catégorie thérapie à long terme – «Mixte»	11
7.4.3	Catégorie thérapie à moyen terme – «Illégale»	11
7.4.4	Catégorie thérapie à moyen terme – «Mixte»	12
7.4.5	Catégorie thérapie à moyen terme – «Alcool»	12
7.5	**Enregistrement de la clientèle**	**13**
7.5.1	Analyse statistique des données saisies	14
7.5.2	Disponibilité des données d'origine	15
7.6	**Facturation systématique**	**16**
7.6.1	Acomptes crédités de tarif forfaitaire	16
	■ Domaine du long terme	16
	■ Domaine du moyen terme	16
	■ Formule spécimen de facture	17
7.6.2	Traitement des données d'origine	17
7.6.3	Matériel documentaire divers	17
7.7	**Etapes à venir**	**18**
7.7.1	Analyse de «l'exercice à sec»	18
7.7.2	Destinataires des factures à définir pour une exploitation éventuellement régulière	18
7.7.3	Mandat obligatoire pour les postes de prise en charge, d'indication médicale ou de triage	18
7.8	**Décisions en suspens**	**18**

7.8.1	Extension de la systématique des descriptifs de prestations et tarification consécutive des autres catégories de problèmes ou d'institutions	18
7.8.2	Conclusion	19
8	**Finances**	**1**
8.1	**Objet essentiel du système FiDé**	**2**
9	**Réalisation**	**1**
9.1	**Les exigences posées aux cantons et aux institutions**	**1**
9.1.1	Cantons	1
9.1.2	Niveau institutionnel	2
9.2	**«Institutions FiDé»**	**3**
9.3	**La définition du profil des institutions**	**3**
9.4	**Les contrats de prestations**	**4**
9.4.1	Exemple 1 (a): Contrat entre un canton et une institution (contrat-cadre)	5
9.4.2	Exemple 1 (b): Contrat entre un canton et une institution (contrat annuel)	9
9.4.3	Exemple 2 (a): Contrat entre l'OFAS/AI et un canton	13
9.4.4	Exemple 2 (b): Contrat entre l'OFAS/AI et une institution	16
9.5	**Plans comptables/Manuel**	**22**
9.5.1	Introduction	23
9.5.2	Objectifs et limites de la comptabilité analytique pour les institutions de thérapie résidentielle des dépendances	23
9.5.3	Structure du plan de centres de charges	24
9.5.4	Ventilation au niveau du calcul des centres de charges	27
9.5.5	Conseils pour l'introduction du calcul des centres de charges	29
9.5.6	Choix et structure du système	31
9.6	**«Admission», «Indication» et «Sélection»**	**39**
9.6.1	Fondements	39
9.6.2	Critères utilisés	39
9.6.3	Profil des ressources	39
	■ Les bases d'une planification appropriée	40
	■ Mise sur pied des instruments manquants	40
	■ L'instrument de saisie clientèle	40
9.6.4	Concept de sélection	40
	■ Simulation des conditions de base pour les cantons pilotes	40
	■ *Conditions-cadres*	40
	■ *Conditions*	41
	■ *Effets visés*	41
	■ *Effets secondaires*	41
	■ *Organisation du reporting*	41
	■ *Organisation des instruments de contrôle et des chiffres-clés (controlling)*	42
	■ *Conditions organisationnelles*	42
	■ Réticences possibles	42
	■ Recommandation de la direction du projet FiDé aux cantons	42

9.6.5	Présentation schématique d'une indication	43
9.6.6	Procédure de sélection	44
9.7	**Organisation selon les règles de financement FiDé**	**45**
9.7.1	Flux financiers	45
	■ Schéma convenu le 11.3.2002 avec les cantons pilotes	45
	■ Version modifiée par l'AI présentée le 8 août 2002	46
9.7.2	Comptabilisation et montant des tranches	46
10	**Environnement**	**1**
10.1	**Explications relatives à la systématique FiDé**	**1**
10.1.1	QuaThéDA (Qualité Thérapie Drogues Alcool)	3
10.1.2	Act-info	3
10.2	**CIIS: Importance de l'intégration des institutions de thérapie des dépendances dans une liste C**	**3**
10.2.1	Situation actuelle (1999) de la CIH	4
10.2.2	Possiblitié d'intégration d'institutions de thérapie des dépendances dans la CIH	5
10.2.3	Adaptions nécessaires de la CIH	5
10.2.4	Résumé	6
11	**Organisation de référence**	**1**
12	**Perspectives**	**1**
13	**Appendice**	**1**
13.1	Biographie succincte des auteurs	1
13.2	Liste des abréviations	2
13.3	Courriers et communiqués officiels du Département fédéral de l'intérieur DFI, de l'Office fédéral de la santé publique OFSP et de l'Office fédéral des assurance sociales OFAS.	4
13.4	Internet	22
13.5	Index des mots clés	23
13.6	Impressum	29
14	**Notes**	**1**
15	**Registre vierge**	**1**

1.3 FiSu/FiDé en bref

Le modèle de financement FiSu/FiDé a été mis sur pied à l'intention des cantons et des milieux spécialisés intéressés sur mandat du groupe de coordination Financement des thérapies résidentielles des dépendances (GC-FiSu/FiDé) créé à l'instigation du Conseil fédéral, sous la direction de l'OFSP et en collaboration avec l'OFAS. Il permet aux cantons de contrôler de manière ciblée le développement des thérapies résidentielles des dépendances. Ce modèle de financement repose sur les principes suivants:

- Description uniforme des prestations de thérapie résidentielle des dépendances subdivisée dans les quatre champs d'intervention groupe primaire, travail, formation et loisirs.
- Profil contraignant des institutions de réhabilitation établi sur la base des descriptions de prestations.
- Rétribution forfaitaire des prestations sur la base de tarifs uniformes.
- Pas de financement des déficits.
- Assurance-qualité contraignante et standardisée.

Point de départ

L'offre de thérapies résidentielles des dépendances fut développée au début des années 70 sur une initiative privée. Jusqu'en 1996, l'assurance-invalidité (AI) prenait à sa charge près d'un tiers des coûts effectifs de Fr. 350.– par jour et par client sur la base d'une reconnaissance forfaitaire des personnes traitées. Puis l'Office fédéral des assurances sociales adapta la pratique des subventions au droit en vigueur dans le sens d'une reconnaissance individuelle, ce qui entraîna une forte réduction de la subvention de l'AI. Le recul des subventions de l'OFAS fut tout d'abord en grande partie compensé grâce aux prestations transitoires versées pendant trois ans par le Conseil fédéral et divers cantons. De plus, la clause des 50% du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) fut supprimée durant les années 1999-2002. Cette clause prévoit que seules les institutions qui prennent en charge plus de 50% d'invalides perçoivent des subventions collectives.
La fermeture d'institutions qui s'ensuivit s'explique aussi par la diminution concomitante de la demande. Le manque de normes générales de traitement fut également un facteur aggravant et empêchait une comparaison qualitative des offres nécessaire au contrôle financier.

But

Il fallait donc développer comme base pour un contrôle ciblé du développement des thérapies résidentielles des dépendances un modèle de financement axé sur les prestations.

Mandat

Le Conseil fédéral chargea le «Groupe de coordination FiSu/FiDé»[1] (Financement des thérapies résidentielles des dépendances) de mettre au point un modèle de financement correspondant avec le soutien financier de la Confédération et la collaboration des cantons ainsi que des institutions spécialisées.

Procédure

Dans une première étape, les conditions-cadres et les grands axes d'un modèle de financement basé sur les prestations furent développés dans différents groupes de travail nommés par le GC FiSu/FiDé. Par la suite, le GC chargea l'organisation du projet FiSu/FiDé de mettre au point les détails du modèle de financement FiSu/FiDé sur la base des résultats de ces groupes de travail et de préparer sa mise en œuvre.

[1] *Le GC FiSu/FiDé se compose de deux représentant/es de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales et de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (Ruth Lüthi, Fribourg; Rita Fuhrer, Zurich; Samuel Bhend, Berne; Anton Grüninger, St-Gall) ainsi que de Beatrice Breitenmoser, sous-directrice de l'Office fédéral des assurances sociales et Chung-Yol Lee, sous-directeur de l'Office fédéral de la santé publique (direction).*

1 Préambule

Le présent manuel décrit le processus de développement du modèle FiSu/FiDé, le modèle lui-même ainsi que les conditions à remplir pour son introduction. Il présente enfin la procédure d'introduction détaillée du système.
Les cantons intéressés peuvent en informer l'OFAS qui les assistera dans la mise en œuvre du système. En cas d'adhésion à FiSu/FiDé avant le 31.12.2003, le moratoire pour la clause des 50% décrite dans le paragraphe «Point de départ» sera maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur de la RPT puisque dans ce cas le Règlement sur l'assurance-invalidité sera interprété d'une manière plus favorable aux cantons. Ainsi, les cantons qui adhèrent au FiSu/FiDé courant 2003 avec un effet rétroactif au 1er janvier 2003, pourront demander à bénéficier des subventions de l'assurance-invalidité non pas au moment de l'adhésion mais rétroactivement pour l'année complète même si leurs institutions prennent en charge moins de 50% d'invalides.

Le modèle de financement

Le degré de la toxicodépendance peut se mesurer, entre autres, à l'ampleur de l'aide dont les personnes concernées ont besoin pour pouvoir remplir les exigences de la vie quotidienne. En partant de là, la systématique de FiSu/FiDé s'oriente vers la capacité des personnes dépendantes à vivre une vie autonome : dans le meilleur des cas, s'il y a effectivement une toxicodépendance, les personnes concernées sont capables d'éviter ou de maîtriser les problèmes consécutifs à l'usage de drogues sans aide professionnelle. Dans le pire des cas, les personnes concernées ne sont pas seulement toxicodépendantes mais aussi incapables de remplir les exigences de la vie quotidienne. C'est-à-dire que tous les toxicodépendants ont plus ou moins de déficits dans le domaine social et/ou sanitaire. Le modèle FiSu/FiDé crée les préalables pour pouvoir traiter les toxicodépendants conformément à leur ressources individuelles ou leur faire retrouver le sens de leurs responsabilités.
Les institutions de thérapies résidentielles des dépendances ont pour principale fonction d'apprendre aux personnes dépendantes à devenir abstinentes. Ce processus d'apprentissage, qui a généralement lieu dans la famille, est appelé «groupe primaire». L'établissement de réhabilitation doit donc pouvoir offrir aux toxicodépendants un environnement qui remplit le mieux possible les conditions d'un groupe primaire ou d'une famille. Les frais encourus pour cette prestation centrale justifient un tarif de base. Or, la socialisation ne se limitant pas à l'environnement familial mais ayant lieu aussi au travail, dans le cadre de la formation et durant les loisirs, des offres spécifiques seront également nécessaires dans ces domaines. Cela signifie que si l'institution en question propose une offre de prise en charge par des professionnels dans le domaine du travail en plus des prestations centrales cela suppose des coûts additionnels et justifie un tarif plus élevé.
La systématique FiSu/FiDé distingue trois intensités d'offre: les prestations uniques (offre ponctuelle), les unités de prestation (plusieurs prestations uniques consécutives et clairement délimitées) et les domaines de prestations (offre complète). En ce qui concerne la durée, elle distingue les traitements de courte, moyenne ou longue durée.
L'utilisation conséquente de cette systématique permet d'adresser les personnes dépendantes aux institutions de réhabilitation qui répondent le mieux à leurs besoins.
Dans ces nouvelles conditions, les institutions qui disposent d'une offre qui est pertinente non seulement du point de vue de la qualité mais qui répond aussi à un besoin effectif pourront s'imposer.

Conditions de la participation au système FiDé/FiSu

La décision relative à une participation à FiSu/FiDé est du ressort des autorités cantonales et exige le respect des conditions suivantes :

- Le canton répondant établit en collaboration avec COSTE une liste des institutions FiSu/FiDé.
- Le canton répondant s'assure que les institutions FiSu/FiDé sont certifiées ou ont demandé leur certification conformément à QuaThéDA ou au moins à un système de management de la qualité reconnu par l'OFAS.
- Le canton de domicile s'engage à ne procéder qu'à des placements dans des institutions FiSu/FiDé sauf dans des cas d'exception dûment justifiés.
- En cas de placement, le canton de domicile s'engage à verser à l'institution le tarif calculé selon le système FiSu/FiDé en tranches d'un montant préalablement convenu.

- Le canton répondant s'engage à ce que ses institutions FiSu/FiDé lui cèdent les subventions OFAS.
- Le canton répondant rembourse la part AI correspondante au canton de domicile des personnes traitées reconnues par l'AI.
- Le canton répondant s'engage à ne pas verser de subventions croisées à ses institutions FiSu/FiDé.

Markus Jann, Office fédéral de la santé publique

1.4 Les atouts et les limites du changement de système

Avec son modèle à quatre piliers, la Suisse dispose d'un système d'aide aux personnes dépendantes reconnu et envié par les autres pays. Le pilier thérapie a été apris te l'ampleur avec l'intégration des offres de substitution. Pour pouvoir maintenir l'objectif de fournir le traitement approprié à chaque client selon des critères techniques déterminés, le traitement des personnes toxicodépendantes a besoin de conditions-cadres interdisciplinaires clairement définies, depuis les premiers contacts jusqu'au terme de traitement. L'Office fédéral de la santé publique voit dans la mise au point d'un système de financement des thérapies résidentielles des dépendances un premier pas dans cette direction.
Le but du modèle de financement FiDé («Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances») est d'assurer à long terme le financement d'une thérapie résidentielle des dépendances efficace et adaptée aux besoins.

Dans un premier temps, on a mis sur pied une systématique de l'offre de thérapies résidentielles des dépendances fondée sur la description détaillée des prestations. Cette systématique permet de différencier et de fixer de manière contraignante les tarifs des différentes prestations des institutions concernées. Par la suite, on a défini les profils des institutions et les tarifs correspondants en se fondant sur cette systématique. Le tarif institutionnel, qui correspond au montant des tarifs pour les différentes prestations, varie en fonction du profil spécifique des prestations des institutions.

Contrairement au système de rétribution actuel qui se fonde sur les taux journaliers – qui sont loin de couvrir les coûts – dans le système FiDé, la rémunération se fait «en temps réel» par le biais d'un tarif forfaitaire convenu. Ce tarif forfaitaire est versé aux institutions par tranches pendant le séjour de la personne dépendante plus un versement final après sa sortie par les cantons de domicile (ou les communes de domicile compétentes) des client/es.
La collaboration entre les cantons, les institutions et l'Office fédéral des assurances sociales est réglée par des conventions de prestations.

Les subventions versées par l'assurance-invalidité, les communes et les proches des toxicodépendants sont par la suite remboursées au canton de domicile. Les étapes décrites précédemment ont été testées, à l'exception de la rémunération proprement dite, dans un projet pilote auquel participaient 8 cantons et 66 institutions. Le nouveau système permet aux cantons de contrôler de manière ciblée le développement de l'offre et de se reposer pour ce faire sur des critères contraignants transparents. Après l'approbation par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) de la «Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS), qui prévoit expressément l'adoption d'institutions de thérapies des dépendances dans la liste C, on dispose aussi d'un instrument pour le placement intercantonal de client/es avec un financement correspondant.

Avec le modèle FiDé, le développement ultérieur des thérapies résidentielles des dépendances pourra se dérouler (tout en préservant la diversité des méthodes) dans un cadre uniforme contraignant et entraînera non seulement une amélioration qualitative mais aussi davantage de transparence et une prise de conscience des coûts en ce qui concerne le traitement résidentiel axé sur l'abstinence.

Nous sommes convaincus d'avoir créé avec le système FiDé les conditions préalables pour un contrôle fondé sur les résultats des thérapies résidentielles des dépendances.
Tout le monde est conscient du fait que le système FiDé, qui n'a pas encore été défini de manière détaillée, devra être perfectionné et raffiné durant la phase d'introduction: ainsi, les offres de prestations «supplétives du cadre de vie» ou «accompagnatrices du cadre de vie» doivent être soumises à la procédure de saisie des prestations, d'établissement d'un profil, de recensement des coûts complets et de tarification et les profils d'institution et l'exploitation effective de groupes cibles doivent être vérifiés et éventuellement adaptés dans les descriptions existantes.

1.4.1 Explication de la systématique FiDé

La vaste offre fortement diversifiée dans le domaine des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse repose pour une grande part sur l'expérience acquise.

Les communautés thérapeutiques qui ont été créées au début des années 70 par l'échange de la clientèle «nouvelle» ou jeune de l'époque se sont présentées aux assurances sociales comme instances de réinsertion spécialisées. La coopération se fondait sur la principe de «la réadaptaion prime la rente», dont le législateur avait prévu les conditions dans l'Art. 8 RAI.
Le financement des thérapies résidentielles ne posait donc aucun problème jusqu'en 1996 grâce à l'assurance de la participation aux coûts de l'AI et à l'excédent de la demande. La subvention de l'OFAS a été réduite suite à l'adaptation de sa pratique au droit en vigueur: alors qu'auparavant les client/es étaient reconnus forfaitairement en tant qu'invalides, depuis 1996, une subvention n'est versée que s'il existe un certificat médical reconnu par l'AI.
Cela entraîna des difficultés financières pour les institutions résidentielles de thérapie des dépendances. Grâce aux prestations transitoires de la Confédération et de certains cantons, elles ont pu compenser en grande partie leur manque de liquidités. Le fait que des fermetures d'institutions se soient produites n'est pas imputable seulement à la baisse des subventions de l'OFAS mais aussi à la diminution de la demande de traitements résidentiels. L'absence de règles générales de traitement fut également un facteur aggravant qui empêchait la comparaison qualitative des offres devant servir de base au contrôle financier.

La mise au point du système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances (FiDé) devait permettre aux autorités cantonales de contrôler de manière ciblée la fourniture de soins aux toxicodépendants.

On peut mesurer le degré de toxicodépendance au besoin d'aide des personnes concernées pour pouvoir répondre aux exigences de la vie quotidienne. C'est pourquoi la systématique sur laquelle repose le modèle FiDé est axée sur la capacité des toxicodépendants à faire face à ces exigences ou à maîtriser seuls leur vie quotidienne.
Dans le meilleur des cas, s'il y a effectivement une toxicodépendance, les personnes concernées sont toutefois en mesure d'éviter la survenue de problèmes annexes sans avoir recours à une aide professionnelle ou du moins de les gérer.
Dans le pire des cas, les personnes concernées sont non seulement dépendantes mais aussi incapables de répondre même en partie aux exigences de la vie quotidienne. Ces toxicodépendants ont donc en plus des déficits plus ou moins prononcés dans le domaine social, matériel et sanitaire.
Le modèle FiDé crée les conditions nécessaires pour pouvoir traiter ou rétablir le sens des responsabilités chez les personnes concernées conformément à leurs ressources personnelles. La thérapie résidentielle des dépendances a donc pour tâche prioritaire d'encourager ses client/es à retrouver leur autonomie et de les accompagner dans ce processus. Les personnes concernées apprennent ainsi à affronter l'abstinence dans le groupe, à respecter des règles ou à supporter leurs frustrations. Ces processus d'apprentissage se déroulent idéalement – bien que rarement dans la réalité – au sein de la famille ou dans le «groupe primaire». L'institution de thérapie doit dès lors être en mesure d'offrir à sa clientèle un milieu stimulant qui intègre et met en pratique les principaux critères du groupe primaire. Ces prestations de base complètes de la réinsertion des toxicodépendants justifient un tarif de base correspondant. Or, comme la socialisation se fait non seulement dans le groupe primaire mais aussi dans les domaines travail, formation et loisirs, il faut également pouvoir disposer d'offres qualifiées dans ces domaines.

La forme et l'ampleur de l'offre résidentielle déterminent le profil des prestations et les coûts complets d'une institution. Autrement dit, quand l'institution propose en plus du remplacement du groupe primaire des offres complètes et bien structurées dans les domaines formation, travail ou loisirs, elles encourent des frais supplémentaires qui justifient un tarif plus élevé.

La systématique FiDé distingue trois intensités d'offre: les prestations uniques (offre ponctuelle), les unités de prestations (plusieurs prestations uniques clairement délimitées) et les domaines de prestations (toutes les exigences d'un champ de socialisation sont remplies en comparaison avec la vie «normale» en tenant compte des la cunes concrètes des client/es).
Le contrôle de la qualité des prestations a lieu dans le cadre de la certification périodique du système de management de la qualité QuaThéDA conçu spécifiquement pour les institutions de thérapie résidentielle des dépendances.

Le choix du traitement approprié contribue pour beaucoup au succès d'une thérapie. Il s'agit en effet de trouver l'institution qui répond le mieux aux besoins individuels de prise en charge des personnes concernées. C'est-à-dire qu'en cas de déficits dans la formation, il faudra rechercher un placement qui offre des prestations complémentaires dans le domaine de la formation en plus de l'offre spécifique au groupe primaire qui est obligatoire pour toutes les institutions.
La durée du traitement doit elle aussi être fixée au cas par cas. Il ne s'agit donc pas de définir avant le placement un plan de traitement déterminé mais d'établir un plan de traitement individuel sur la base de l'anamnèse et de le vérifier périodiquement pour voir si la durée, le type et l'intensité du traitement choisi sont toujours adaptés.
L'application systématique des principes FiDé se traduira à l'avenir par un meilleur aperçu de l'offre de thérapies résidentielles des dépendances et par des instruments de contrôle appropriés.

Une plus grande sécurité en matière de placement ainsi qu'une fourniture optimale de prestations entraîneront aussi un énorme potentiel d'améliorations des interventions professionnelles au niveau technique.

On peut dès lors s'attendre aussi à une plus grande transparence des coûts. L'utilisation systématique des principes FiDé devrait permettre d'atteindre les objectifs fixés: finis les investissements a posteriori; en lieu et place, financement actualisé des prestations, prix identique pour des prestations identiques, mêmes conditions pour les client/es en placement volontaire qu'en placement suite à une mesure pénale.

1.1 Repères visuels de localisation

Les attentes que suscite le Manuel (Guide) FiDé sont extrêmement diverses. Il doit donc remplir plusieurs fonctions, par exemple:

- Transmettre des informations fondamentales sur le système FiDé;
- Eclairer les hypothèses de base sélectionnées aux plans pratique et théorique;
- Expliquer les divers éléments du système et esquisser leurs interactions;
- Refléter le stade actuel de l'avancement des travaux;
- Offrir des exemples concrets de mesures à appliquer et de schémas à élaborer;
- Citer les décisions en suspens et la nécessité d'actions à entreprendre, de même que;

à ne pas oublier surtout

- Documenter la genèse du projet – le schéma proposé n'est que le résultat d'une longue série de décisions fruits de la collaboration de très nombreuses personnes.

D'où la nécessité de réunir des textes résultant de diverses phases – anciennes ou nouvelles – du projet: les solutions proposées aujourd'hui ne deviennent compréhensibles et applicables qu'à la lumière des objectifs fixés et des décisions de cap prises antérieurement.

Pour que vous puissiez vous y retrouver plus aisément, chères lectrices et chers lecteurs, nous avons doté les marges du texte de points de repère colorés.

En ouvrant le guide à un des onglets, vous pouvez vous référer à la légende des couleurs qui différencient les segments anciens des actuels et qui mettent en évidence les écrits officiels de responsables politiques.

Signification des marques colorées en marge du texte:

Encadré blanc:
Textes actuels et originaux extraits de l'organisation de projet FiDé

Encadré gris:
Textes préexistants tels les rapports de groupes de travail ou les communiqués de presse.

Encadré rouge:
Lettres originales de représentant(e)s des autorités

Signification des marques colorées
en marge du texte:

Encadré blanc:
Textes actuels et originaux extraits
de l'organisation de projet FiDé

Encadré gris:
Textes préexistants tels les rapports
de groupes de travail ou
les communiqués de presse.

Encadré rouge:
Lettres originales de représentant(e)s
des autorités

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Conscient de la place importante qu'occupe la thérapie résidentielle orientée vers l'abstinence dans la vaste gamme de l'aide suisse aux patients dépendants et suite à une modification des modalités appliquées par l'Office des assurances sociales (OFAS) qui a entraîné de graves difficultés financières dans de nombreuses institutions, le Conseil fédéral a donné mission en 1998 d'élaborer un système de financement qui, d'une part, conserve la diversité et les bons résultats actuels et, d'autre part, favorise la transparence et une rétribution axée sur les prestations. En nous fondant sur les résultats obtenus par les chercheurs et l'expérience acquise en pratique sur le terrain, nous avons pu formuler quatre grands ensembles de thèmes à traiter. Un groupe de coordination a été créé en collaboration avec la Confédération et les cantons. Les résultats des travaux préliminaires effectués par quatre groupes de travail «Aide financière», «Modèle de financement», «Recensement des prestations» et «Planification de l'offre» (voir également à ce sujet «Organigramme FiDé», chap. 2.10.1.) lui ont été présentés en 1999.

Les rapports finaux des deux groupes de travail «Modèle de financement» et «Recensement des prestations» qui indiquent la voie à prendre pour le développement de FiDé sont reproduits en intégralité dans les chapitres 2.10.2 et 2.10.3.

En raison des constatations et des suggestions faites par ces groupes de travail, une procédure de consultation a été entamée au sujet des principes novateurs et originaux qui sous-tendent le nouveau modèle de financement. Cette procédure a pris fin en automne 1999.
Les développements ultérieurs ont confirmé dans une large mesure le vaste soutien qui se dessinait lors de la procédure de consultation de 1999.
Changer de système implique de passer du financement rétroactif avec garantie des déficits actuellement en vigueur au financement des prestations axé en temps réel. FiDé présente l'avantage de permettre le pilotage du modèle sur la base de critères techniques et non plus exclusivement d'après des considérations financières.

De 2000 à 2002, le mandat d'élaborer un système de financement axé sur les prestations et sur l'efficacité, transparent et valable pour les dépendances à l'alcool et aux drogues, a été poursuivi:
Tout d'abord, distinction a été faite entre les institutions qui sont des substituts du cadre de vie et celles qui ne le sont pas, le traitement de cette deuxième catégorie étant suspendu. Ensuite, les prestations fournies dans un cadre institutionnel ont été recensées et classées en diverses catégories.
L'étape suivante a consisté à recenser les coûts effectifs (coûts complets) et à les transposer dans des projets de tarifs selon un système unifié – en relation avec les catégories de prestations préalablement définies.
Calculer les tarifs sur la base des valeurs moyennes pondérées en fonction du nombre de clients a permis d'atténuer de prime abord le risque d'une augmentation générale des coûts.
Du fait même de la réduction des contributions des assurances sociales, il est évident qu'il n'est pas possible de parvenir à une neutralité des coûts voire à une baisse pour tous les organes de financement impliqués.

2.1 Décision DFI – OFSP – OFAS du 8 juillet 1998 Mandat global de financement des thérapies des dépendances

Le cadre formel dans lequel devaient s'effectuer les travaux relatifs au projet a été défini dans un mandat global confié par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et les deux offices fédéraux concernés l'OFSP et l'OFAS.
Des mesures et objectifs à court, moyen ou long terme ont alors également été formulés.

2.1.1 Mesures à court terme

1 Au sens d'une task force, le DFI constitue un *groupe de coordination (GC FiDé).*

Mandat à court terme: Dans les cas exceptionnels, ce groupe procède à des interventions en cas de crise en vue d'assainir des institutions de thérapies résidentielles des dépendances méritant d'être sauvegardées qui se trouvent confrontées à des difficultés de financement et de liquidités par suite de la modification des pratiques de l'OFAS en matière de financement dans le domaine des subsides aux collectivités, au sens de l'art. 73 LAI.

Mandat à moyen terme: Le groupe élabore des modèles de financement complets, répondant aux besoins.

Le groupe est placé sous la direction de l'OFSP et se compose de représentant(e)s de cet office, de l'office des assurances sociales, des cantons, de COSTE et d'institutions de thérapies résidentielles.

2 Le DFI demande un *crédit supplémentaire* (crédit transitoire) pour 1998 de 3 millions de francs pour l'OFSP ainsi qu'une augmentation correspondante du budget de 15 millions de francs pour l'année 1999 afin de pouvoir aider les institutions de thérapies résidentielles qui se trouvent en difficulté à surmonter leurs crises aiguës de manque de liquidités en 1998 et 1999.

3 L'OFAS ne décomptera avant la moitié de l'année 1999 les demandes pour l'année 1997 qu'à la demande expresse des institutions, de sorte que les *acomptes* qui ont déjà été versés et qui pourraient être trop élevés pourront être conservés plus longtemps.

4 Toutes les *expertises* ainsi que le *rapport de synthèse* seront mis à disposition sur demande.

5 Organisation d'une formation/sensibilisation des médecins et des institutions de thérapie/réadaptation au sujet des diagnostics, des dommages à la santé et de l'incapacité de travail établie ou imminente.

6 La responsable du DFI informe le 16 octobre 1998 la *Conférence des directeurs des services sociaux* des activités du groupe de coordination dans le domaine de l'intervention en cas de crises. En collaboration avec les représentant(e)s des cantons, elle donne au groupe de coordination le mandat d'élaborer des modèles de financement à long terme répondant aux besoins. La composition, le mandat et les délais sont approuvés.

2.1.2 Mesures à moyen terme

7. Etablir *une vue d'ensemble des décisions de l'OFAS concernant les certificats médicaux.*

8. Etablir *une vue d'ensemble du financement des institutions de thérapie résidentielle* (drogues et alcool) dans les années 1995 et 1996.

9. Etablir un récapitulatif des prestations de thérapie/réhabilitation fournies par la totalité des institutions.

10. Au printemps 1999, faire soumettre par le groupe de coordination aux cantons et institutions qui participent aux travaux un *document présentant les options* relatives au financement des thérapies résidentielles dans le domaine des dépendances.

11. Préparer un *dossier à l'attention de la Commission fédérale des prestations* proposant l'enregistrement en tant que prestations à la charge obligatoire de l'assurance-maladie de (certaines) prestations de thérapie et de réinsertion.

2.2 Groupe de coordination «Financement de la thérapie des dépendances» (GC FiDé)

2.2.1 Mandats et tâches principales

- Distribuer des mandats spécifiques aux groupes de travail (GT).
- Prendre connaissance des travaux et données élaborés par les GT.
- Décider du modèle de financement qui sera présenté pour approbation aux conférences intercantonales (au plus tard en mai/juin 1999).
- Défendre le nouveau modèle de financement auprès des conférences intercantonales et contribuer à son acceptation.
- Assurer, avec l'OFAS et l'OFSP, la communication avec les partenaires importants et le grand public.
- Suivre selon les besoins les travaux des GT.

2.3 Groupe de travail «Contributions financières» (GT FiHi)

2.3.1 Mandats et tâches principales

- Dresser rapidement une liste générale des institutions qui se trouvent dans une impasse financière menaçant leur existence en 1998 et 99.
- Etablir un catalogue des critères que doivent remplir les institutions pour obtenir une contribution transitoire.
- Evaluer les demandes de contributions transitoires sur la base des dossiers et éventuellement des demandes d'éclaircissements supplémentaires (évent. sous forme de mandats externes), en vérifiant si toutes les sources de financement existantes ont été épuisées et si l'institution fait la preuve de ses besoins et de sa qualité.
- Déposer les propositions de contributions transitoires pour institutions en danger auprès de l'OFSP.
- Informer le GC FiDé de l'état de ses travaux.
- Assurer l'échange d'information avec les autres groupes de travail.

2.4 Groupe de travail «Modèle de financement 2000/ss» (GT FiMo)

2.4.1 Mandats et tâches principales

- Rassembler les données relatives au financement actuel des institutions thérapeutiques ou définir le mandat pour une enquête à ce sujet.
- Dresser un tableau des sources de financement actuelles et potentielles à l'avenir pour les institutions.
- Dresser un tableau des modèles existants de financements intercantonaux (concordats) dans des domaines similaires ou comparables.
- Elaborer un ou des modèles de financements intercantonaux, réalisables à partir du 1.1.2000, pour des institutions du domaine des dépendances, destiné(s) au GC FiDé.
- Informer le GC FiDé de l'état de ses travaux.
- Assurer l'échange d'information avec les autres groupes de travail.

2.5 Groupe de travail «Recensement des prestations» (GT LE)

2.5.1 Mandats et tâches principales

- Dresser un tableau des prestations qui sont offertes aux patients dans les institutions spécialisées dans les thérapies des dépendances (évent. mandat externe).
- Dresser un catalogue des prestations minimales obligatoires à offrir dans le cadre d'une thérapie (normes minimales de qualité).
- Présenter au GT «Modèles de financement dès l'an 2000 ss» des propositions pour le financement des prestations obligatoires mentionnées ci-dessus.
- Informer le GC FiDé de l'état de ses travaux.
- Assurer l'échange d'informations avec les autres groupes de travail.

2.6 Groupe de travail «Planification de l'offre» (GT AP)

2.6.1 Mandats et tâches principales

- Vérifier et modifier les données existantes et disponibles relatives aux besoins actuels et futurs en places de thérapie résidentielle (évent. mandat pour une enquête sur l'offre actuelle de places).
- Prendre connaissance de l'évaluation grossière des institutions existantes en matière de qualité de l'offre et de son importance pour le pilier Thérapie.
- Elaborer et soumettre des propositions pour le développement de l'offre en matière de places de thérapie pour les années 2000 et suivantes.
- Informer le GC FiDé de l'état de ses travaux.
- Assurer l'échange d'informations avec les autres groupes de travail.

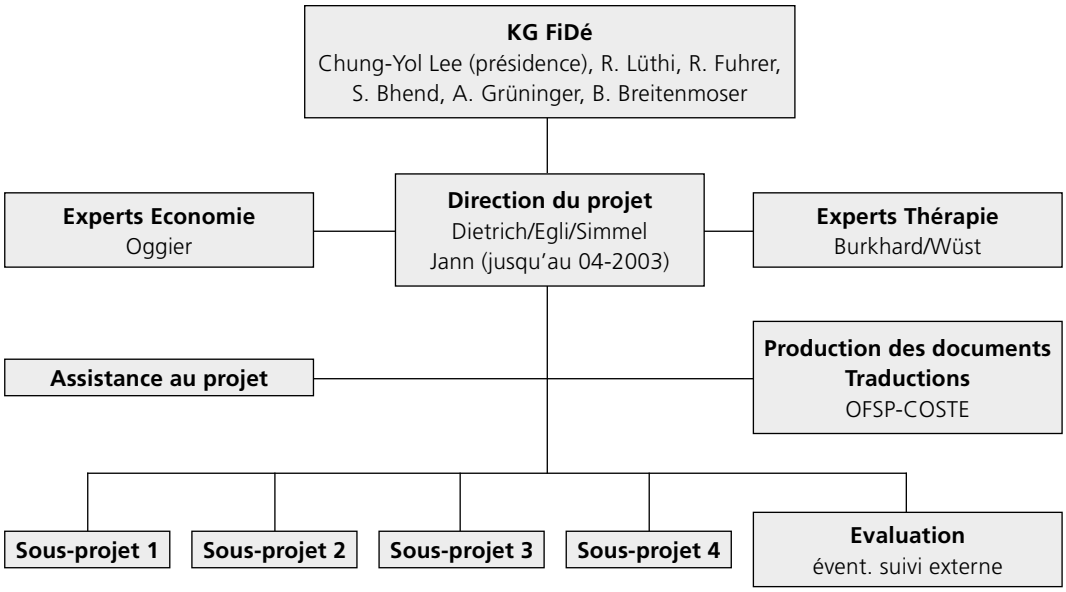
2.7 L'organisation FiDé

Dans le cadre de l'organisation de projet FiDé, c'est le groupe de coordination FiDé (GC FiDé), dans lequel siègent des représentant(e)s de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) et de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
L'organisation et la direction du groupe sont du ressort de l'Office fédéral de la santé publique.

Les travaux opérationnels sont situés au niveau de la direction du projet. Outre des représentant(e)s de l'OFSP et de COSTE, des experts appartenant à l'économie de la santé publique et aux thérapies résidentielles des dépendances sont impliqués dans les travaux.

Le développement du contenu des divers domaines thématiques a été et sera abordé dans divers groupes de travail et sous-projets à mesure que des points essentiels seront abordés au fil du projet; en règle générale, appel est fait à des spécialistes et des personnalités assumant des responsabilités dans les différents cantons participant aux travaux.

2.7.1 Organigramme, état mars 2003



2.7.2 Les principes de financement du GT FiMo

Composition du groupe de travail

Direction:	Monsieur R. Gerber, canton BE
Membres:	Monsieur J.-L. Baierlé, médecin cantonal JU
	Monsieur P. Burkhard, Verein Art. 74
	Monsieur S. Darioli, canton VS et GRASS
	Monsieur M. Ferrari, canton TI
	Monsieur E. Götschmann, expert en droit des budgets, AFF
	Monsieur H.-P. Häring, SDSS-VCRD
	Monsieur Ph. Lehmann, OFSP
	Monsieur B. Nussbaumer, CRIAD
	Monsieur R. Rohrbach, expert en assurances sociales
	Madame R. Ruder, CSIAS
	Monsieur U. Simmel, COSTE
	Monsieur A. Stoppa, canton ZH
	Madame D. Zeltner Kamber, OFAS
	Monsieur E. Zürcher, CDAS
Expert:	Monsieur W. Oggier, économiste en santé publique
Spécialiste:	Madame B. Lindenmann, OFSP

Mandat confié au GT FiMo

Le GT FiMo a été informé des attentes de la Confédération (cf. les décisions du Conseil fédéral sur la demande de crédit supplémentaire de l'OFSP: «Mesures transitoires pour thérapies des dépendances» du 14 septembre 1998 et du 24 mars 1999 et les prises de position du DFI/de Madame la conseillère fédérale Ruth Dreifuss à propos des rapports du DFF) qui souhaitait que la réduction des contributions de l'AI soit compensée à moyen terme par les cantons, les communes et les institutions elles-mêmes. Le Conseil fédéral estimait qu'il ne fallait pas qu'une nouvelle pratique en matière de subventionnement s'instaure et que la Confédération entendait à partir de l'an 2000, avec le nouveau modèle de financement, ne plus verser de subvention en compensation de la suppression des prestations de l'AI. Les mandats confiés au groupe de travail ont été évoqués précédemment (cf. chapitre 2.1. ss).

Recommandations du GT FiMo

Les membres du GT FiMo ont décidé à l'unanimité de formuler les demandes suivantes à l'attention du GC FiDé:

1. Le nouveau modèle de financement doit être basé sur le système des forfaits pour champs d'intervention qui est applicable au domaine des dépendances aux substances légales et illégales.

2. Le nouveau système de financement doit être complété par des mesures d'assurance de la qualité. Dans ce but, il conviendrait de fixer des normes minimales relatives à la qualité en matière de structure, de processus et de résultats valables pour toute la Suisse.

3. La répartition des coûts est une décision politique. Le GC FiDé doit décider, en se fondant sur les modèles de financement proposés, celui ou ceux qui seront soumis à la procédure de consultation.

4. En ce qui concerne sa mise en œuvre, le modèle des forfaits pour champs d'intervention doit absolument être testé dans le cadre de projets pilotes.

5. Selon ce que décideront les instances compétentes, le modèle pourra être réalisé dans le courant de l'année 2000, au plus tôt. C'est pourquoi il faut dès maintenant planifier et réaliser des mesures transitoires pour la phase allant jusqu'à l'entrée en vigueur du modèle de financement.

6. La collaboration entre les cantons doit s'effectuer par le biais de la Convention intercantonale sur les institutions. C'est la raison pour laquelle il faudra lui ajouter un complément dans le cadre de la révision actuellement en cours. Il faut donc informer aussi vite que possible les Conférences des directeurs des résultats du GT FiMo afin que cette nouvelle partie soit intégrée aussi vite que possible dans le cadre des travaux actuellement en cours.

Résumées ici brièvement, ces requêtes découlent des discussions intensives qui ont eu lieu lors des séances du groupe de travail. Afin de donner une vue d'ensemble des autres décisions d'importance décisive pour les autres travaux du GT FiMo, des parties essentielles de son rapport final du 14 juin 1999 sont citées plus loin.

Domaines voisins

Le GT FiMo a essayé, dans la mesure du possible, de tenir compte dans ses réflexions des projets et développements voisins, par exemple:

Réforme de la péréquation financière (RPT)

Le rapport de mise en consultation de la nouvelle péréquation financière paraîtra en mai 1999 et le message en 2001 seulement. Les votations populaires obligatoires auront vraisemblablement lieu en 2002. La nouvelle péréquation financière déploiera donc ses effets en 2004 au plus tôt.
Le groupe de travail a pris connaissance des travaux sur la péréquation financière et s'est fait tenir au courant de l'évolution de la situation. On ne sait pas encore quelles conclusions politiques seront tirées de la procédure de consultation, le groupe de travail essaie par conséquent de développer des projets de modèles de financement en se basant sur la situation qui règne actuellement et ne peut pas, par conséquent, tenir compte de la nouvelle péréquation financière alors qu'il le faudrait. Les propositions qu'elle renferme au sujet de la collaboration obligatoire entre les cantons (contrat modèle) devront être prises en compte dans le cadre de la convention sur les institutions.

Révision de la loi sur les stupéfiants

La révision de la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup, RS 812.121) est en préparation et devrait être mise en consultation en juin 1999. Le message du Conseil fédéral sera vraisemblablement présenté au printemps 2000. Les démarches ultérieures dépendront du calendrier parlementaire.
Les conséquences de la révision de la LStup dans le domaine des thérapies des dépendances et de la réadaptation étant actuellement encore peu claires, elles ne peuvent être prises en considération que pour les amorces de solutions à long terme dans le cadre des travaux de développement du nouveau modèle de financement.

2.7.3 Elaboration de nouveaux modèles de financement débordant les limites cantonales

Objectif

La thérapie résidentielle des personnes dépendantes de l'alcool et des substances psychotropes doit reposer sur une base financière solide à long terme. Il faut inventer des modèles de financement solides qui garantissent une offre thérapeutique de qualité élevée et adaptée aux besoins. La Confédération, les cantons et les assurances sociales doivent assumer une partie appropriée des coûts. Il faut que les nouveaux modèles de financement puissent être mis en pratique aussi vite que possible et que les partenaires associés au financement, c'est-à-dire la Confédération, les cantons et les institutions puissent les accepter. Il faut veiller à ce que la structure de ces modèles ne rebute pas le patient, en rendant inutilement difficile la mise en œuvre de sa décision et en l'incitant à la différer.

Evaluation de la situation actuelle

Du point de vue de l'économie de la santé publique, le système actuel peut être évalué de la manière suivante:

- La garantie des déficits est un système périmé car il freine plus qu'il n'encourage les efforts de recherche d'efficacité et d'efficience.
- Il n'est absolument pas axé sur la pertinence des soins[1] car il ne fournit pas d'informations, entre autres, sur les besoins et un pilotage de l'offre répondant aux besoins.
- Il renferme, en partie du moins, des incitations à l'augmentation quantitative. Plus on en fait, et plus il est possible de facturer de forfaits journaliers.
- Il renferme le danger d'une baisse de la qualité par suite de la minimisation des coûts. La décision de placer une personne dépendante de la drogue est de la compétence, essentiellement, de la commune. On peut au moins se demander si les petites communes, en particulier, qui sont plus rarement confrontées à ces problèmes, disposent de suffisamment d'informations sur les institutions pour pouvoir établir une comparaison entre les prix et les prestations.
- Le système actuel de financement est peu transparent. Les organes payeurs ont des objectifs et des standards de qualité dont certains divergents. Les systèmes de décompte différents selon les catégories de toxicodépendants et les dédommagements en partie différents alors que les gammes de prestations sont approximativement les mêmes pourraient augmenter les charges administratives tant pour les institutions concernées que pour les services administratifs officiels.
- Comme les comparaisons entre les prix et les prestations ne sont guère possibles, on ne peut pas exclure des contradictions entre les objectifs thérapeutiques et les incitations financières sortant du système.

1 Une orientation plus marquée vers les prestations a pour but de mieux indemniser les institutions qui fournissent plus. Il en résulte un risque d'augmentation inutile des quantités. Une orientation plus marquée vers la pertinence des soins fait du traitement optimal le point central des activités. Dans ce cas, c'est la Best Practice qui est mieux rémunérée, par contre l'excès de soins de même que leur insuffisance est moins bien rémunérée.

- Il ne faut pas considérer la pression des coûts actuelle comme étant absolument négative, elle encourage les processus d'adaptation et autorise à s'interroger sur les ‚droits acquis' et les structures routinières. Quant à savoir si elle entraînera rapidement des répercussions favorables, tout dépend dans une large mesure de la réalisation d'un modèle de financement capable de donner des incitations positives. Quant à ce qu'il faut entendre par incitations positives du système, il faut les définir à l'aide de critères dans le cadre du processus politique de prise de décisions ou, le cas échéant, demander à un groupe d'experts de les définir.

2.7.4 Critères auxquels un nouveau modèle de financement doit satisfaire

Prescriptions du groupe de coordination FiDé

Le 9 octobre 1998, lors de sa première séance, le groupe de coordination «Financement des thérapies des dépendances» (GC FiDé) s'est mis d'accord sur les critères suivants qui devaient servir de directives au groupe de travail FiMo pour l'élaboration d'un modèle de financement:
- Pas de charges supplémentaires pour les cantons
- Pas d'invalidation supplémentaire des personnes toxicodépendantes
- Pas de financement d'une offre pléthorique en places de thérapie
- Nécessité de contrôler la qualité et d'élaborer les critères à ce sujet
- Nécessité d'une structuration des prix/tarifs
- Compensation intercantonale à rendre possible sous la forme d'une convention
- Participation de la Confédération à prévoir de la Confédération
- Pas d'élargissement du catalogue de prestations de l'assurance-maladie

Il faut également tenir compte de la décision prise par le Conseil fédéral le 24 mars 1999, selon laquelle la Confédération entend, avec le nouveau modèle de financement, ne plus verser de prestations de remplacement pour compenser la suppression des prestations de l'AI.

Autres critères par rapport auxquels il convient d'évaluer tout nouveau modèle de financement:
- Orientation vers la pertinence des soins/orientation vers les prestations
- Incitations à l'efficacité et l'efficience
- Pas d'augmentation des quantités
- Charges administratives aussi faibles que possibles
- Faisabilité
- Encouragement d'une coopération intercantonale, d'une planification de l'offre et d'un placement supracantonaux
- Egalité de traitement entre les thérapies des dépendances à l'alcool et aux drogues, entre intervention précoce et traitement des dépendances chroniques, entre thérapie volontaire et exécution de mesures.

2.7.5 Intégration de nouveaux modèles de financement dans un système global

La mesure dans laquelle de nouveaux modèles de financement pourront déployer tous leurs effets dépend essentiellement du système global dans lequel ils seront insérés. Les explications qui précèdent permettent de déduire les principes suivants:
- Conformément à l'art. 39 al. 1 LAMal, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution en milieu hospitalier de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis à l'assurance de base lorsqu'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière appropriée. De plus ils doivent figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. Vu l'absence d'informations dans le domaine des institutions de thérapie non dirigées par des médecins, l'élément primordial devrait être au moins durant la phase initiale la planification axée sur l'input et donc une planification du nombre de lits, du personnel, des aménagements, etc. Une planification axée sur l'output serait actuellement susceptible d'échouer, non seulement à cause

du manque de données mais aussi du fait que la consommation de stupéfiants et le potentiel de dépendance qui lui est lié se déroulent dans l'illégalité.
- Il faut définir des normes de qualité que les établissements devront observer strictement et qui inclueront des données non seulement sur la qualité des structures et des processus mais aussi sur celle des résultats.
- Les mêmes prestations devraient en principe être rétribuées selon les mêmes tarifs.
- Dans la mesure du possible, il faut prendre en compte des éléments de compétitivité dans le cadre de la conclusion de conventions portant sur les prestations.
- Le controlling des contrats de prestations conclues avec les différents établissements revêt une importance particulière. Il faut prévoir en particulier des mécanismes de sanctions allant jusqu'à la dénonciation de la convention en cas de non-respect des clauses et appliquer les mêmes règles et principes aux différents fournisseurs de prestations.

En ce qui concerne la planification de l'offre, il existe deux attitudes différentes:
- Dans le domaine de la santé, l'économie de marché s'est avérée favoriser l'explosion des coûts plutôt que leur baisse. C'est pourquoi les experts sont d'avis qu'il peut être judicieux, dans le domaine aussi des thérapies des dépendances, de planifier une fourniture des soins conforme aux besoins et de dresser des listes basées sur ce critère récapitulant les fournisseurs de prestations habilités, dûment classés dans les différentes catégories en fonction des mandats de prestations.
- Dans sa prise de position, par contre, le groupe de travail «Planification de l'offre» note que les offres ne peuvent être planifiées avec pertinence que si les besoins actuels et futurs sont connus. Ceux-ci dépendent de la manière dont évoluera la société, ils peuvent se modifier brusquement et les déterminer nécessite beaucoup d'efforts. En matière de besoins, les institutions doivent réagir rapidement et de manière souple aux évolutions que connaît la société.

Il résulte de la discussion au sein du groupe de travail FiMo qu'une planification, en raison des énormes fluctuations en matière de besoins n'est guère réalisable mais que, néanmoins, il serait judicieux de procéder à diverses enquêtes et de définir certaines prescriptions. Ces démarches pourraient être effectuées par exemple lors de l'inscription des institutions dans une liste de la CDAS, associée à un taux d'occupation prescrit et à l'observation de certains critères de qualité. Le canton de domicile de l'établissement assume alors la responsabilité en matière de qualité et prescrit le nombre de places à prévoir et le taux d'occupation minimum en se fondant sur la situation actuelle. Les prescriptions de l'OFAS sont également à observer.

2.7.6 Caractéristiques communes aux futurs modèles de financement

Les modèles à présenter en détail devront tous présenter les caractéristiques suivantes:
- Préférence devra être accordée à ceux qui axent leur activité sur le principe de la pertinence des soins. Lorsque l'activité est axée sur les prestations, la tendance est malgré tout à une augmentation de la quantité car la rétribution est plus élevée lorsque le nombre de prestations fournies est plus élevé.
- Les prestations convenues correspondent à des forfaits fixés à l'avance (système de rémunération prospectif).
- Tous les frais d'exploitation ainsi que les coûts d'amortissement pour les investissements incombant au fournisseur de prestations sont alors réputés acquittés (système de compensation moniste).
- Dans les conventions de prestations passées avec les fournisseurs, il faut définir les prestations à fournir (produits) et leur rétribution (prix), les exigences en matière de qualité (qualité des structures, des processus et du résultat), la quantité des prestations, le reporting et la durée de la convention.
- Aucune institution n'a droit, fondamentalement, à la couverture intégrale des coûts. Les institutions travaillant selon les principes d'efficacité et d'efficience doivent cependant pouvoir obtenir comme par le passé et compte tenu des structures de l'offre et de la demande des rétributions qui couvrent au moins leurs frais.
- Indépendamment du nouveau mécanisme de financement qui sera choisi, il faut veiller à éviter tout report des coûts sur la Confédération, les cantons et les assureurs-maladie et définir en conséquence les modalités de répartition des coûts.
- Le nouveau mécanisme de financement sera ancré dans la Convention intercantonale sur les institutions en tant que complément relatif aux institutions de thérapie des dépendances.

2.7.7 Modèles dont l'étude est à continuer

Le système de la garantie des déficits ne sera pas continué car il freine l'efficacité et l'efficience.
De même, le financement par le sujet, et donc la couverture intégrale des coûts par les clients des institutions concernées, n'est guère réaliste. Ces personnes ont souvent un statut social fragile et ne disposent pas, en général, des moyens financiers leur permettant de se procurer elles-mêmes les prestations. Un subventionnement ciblé des personnes de condition modeste se heurterait à des problèmes d'ordre pratique. Pour les personnes sans adresse, il est peu clair, par exemple, de déterminer à qui la subvention devrait être versée. Par ailleurs, un tel système empêcherait les patients de se soumettre à une thérapie résidentielle des dépendances s'ils devaient en assumer eux-mêmes intégralement les frais. On dresserait d'emblée un obstacle qui provoquerait des coûts supplémentaires pour la société en abandonnant plus longtemps les personnes à leur dépendance pour des motifs d'ordre financier.
Pour les considérations suivantes, le financement objectif (c'est-à-dire que les contributions sont versées directement aux institutions) est retenu, les éléments suivants devant toutefois être expliqués plus en détail:

- Forfaits journaliers
- Forfaits par division
- Forfaits par cas

Forfaits journaliers dégressifs

Dans le cadre du système des forfaits journaliers que l'on applique dans de nombreux endroits, il est possible de tenir compte des différentes phases du traitement en appliquant un barème dégressif. Selon les phases, les charges financières varient en règle générale selon les différentes exigences professionnelles et en fonction de l'intensité du suivi. La formule prévoyant des forfaits journaliers d'un montant égal pendant toute la durée du traitement ne tient pas compte de cette évolution des coûts et inciterait plutôt à conserver les client(e)s le plus longtemps possible dans les institutions du fait que, les autres conditions-cadres demeurant les mêmes, le taux de couverture des coûts s'élève en général à mesure que la durée du séjour augmente. La solution que représentent les forfaits journaliers dégressifs essaie d'atténuer autant que possible cette tendance, le barème étant conçu pour ne pas inciter à une augmentation quantitative par le biais d'une prolongation de la durée du séjour.
Les institutions pouvant se caractériser par des évolutions des coûts différentes, l'objectif d'une égalité de traitement des établissements semble ne pouvoir être atteint que si l'échelonnement est fixé individuellement pour chaque institution.
Il est possible de combiner les forfaits journaliers dégressifs avec un système de budget global. Une limite supérieure des coûts sera définie en fixant non seulement la durée maximale mais aussi les forfaits journaliers maximums et le nombre maximum des personnes à soigner dans une institution pendant une période donnée.

Forfaits par division (= forfait par champ d'intervention)

Par rapport aux forfaits journaliers dégressifs, les forfaits par division visent à limiter la tendance à augmenter les quantités. En effet, ils sont basés sur les diverses divisions dans lesquelles les diverses prestations sont fournies aux clientes et clients et non sur les journées passées dans l'institution.
Contrairement aux forfaits journaliers dégressifs, les forfaits par division ne doivent pas être basés sur les coûts effectifs des différentes institutions, mais peuvent être fixés sur la base de coûts normalisés définis à l'avance. Par conséquent, toutes les institutions bénéficient du même tarif pour le traitement donné dans une division définie répondant à certains critères de qualité prescrits. L'intention est ici d'inciter les institutions à être davantage à l'affût des augmentations d'efficacité et d'efficience.
Les forfaits par division sont à déterminer sur la base d'une facturation par centre de coûts unitaire pour toutes les institutions et d'un taux d'occupation minimal exprimé en pour cent.
Afin d'éviter le risque de sélection, il faut prévoir des mesures d'assurance qualité et les mettre en oeuvre.
Dans le cadre des discussions avec les divers représentant(e)s du GT «Recensement des prestations», le terme de «forfaits par division» surtout utilisé dans les hôpitaux a souvent prêté à confusion. C'est pourquoi on utilisera désormais à sa place le terme de forfaits pour champ d'intervention, car il met moins l'accent sur le séjour dans une division.

Forfaits par cas

Avec les forfaits par cas, un tarif en fonction du diagnostic est convenu par personne à traiter et couvre tous les frais. Afin de promouvoir la collaboration entre les institutions, le forfait peut également être intégralement versé à l'établissement auquel le patient a été confié même s'il n'offre pas l'intégralité des prestations nécessitées par le diagnostic posé mais garantit leur fourniture dans le cadre des coopérations qu'il entretient avec d'autres institutions et en apporte la preuve à l'organe payeur. La première institution de thérapie finance alors les charges de ses partenaires thérapeutiques en leur reversant une partie des forfaits qu'elle reçoit pour le patient. De leur côté, ces partenaires ne reçoivent aucune contribution des organes qui, usuellement, se chargent des paiements.
Les forfaits par cas peuvent être fixés de manière prospective et de la même manière pour toutes les institutions, comme les forfaits par champ d'intervention, afin d'inciter plus fortement les institutions à augmenter leur efficacité et leur efficience.
Les forfaits par cas sont fondés sur une facture unifiée pour toutes les institutions adressée à l'organe payeur et sur un taux d'occupation minimal exprimé en pour cent.
Afin d'éviter le risque de sélection, des mesures appropriées d'assurance qualité doivent être prises et mises en oeuvre.

2.7.8 Evaluation des différents modèles

Les forfaits par cas devraient être ceux qui répondent le mieux aux besoins des clientes et clients. Ils recèlent toutefois divers dangers. D'une part ils incitent à une augmentation quantitative et à une sélection des risques et, d'autre part, ils ne semblent pas être réalisables dans les conditions qui règnent en Suisse et dans le cadre des marges de manœuvre financières à disposition et des délais prévus. Il faut en effet s'attendre à des frais administratifs élevés pour introduire un tel système.

Dans le cadre des trois instruments décrits en détail, les forfaits journaliers dégressifs semblent être le système qui incite le moins aux augmentations d'efficacité et d'efficience, les incitations ne peuvent être concrétisées que si l'échelonnement de la dégression concorde assez exactement avec l'évolution des coûts pour chaque institution. Indépendamment du fait que les données nécessaires ne sont guère disponibles pour l'instant car les institutions, pour la plupart d'entre elles, n'effectuent pas de calcul global des coûts, elles n'auraient aucun intérêt à divulguer leur structure des coûts si elles la connaissaient car elles savent que les informations qu'elles fourniraient seraient utilisées pour fixer leur rémunération. Elles auront donc intérêt à indiquer un cours des coûts plus favorable pour elles que celui qui est effectif. Dans ces conditions, les forfaits journaliers dégressifs ne pourraient avoir l'effet prévu. Il faudrait craindre au contraire que la tendance à prolonger les durées de séjour subsiste.

Les forfaits par champ d'intervention semblent donc une voie médiane praticable. Cette solution devrait d'ailleurs entraîner des frais administratifs nettement moins élevés que l'introduction des forfaits par cas. Pour concrétiser ce système de rémunération, il sera décisif de réussir à définir clairement les champs d'intervention avec un degré de différenciation approprié. C'est ce que nous tenterons de faire dans le chapitre suivant.

Si, dans le cadre des projets-pilotes, les forfaits par champ d'intervention basés sur une grille de 36 cases se révèlent non transposables en pratique, il faudrait, le cas échéant, essayer de grouper différemment les cases par catégorie de jours de traitement.

Evaluation

A l'heure actuelle, il est extrêmement difficile d'évaluer de manière fiable les variantes présentées car on ne connaît ni les rapports concrets prix-prestations des différents champs d'intervention, ni les instruments de guidage pour la planification des besoins et l'établissement du budget global choisis par les acteurs politiques. C'est pourquoi nous nous contenterons de fournir quelques explications d'intérêt général.

Il faut souligner, en tout cas, que seul un nouveau modèle de financement sera à même d'apporter une solution durable à la problématique du financement. Il faudrait craindre, sinon, des lacunes de

couverture chez certaines catégories de clientèle ou l'impossibilité de générer des effets – du moins de l'ampleur envisageable – dans le domaine de la pertinence des soins et de la baisse des coûts. Simultanément, il faut de nouveau rappeler que la solution des problèmes de financement ne doit en aucun cas être synonyme de garantie d'existence pour les institutions.

Une première appréciation portée sur les divers modèles à partir des critères formulés par le GC FiDé peut être représentée schématiquement ainsi:

	Règlement AI	Modifications LAI	Part plus importante de la Confédération	Part plus importante des cantons	Part plus importante de la Confédération et des cantons	Couplage avec révision de la LStup	Commentaire
Pas de charge supplémentaire pour les cantons	PI	R	R	NR	NR	R	On suppose que le nouveau système de financement ne permettra pas de compenser le surcroît de dépenses par un changement de comportement des acteurs.
Pas d'invalidité supplémentaire au sens du versement d'une rente	PI	PI	PI	PI	PI	PI	PI: On ne peut pas exclure que certains acteurs tenteront de se comporter autrement que souhaite.
Pas de financement d'offre supplémentaire	R	R	R	R	R	R	On suppose que les forfaits pour champs d'intervention seront fixés au niveau correspondant dans le cadre d'un processus de décision politique.
Contrôle de la qualité	R	R	R	R	R	R	
Structure des prix/tarifs	R	R	R	R	R	R	
Participation de la Confédération	R	R	R	R	R	R	Les participations directes et indirectes de la Confédération seront prises en considération.
Pas d'extension de l'assurance-maladie	R	R	R	R	R	R	
Orientation soins/prestations	R	R	R	R	R	R	
Incitations à l'efficacité et à l'efficience	R	R	R	R	R	R	
Pas d'accroissement	R	R	R	R	R	R	Le système d'assurance qualité évoqué précédemment est une condition (et surtout un reporting complet).
Possibilité de charges administratives moins élevées	NR	NR	PI	PI	NR	NR	
Faisabilité	R	NR	NR	R	NR	NR	Faisabilité en 2000.
Encouragement de la coopération intercantonale	NR	NR	PI	PI	NR	NR	

Légende: R: Condition remplie
PI: Impossible de fournir des indications
NR: Condition non remplie

Le tableau montre qu'indépendamment de la répartition des coûts choisie, la plupart des critères peuvent être remplis. Toutes les solutions envisagées se caractérisent par des avantages et des inconvénients. Il convient de souligner à nouveau ici qu'il n'existe pas de solution optimale en matière de répartition des coûts, comme le montrent les considérations complémentaires suivantes:

- Se limiter à un système purement axé sur l'AI sans engagement de la Confédération dans les cas ne relevant pas de l'AI épargnerait un surcroît de dépenses à la Confédération. Par contre la solution qui serait ainsi réalisée concernerait uniquement les personnes dépendantes qui sont handicapées ou qui risquent de le devenir. En fin de compte, les économies sur les coûts seraient minimes et les coûts reportés sur les échelons inférieurs.
- On peut argumenter de la même manière partout où aujourd'hui le canton ne s'engage pas. Dans les cas de ce genre, et si les conditions-cadres restent les mêmes, une charge supplémentaire peut être imposée aux communes en particulier. Elles devraient essayer de faire payer les proches conformément aux art. 328 et 329 CC.
- Les efforts en vue de créer une nouvelle base légale – que ce soit dans la LAI ou dans la loi sur les stupéfiants – devrait présenter l'avantage de la durabilité mais, en contrepartie nécessiter des

procédures de prise de décision relativement longues de sorte que les délais prescrits pourraient difficilement être tenus, à moins de recourir aux arrêtés urgents.
- Les solutions telles que la modification du Règlement sur l'AI et l'augmentation de la part prise en charge par le canton devraient être plus rapides à réaliser que toutes les autres variantes en discussion, mais, dans de cadre de la modification du règlement sur l'AI, il faudrait laisser en suspens la question portant sur l'éventuelle nécessité de considérer le risque de recours comme plus élevé.
- Il serait également envisageable d'opter pour la variante la moins lourde financièrement pour la Confédération et les cantons. Il faudrait alors retenir la variante avec dépénalisation de la consommation de stupéfiants et entamer les négociations préparatoires. La dépénalisation permet de faire des économies au niveau de la répression, dans le domaine de la police, de la justice, de l'exécution de peines et mesures. Ces économies pourraient servir, du moins en partie, au financement des thérapies résidentielles des dépendances.
- Lorsque l'analyse des problèmes révèle qu'ils sont si graves qu'il est indispensable de prendre des mesures dans les délais les plus brefs, il faut envisager en priorité de faire modifier le règlement sur l'assurance-invalidité par le Conseil fédéral, d'augmenter la part prise en charge par les cantons et, parallèlement, d'introduire un nouveau système de financement. Même si ces mesures ne permettent pas de résoudre tous les problèmes et qu'il subsistera vraisemblablement une lacune de couverture, c'est cette variante qui concorde le plus exactement avec le principe de Pareto (avec 20% d'efforts produire 80% des effets).

Suggestions relatives à la collaboration intercantonale

Lors de sa première séance du 9 octobre 1998, le GC FiDé estimait déjà à l'unanimité qu'un complément à la Convention intercantonale sur les institutions constituait la solution la plus pertinente du fait que ce document a déjà fait ses preuves, qu'il est actuellement en cours de révision et qu'il doit être complété par une partie spéciale relative aux institutions de thérapie des dépendances. En effet, créer une convention ou un concordat spécial pour le secteur des institutions spécialisées dans les dépendances semble peu pertinent objectivement et ne pas offrir beaucoup de perspectives sur le plan politique. C'est pour ces raisons que l'on a examiné la possibilité d'intégrer le nouveau modèle de financement dans le contexte de la Convention.
Le GT FiMo a sans hésitation partagé cette manière de voir les choses; la position qu'il adopte est par conséquent la suivante:
- Les institutions de thérapie des dépendances (ITD) doivent et peuvent être intégrées dans la Convention intercantonale sur les institutions, et constituer une nouvelle partie. Pour que cette démarche soit possible, il faut que le modèle de financement et la grille de qualité élaborés par FiDé soient prêts.
- La Convention doit avoir un caractère général, mais impératif en particulier pour tout ce qui se rapporte aux ITD.
- Le groupe chargé des aspects fiscaux prend une décision politique et soumet une requête correspondante aux cantons et aux 4 conférences chargées de la Convention intercantonale sur les institutions.

2.8 Le document de base de description des prestations

Si la prescription dans le cadre de laquelle il faut développer un système de financement prévoyant la rétribution des prestations fournies est valable, on sera bien obligé de commencer par recenser ces prestations.
Il sera alors certainement avantageux de disposer d'un cadre terminologique. Dans le contexte résidentiel (comme dans de nombreux champs d'intervention, d'ailleurs), il ne pouvait être question d'une nomenclature uniforme sur la fourniture de prestations au moment où le projet a démarré (1999).
Le groupe de travail «recensement des prestations (AG LE)» a donc été constitué parallèlement au groupe de travail «Modèle de financement» et comprenait les membres suivants:

Direction:	Madame H. Bendel, canton de LU
Membres:	Monsieur J.-D. Barman, CRIAD
	Monsieur J. Besson, médecin
	Monsieur W. Huber, thérapeute
	Monsieur U. Liechti, SDSS-VSD
	Monsieur R. Wettach, recherche FOS
	Monsieur U. Simmel, COSTE
Spécialiste:	Madame B. Lindenmann, OFSP

Le mandat suivant a été confié au groupe de travail GT LE

2.8.1 Mandat

- Dresser un tableau des prestations qui sont offertes aux patients dans les institutions spécialisées de thérapie de la dépendance (évent. mandat externe).
- Dresser un catalogue des prestations minimales obligatoires à offrir dans le cadre d'une thérapie (standards de qualité minimaux).
- Présenter au GT « Modèles de financement dès l'an 2000ss « des propositions pour le financement des prestations obligatoires mentionnées ci-dessus.
- Informer le GC FiDé sur l'état de ses travaux.
- Assurer l'échange d'information avec les autres groupes de travail.

2.8.2 Résultat

Le GT LE a élaboré les demandes suivantes:

Requêtes à l'intention du groupe de coordination

En s'appuyant sur le rapport suivant, le GT LE a approuvé les requêtes suivantes à l'intention du GC FiDé:

1. Le GT LE demande que les champs d'intervention importants pour les thérapies résidentielles soient définis et que les coûts standard pour chacun d'eux soient fixés à partir de ces définitions. L'OFSP doit donner le mandat correspondant.

2. Le GT LE recommande de développer une indication à observer obligatoirement pour les thérapies résidentielles des toxicodépendances. Des critères d'indication obligatoires devraient également être élaborés pour les différents programmes de traitement ambulatoire.

Avec son rapport final, le groupe de travail a fortement influé sur la structure donnée plus tard à l'amorce de solution FiDé.
Dans ce groupe de travail, de même que dans le GT FiMo, des jalons ont été posés pour le projet ultérieur; des recommandations ont été formulées qui, ensuite, devaient être reprises pour ainsi dire textuellement dans le projet de modèle FiDé.

C'est la raison pour laquelle le rapport du GT LE est reproduit dans ce chapitre.

La systématique qui en résulte au niveau de la description des prestations figure au chapitre 5.

2.8.3 Rapport du groupe de travail «Recensement des prestations»

Principes fondamentaux pour une thérapie résidentielle de la dépendance orientée vers l'abstinence

La notion de thérapie de la dépendance (ou de réhabilitation, ces deux notions étant équivalentes dans ce texte) recouvre toutes les mesures qui ouvrent aux personnes toxicodépendantes la possibilité de participer à nouveau à la vie sociale de manière adéquate. Le but de la thérapie est la réinsertion dans la société et le rétablissement des compétences personnelles permettant de gérer sa vie de manière autonome et non dépendante.
La réussite des objectifs de réhabilitation se mesure aux facteurs suivants :
- exercer un travail permettant de gagner sa vie,
- trouver une forme adéquate de logement,
- constituer et cultiver un réseau relationnel solide,
- mener un style de vie qui agit positivement sur le maintien de la santé,
- savoir vivre dans le cadre de la légalité.

La thérapie de la dépendance s'adresse aux personnes toxicodépendantes qui pour cette raison vivent de façon marginalisée, dysfonctionnelle et largement hétérodéterminée dans le contexte social. Les institutions spécialisées pour la thérapie de la dépendance permettent de rétablir les liens entre l'individu et son environnement proche et lointain sur les plans naturel et culturel. Les interventions se situent par conséquent à tous les niveaux des systèmes somatique, biologique, psychique, social et culturel. Elles visent à influencer, ou à optimiser, les interactions entre ces systèmes dans la vie au quotidien des personnes marginalisées ou fortement menacées de marginalisation.

La volonté personnelle de se faire soigner est une condition nécessaire pour que commence le processus de réhabilitation. Si la personne dépendante n'est pas en mesure de prendre une telle décision librement, elle peut en être rendue capable par des mesures adéquates.

Les concepts du traitement de réhabilitation sont construits selon une démarche logique qui répond de manière conséquente à la problématique de la dépendance. Les fondements de ces concepts reposent sur les connaissances scientifiques reconnues de la théorie de la socialisation, de la psychologie, des sciences de l'éducation, de la philosophie et de la médecine. Les processus de réhabilitation visent une efficacité globale. Afin de pouvoir influencer de manière durable le développement personnel, il est nécessaire de prévoir suffisamment de temps pour les processus de bilan et de diagnostic et pour internaliser les objectifs du traitement.

Le séjour dans une institution résidentielle spécialisée doit donner aux personnes dépendantes la possibilité de réduire les dommages qui leur sont survenus sur les plans de la santé, de la vie sociale, du psychisme et des conditions économiques.

La thérapie de la dépendance privilégie les efforts qui mettent en action les ressources propres des personnes dépendantes afin que l'objectif visé – la capacité de vivre de manière autonome – puisse être atteint par les propres forces de l'individu.

Mandat 1: «Etablir une vue d'ensemble des prestations fournies aujourd'hui aux patient(e)s dans les institutions de thérapie résidentielle des dépendances»

Dans l'enquête réalisée par Ralph Wettach de l'Institut de recherche sur les dépendances à Zurich auprès de neuf établissements fortement, moyennement et faiblement médicalisés de traitement des dépendances aux drogues illégales et à l'alcool, l'accent était mis sur les points suivants:
- Parmi les prestations figurant dans la liste établie par le GT, lesquelles sont proposées par ces établissements?
- Comment ces prestations sont-elles facturées?
- Quelles autres prestations pouvant être facturées ces établissements fournissent-ils?

Jusqu'ici, seul un rapport provisoire est à disposition. Il peut être résumé ainsi:

«Dans cette enquête menée auprès de neuf établissements fortement, moyennement et faiblement médicalisés de traitement des dépendances aux drogues illégales et à l'alcool, il apparaît au terme d'un premier dépouillement des résultats, 1. que le catalogue des prestations du groupe de travail «Recensement des prestations» renferme une grande partie des prestations envisageables, 2. qu'il n'existe probablement pas de différences systématiques au niveau des prestations entre institutions fortement et faiblement médicalisées, 3. que les institutions fortement médicalisées sont principalement financées par leurs cantons de domicile et par les caisses-maladie et que le financement des institutions moyennement et faiblement médicalisées s'effectue par le biais des contributions de l'OFSP, des proches et des directions de la justice et qu'il 4. n'a pas été possible de trouver de nouvelles sortes de compensation financière pour les prestations.»

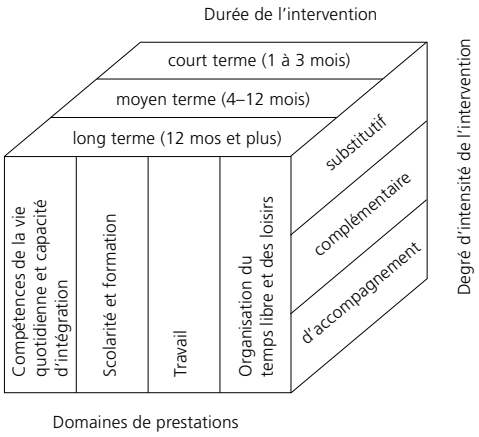
Le rapport définitif sera établi d'ici à la mi-juin 1999.

Mandat 2: «Etablir le catalogue des prestations à fournir obligatoirement dans le cadre d'une thérapie des dépendances (normes minimales de qualité)»

Normes minimales de qualité
Le GT LE estime qu'il est important d'élaborer des critères de qualité dans le domaine des dépendances. L'OFSP a élaboré un système de management de la qualité (QuaThéDA) pour le secteur des thérapies résidentielles qui répond au minimum aux exigences de l'OFAS. Il s'appuie sur les travaux préliminaires du MIDES et du projet QUAFOS qui se charge, entre autres choses, de formuler des standards pour certains secteurs de traitement.

Des précisions relatives à la qualité figurent également dans les définitions des champs d'intervention.

Prestations à fournir obligatoirement
Le modèle de financement développé par le GT FiMo est basé sur le système des forfaits par champ d'intervention. Pour présenter la définition des prestations à fournir obligatoirement, Le GT LE a repris la systématique mise au point par le GT FiMo et qui comprend 36 champs d'intervention théoriquement envisageables qu'il est possible de représenter schématiquement ainsi:



Un champ d'intervention se définit au moyen de ses trois dimensions «Domaine de prestations» (4), «Degré d'intensité de l'intervention» (3) et «Durée de l'intervention» (3).
Un domaine de prestations se crée par la transformation de la réalité (= champ de socialisation) dans un setting thérapeutique.

Pour définir les champs d'intervention, le GT LE se concentre sur les offres mises à disposition par les établissements de thérapies résidentielles. Elles comprennent:
- Une thérapie/Réhabilitation résidentielle (substitutive).
- Des appartements protégés (complémentaire).
- Un suivi ambulatoire ultérieur (dans la mesure où il est assumé par l'établissement; accompagnement).

Mandat 3: «Soumettre au GT «Modèle de financement 2000/ss» des suggestions pour le financement des prestations obligatoires évoquées précédemment»

Sur la base d'un premier passage en revue des résultats de l'enquête de l'institut de recherche sur les dépendances, on ne remarque pas de ressources nouvelles jusqu'ici non mises à profit (cf. 4. Mandat 1, p. 2). Le GT LE n'a pas non plus découvert d'autres possibilités de financement.

Essai pilote

La mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement doit être testée au moyen de projets-pilotes. Le GT LE propose les critères suivants pour sélectionner les institutions qui participeront au projet-pilote:
- Institutions de Suisse alémanique, de Suisse romande et du Tessin présentant les caractéristiques suivantes:
- exercer ses activités au moins dans un champ d'intervention substitutif et si possible dans plusieurs dans le domaine de la thérapie résidentielle des dépendances;
- accepter d'essayer de nouveaux modèles;
- avoir de l'expérience dans la facturation par centre de coûts;
- travailler dans le domaine des dépendances à l'alcool et/ou aux drogues;
- satisfaire à certains critères quant à la grandeur de l'établissement/au nombre de places de traitement;
- satisfaire à certains critères en matière d'approche thérapeutique/ de méthodes.

Le GT LE a estimé qu'il fallait choisir 8 à 15 institutions répondant aux critères énoncés ci-dessus pour réaliser le projet-pilote.

Indication/Placement

En ce qui concerne la question centrale: «Quel traitement, à quel moment, à quel prix, pour quelle clientèle?» le groupe de travail estime qu'il n'y a plus que le volet «pour quelle clientèle?» qui n'a pas encore été clarifié. En schématisant quelque peu: l'utilité d'un catalogue de prestations obligatoires et d'un modèle de financement est limitée s'il n'existe pas de critères délimitant l'indication d'une thérapie résidentielle et que le choix de l'établissement indépendamment de son offre se décide de manière relativement arbitraire.
Il faut que toutes les parties disposent de critères transparents et obligatoires précisant pour quels groupes de clientes et de clients une thérapie est indiquée et que ces critères soient corrélés à un modèle de financement obligatoire.

Il est recommandé de développer une indication obligatoire pour les thérapies résidentielles pour les toxicodépendants. Des critères d'indication obligatoires devraient également être élaborés pour les différents programmes de traitement ambulatoires. L'indication peut dépendre par exemple des points suivants:
- motivation des client(e)s
- intégration sociale et structurelle
- degré de gravité de la dépendance
- affections psychiatriques (comorbidité)
- maladies somatiques

La démarche suivante est proposée:

Phase I: Collecte d'informations
- interviews d'experts
- recherches dans la littérature au sujet des indications pour toxicodépendants, en particulier enquêtes sur leur efficacité

Phase II: Formulation des critères d'indication
- un groupe de travail définit les critères d'indication

Phase III: Procédure de consultation
- Les critères d'indication sont remis pour consultation aux organes payeurs et associations faîtières

Phase IV: Mise en oeuvre
- Les critères d'indication définitifs sont acceptés par les organes payeurs et les associations faîtières
- Des services ou des organes autorisés à délimiter des critères obligatoires seront désignés.

Il est important pour le GT LE que la liberté de choisir l'endroit où elle sera traitée soit garantie à la clientèle.

2.9 Procédure de consultation pour un nouveau modèle de financement des thérapies des dépendances (FiDé)

Les cantons ainsi que d'autres milieux intéressés (voir «Prescriptions» à la fin de ce chapitre) ont été invités par le GC FiDé à une séance de consultation avant le début des travaux concrets de développement et des étapes de mise en œuvre afin de recueillir un vaste consensus au niveau des jalons décisifs sur la direction que devaient prendre les travaux ultérieurs relatifs au projet.

Par souci d'exhaustivité, nous reproduisons ici la lettre complète, extrêmement détaillée du GC FiDé:

2.9.1 Lettre du groupe de coordination FiDé du 6 juillet 1999

Situation initiale

Les thérapies résidentielles de la dépendance orientées vers l'abstinence ont pour but de réinsérer socialement les personnes dépendantes des drogues et de l'alcool et de leur permettre de mener une existence autonome. Plusieurs facteurs servent à mesurer son succès et correspondent à autant d'objectifs partiels du traitement:
- Adopter un style de vie qui agit positivement sur la santé, ce qui implique particulièrement de renoncer à la consommation (problématique) de substances psychotropes
- Exercer une activité professionnelle permettant de gagner sa vie
- Trouver une forme adéquate de logement
- Constituer et cultiver un réseau relationnel solide
- Vivre dans le cadre de la légalité.

Au cours des dernières décennies, une offre très diversifiée de traitements résidentiels s'est développée en Suisse, essentiellement sur la base d'initiatives privées. Une large palette de formes reconnues de thérapies est appliquée avec un bon taux de réussite. Pour le traitement de la toxicomanie, on dispose actuellement de l'ordre de 2000 places dans 120 institutions et pour le traitement de l'alcoolisme de l'ordre de 1000 places dans 40 établissements. En 1997, le coût total des traitements résidentiels de la dépendance s'est monté à 245 millions de francs. De cette somme, 76 millions (31%) ont été assumés par les cantons, 64 millions (26%) par les communes, 51 millions (21%) par l'Assurance invalidité, 4 millions (2%) par les assurances maladie et 3 millions (1%) par la Confédération (Office fédéral de la santé publique et Office fédéral de la justice). Les 47 millions restants (19%) ont été à la charge des patientes et des patients eux-mêmes et des institutions (dons et revenus des productions et services).
La diversité des offres résidentielles est nécessaire afin de permettre aux différentes institutions d'adapter leurs concepts thérapeutiques à des groupes-cibles spécifiques. Les concepts appliqués par les insti-

tutions reconnues sont étayés sur les connaissances issues des sciences sociales, de la psychologie, des sciences de l'éducation et de la médecine. La plupart des offres thérapeutiques impliquent une durée de 12 à 18 mois. La thérapie résidentielle orientée vers l'abstinence remplit une mission capitale dans le cadre de la politique suisse de la drogue fondée sur le modèle des quatre piliers et s'avère indispensable pour la réhabilitation des personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues.
Du point de vue juridique, la mise à disposition d'offres de traitement des maladies de la dépendance fait partie des tâches qui reviennent aux cantons. Selon la Loi fédérale sur les stupéfiants (art. 15a al. 2), «les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance en raison d'un abus de stupéfiants et favorisent la réintégration professionnelle et sociale de ces personnes». Les mêmes principes s'appliquent à l'abus d'alcool.
Les graves problèmes financiers rencontrés par de nombreuses institutions ont mis en évidence les insuffisances du système de financement appliqué jusqu'à présent. La décision de l'Office fédéral des assurances sociales de limiter dorénavant les subsides versés aux institutions exclusivement à la prise en charge de personnes reconnues invalides au sens défini par la LAI, corrigeant ainsi une pratique de subventionnement en partie non conforme au droit, a provoqué une crise qui couvait depuis longtemps. La demande fluctuante d'une institution à l'autre, le manque de transparence en matière de coûts et de qualité, ainsi que la réticence croissante des communes à participer au financement des traitements sont autant de facteurs qui contribuent aussi à aggraver le problème. Aussi la Cheffe du Département fédéral de l'intérieur a-t-elle donné mandat d'élaborer un nouveau modèle de financement qui doit permettre à la fois de garantir la mise à disposition d'une offre de grande qualité correspondant aux besoins et d'assurer une plus grande transparence.
L'objet de cette consultation est un modèle de financement des établissements résidentiels de traitement de la dépendance et du suivi semi-résidentiel. Ne sont pas concernés les hôpitaux, les divisions hospitalières, les cliniques spécialisées et les centres de sevrage, ainsi que les centres ambulatoires de consultation et les services médico-sociaux.

Nouveau modèle de financement

Un groupe de travail composé de représentantes et de représentants des cantons, des institutions et de la Confédération a élaboré un modèle qu'il serait possible d'appliquer relativement rapidement, qui contribue à l'augmentation de la qualité et favorise la collaboration intercantonale.

Buts

Le nouveau modèle de financement a été élaboré en visant la réalisation des objectifs suivants:
- Le financement des thérapies de la dépendance doit être assuré à long terme, afin de garantir une offre correspondant aux besoins, diversifiée et de grande qualité.
- Le système de financement doit promouvoir la qualité et rendre transparent le rapport entre le prix demandé et les prestations offertes.
- Afin de permettre tant aux cantons qu'aux institutions d'établir une meilleure planification, il convient de remplacer les paiements rétroactifs par un système prospectif. L'application du modèle ne doit conduire ni à une offre excédentaire ni à une pénurie.
- Le principe de l'égalité de traitement doit s'imposer à tous les niveaux. Cela vaut aussi bien pour les institutions que pour les clientes et les clients (admissions volontaires/admissions à la suite d'une décision judiciaire; thérapies entreprises à un stade précoce/offres destinées à des personnes chroniquement dépendantes gravement atteintes et désocialisées, problèmes de drogue ou d'alcool, placements à l'intérieur ou à l'extérieur du canton).
- Le système actuel de couverture de déficit n'incitant pas à mettre en place des thérapies particulièrement efficaces et économiques, le nouveau système doit se baser sur des prestations et des coûts définis de manière précise.
- La collaboration entre les cantons doit être encouragée, de manière à ce que les offres se complètent autant que faire se peut et que, dans chaque cas, le placement puisse s'effectuer dans l'institution la mieux appropriée.
- Les coûts devraient être répartis le plus équitablement possible, notamment entre le canton de domicile des clientes et des clients et les cantons où les institutions sont implantées.

Cette nouvelle manière de régler le financement des thérapies devrait entraîner, pour l'ensemble des partenaires, les avantages suivants:

Avantages pour les institutions:
- sécurité financière accrue
- bases plus solides permettant une planification
- assurance de qualité

Avantages pour les clientes et les clients:
- placement selon des critères psychosociaux et médicaux dans l'institution la mieux appropriée et non dans celle qui coûte le moins cher
- simplification de la procédure en vue de la couverture financière
- assurance de qualité et transparence

Avantages pour les cantons:
- situation claire s'agissant des contributions de l'AI (après décision des offices AI)
- contrats de prestations bien établis avec les institutions
- assurance de qualité et transparence
- procédures unifiées en vue de la couverture financière et répartition plus équitable des frais entre les cantons où les institutions sont implantées et les cantons de domicile des clientes et des clients
- meilleurs instruments en vue de la définition des besoins

Avantages pour la Confédération
- limitation des contributions AI aux personnes invalides au sens de la loi
- analyse systématique et périodique de l'offre nationale de thérapies de la dépendance
- promotion et introduction rapide d'un système d'assurance de qualité

Bénéfices pour tous:
- consolidation de la politique des 4 piliers, en particulier dans le domaine de la thérapie et de la réinsertion
- planification supracantonale de l'offre et collaboration entre les cantons
- réhabilitation des invalides primant l'attribution de rentes
- assurance de qualité et transparence pour éviter une offre pléthorique non contrôlée.

Principes directeurs du modèle

Le groupe de travail propose de remplacer les forfaits journaliers et la couverture des déficits par un financement des prestations sur la base de forfaits par champ d'intervention. Le plan de traitement et de réhabilitation individuel, que les institutions établissent pour chaque cliente et client, est composé de champs d'intervention définis par des éléments standards unifiés. Le domaine du traitement de la dépendance est composé pour l'essentiel de 36 domaines d'intervention dont 12 concernent plus particulièrement la thérapie résidentielle (cf. point 2.3). Pour chaque champ d'intervention, on définira un tarif valable dans toute la Suisse qui servira à calculer le montant à payer. Ce tarif correspond au coût effectif des prestations fournies dans ce champ d'intervention. Les forfaits ainsi établis sont toujours en lien direct avec le plan individuel de traitement et de réhabilitation et les prestations que requiert sa réalisation.

Champs d'intervention

Chacun des champs d'intervention est caractérisé par trois dimensions: le domaine de prestations, le degré d'intensité de l'intervention et la durée de l'intervention. Il est prévu de distinguer 4 domaines de prestations, 3 degrés d'intensité d'intervention et 3 durées d'intervention. En combinant tous ces éléments, on obtient en principe 36 possibilités. Un champ d'intervention peut ainsi être caractérisé, par exemple, comme «mesure substitutive à long terme dans le domaine de l'acquisition des compétences nécessaires à la vie quotidienne et de capacité d'intégration».

Domaines de prestations:
- rétablissement des compétences nécessaires à la vie quotidienne et de la capacité d'intégration (groupe primaire)
- scolarité et formation
- profession et travail
- organisation du temps libre tenant compte de l'âge de la personne

Degré d'intensité de l'intervention
- mesures substitutives (concerne essentiellement les institutions résidentielles)
- mesures complémentaires (institutions résidentielles, structures de jour et de transition)
- mesures d'accompagnement (logements communautaires hors de l'institution ou suivi ambulatoire)

Durée de l'intervention
- à court terme (1 à 3 mois)
- à moyen terme (4 à 12 mois)
- à long terme (12 mois et plus)

Une définition précise des champs d'intervention interviendra jusqu'à fin d'août 1999. Il s'agira essentiellement d'établir une description détaillée des 4 domaines de prestations. Voici déjà, sous forme de mots-clés, quelques points de repère:

Compétences nécessaires à la vie quotidienne et capacité d'intégration

- logement, alimentation, hygiène.
- prise en charge sociopédagogique et sociothérapeutique.
- soins médicaux.
- autonomie dans le déroulement normal des journées.
- sentiment de sécurité.
- règles de la vie en commun.
- aptitude à la communication et à la relation.
- gestion de l'argent.
- responsabilités vis-à-vis de soi-même et des autres.

Scolarité et formation

- analyse de la situation scolaire et professionnelle.
- rattrapage des lacunes scolaires.
- formation professionnelle.
- formations dans le cadre de l'institution ou accès facilité à des formations externes.
- travail en réseau avec les institutions et les autorités dans l'intérêt du client.

Profession et travail

- mise en place d'une situation de travail proche de la réalité.
- temps de travail, gestion des délais.
- autonomie dans l'organisation du travail.
- aptitudes nécessaires pour chercher un emploi, accès au marché du travail.
- intégration dans un système de salariat.
- travail en réseau avec les institutions et les autorités dans l'intérêt du client.

Organisation du temps libre tenant compte de l'âge de la personne

- structuration temporelle des loisirs.
- continuité.
- activités individuelles et en groupes.
- activités dans les domaines de la création et de l'expression, du sport et de la culture (éventail d'offres).

Sources de financement et répartition des coûts

Pour l'essentiel, le nouveau modèle de financement ne modifie pas les compétences actuelles en matière de financement.

Il a cependant pour but de recourir aux sources existantes de financement de manière plus exhaustive et de répartir les charge de manière mieux équilibrée qu'actuellement. Les contributions continuent de provenir des sources suivantes:
- aide et prévoyance sociale (canton et communes, éventuellement avec un fonds de péréquation).
- mesures de justice / exécution des peines et mesures.
- assurance invalidité (lorsqu'une invalidité avérée ou imminente est reconnue).
- assurance maladie (s'agissant de prestations médicales ou déléguées).
- cliente/client ou sa famille.
- dons.
- revenus des productions et des services de l'institution.

La Confédération (OFSP et Office fédéral de la justice) peut continuer à verser des aides au démarrage et des contributions d'impulsion pour soutenir des mesures de promotion de la qualité, des améliorations de concepts thérapeutiques et des projets-pilotes novateurs.
Une répartition globale et proportionnelle des charges ne pourra pas être déterminée de manière uniforme avec le nouveau modèle, car les plans individuels de traitement entraînent des coûts différents et la contribution de chaque organe payeur dépend étroitement des caractéristiques de chaque cas individuel (reconnaissance de l'invalidité, condamnation, etc.).
Dans l'état actuel, il n'est pas encore possible de prévoir la répartition des charges entre les organes payeurs. C'est seulement au terme de la prochaine étape, laquelle inclut la définition d'un tarif des divers champs d'intervention et le calcul des coûts effectifs dans un échantillon d'institutions pilotes, qu'on pourra faire une estimation de la répartition future de l'ensemble des charges entre les organes payeurs.
Le point de vue des cantons est de refuser de prendre en charge une part supplémentaire des coûts des thérapies résidentielles de la dépendance. La Confédération, pour sa part, rappelle que la prise en charge et le traitement des personnes dépendantes est une tâche de responsabilité cantonale, selon la Loi fédérale sur les stupéfiants, et qu'il n'existe pas de base légale permettant de compenser la réduction des contributions de l'AI par le versement de subventions fédérales.
La définition d'un compromis sur cette délicate question et la répartition future probable des coûts ne font donc pas l'objet de la présente consultation . Ces questions devront être approfondies dans les prochaines étapes du processus et se baser sur les nouvelles données à élaborer (futur tarif et coûts effectifs types).

Au niveau national, les innovations suivantes doivent être réalisées:

Prestations de l'AI
- En cas d'invalidité avérée ou imminente, le traitement résidentiel de la dépendance pourrait être pris en compte par l'assurance invalidité comme mesure individuelle de réadaptation au sens de l'art. 8 LAI (à la place des subventions collectives actuellement versées aux institutions). Cela implique nécessairement une modification du règlement de l'AI. Il est à examiner également si une modification de la loi n'est pas aussi nécessaire.
  Suite à cette modification, il ne sera plus versé de subventions collectives au sens de l'art. 73 LAI aux institutions résidentielles de traitement de la dépendance.

Fonds constitué par les saisies d'argent de la drogue

- Une partie des sommes saisies du trafic illégal de drogue et de la criminalité économique pourrait être utilisée pour financer le traitement de la dépendance. Un fonds de portée nationale devrait être constitué à cet effet. Des travaux préparatoires à ce propos sont en cours à l'Office fédéral de la justice.

Rôle des cantons et de la Confédération

Dans le cadre du nouveau modèle de financement, les tâches suivantes reviendraient aux cantons:

- établir et tenir à jour la liste des institutions qu'ils reconnaissent.
- établir des contrats de prestations avec ces institutions.
- veiller à l'assurance de qualité.
- autoriser les placements résidentiels et les plans de traitement.
- désigner un office de liaison chargé de régler les aspects financiers du placement.
- verser des acomptes prospectifs pour les prestations fournies.
- recouvrer les contributions dues (AI, assurance maladie, aide sociale, justice et exécution des peines et mesures, clientes/clients, autres organes payeurs).

La Confédération et l'Office fédéral de la santé publique en particulier assumeraient les responsabilités suivantes:

- coordination entre les cantons et les institutions en vue de la mise à disposition d'une offre de thérapies résidentielles correspondant aux besoins réels.
- développement de standards de qualité aux niveaux des structures, des processus et des résultats, ainsi que de mesures d'assurance de qualité.
- unification de la statistique, évaluation et recherche.
- diffusion des modèles ayant fait leurs preuves et encouragement des innovations en vue de combler les lacunes existantes.
- soutien à la mise en place d'un système de financement unifié.

Par principe, les actions de la Confédération se font en coopération avec les cantons et les institutions (en particulier avec la Centrale de coordination COSTE).

Application pratique

Les détails de l'application pratique du nouveau modèle ne sont pas encore fixés. Il est prévu de les définir dans le cadre de la Convention intercantonale sur les institutions. Les premiers pourparlers en vue de réviser et de compléter cette convention (partie C pour les institutions du domaine de la dépendance) ont déjà eu lieu.

La Convention intercantonale sur les institutions devra notamment régler les points suivants:

- désignation d'offices de liaison cantonaux, lesquels traiteront avec les institutions.
- liste des institutions reconnues.
- contrats de prestations entre cantons et institutions.
- versement par les cantons d'acomptes prospectifs, selon les étapes du plan de traitement.
- établissement de plans de traitement basés sur des champs d'intervention.
- fixation d'un tarif unifié pour les champs d'intervention.
- claire répartition des rôles entre cantons de domicile des clientes et clients et cantons où sont implantées les institutions.

Suite de la procédure

Jusqu'à fin août 1999:
Définition précise des champs d'intervention.

Juillet à septembre 1999:
Consultation sur les principes de ce modèle auprès des cantons et des institutions.

Automne 1999:
Dépouillement des résultats de la consultation et décision des Conférences des directeurs cantonaux des affaires sociales et de la santé.

Jusqu'à fin 1999:
Calcul d'un tarif applicable aux différents champs d'intervention par un expert économiste et des représentantes et représentants d'institutions; application comptable du modèle dans certaines institutions pilotes.

De l'automne 1999 au printemps 2000:
Consultation sur le projet de complément à la Convention intercantonale sur les institutions (partie C pour les institutions de traitement de la dépendance); adoption de la Convention révisée par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales en juin 2000; adhésion des cantons au cours de l'année 2000.

Jusqu'à l'automne 2000
Développement d'un système d'assurance de la qualité pour les institutions résidentielles de traitement dans le domaine des dépendances.

Dès septembre 2000:
Introduction du nouveau modèle de financement.

Au vu du calendrier ci-dessus, il est évident que le nouveau modèle de financement ne pourra pas être rendu opérationnel au 1.1.2000.
La Confédération est prête à envisager des mesures transitoires pour l'année 2000, dans la mesure où les cantons approuvent le nouveau modèle de financement et s'engagent à le rendre opérationnel au 1.1.2001.

Questions posées dans le cadre de la consultation

Questions posées aux autorités cantonales (directions cantonales de la santé publique et des affaires sociales) et aux représentantes et représentants des institutions résidentielles de traitement des dépendances:

1. Etes-vous d'accord avec la mise en place d'un système de financement unifié sur le plan national tel qu'il est présenté dans le présent document?

   Nous sommes plus particulièrement intéressés à connaître votre position à propos des aspects fondamentaux suivants:
   - rétribution des prestations fournies en lieu et place d'une garantie de déficit
   - définition unifiée de champs d'intervention
   - égalité de traitement entre les patient-e-s qui souffrent d'alcoolisme et ceux qui souffrent de toxicomanie, qu'il s'agisse de placements à l'intérieur du canton ou en dehors, de traitements volontaires ou résultant d'une décision de justice
   - financement prospectif plutôt que rétroactif.

2. Etes-vous d'accord que les travaux suivants soient entrepris en vue de la finalisation et de la mise en oeuvre du modèle proposé:
   - élaboration d'un système de tarification des différents champs d'intervention

- modification de la Convention intercantonale sur les institutions en vue de régler la mise en oeuvre du nouveau modèle de financement
- développement de standards de qualité et de mesures de promotion de la qualité à l'intention des institutions de traitement des dépendances.

3. Etes vous d'accord que les aspects de mise en œuvre du nouveau modèle de financement, la répartition des rôles entre les cantons, l'établissement de liste d'institutions reconnues par les cantons, et les autres points mentionnés au chapitre 2.6, soient réglés par la révision de la Convention intercantonale sur les institutions? La révision de cette convention fera l'objet d'une procédure de consultation ultérieure.

4. Etes-vous d'avis qu'une partie au moins de l'argent confisqué provenant du trafic de drogues soit versée dans un fonds national et utilisée pour contribuer au financement de la prévention et du traitement dans le domaine des dépendances ?

5. Etes vous de l'avis que d'autres sources de financement éventuelles doivent être trouvées ? Et si oui, lesquelles?

Berne, le 6 juillet 1999

Les membres du groupe de coordination FiDé:
Conseiller d'Etat S. Bhend, BE
Conseillère d'Etat R. Fuhrer, ZH
Conseiller d'Etat A. Grüninger, SG
Conseillère d'Etat R. Lüthi, FR
Madame B. Breitenmoser, vice-directrice OFAS
Monsieur U. Locher, vice-directeur OFSP (Direction du projet)

2.10 Rapport d'évaluation des résultats de la consultation FiDé 1999

2.10.1 Situation initiale

La notion de thérapie de la dépendance (ou de réhabilitation, ces deux notions étant équivalentes dans ce texte) recouvre toutes les mesures qui ouvrent aux personnes toxicodépendantes la possibilité de participer à nouveau à la vie sociale de manière adéquate.
La réussite des objectifs de réhabilitation se mesure aux facteurs suivants :
- exercer un travail permettant de gagner sa vie,
- trouver une forme adéquate de logement,
- constituer et cultiver un réseau relationnel solide,
- mener un style de vie qui agit positivement sur le maintien de la santé,
- savoir vivre dans le cadre de la légalité.

Au cours des dernières décennies, une offre très diversifiée de traitements résidentiels s'est développée en Suisse, essentiellement sur la base d'initiatives privées. Une large palette de formes reconnues de thérapies est appliquée avec un bon taux de réussite. Pour le traitement de la toxicomanie, on dispose actuellement de quelque 2000 places dans 120 institutions et pour le traitement de l'alcoolisme de quelque 1000 places dans 40 établissements. En 1997, le coût total des traitements résidentiels de la dépendance s'est monté à 245 millions de francs. De cette somme, 76 millions (31%) ont été assumés par les cantons, 64 millions (26%) par les communes, 51 millions. (21%) par l'Assurance invalidité, 4 millions (2%) par les assurances maladie et 3 millions (1%) par la Confédération (Office fédéral de la santé publique et Office fédéral de la justice). Les 47 millions restants (19%) ont été à la charge des patientes et des patients eux-mêmes et des institutions (dons et revenus des productions et services).

La diversité des offres résidentielles est nécessaire afin de permettre aux différentes institutions d'adapter leurs concepts thérapeutiques à des groupes-cibles spécifiques. Les concepts appliqués par les institutions reconnues sont étayés sur les connaissances issues des sciences sociales, de la psychologie, des sciences de l'éducation et de la médecine. La plupart des offres thérapeutiques impliquent une durée

de 12 à 18 mois. La thérapie résidentielle orientée vers l'abstinence remplit ainsi une mission capitale dans le cadre de la politique suisse de la drogue fondée sur le modèle des quatre piliers et s'avère indispensable pour la réhabilitation des personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues.

Du point de vue juridique, la mise à disposition d'offres de traitement des maladies de la dépendance fait partie des tâches qui reviennent aux cantons. Selon la loi fédérale sur les stupéfiants (art. 15a al. 2), «les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance en raison d'un abus de stupéfiants et favorisent la réintégration professionnelle et sociale de ces personnes.» Les mêmes principes s'appliquent à l'abus d'alcool.

Les graves problèmes financiers rencontrés par de nombreuses institutions ont mis en évidence les insuffisances du système de financement appliqué jusqu'à présent. La décision de l'Office fédéral des assurances sociales de limiter dorénavant les subsides versés aux institutions exclusivement à la prise en charge de personnes reconnues invalides au sens défini par la LAI, corrigeant ainsi une pratique de subventionnement en partie non conforme au droit, a provoqué une crise qui couvait depuis longtemps. La demande fluctuante d'une institution à l'autre, le manque de transparence en matière de coûts et de qualité ainsi que la réticence croissante des communes à participer au financement des traitements sont autant de facteurs qui contribuent aussi à aggraver le problème. Aussi la cheffe du Département fédéral de l'intérieur a-t-elle donné mandat d'élaborer un nouveau modèle de financement qui doit permettre à la fois de garantir la mise à disposition d'une offre de grande qualité correspondant aux besoins et d'assurer une plus grande transparence.

2.10.2 Procédure de consultation 1999

La procédure de consultation portait expressément sur le modèle de financement proposé pour les institutions de thérapie résidentielle des dépendances et le suivi ultérieur semi-résidentiel et il était précisé qu'elle ne devait pas concerner les hôpitaux, leurs divisions spécialisées, les cliniques et institutions de sevrage spécialisées ainsi que les services de conseils ambulatoires et services de médecine sociale.

La procédure de consultation a été réalisée auprès des cantons par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) ainsi que par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et auprès des conférences, associations et commissions par l'Office fédéral de la santé publique. Le dépouillement a été effectué par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

2.10.3 Résultats

25 cantons ont répondu, un canton n'a pu le faire faute de temps. Parmi les conférences, associations et commissions contactées, 22 ont exprimé leur point de vue. La liste des services consultés figure en annexe.

1. Etes-vous d'accord avec la mise en place d'un système de financement unifié sur le plan national tel qu'il est présenté dans le présent document?

	Positif	Négatif	Pas de réponse
Avis de principe sur le modèle proposé			
Réponses des cantons	22	3	0
Réponses des conférences, associations et commisions	22	0	0

Commentaire:
Le nouveau modèle rallie les suffrages positifs. Mais, comme il est encore à l'état de projet, sa formulation détaillée nécessitera encore un grand travail. Les réponses suivantes donnent quelques pistes quant à son aménagement futur. Certaines questions demeurent encore ouvertes:

- Avec quelle précision faut-il décrire les champs d'intervention?
- Quelle sera l'ampleur du travail administratif supplémentaire?
- Qui est chargé des décisions de placement?

- Le modèle unique doit-il être appliqué au niveau national ou régional?
- Les délais sont-ils réalistes?
- Comment seront répartis les coûts?
- Le financement par la LAMAL (par ex. cliniques de traitement des dépendances sur la liste des hôpitaux) doit être clarifié.

Avis sur les éléments principaux du modèle proposé:

	Positif	Négatif	Pas de réponse
Modèle de financement unique, valable pour toute la Suisse			
Réponses des cantons	23	1	1
Réponses des conférences, associations et commisions	20	2	0
Rétribution des prestsations fournies en lieu et place d'une couverture de déficit			
Réponses des cantons	23	0	2
Réponses des conférences, associations et commisions	22	0	0
Définition unifiée des champ d'intervention			
Réponses des cantons	19	3	3
Réponses des conférences, associations et commisions	18	1	3
Egalité de traitement entre les patients dépendants de l'alcool et les patients dépendants des drogues			
Réponses des cantons	23	0	2
Réponses des conférences, associations et commisions	20	1	1
Egalité de traitement entre les placements dans et hors du canton			
Réponses des cantons	19	0	6
Réponses des conférences, associations et commisions	20	1	1
Egalité de traitement entre les thérapies volontaires et les thérapies résultant d'une décision judiciaire (exécution de peines ou de mesures)			
Réponses des cantons	19	0	6
Réponses des conférences, associations et commisions	20	0	2
Financement prospectif plutôt que rétroactif			
Réponses des cantons	16	3	6
Réponses des conférences, associations et commisions	19	1	2

Commentaire:
La plupart des points sont approuvés presque sans opposition. Pas d'objections en ce qui concerne la rétribution des prestations fournies, mais des réserves quant au financement prospectif, ainsi que, dans une moindre mesure, par rapport à la définition uniforme des champs d'intervention.
On souhaite une simplification de la définition des champs d'intervention. Le danger d'une standardisation des thérapies, comparé à une certaine diversité, est évoqué à plusieurs reprises.
«La définition de champs d'intervention incitera les institutions à se concentrer davantage sur certains domaines thérapeutiques (champ d'intervention) et à se spécialiser (augmentation de l'effectivité)» (canton Bâle-Ville).

Les commentaires écrits font état plusieurs fois du souhait d'un contrôle par les cantons (éventuellement par voie de concordats). La question de la responsabilité des décisions de placement demeure ouverte pour l'instant.

Certains ont dit leur scepticisme quant à la faisabilité du modèle (pas demandé explicitement).
La situation financière actuelle n'y est bien sûr pas étrangère.
«Le modèle proposé entraîne des coûts supplémentaires considérables pour notre canton. La nouvelle conception du financement des thérapies de la dépendance dans les domaines alcool et drogue ne peut en conséquence, pour des raisons de politique financière, être approuvée.» (canton des Grisons)

Selon plusieurs participants, l'égalité de traitement doit être assurée seulement pour le mode de financement. «Aujourd'hui, on saisit souvent le prétexte d'un traitement au titre d'une mesure judiciaire pour facturer un tarif plus élevé que pour les clients admis en traitement pour d'autres motifs, ce qui est pour le moins gênant.» (Canton ZH).
«Il faut aussi garantir la liberté de choix entre thérapies orientées vers l'abstinence et programmes de substitution» (SDSS).

D'aucuns souhaitent un élargissement du domaine d'application du modèle de financement et du système de promotion de la qualité aux services ambulatoires, comprises thérapies de substitution.

2. Etes-vous d'accord que les travaux suivants soient entrepris en vue de la finalisation et de la mise en œuvre du modèle proposé?

	Positif	Négatif	Pas de réponse
Elaboration d'un système de tarification des différents champs d'intervention			
Réponses des cantons	22	2	1
Réponses des conférences, Associations et commisions	19	2	1
Révision du Règlement de l'AI en liaison avec l'introduction du nouveau modèle de financement (question posée seulement en allemand, erreur de la traduction française)			
Réponses des cantons	18	0	7
Réponses des conférences, Associations et commisions	14	0	8
Financement au titre des mesures individuelles de réadaptation de l'AI à la place des contributions collectives actuelles			
Réponses des cantons	7	2	16
Réponses des conférences, Associations et commisions	5	5	12
Développement de standards de qualité et de mesures de promotion de la qualité à l'intention des institutions de traitement des dépendances			
Réponses des cantons	23	0	2
Réponses des conférences, Associations et commisions	22	0	0

Commentaire:
Personne ou presque ne conteste l'utilité d'introduire un système de gestion de la qualité, mais on note çà et là quelques craintes quant à l'investissement supplémentaire que cela occasionnerait en termes de coûts et de travail administratif. Dans l'ensemble, la volonté d'améliorer la transparence et de permettre des comparaisons ressort nettement. Beaucoup saluent la mise au point d'un tel SMQ par l'OFSP (QuaThéDA).

S'agissant de la révision du RAI, on note des incertitudes; les avis seront probablement très partagés lorsqu'il s'agira de réaliser cette révision. Relevons ici que ce point n'était pas traité dans la version française en raison d'une erreur de traduction; nous disposons donc seulement des réactions «alémaniques».
Plusieurs participants ont émis le vœu que l'examen des cas par l'AI prenne moins de temps. La Conférence des directeurs des affaires sociales a en outre demandé une phase de transition de cinq ans entre l'ancien et le nouveau modèle.
Après l'évaluation du projet pilote sur le calcul de forfaits par champ d'intervention, on attend que le nouveau modèle de financement fasse l'objet d'une nouvelle consultation.

3. Etes vous d'accord que les aspects de mise en œuvre du nouveau modèle de financement, la répartition des rôles entre les cantons, l'établissement d'une liste des institutions reconnues par les cantons, et les autres points mentionnés au chapitre 2.6, soient réglés dans le cadre de la Convention intercantonale sur les institutions (CII)?
La révision correspondante de cette convention fera l'objet d'une procédure de consultation séparée.

	Positif	Négatif	Pas de réponse
Avis de principe sur le règlement de la répartition des rôles entre les cantons dans le cadre de la CII – sur le plan du contenu			
Réponses des cantons	19	5	1
Réponses des conférences, Associations et commisions	20	0	2
– sur le plan de la faisabilité			
Réponses des cantons	2	5	18
Réponses des conférences, Associations et commisions	2	4	16

Eléments partiels:

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
Création d'offices de liaison cantonaux hargés de traiter avec les institutions			
Réponses des cantons	8	0	17
Réponses des conférences, Associations et commisions	4	1	17
Liste des institutions reconnues			
Réponses des cantons	7	0	18
Réponses des conférences, Associations et commisions	4	0	18
Contrats de prestations entre cantons et institutions			
Réponses des cantons	10	1	14
Réponses des conférences, Associations et commisions	6	0	18
Préfinancement par étapes des coûts de traitement par les cantons			
Réponses des cantons	2	6	17
Réponses des conférences, Associations et commisions	3	0	19

Etablissement de plans de traitement sur la base des champs d'intervention			
Réponses des cantons	8	0	17
Réponses des conférences, Associations et commisions	6	0	16
Fixation d'un tarif unifié pour les champs d'intervention – Tarif unifié au niveau suisse			
Réponses des cantons	9	4	12
Réponses des conférences, Associations et commisions	12	3	7
– Tarifs unifiés au niveau régional			
Réponses des cantons	4	0	21
Réponses des conférences, Associations et commisions	4	0	18
Répartition des tâches claire entre les cantons de siège des institutions et les cantons de domicile des client(e)s			
Réponses des cantons	7	0	18
Réponses des conférences, Associations et commisions	5	0	17

Commentaire:
La répartition des rôles par le biais de la Convention intercantonale sur les institutions, qui serait révisée en conséquence, remporte une large adhésion ; les associations y étant plus favorables que les cantons.
« Il ne faut pas oublier que, d'après le droit cantonal, le financement des traitements de la dépendance est à la charge de différents organes payeurs. La Convention intercantonale sur les institutions doit dûment en tenir compte.» (Conférence des directeurs cantonaux des finances)
«On ne sait pas vraiment s'il s'agit d'une «CII modernisée» ou de la CII actuelle.» (Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales)
«La politique de prise en charge des personnes alcooliques et toxicomanes reste un problème national. Elle exige une collaboration renforcée entre la Confédération et les cantons, afin que ces derniers appliquent une politique semblable.» (Canton FR)
«La CII doit absolument être ratifiée par tous les cantons dans un laps de temps raisonnable.»
(Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues)
«A priori, comme nous ne sommes pas du tout convaincus de l'efficience du système proposé, nous ne sommes pas favorables à son entrée en vigueur. « (Canton NE)
Les réponses sur les éléments partiels de cette question sont moins claires (nombreuses abstentions). S'agissant de la création d'offices de liaison cantonaux, l'adhésion est tempérée par la crainte d'une augmentation des coûts. On critique aussi certaines tendances «centralistes». Cela dit, on préfère généralement l'harmonisation des tarifs au niveau national qu'à l'échelon régional.
Les contrats de prestations et la liste des institutions reconnues seraient utiles aux cantons comme instruments de pilotage, mais ils ne sont apparemment pas considérés comme tels partout.

4. Etes-vous d'avis qu'une partie au moins de l'argent confisqué provenant du trafic de drogues soit versée dans un fonds national et utilisée pour contribuer au financement de la prévention et du traitement dans le domaine des dépendances?

	Positif	Negatif	Pas de réponse
Avis de principe sur l'utilisation d'un tel fonds			
Réponses des cantons	22	1	2
Réponses des conférences, Associations et commisions	17	2	2
Utilisation liée aux objectifs – de la prévention			
Réponses des cantons	20	0	5
Réponses des conférences, Associations et commisions	16	1	4
– du traitement			
Réponses des cantons	21	0	4
Réponses des conférences, Associations et commisions	17	1	3

Commentaire:
L'utilisation de l'argent provenant du trafic de drogues pour cofinancer deux des quatre piliers de la politique en matière de drogues est incontestée. Les cantons pourraient envisager d'assurer une part du financement de base par le biais d'un tel fonds. Plusieurs associations et commissions y sont opposées, s'agissant d'un financement de base, mais trouvent que cet argent pourrait servir à financer des projets ciblés.
«Le financement continu des institutions ne doit en aucun cas dépendre des recettes très fluctuantes de l'argent confisqué provenant du trafic de drogues.» (Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool)

5. Etes vous d'avis que d'autres sources de financement doivent être trouvées? Si oui, lesquelles?

	Positif	Negatif	Pas de réponse
Avis de principe quant à la nécessité de trouver d'autres sources de financement			
Réponses des cantons	14	4	7
Réponses des conférences, Associations et commisions	18	0	3

Commentaire:
Les cantons sont très sceptiques par rapport à de nouveaux impôts. Les associations préconisent surtout plus d'engagement de la part des budgets publics.

Propositions de financement:
- Selon le principe de causalité
- Soutien par les proches; mais proposition jugée par ailleurs problématique en raison du caractère arbitraire et de l'inégalité de traitement
- Dans le cas d'une éventuelle légalisation, imposition fiscale comme pour l'alcool et le tabac
- Participation renforcée des caisses-maladie
- Utilisation de l'argent provenant d'amendes (en rapport avec la dépendance)
- Développement de l'AI
- Imposition fiscale de la publicité pour l'alcool et le tabac
- Mécanisme de compensation dans le cadre du projet «Nouvelle péréquation financière», notamment par le biais de contrats de collaboration entre plusieurs cantons

6. Commentaire sur la répartition des coûts

Commentaire:
Les subsides fédéraux sont perçus de façon peu différenciée. De nombreux cantons (et la CDAS) attendent que la Confédération compense le déficit résultant du défaut de financement par l'AI. Cantons et communes entendent maintenir leur contribution au niveau actuel.
Pour ce qui est de la participation des caisses maladie, le tableau est contrasté: les associations et les commissions verraient une plus forte participation, les cantons une participation au niveau actuel, mais en optimisant les possibilités existantes.

2.10.4 Résumé

Pratiquement tous les cantons (sauf un) ont participé à la consultation. Une très large majorité s'est prononcée en faveur du nouveau modèle. Les trois cantons opposés au modèle (GE, GR, NE) l'ont rejeté essentiellement pour des raisons financières. Ils refusent de prendre en compte une charge financière supplémentaire. En outre, des doutes sont émis quant à la faisabilité du modèle. On a encore relevé parfois l'absence des bases légales cantonales pour la mise en œuvre dudit modèle ainsi que l'insuffisance des informations relatives à son aménagement. Ces objections sont en partie d'ailleurs également invoquées par les partisans du modèle, qui accordent toutefois moins de poids à ces aspects négatifs.

Les associations et commissions soutiennent à l'unanimité le modèle proposé. On regrette toutefois qu'il n'existe pas encore un système reconnu de gestion de la qualité pouvant être utilisé à large échelle.
En principe, tous préconisent un tel système. On a souligné tout au plus qu'il faudrait optimiser et non maximiser la qualité. De même, le principe de l'équivalence entre drogues légales et illégales dans le domaine thérapeutique a été accepté, avec de petites nuances.
On s'accorde sur la nécessité de créer un instrument de pilotage central, qu'il s'agisse de la Convention intercantonale sur les institutions ou d'une convention similaire dans le cadre d'un concordat.

La question concernant le pilotage de l'offre a donné lieu à deux avis différents: d'un côté, on attend un engagement au même niveau, ou accru, de la part de la Confédération, d'un autre côté, on reconnaît que les cantons seraient bien outillés pour ce pilotage avec les listes des institutions reconnues et des normes de qualité. La répartition des coûts doit absolument être réglée de façon contraignante dans le cadre du nouveau modèle, pour que les institutions puissent organiser leur planification de manière réaliste. Il est pensable d'envisager une plus grande mise à contribution des proches. Mais il faut s'attendre à une levée de boucliers de divers côtés, à commencer par les associations de parents qui n'accepteront pas sans opposition un tel changement.

Les listes des prescriptions émanant des cantons et des commissions, organisations et associations intéressés figurent en annexe.

2.11 Mise en œuvre des prescriptions

Immédiatement après l'acceptation des recommandations énoncées dans le rapport final du GT Recensement des prestations, la constitution d'un groupe-pilote formé de diverses institutions a commencé. Ce groupe-cible devait apporter son soutien au développement de divers éléments du système et recommandations tarifaires.

2.11.1 Phase-pilote 1 (2000) avec 10 institutions

Dans le cadre de la phase-pilote 1, les données des institutions suivantes ont pu être collectées:
Le Radeau (FR), Mühlhof (SG), Lehn (LU), Smaragd (BL), Hilfe zum Leben (BE), Casa FiDélio (SO), Le Levant (VD), Ulmenhof / Die Alternative (ZH), Villa Flora (VS), L'Auvent (NE).

Pontareuse (NE) et Monbijou (BE) n'ont pas mené à terme cette phase-pilote.

Pour des raisons d'ordre géographique (durée des trajets), l'institution tessinoise Villa Argentina a décliné l'offre de participer au projet-pilote.

Période durant laquelle la collecte des données a eu lieu et grandeur de l'échantillon

La collecte des données dans le cadre de la phase-pilote 1 est basée sur les 202 client(e)s entrés entre le 1er janvier 1999 et le 30 septembre 1999 dans les institutions participant au projet-pilote et représentant au total 77 535 journées de traitement.

En raison du faible nombre d'institutions participant au projet-pilote, tous les types d'institutions prévus par le système n'étaient pas représentés. De plus, les institutions n'ont pas hébergé tous les types de «clientèle» prévus durant la période sur laquelle a porté l'enquête; les projets de tarifs n'ont pu être élaborés que dans une étroite mesure sur la base du déroulement des thérapies des client(e)s ayant été effectivement traités.
C'est l'une des raisons, et non des moindres, pour lesquelles une seconde phase-pilote a été prévue. Elle devait s'appuyer sur les expériences tirées de la première et comprendre plus d'institutions et aussi de cantons intéressés.
En réponse aux demandes faites en ce sens, huit cantons se sont déclarés prêts à participer au projet-pilote FiDé: BE, BL, BS, FR, JU, LU, SO et ZH.

2.11.2 Phase-pilote 2 avec 8 cantons et leurs institutions (2001/2002)

En ce qui concerne la participation des institutions, l'augmentation par rapport à la première phase-pilote n'a pas été uniquement quantitative. Une des principales nouveautés résidait dans la saisie des prestations et en particulier des profils échelonnés au moyen de questionnaires standardisés remplis en ligne à partir desquels le système était en mesure d'effectuer les calculs selon les paramètres préenregistrés. Dans le cadre de la même procédure, diverses institutions ont été identifiées comme n'étant pas un «substitut du cadre de vie» au sens de la systématique FiDé et n'ont donc pas été prises en considération pour la saisie des prestations et les enquêtes sur les coûts lors des travaux à effectuer dans le cadre du projet-pilote.
Un grand pas a ainsi été franchi en direction de l'appréciation systématique et neutre des prestations fournies par les institutions. Il faut également préciser ici que les indications données par les institutions n'ont pas été vérifiées sur place; les résultats dans les divers cantons ont toutefois été discutés en présence de tous les responsables des institutions des représentants du canton et de la direction du projet et d'éventuelles redéfinitions des profils ont été décidées.

Une autre extension a concerné l'intégration de la procédure de facturation pour les client(e)s qui venaient d'entrer. Il fallait d'une part tester ici la transposition technique et la faisabilité de la procédure ainsi élaborée et convenue avec les cantons-pilotes et, d'autre part, créer les bases des premières vues d'ensemble des coûts telles qu'elles seraient créées en application du nouveau système.
Ces factures n'enraînaient pas de paiements mais ont été seulement envoyées à la direction du projet pour évaluation; cette partie du projet-pilote a d'ailleurs été réalisée sous le nom «d'exercice à sec».

2.11.3 Constatations

Les constatations que l'on peut tirer des deux phases-pilotes peuvent se résumer ainsi:

Il a été possible pour la première fois de recenser dans une *grille descriptive unifiée* les prestations fournies par les institutions dans le cadre des thérapies résidentielles des dépendances. Toutes les étapes du travail ont pu être réalisées en ligne.

Les *profils de prestations institutionnelles* qui en ont résulté ont été discutés avec les institutions et les représentants des cantons dans le cadre d'une procédure transparente puis, si nécessaire, corrigés dans le cadre de démarches ultérieures.

Sur la base d'*enquêtes de coûts complets,* des *tarifs forfaitaires couvrant les coûts* ont été élaborés en fonction des catégories d'institutions et des profils de prestations qui avaient été définis auparavant – conformément au mandat à exécuter.

Les indispensables *variables relatives aux client(e)s* ont elles aussi été saisies en ligne dans la perspective de la facturation future. Les données sont limitées au strict minimum car il s'agit de données personnelles, on veille le plus attentivement possible à la sécurité des données.
En collaboration avec les cantons-pilotes, une *procédure de facturation* a été élaborée. Elle renferme divers *contrôles de plausibilité et fonctions automatiques de sécurité.*

Dans un but de documentation, l'*établissement de rapports a été automatisé.* Il reflète les profils de prestations classés par cantons (voir aussi chap. 5.7.2.).

Afin de pouvoir réaliser des évaluations indépendamment de la procédure standardisée, le système met les données originales à disposition au moyen d'une fonction Exportation. Il est ainsi possible de réaliser des *statistiques* spécifiques sur *la situation en matière d'occupation des places* et aussi sur les *flux financiers.*
Les évaluations peuvent se rapporter à divers niveaux (par exemple institution, canton, région, Suisse entière, etc.). Par le biais d'un accès autorisé sélectif et spécifique à leurs propres données, non seulement les institutions mais aussi les cantons peuvent établir des statistiques concernant les *client(e)s et les factures* à partir des données de base ou les utiliser pour diverses enquêtes statistiques ou bien encore les intégrer dans des enquêtes déjà réalisées sans devoir saisir à nouveau les variables.

Le système a apporté la preuve de sa fonctionnalité durant la phase-pilote. Il est opérationnel.

2.11.4 Résultats

Les résultats du second projet-pilote ont été mis à plusieurs reprises à la disposition des participants et des intéressés dans des rapports d'évaluation et des bilans intermédiaires. Par manque de place, nous renonçons ici à en fournir un aperçu. Les éditions remises à jour sont cependant à disposition sur le site www.fisu-fide.ch et peuvent être téléchargées.

2.11.5 Premières répercussions tangibles d'un changement de système

Finances et tarifs

- Une comparaison des charges dans le cadre de l'ancien système (sur la base des dépenses 2000) et des factures établies par les institutions dans le système depuis le 1.1.2002 confirme – même en interprétant les résultats avec la plus extrême prudence – que les charges globales sont d'un montant plus bas qu'avec l'ancien système (voir plus particulièrement le chap. 8.1.).

Placements

- Grâce aux profils institutionnels sur la base des descriptions de prestations, il est plus facile d'effectuer des procédures de placement et les affectations sont plus efficaces. Il existe toutefois ici des besoins de formation dans les services qui procèdent aux placements et qui n'ont pas encore été informés officiellement des profils de prestations et des orientations en fonction des groupes-cibles des différentes institutions.

Stabilité du système en ligne

- Tous les travaux nécessaires peuvent être effectués en ligne; à part un navigateur Internet conventionnel, aucun logiciel spécial n'est nécessaire. Sur le plan technique, le système fonctionne sans problème – les éventuelles adaptations et modifications à effectuer concernent le contenu.

2.12 Introduction dans 16 cantons en 2003

Etayée par une décision du Conseil fédéral du 24.2.2002, un nouveau règlement à la LAI est en vigueur depuis le 1.6.2002. Deux variantes de financement ont ainsi été créées pour les institutions spécialisées dans le traitement résidentiel des dépendances:
1) l'»ancien» modèle avec les modalités en vigueur pour toutes les institutions s'occupant de personnes handicapées
ou
2) le modèle FiDé spécialement développé pour les institutions traitant les dépendances.
Afin d'inciter les institutions à changer de modèle, la clause dite des 50% n'existe pas si l'on opte pour le modèle FiDé et l'AI paie pour chaque client(e) – dans la mesure où sa reconnaissance par l'AI a été confirmée – 30% du prix forfaitaire en tant que prestation collective au sens de l'art. 73 LAI.

Dans une lettre détaillée que Madame la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss a adressée aux conseillères et conseillers d'Etat le 13.12.2002 (voir annexe), le Département fédéral de l'intérieur indique qu'il considère les conditions de l'introduction du système comme étant remplies.

L'AI a donné aux cantons la possibilité toute l'année d'annoncer leur affiliation pour l'année 2003 – et donc rétroactivement sur une période de 12 mois. Cela signifie qu'indépendamment de l'existence de cantons-pilotes, il faut créer les conditions d'une adhésion éventuellement «rétroactive» pour l'année 2003 pour les autres qui sont intéressés. Il a fallu pour y parvenir en plus du cercle des huit cantons-pilotes amener tous les cantons intéressés au niveau actuel atteint par le projet et, du côté des institutions, créer les conditions d'un changement de système – saisies des prestations et profils d'institutions.
Ces travaux préliminaires ont été achevés en juin 2003 dans tous les cantons comptant des institutions servant de cadre de vie.

La tâche des institutions qui adhèrent au nouveau système consiste à saisir les données des client(e)s qui sont entré(e)s dans leur établissement depuis le 1.1.2003 et d'établir le décompte selon le système FiDé – comme le font les institutions-pilotes depuis le 1.1.2002.
Les conditions se trouvent ainsi réunies pour que l'adhésion éventuelle au nouveau système puisse être réalisée avec effet rétroactif, du moins sur le plan des calculs.

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Le manuel (MA) FiDé est destiné à divers utilisateurs ou utilisatrices et groupements. Il s'adresse aux responsables politiques des cantons et aux représentants des administrations cantonales, ainsi qu'aux directions des institutions et à leurs collaborateurs ou collaboratrices.
Les personnes que le sujet intéresse peuvent en outre utiliser ce manuel comme un ouvrage de référence. Bien entendu, cet instrument a aussi des limites qui apparaissent déjà dans le mandat et les directives. S'il ne peut générer la prise de décisions politiques, il implique au départ la volonté politique de mise en oeuvre d'une modification en profondeur du système. Il ne tient pas compte non plus de toutes les éventualités et particularités organisationnelles.
Le MA désigne une organisation de référence et préconise les forfaits pour les types d'institutions.

Grâce aux explications ci-dessous, la lectrice ou le lecteur pourra s'y retrouver plus facilement dans le manuel.
Dans la mesure du possible et si cela s'avère judicieux, les chapitres s'enchaînent selon une structure homogène. Au début figure systématiquement un texte d'introduction sur le sujet, qui devrait suffire à donner un aperçu général du thème du chapitre. La deuxième et la troisième partie peuvent être consultées pour un approfondissement de la question, ainsi que pour l'application et la mise en œuvre.
La deuxième partie comprend une présentation théorique détaillée des thèmes du chapitre, alors que la troisième partie propose des instructions relatives aux processus et des check-lists permettant de s'atteler à une mise en place concrète et adaptée aux réalités régionales.

Le présent manuel est également accessible sur Internet à l'adresse www.fisu-fide.ch.
Dans un premier temps, les addenda seront disponibles sur la toile et sur papier.

3.1 Le manuel FiDé à l'intention des représentants cantonaux

En interaction avec la CIIS, le manuel peut servir de base pour régler la collaboration intercantonale. Il donne des exemples d'accords conclus avec les institutions et l'OFAS et contient une série de documents, directives, propositions et décisions basées sur les projets pilotes, ainsi que les propositions tarifaires actuelles.

3.2 Le manuel à l'intention des institutions

Le MA met en évidence la collaboration avec les cantons, règle la coopération avec les organes d'orientation et indique la marche à suivre pour utiliser le système FiDé. Ici encore, le tarif constitue un élément essentiel.

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

4.1 Dénominateur commun

Les phénomènes de dépendance, l'abandon de cette dépendance – et donc ce que l'on appelle la thérapie de la dépendance – ainsi que d'autres mesures de suivi et de traitement sont appréhendées et interprétées en se plaçant dans des perspectives professionnelles extrêmement différentes. La somme de connaissances fondamentales permettant une professionnalisation solide sera par conséquent tout aussi hétérogène.

A l'heure actuelle, un avis s'est imposé dans le débat et joue le rôle d'un dénominateur commun: la dépendance est liée à une perte de l'autonomie personnelle ou, de manière très générale, le processus de socialisation, et donc l'insertion de l'individu dans le tissu social, n'a que partiellement réussi.

Diverses enquêtes nous ont appris qu'aucun échelon social, aucune couche de la société ne sont exempts de problèmes de dépendance. Mais leur déroulement – à l'exception du phénomène central – peut être extrêmement varié quant aux besoins de traitement et de soutien, de même qu'en ce qui concerne les perspectives de récupération de l'autonomie à attendre des individus concernés.
La littérature et les milieux spécialisés établissent des rapprochements entre les substances consommées et les différences qui s'observent au niveau des perspectives de développement. Peu de questions se posent quant aux liens entre effets pharmacologiques et développement du problème. Certes, on peut établir des rapports entre substances préférées et couches sociales, mais les déductions que l'on pourra en tirer en ce qui concerne les traitements nécessaires ne seront guère fiables car ces préférences sont plutôt le reflet de tendances, d'accessibilité des produits et de possibilités économiques en relation avec le niveau culturel du consommateur, son statut social et les caractéristiques du groupe auquel il appartenait.

Résumé:
Au niveau individuel, le déroulement des dépendances dépend aussi, évidemment, de l'action pharmacologique des substances consommées. En ce qui concerne les questions portant sur les mesures de traitement et de soutien adéquates ainsi que sur les perspectives de succès à attendre au niveau de la récupération de l'autonomie et du regain de l'indépendance par les personnes concernées, les questions évoquées précédemment ne présentent toutefois qu'un intérêt secondaire si l'on considère l'état des ressources individuelles auquel on se trouve confronté ou plus exactement aux problèmes que pose l'état personnel.

Tout en sachant que les facteurs défavorables propres à certaines couches sociales ont des répercussions essentielles sur la dépendance, il faut fournir des prestations justifiées sur le plan théorique, légitimes sur le plan technique en tenant compte en priorité de la culture d'origine et environnementale, du milieu d'où provient la clientèle et de son niveau social ainsi que de l'état de ses ressources.

4.2 La Thérapie résidentielle de la dépendance orientée vers l'abstinence

4.2.1 Principes fondamentaux

La notion de thérapie de la dépendance (ne pas utiliser le mot réhabilitation) recouvre toutes les mesures qui ouvrent aux personnes toxicodépendantes la possibilité de participer à nouveau à la vie sociale de manière adéquate. Le but de la thérapie est la réinsertion dans la société et le rétablissement des compétences personnelles permettant de conduire sa vie de manière autonome et non dépendante de substances psychotropes.

La réussite des objectifs de réhabilitation se mesure aux facteurs suivants:
- exercer un travail permettant de gagner sa vie,
- trouver une forme adéquate de logement,
- constituer et cultiver un réseau relationnel solide,
- mener un style de vie qui agit positivement sur le maintien de la santé,
- savoir vivre dans le cadre de la légalité.

La thérapie de la dépendance s'adresse aux personnes toxicodépendantes qui pour cette raison vivent de façon marginalisée, dysfonctionnelle et largement hétérodéterminée dans le contexte social. Les institutions spécialisées pour la thérapie de la dépendance permettent de rétablir les liens sur les plans naturel et culturel entre l'individu et son environnement proche et lointain. Les interventions se situent par conséquent à tous les niveaux des systèmes somatique, biologique, psychique, social et culturel. Elles visent à influencer, ou à optimiser, les interactions entre ces systèmes dans la vie au quotidien des personnes marginalisées ou fortement menacées de marginalisation.

La volonté personnelle de se faire soigner est une condition nécessaire pour que commence le processus de réhabilitation. Si la personne dépendante n'est pas en mesure de prendre une telle décision librement, elle peut en être rendue capable par des mesures adéquates.

Les concepts du traitement de réhabilitation sont construits selon une démarche logique qui répond de manière conséquente à la problématique de la dépendance. Les fondements de ces concepts reposent sur les connaissances scientifiques reconnues de la théorie de la socialisation, de la psychologie, des sciences de l'éducation, de la philosophie et de la médecine. Les processus de réhabilitation visent une efficacité globale. Afin de pouvoir influencer de manière durable le développement personnel, il est nécessaire de prévoir suffisamment de temps pour les processus de bilan et de diagnostic et pour intérioriser les objectifs du traitement.

Le séjour dans une institution résidentielle spécialisée doit donner aux personnes dépendantes la possibilité de réduire les dommages qui leur sont survenus sur les plans de la santé, de la vie sociale, du psychisme et des conditions économiques.

La thérapie de la dépendance privilégie les efforts qui mettent en action les ressources propres des personnes dépendantes afin qu'elles puissent atteindre d'elles-mêmes l'objectif visé – la capacité de vivre de manière autonome.

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

La définition des prestations et la saisie non seulement des institutions substitutives du cadre de vie mais aussi supplétives touchent à un grand nombre d'activités, de tâches, d'interactions et d'aménagements spéciaux qui sont parfois difficiles à appréhender. La prestation institutionnelle centrale se rapporte toutefois à l'organisation et à la garantie d'une exploitation 24 heures sur 24 visant à permettre à la clientèle concernée de vivre une vie quotidienne satisfaisante.

La tâche est compliquée par l'extrême hétérogénéité du paysage institutionnel: personnes, philosophie institutionnelle et opérationnelle, choix des moyens d'intervention, concepts, etc., diffèrent fortement d'une institution à l'autre. La définition des prestations des différentes activités et interventions entendait se limiter aux priorités, seul l'essentiel étant décrit, évalué et adopté dans le contrat de prestations, ce qui risquait d'entraîner une immixtion indésirable dans l'autonomie et la responsabilité de l'institution.

La systématique FiDé de définition des prestations fournies dans des institutions substitutives et supplétives du cadre de vie repose, pour les raisons invoquées, sur des modules de prestations, qui sont suffisamment délimités pour permettre une tarification appropriée.

Les modules de prestations, qui concernent les domaines de socialisation bien connus, comme les *groupes primaires,* la *formation,* le *travail* et les *loisirs,* sont subdivisés en *prestations uniques, unités de prestations* et *domaines de prestations.* L'analyse concrète des prestations repose sur les critères suivants: *Effets/buts, Prestations centrales et Prestations complémentaires.*

5.1 La systématique de la définition des prestations

Les institutions spécialisées dans la thérapie de la dépendance doivent assumer des tâches complexes face à des problèmes sociaux souvent cumulés, à l'aide de ressources de plus en plus limitées. Les prestations qu'elles offrent pour atteindre les buts fixés sont déterminées par les problématiques multiples de l'existence de personnes marginalisées ou en voie de marginalisation du fait de la toxicodépendance.

Compte tenu de cette situation complexe – la résolution de problèmes sociaux cumulés – les efforts d'amélioration de l'efficacité aussi bien qualitative que quantitative ne peuvent passer que par une conceptualisation précise des tâches à remplir.

Cette démarche présuppose un mandat de prestations déterminé de manière suffisamment large par la législation de même qu'une définition claire du sujet. En outre sont nécessaires l'établissement de normes, règles et standards et leur mise en œuvre, ainsi qu'une description et une évaluation détaillées des prestations qui doivent être fournies et qui constituent l'essence même du processus de traitement de la dépendance.

La systématique qui est présentée ci-après, et qui est décrite en fonction de la clientèle ordinaire de ces institutions, s'applique dans ses grandes lignes à l'ensemble du champ de l'assistance aux personnes dépendantes. La description détaillée des prestations ne s'applique, quant à elle, qu'aux institutions résidentielles qui offrent un «cadre de vie substitutif». La question de la diversité de la clientèle est développée plus en détail au chapitre 4 Les groupes cibles.

5.1.1 Le degré d'intensité des interventions

Dans l'ensemble, on peut définir trois formes de prestations dans l'assistance aux personnes dépendantes, qui se différencient essentiellement par le degré d'intensité des interventions.

Mesures substitutives

Depuis une trentaine d'années, le traitement des personnes dépendantes s'est développé à partir du modèle dit des «thérapies résidentielles de longue durée», une mesure substitutive du cadre de vie par excellence. Par la suite ont été constituées des institutions de types les plus divers. Les institutions thérapeutiques orientées vers l'abstinence mettent en place un système de socialisation dans le cadre duquel les prestations et les offres qui constituent l'essentiel de la vie quotidienne dans des conditions ordinaires sont également fournies. Les institutions «offrant un cadre de vie substitutif» se trouvent en premier lieu dans le segment des offres orientées vers l'abstinence.
Dans le contexte professionnel décrit ici, les prestations «offrant un cadre de vie substitutif» recouvrent l'ensemble des mesures à court, moyen ou long terme qui assurent en remplacement des fonctions de socialisation importantes dans l'un ou plusieurs des systèmes usuels de socialisation.
En cela, le concept de ces prestations correspond à tous les aspects des exigences du système social usuel, en tenant compte des déficits et des problèmes constatés auprès de la clientèle.

Mesures de complément

Il s'agit des prestations et offres qui ont spécifiquement pour but de décharger certains systèmes de socialisation de certaines fonctions à court, moyen ou long terme et de les assurer en remplacement par des ressources extérieures au système en question. Les mesures de complément au contexte de vie se rapportent donc à des aspects partiels des systèmes de socialisation ordinaires, parce que ceux-ci ne peuvent plus ou plus suffisamment être vécus de manière fonctionnelle par des individus dans les relations d'interaction normales. Par relations d'interaction normales, on entend la somme de toutes les interactions qui rendent un individu capable de se comporter dans son contexte social.

Les institutions d'aide aux personnes toxicodépendantes qui offrent des mesures de complément existent aussi bien dans le segment orienté vers l'abstinence que dans celui acceptant la dépendance.

Dans le secteur orienté vers l'abstinence, les institutions les plus typiques de cette catégorie sont: appartements protégés, les placements familiaux, l'administration du budget et la gestion du salaire, l'exercice d'une curatelle ou d'une tutelle, certaines formes de logement en phase de postcure ainsi que des emplois de transition ou d'intégration.

Dans le secteur acceptant la dépendance, on classe les hébergements d'urgence et accueils de nuit, les logements socialement accompagnés, les structures de jour, les bourses aux petits boulots, etc.

Mesures d'accompagnement

Il s'agit ici d'offres qui accompagnent les clients avec une fonction de soutien et de conseil dans le cadre de vie normal. Ces mesures «d'accompagnement du cadre de vie» ont pour but de consolider ou d'améliorer les ressources existantes et les potentiels de socialisation à l'intérieur des systèmes normaux de socialisation. Elles visent à améliorer la capacité des individus à exploiter leurs propres ressources ou celles des systèmes de socialisation, ou tendent à l'optimisation des formes de vie en communauté et de coopération dans le cadre d'un système ou encore entre plusieurs systèmes.

Les institutions qui offrent des «mesures d'accompagnement» sont – à l'exception de certaines formes de postcure et prestations des consultations ambulatoires spécialisées – pour l'essentiel situées dans le secteur acceptant la dépendance. Les offres les plus connues de ce type sont les lieux d'accueil de proximité, le travail de rue, les traitements de substitution avec méthadone ou avec prescription d'héroïne, etc.

En résumé:
Les institutions dont l'objectif est d'aider leur clientèle à vivre de manière autonome et non-dépendante ont besoin de mettre en œuvre, sur le plan du développement personnel, un processus durable de changement et de développement. Ces institutions appartiennent par conséquent à la catégorie des institutions offrant des mesures substitutives.

5.1.2 Les domaines de socialisation

Le mot socialisation est utilisé ici dans le sens du développement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes ainsi que de la mise en œuvre et de la réussite de projets ou perspectives de vie. Cette notion recouvre un processus du développement de la personne qui dure toute la vie, en interaction avec l'environnement matériel et social donné par la société et se référant à une structure physique et psychique.

Des fonctions de socialisation sont assumées dans notre société par toute une série de systèmes sociaux différents. Chaque individu s'inscrit en effet au cours de sa vie dans un nombre varié de systèmes de socialisation. Ceux-ci sont en permanente interaction entre eux et forment avec leurs buts, leurs exigences, leurs normes et leurs valeurs un système social cohérent. Ils sont de plus en évolution constante. Malgré ce caractère fluctuant, il existe dans notre société plusieurs domaines de socialisation distincts dotés de systèmes qui peuvent être décrits en tant que domaines de prestations dans le cadre des systèmes de socialisation subsidiaires prévus.

Des domaines de prestations peuvent être décrits, à partir de caractères généraux ; ceux-ci réunissent des prestations spécifiques qui ensemble contribuent au fonctionnement d'un système de socialisation tel qu'il existe normalement.

Groupe primaire

La réussite d'une socialisation aboutie dans notre système social est essentiellement déterminée par un ensemble de fonctions élémentaires. En situation normale, ces fonctions sont assurées dans notre contexte culturel par le système familial ou parafamilial de même que par les formes diverses de vie en couple, en partenariat ou en communauté.

La formation

La formation, et particulièrement la formation donnée par l'école obligatoire, est très largement réglementée et normalisée dans notre société. Ce qui illustre également la signification fondamentale que notre société accorde à la formation. La capacité à remplir les conditions de socialisation exigées par la société est définie de manière déterminante par le niveau de formation atteint ou par les échecs en matière de formation.

Le travail

Bien que, dans notre société, il n'y ait pas suffisamment de places de travail pour tous, la capacité à travailler est un indicateur de socialisation décisif pour pouvoir mener sa vie de manière autonome. Des aspects fondamentaux de notre vie sont directement influencés par notre position sur le marché du travail: la capacité d'achat et, lié à cette dernière, le degré de mobilité, les contacts sociaux, la conscience de sa propre valeur et la confiance en soi, etc.

Le temps libre

Le domaine de socialisation intitulé «activités de loisirs adaptées à l'âge» a connu une croissance majeure au cours des dernières décennies. Que l'on pense d'une part à l'accroissement du temps de vie qui peut être utilisé librement, et par là à la tendance vers une société des loisirs, ou que l'on envisage la disparition des systèmes autoritaires de valeurs et de normes, l'affaiblissement des structures collectives, des réseaux et des formes de vie associative, ou que l'on considère enfin le caractère moins strictement fonctionnel de la famille, tous ces phénomènes font que les individus tendent toujours plus à former leur identité en prenant référence sur des personnes du même groupe d'âge.

5.1.3 La durée des interventions

Dans la description systématique des prestations, on distingue des interventions:
- à court terme (1 à 3 mois).
- à moyen terme (jusqu'à 12 mois).
- à long terme (12 mois et plus).

Les institutions de thérapie qui offrent un cadre de vie substitutif afin d'atteindre l'objectif de sortir de la dépendance et de permettre une réinsertion sociale, et qui travaillent pour une clientèle caractérisée par une accumulation de difficultés d'existence et par des stratégies de vie souvent inadéquates, inscrivent leurs interventions dans la catégorie du long terme.

5.1.4 Les prestations

Toutes les prestations sont subdivisées en deux catégories: les prestations principales et les prestations complémentaires. En outre, chaque prestation ou groupe de prestations se rattache à un domaine de socialisation.
Le système social définit les exigences, les buts, les normes et les valeurs que notre société fixe ordinairement à chaque aspect de la socialisation.

Les domaines de prestations

Chaque domaine de socialisation – décrit dans la systématique – définit un ensemble de prestations. Un ensemble de prestations est par conséquent assuré lorsqu'une planification cohérente et une mise en œuvre compréhensive des prestations permettent de remplacer le système de socialisation en question. La planification et la mise en oeuvre se rapportent d'une part aux besoins, ressources et déficits spécifiques des clients et d'autre part aux exigences et aux attentes définies par le système social.

Les unités de prestations

Une unité de prestations est composée d'un groupe de prestations uniques qui forment un ensemble cohérent, bien défini et qui se distingue clairement d'autres unités de prestations. Une unité de prestations est une offre qui fait partie de manière univoque d'un ensemble de prestations.

Les prestations uniques

Les prestations uniques sont des processus de travail qui sont définis sur le plan opérationnel, qui sont observables et qui peuvent être documentés.

5.1.5 Les champs d'intervention

Les champs de travail s'orientent vers les domaines de socialisation habituels. Un champ de travail décrit de ce fait un champ de socialisation planifié et réalisé «artificiellement» dans des conditions institutionnelles. Partant de la dimension problématique établie de la clientèle, la planification et le transfert dans la pratique trouvent ainsi une légitimation théorique.

Dans le cadre actuel de l'aide en matière de toxicodépendance, des prestations institutionnelles sont fournies dans tous les domaines de socialisation. En ce qui concerne les institutions qui offrent un cadre de vie substitutif, les prestations institutionnelles se concentrent sur ce qu'on appelle une communauté thérapeutique.

5.2 La communauté thérapeutique

Les communautés thérapeutiques résidentielles sont des «lieux» où des personnes vivent ensemble jour et nuit. Par définition, ces communautés remplacent les groupes primaires traditionnels dans notre société. Une différenciation systématique sous l'aspect «prestations» est donc superflue, le remplacement intégral du groupe primaire étant la base de la reconnaissance de la *communauté thérapeutique en tant que substitut du cadre de vie.*

5.2.1 Effets/buts

- Satisfaction adéquate des besoins biologiques, psychologiques et sociaux de la clientèle.
- Les troubles/le handicap «multi-problématique» ont été traités de façon à ce que la clientèle concernée et son environnement significatif aient une compréhension différenciée de la problématique. Ils sont informés de la signification du trouble/du handicap pour le développement ultérieur.
- Les modèles de comportements problématiques, notamment l'histoire de la dépendance manifeste, ont été traités. La clientèle concernée et son environnement significatif ont une compréhension différenciée du problème. Ils sont informés de la signification du modèle de comportement problématique et de son évolution ultérieure.
- Amélioration des conditions de vie et des stratégies de gestion de vie. Des mesures concernant le suivi postcure ont été mises en place en collaboration avec des services/institutions.
- Élaboration d'une solution de suivi postcure en intégrant une variante de traitement adéquate en lien avec la problématique.
- La clientèle concernée et son environnement significatif sont motivés pour la collaboration et la coopération.

5.2.2 Prestations centrales

Communauté de production

- Mise à disposition, planification et garantie d'un déroulement journalier et hebdomadaire systématique (phases récréatives comprises).
- Conduite et gestion ménagère commune (lessive, cuisine, nettoyage).
- Encouragement à l'autonomie par rapport à la gestion du quotidien (prise progressive de responsabilités, contrôle, accompagnement, confrontation, intervention).

Communauté de consommation

- Aide à la gestion de l'argent (argent de poche ou salaire).
- Mise à disposition d'outils pour les activités de loisirs non-structurées (journaux, TV, jeux…).
- Conduite/accompagnement des moments de loisirs «non-structurés» (distingués du domaine des prestations «loisirs»).
- Planification, garantie et gestion d'une alimentation saine et équilibrée.
- Planification, garantie d'un habillement adéquat (saison, âge, financement).

Communauté de biens

- Acquisition et mise à disposition de moyens financiers individuels.
- Instruction, planification d'un budget individuel.
- Contrôle du budget individuel.
- Instruction, accompagnement et mise en oeuvre d'un plan de désendettement.
- Instruction en vue d'une gestion et d'une utilisation adéquates et soigneuses des biens individuels, communs ou de ceux mis à disposition.

Communauté d'assistance/de prise en charge médicale et psychosociale

- Planification, acquisition et mise à disposition de biens d'équipement et de consommation courante.
- Développement de projets et de possibilités en vue d'un équipement personnel (biens personnels).
- Planification, élaboration et maintien d'un habitat procurant un sentiment de sécurité (sur le plan des locaux et sur le plan émotionnel).
- Planification, élaboration et maintien d'un environnement stimulant (permettant d'acquérir à la fois un savoir et des compétences sociales).
- Planification, garantie d'une prise en charge médicale (y compris psychiatrique) et assistance (interne et/ou externe).
- Planification et garantie d'un suivi et d'une prise en charge psychologique (interne et/ou externe).
- Planification, offre et mise en oeuvre d'une prise en charge sociopédagogique/sociothérapeutique (groupe de parole, travail de groupe, entretiens individuels, approche créative, méditation, etc.).

Communauté d'interaction et de communication

- Planification, établissement et application de règles régissant la vie en commun (règlement intérieur, abstinence de drogues, interdiction de la violence, règles de communication).
- Participation active dans la communauté et dans les groupes.
- Stimulation/renforcement des capacités relationnelles.
- Planification, conduite et stimulation en vue d'une prise de responsabilité par rapport à soi-même et à autrui.
- Planification et stimulation en vue d'un développement de l'autonomie.

Communauté éducative

- Transmission de techniques de socialisation (prise de conscience de l'hygiène et des soins corporels, acquisition d'un savoir-vivre adéquat).
- Transmission de compétences de gestion du quotidien (utilisation de moyens de communication, lecture d'horaires de moyens de transport, gestion de relations avec les autorités, etc.).
- Transmission de valeurs culturelles et sociétales. Accès ouvert à la culture générale (littérature, art, musique, théâtre, etc.).

5.2.3 Prestations centrales générales

- Garantie (planifier et réaliser) de la vérification du concept.
- Garantie (planifier et réaliser) de la compatibilité du concept avec des méthodes de contrôle externes. (QSS)
- Rapports périodiques centrés sur les clients.
- Rapports réguliers centrés sur l'organisation (rapport annuel).
- Accompagnement lors d'expertises (d'ordre médical ou juridique).
- Planification, organisation et réalisation d'un diagnostic global d'entrée (d'ordre social, psychologique, psychiatrique et somatique).
- Planification de l'environnement basée sur une saisie, une explication et une évaluation professionnelles des conditions et des stratégies de gestion de vie.
- Développement et réalisation d'un plan de traitement individuel.
- Planification systématique de la sortie (préparation et réalisation).
- Scénarios d'urgence en cas d'interruption de la thérapie/réadmission.
- Indications à l'intention de la clientèle concernant les possibilités de recours.
- Garantie d'une tenue de dossier adéquate (protection des données, documentation compréhensible et explicite de l'intervention et du processus).
- Garantie d'un travail de réseau centré sur les clients et en collaboration avec d'autres services professionnels et autorités.

5.2.4 Prestations complémentaires

Infrastructure

Immeubles:
- Mise à disposition et entretien de bâtiments adaptés à un usage conceptuellement défini (séparation fonctionnelle du domaine d'habitat et de travail, installations sanitaires, possibilités de retrait, espaces d'intimité suffisants). Développement et mise en oeuvre d'un concept d'utilisation des locaux. L'infrastructure dans son ensemble doit répondre aux besoins spécifiques de chaque sexe.
- La grandeur des locaux d'habitation (lieux collectifs et chambres) doit correspondre aux exigences légales minimales. En l'absence de ces exigences, les conditions de l'OFAS s'appliquent.

Mobilier:
- Mise à disposition et entretien d'un équipement standard dans les locaux d'habitat commun et dans les locaux de travail (cuisine et installations sanitaires comprises) répondant de manière suffisante (quantité et qualité) aux exigences conceptuelles.

Personnel

- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management

- Planification, formulation, réalisation et développement continuel d'un concept global de l'institution (sur le plan thérapeutique et de gestion d'entreprise).
- Développement et réalisation de mesures en vue du développement et de la mise en œuvre de l'entretien de l'organisation institutionnelle (élaboration, mise en œuvre de lignes conductrices, optimisation des procédures de travail, contrôle des objectifs et de leur réalisation, etc.).
- Développement et mise en œuvre de mesures concernant la gestion du personnel (supervision, entretiens de qualification, concept de formation continue, de perfectionnement professionnel, etc.).

Recherche

- Planification, organisation et garantie de la collaboration avec des projets de recherche et de statistiques régionaux, cantonaux et nationaux.

Collaboration interinstitutionnelle

- Planification, organisation et garantie d'un travail de réseau institutionnel avec des services professionnels et les autorités.

Prestations de base relatives à la gestion économique

- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise.
- Planification et garantie de la gestion du personnel.
- Planification et mise en œuvre de mesures de relations publiques et de marketing.

5.3 La formation

Dans le cadre des institutions «se substituant au champ de la vie quotidienne», la formation est intégrée dans des proportions très diverses au processus thérapeutique. Certains projets de formation sont ancrés de telle sorte dans les offres thérapeutiques qu'un recensement des prestations s'impose.

5.3.1 Domaines de prestations

Un domaine de prestations peut être considéré comme accompli lorsque sont disponibles la planification et la réalisation intégrales du champ substitutif de socialisation «Formation», qui comprend notamment:

- Une reconnaissance officielle de l'unité de formation par la direction responsable du canton.
- La description de toutes les autres exigences concernant la reconnaissance scolaire dans les dispositions des directions cantonales compétentes et leur applicabilité.
- Des procédures spécifiques concernant la saisie des lacunes de formation.
- Un concept décrivant l'élaboration et la définition d'objectifs d'apprentissage individuels.

Effets/buts

- Qualification et post-qualification du curriculum de formation.
- La clientèle concernée est réhabilitée sur le plan de la formation dans l'ensemble du domaine de la personnalité.
- Le passage dans une unité de formation régulière est possible.
- La préparation en vue de la vie professionnelle a eu lieu.

Prestations centrales

La formation tient compte de processus et d'objectifs d'apprentissage cognitifs, émotionnels, somatiques, moteurs et sociaux dans un contexte de vie réaliste. De ce fait, la formation intègre une compréhension rationnelle, un contact émotionnel et une expérience concrète en vue d'un processus de développement émancipateur:

- Planification et garantie d'une perception de formation intégrante tenant compte de tous les aspects d'apprentissage.
- Planification et garantie d'une procédure reconnue de saisie du «niveau de formation individuelle».
- Planification et garantie d'unités de formation et de scolarisation tenant compte des besoins et des manques.
  - Garantie d'une promotion/d'un encouragement adaptés sur le plan cognitif et axés sur les contenus:
  - de l'école primaire,
  - de la formation professionnelle,
  - d'unités de formation de base et de formation continue,
  - et des écoles supérieures.
- Planification et garantie d'une procédure permettant la vérification de l'acquisition des connaissances.
- Planification et garantie d'une procédure de certification.

Prestations centrales générales

- Définition de la problématique (diagnostic - lacunes/besoins scolaires et de formation).
- Garantie, par le canton, des bases légales.
- Planification conceptuelle de la collaboration avec les autorités scolaires, les personnes de référence et le corps enseignant.
- Garantie (planification et réalisation) de la vérification du concept.
- Garantie (planification et réalisation) de la comptabilité du concept avec les méthodes de contrôle externes (QSS).
- Rapports périodiques centrés sur les clients.
- Rapports réguliers centrés sur l'organisation (rapport annuel).
- Développement et réalisation d'un plan de formation individuel.
- Garantie de la tenue d'un dossier adéquat (protection de données, documentation d'intervention et du processus compréhensible et explicite).

Prestations complémentaires

Infrastructure

Immeubles:

- Locaux correspondant aux exigences légales. Mise à disposition et entretien de bâtiments, adaptés à un usage conceptuellement défini (séparation fonctionnelle du domaine d'habitation et de formation).
- Développement et mise en oeuvre d'un concept d'utilisation des locaux.

Mobilier:

- Mise à disposition et entretien d'un équipement standard dans les locaux de formation répondant de manière suffisante, à la fois sur le plan de la quantité que sur celui de la qualité, aux exigences conceptuelles et légales.

Personnel

- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management
- Planification, formulation, réalisation et développement continuel d'un concept de formation global.
- Développement et réalisation de mesures en vue du développement et de la mise en œuvre de l'entretien de l'organisation institutionnelle (élaboration, mise en œuvre de lignes conductrices, optimisation des procédures de travail, contrôle des objectifs et de leur réalisation, etc.).
- Développement et mise en œuvre de mesures de gestion du personnel (supervision, entretiens de qualification avec le personnel, concept de formation continue et de perfectionnement professionnel, etc.).
- Documentation écrite du travail fourni.

Recherche
- Planification, organisation et garantie de la collaboration avec des projets de recherche et de statistiques régionaux, cantonaux et nationaux.

Collaboration inter-institutionnelle
- Planification, organisation et garantie d'un travail de réseau institutionnel avec des services professionnels et les autorités.

Prestations de base relatives à la gestion économique
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise.
- Planification et garantie de la gestion du personnel.
- Planification et mise en œuvre de mesures de relations publiques et de marketing.

5.3.2 Unités de prestations

Une unité de prestation est un segment significatif de la formation. Les «élèves» bénéficient d'un encadrement/accompagnement adapté à leurs besoins spécifiques. Celui-ci est axé, en fonction de la problématique, sur les plans de formation de l'école primaire et/ou de l'école professionnelle.
Les plans scolaires de l'école primaire / professionnelle sont formellement suspendus.
Procédures spécifiques en vue de la saisie des déficits d'apprentissage.
Concept décrivant l'élaboration et la définition d'objectifs d'apprentissage individuels.

Effets/buts

- La clientèle concernée est formée et soutenue dans des domaines sectoriels.
- Les «élèves» sont en mesure de passer dans des unités de formation continue.
- La préparation en vue de la vie professionnelle a été réalisée.

Prestations centrales

La formation se réfère à un processus d'apprentissage global dans un contexte de vie réaliste. De ce fait la formation intègre une compréhension rationnelle, un contact émotionnel et une expérience concrète en vue d'un processus de développement émancipateur:
- Planification et garantie d'un concept de formation intégrante, tenant compte de tous les aspects d'apprentissage.
- Planification et garantie d'une procédure de saisie reconnue du «niveau individuel de formation».
- Saisie des ressources et des déficits de connaissances.
- Saisie des ressources et des déficits concernant l'assimilation et l'intégration des contenus de formation.
- Saisie des ressources et des déficits concernant l'organisation de travail et les techniques d'apprentissage.
- Planification et garantie d'unités de formation et/ou de scolarisation, qui tiennent compte de besoins et de manques spécifiques de formation.

- Garantie d'une stimulation/éducation adaptée sur le plan cognitif et axée sur les contenus:
  – de l'école primaire,
  – de la formation professionnelle,
  – d'unités de formation de base et de formation continue,
  – et des écoles supérieures.
- Planification et garantie d'une procédure permettant la vérification de l'acquisition des connaissances.
- Planification et garantie d'une procédure de certification.

Prestations centrales générales

- Définition de la problématique (diagnostic des lacunes/besoins scolaires et de formation).
- Planification conceptuelle de la collaboration avec les autorités scolaires, les personnes de référence et le corps enseignant.
- Conception de l'unité de formation en fonction de critères supérieurs (curriculum).
- Garantie (planification et réalisation) de la vérification du concept.
- Garantie (planification et réalisation) de la compatibilité du concept avec des méthodes de contrôle externes (QSS).
- Rapports périodiques centrés sur les clients.
- Rapports réguliers centrés sur l'organisation (rapport annuel).
- Garantie des bases légales par le canton.
- Développement et réalisation d'un plan de formation individuel. Une procédure spéciale concernant le diagnostic d'apprentissage et l'établissement d'objectifs de formation individuels est décrite dans un concept.
- Attestation et documentation de l'acquisition de connaissances par une procédure de vérification.
- Planification de l'unité de prestation «Formation» comme élément structurel constant et en lien avec le concept institutionnel. Définition d'aspects concernant l'accompagnement, l'appui par rapport aux devoirs scolaires, le temps de préparation, etc..
- Réglementation du temps minimum – semaines/heures (obligatoires).
- Mise à disposition d'outils scolaires selon des exigences cantonales.
- Garantie de la tenue d'un dossier adéquat.

Prestations complémentaires

Infrastructure

Immeubles:

- Locaux correspondant aux exigences légales. Mise à disposition et entretien de bâtiments adaptés à un usage conceptuellement défini (séparation fonctionnelle du domaine d'habitation et de formation).
- Développement et mise en oeuvre d'un concept d'utilisation des locaux.

Mobilier:

- Mise à disposition et entretien d'un équipement standard dans les locaux de formation, répondant de manière suffisante, à la fois sur le plan de la quantité et sur celui de la qualité, aux exigences conceptuelles et légales.

Personnel

- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management

- Planification, formulation, réalisation et développement continuel de l'unité de prestation «Formation».
- Développement et réalisation de mesures en vue du développement et de l'entretien de l'organisation institutionnelle (élaboration, mise en œuvre de lignes conductrices, optimisation des procédures de travail, contrôle des objectifs et de leur réalisation, etc.).

- Développement et mise en œuvre de mesures de gestion du personnel (supervision, entretiens de qualification avec le personnel, concept de formation continue et de perfectionnement professionnel, etc.).
- Documentation écrite du travail fourni.

Recherche
- Planification, organisation et garantie de la collaboration avec des projets de recherche et de statistiques régionaux, cantonaux et nationaux.

Collaboration interinstitutionnelle
- Planification, organisation et garantie d'un travail de réseau institutionnel avec les services professionnels et les autorités.

Prestations de base relatives à la gestion économique
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise.
- Planification et garantie de la gestion du personnel.
- Planification et mise en œuvre de mesures de relations publiques et de marketing.

5.3.3 Prestations uniques

Les prestations uniques dans le domaine «Formation» peuvent concerner des éléments très divers (liste non exhaustive):
- Appui scolaire et aide aux devoirs planifiés selon le concept.
- Organisation et liaison avec l'offre de cours externes et les unités de formation de base, de formation continue et de perfectionnement.
- Bilans, tests scolaires et d'apprentissage.
- Tests d'aptitudes et d'orientation professionnelle.

Effets/buts

- Diminution de blocages et de difficultés d'apprentissage. Eveil au plaisir d'apprendre.
- Les «élèves» se trouvent dans des conditions d'apprentissage plus positives. Ils disposent de possibilités d'auto-organisation adéquates.

Prestations centrales

La formation se réfère à des modules d'apprentissage spéciaux. De ce fait, les prestations centrales doivent correspondre au module d'apprentissage choisi.
- Planification et garantie d'une procédure d'évaluation et de choix du module de formation.
- Garantie d'un soutien et d'un accompagnement adéquat.
- Pré-structuration du temps en vue de la gestion des devoirs scolaires.
- Etablissement et ancrage de règles contraignantes.
- Traitement et aplanissement des problèmes qui se présentent
- Evaluation du processus de formation et éventuellement nouvelle planification, sur le plan du contenu et/ou de la forme.

Prestations centrales générales

- Garantie d'un contact détendu avec des personnes de référence.
- Garantie (planification et réalisation) de la vérification du concept.
- Garantie (planification et réalisation) de la compatibilité du concept avec des méthodes de contrôle externes (QSS).
- Rapports réguliers centrés sur l'organisation (rapports annuels).
- Documentation de l'acquisition de connaissances.

- Lien entre la prestation individuelle FORMATION et le concept institutionnel. Planification du temps structurel nécessaire.
- Accompagnement du processus de formation par un responsable d'équipe.
- Garantie de la tenue d'un dossier adéquat.

Prestations complémentaires

Infrastructure
Immeubles:
- Mise à disposition et entretien de bâtiments qui correspondent à un usage conceptuellement défini. Garantie de conditions-cadres convenables, permettant d'effectuer les tâches. Par exemple: mise à disposition d'un lieu de travail tranquille.

Mobilier:
- Mise à disposition et entretien d'appuis d'apprentissage qui répondent aux exigences quantitatives et qualitatives conceptuelles.

Management
- Planification, formulation, réalisation et développement continuels de l'unité de prestation «Formation».
- Développement et réalisation de mesures en vue du développement et de l'entretien de l'organisation institutionnelle (élaboration, mise en œuvre de lignes conductrices, optimisation des procédures de travail, contrôle des objectifs et de leur réalisation, etc.).

5.4 Le travail

Dans son effet, le travail signifie plus que la seule occupation. L'activité professionnelle constitue dans notre culture un élément important et participe à la constitution de l'identité.

5.4.1 Domaines de prestations

Un domaine de prestation peut être considéré comme rempli lorsqu'il y a planification et application intégrales du champ de socialisation substitutif.

Effets/buts

- Confrontation avec les aspects de l'identification et de la valeur/signification du travail.
- Concordance entre choix professionnel, désirs professionnels et ressources nécessaires.
- Orientation/bilan professionnels concernant les possibilités et les capacités de travail.
- Apprentissage d'une manière de travailler réaliste, soutenant les efforts d'abstinence.Les déficits dans le domaine professionnel ont été traités de façon à ce que la clientèle concernée et son environnement significatif disposent d'une compréhension différenciée de la problématique. Ils sont informés de la signification du déficit pour le développement ultérieur.
- La clientèle est en mesure de chercher un soutien adéquat en vue de la réalisation de ses projets professionnels.
- La clientèle concernée et le réseau significatif (défini par les clients) sont motivés en vue d'une collaboration.

Prestations centrales

- Définition des produits.
- Conditions de production orientées vers l'économie de marché.
- Temps de travail déterminé – début/pauses/fin – avec un plan d'heures hebdomadaires (min 20 heures par semaine).

- Entretiens réguliers de qualification et d'évaluation.
- Bilans périodiques des capacités et des connaissances professionnelles, notamment en ce qui concerne l'autonomie, la quantité et la qualité du travail fourni et l'attitude au travail.
- Système salarial adéquat et transparent.
- Conduite socioprofessionnelle en vue de la structuration et de la planification des travaux ou des tâches et de leur réalisation/exécution.
- Concept d'apprentissage structuré et individualisé.
- Concept des responsabilités et des compétences (planification et définition).

Prestations complémentaires

Infrastructure
Immeubles:
- Mise à disposition et entretien de bâtiments, qui correspondent à un usage conceptuellement défini (séparation fonctionnelle du domaine d'habitation et de travail, installations sanitaires, vestiaires, locaux de pause). La grandeur des locaux de travail doit répondre aux exigences légales minimales. En l'absence de ces exigences, les conditions de l'OFAS sont appliquées.

Mobilier:
- Mise à disposition et entretien d'un équipement standard dans les locaux de travail et des machines (y compris cuisine et installations sanitaires) répondant de manière suffisante, à la fois sur le plan de la quantité et sur celui de la qualité, aux exigences conceptuelles et aux conditions de la CNA.

Personnel
- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management
- Planification, formulation, réalisation et développement continuel de l'offre de travail et des possibilités d'occupation.
- Développement et réalisation de mesures en vue du management institutionnel (élaboration, mise en œuvre de lignes conductrices, optimalisation des procédures de travail, contrôle des objectifs et de leur réalisation, etc.).
- Développement et mise en œuvre de mesures de gestion du personnel (supervision, entretiens de qualification avec le personnel, concept de formation continue et de perfectionnement professionnel, etc.).

Collaboration interinstitutionnelle
- Planification, organisation et garantie d'un travail de réseau institutionnel avec des services professionnels, les autorités et des petites et moyennes entreprises.

Prestations de base en gestion d'entreprise
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise (y compris système salarial et assurances sociales).
- Planification et garantie de la gestion du personnel.
- Acquisition de commandes dans le domaine du travail.
- Produits calculés, éprouvés et orientés vers le bénéfice.
- Système salarial transparent.
- Conditions CNA, décomptes AVS pour la clientèle.
- Garantie de la diffusion des produits.
- Planification et mise en œuvre de mesures de relations publiques et de marketing dans le domaine du travail.

5.4.2 Unités de prestations

L'unité de prestations «Travail» dans l'institution procure à la clientèle la possibilité de vivre des expériences diversifiées en vue de l'insertion professionnelle future.

Effets/buts

- Confrontation avec les aspects d'identification et ceux relevant du sens du travail.
- Choix professionnel réalisé en fonction des souhaits individuels et des ressources disponibles.
- Concordance entre choix professionnel et possibilités sur le marché du travail.
- Réalisation d'expériences d'une manière de travailler réaliste, soutenant les efforts d'abstinence.
- Réalisation d'un bilan professionnel en vue des possibilités et des capacités de travail.
- Etablissement de projets en vue d'une vie professionnelle future répondant aux besoins.
- Optimalisation des compétences professionnelles, élaboration de mesures professionnelles suivies, préparation de l'intégration professionnelle.
- La clientèle est en mesure de chercher un soutien adéquat en vue de la réalisation de ses projets professionnels.

Prestations centrales

- Possibilités de faire des expériences en vue de l'insertion future dans le monde professionnel.
- Définition des produits.
- Temps de travail déterminé – début/pauses/fin – avec un plan d'heures de travail hebdomadaires (min 10–12 heures par semaine).
- Efforts en vue de conditions de production orientées vers l'économie de marché.
- Entretiens réguliers de qualification et d'évaluation.
- Bilans périodiques des capacités et des connaissances, notamment en ce qui concerne l'autonomie, la quantité et la qualité du travail fourni et l'attitude au travail.

Promotion de l'autonomie dans l'organisation de l'activité professionnelle

- Conduite socioprofessionnelle en vue de la structuration et de la planification des tâches ou des travaux et de leur exécution.
- Concept structuré et individualisé de promotion et de prestation.
- Concept concernant les responsabilités et les compétences différenciées.
- Possibilités de découvrir la réalité professionnelle extérieure.
- Soutien lors de la recherche d'un emploi.
- Vérification par rapport aux mesures de réinsertion professionnelle AI: formation professionnelle, mesures de reclassement selon l'AI.

Prestations complémentaires

Infrastructure

Immeubles:

- Mise à disposition et entretien de bâtiments qui correspondent à un usage conceptuellement défini (séparation fonctionnelle du domaine d'habitation et de travail, installations sanitaires, vestiaires, locaux de pause). La grandeur des locaux de travail doit répondre aux exigences légales minimales. En l'absence de ces exigences, les conditions de l'OFAS s'appliquent.

Mobilier:

- Mise à disposition et entretien d'un équipement standard dans les locaux de travail et des machines (y compris cuisine et installations sanitaires) répondant de manière suffisante, à la fois sur le plan de la quantité et sur celui de la qualité, aux exigences conceptuelles et aux conditions de la CNA.

Personnel

- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management
- Planification, formulation, réalisation et développement continuel de l'offre de travail et des possibilités d'occupation.
- Développement et réalisation de mesures en vue du management institutionnel (élaboration, mise en œuvre de lignes conductrices, optimalisation des procédures de travail, contrôle des objectifs et de leur réalisation, etc.).
- Développement et mise en œuvre de mesures de gestion du personnel (supervision, entretiens de qualification avec le personnel, concept de formation continue et de perfectionnement professionnel, etc.).

Collaboration interinstitutionnelle
- Planification, organisation et garantie d'un travail de réseau institutionnel avec des services professionnels, les autorités et des petites et moyennes entreprises.

Prestations de base en gestion d'entreprise
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une compatibilité d'entreprise (y compris système salarial et assurances sociales).
- Planification et garantie de la gestion du personnel.
- Acquisition de commandes dans le domaine du travail.
- Produits calculés (possible sans orientation économique visant le bénéfice)
- Système transparent d'indemnisation de la clientèle.
- Garantie des conditions OFAS (ateliers protégés).
- Accès à la diffusion des produits.
- Planification et mise en œuvre de mesures de relations publiques et de marketing dans le domaine du travail.

5.4.3 Prestations uniques

Attribution d'heures d'occupation dans le domaine du travail. Le nombre de semaines/heures est ouvert, l'élément structurel se répète toutefois dans un rythme défini dans un concept. Les prestations uniques couvrent des domaines d'expérience les plus divers (énumération non exhaustive):
- Organisation, accompagnement de stages,
- Entraînement, techniques de concentration,
- Domaines de la créativité.

Effets/buts

- Thématisation des aspects d'identification et de la valeur/signification du travail.
- Thématisation d'expériences en vue d'un travail réaliste, soutenant les efforts d'abstinence.
- Etablissement de projets en vue d'une future vie professionnelle adaptée aux besoins individuels.
- Optimisation des compétences à agir de manière générale, élaboration de mesures suivies et préparation de l'intégration. La clientèle est en mesure de chercher un soutien adéquat en vue de la réalisation de ses projets futurs.

Prestations centrales

- Possibilités d'aperçus et d'expériences concernant un segment du monde de travail.
- Planification des rythmes (concept).
- Evaluation axée sur les capacités à agir et les connaissances, notamment en ce qui concerne l'autonomie, la quantité et la qualité du travail fourni et l'attitude au travail.
- Conduite socioprofessionnelle centrée sur le mandat en vue de la structuration et de la planification de travaux ou de tâches.
- Concept de motivation structuré et individualisé.
- Intégration de la clientèle dans la planification du projet.

- Vérification par rapport aux mesures de réinsertion professionnelles AI: formation professionnelle, mesures de reclassement selon l'AI.

Prestations complémentaires

Infrastructure
Immeubles:
- Mise à disposition et entretien de bâtiments qui correspondent à un usage conceptuellement défini.

Mobilier:
- Mise à disposition et entretien d'un équipement standard des locaux de travail et des machines répondant de manière suffisante, à la fois sur le plan de la quantité et sur celui de la qualité, aux exigences conceptuelles.

Personnel
- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management
- Planification, formulation, réalisation et développement continuel de l'offre de travail et des possibilités d'occupation.
- Développement et réalisation de mesures en vue du management institutionnel (élaboration, mise en œuvre de lignes conductrices, optimisation des procédures de travail, contrôle des objectifs et de leur réalisation, etc.).
- Planification d'une façon adéquate de présentations des résultats.

Prestations de base en gestion d'entreprise
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une compatibilité d'entreprise (y compris système salarial et assurances sociales).
- Planification et garantie de la gestion du personnel.

5.5 Activités de loisirs adaptées à l'âge

Dans le domaine des «activités de loisirs adaptées à l'âge», on tend aujourd'hui vers des aspects de développement personnel. Il y a quelques années, ceux-ci relevaient encore de la famille ou du domaine associatif. De ce fait, ce domaine peut se révéler conflictuel et a besoin d'être développé.

5.5.1 Domaine de prestations

Le domaine de prestations «activités de loisirs adaptées à l'âge «peut être considéré comme accompli lorsque sont disponibles la planification et la réalisation intégrales du champ substitutif de socialisation.

Effets/buts

- Les troubles/le handicap «multi-problématique» ont été traités de façon à ce que la clientèle concernée et son environnement significatif aient une compréhension différenciée de la problématique. Ils sont informés de la signification du trouble/du handicap pour le développement ultérieur.
- Les modèles de comportements problématiques, notamment l'histoire de la dépendance manifeste, ont été traités. La clientèle concernée et son environnement significatif disposent d'une compréhension différenciée du problème. Ils sont informés de la signification du modèle de comportement problématique et de son évolution ultérieure.
- Amélioration des conditions de vie et des stratégies de gestion de vie. Des mesures concernant le suivi postcure ont été mises en place en collaboration avec des services/institutions.

- Élaboration d'une solution de suivi postcure dans le sens de l'intégration d'une variante de traitement adéquate en lien avec la problématique.
- La clientèle concernée et son environnement significatif sont motivés en vue d'une collaboration.
- La gestion du temps non structuré et récréatif est favorisée d'une façon telle que les loisirs individuels peuvent être considérés aides à l'abstinence.
- Choix d'activités de loisirs dans les domaines de la créativité, des activités artistiques, de la musique et des activités culturelles et sportives.
- L'activité de loisirs donne un sens et agit sur la constitution de l'identité et le renforcement de la confiance. Cet élément est reconnu et il en est tenu compte.
- Prise de conscience suffisante du lien entre le temps de loisirs non rempli, un mal-être provoqué par ce vide et une nouvelle consommation de drogue.
- Changement, modification de la gestion du temps libre et choix d'un nouveau cercle d'amis et d'une nouvelle définition de l'environnement, du réseau (nouvelles scènes – nouvelle identité).
- Possibilités d'accès aux diverses activités de loisirs. Capacité d'acquérir un aperçu général des offres d'activités de loisirs (par exemple associations, clubs, rencontres, loisirs individuels avec des tiers).
- Activités de loisirs donnant suffisamment de champs d'expériences pour procurer un sentiment de sécurité en dehors de l'institution, renforçant la nouvelle identité abstinente.
- Proportion équilibrée entre activité et repos. Prise de conscience que le temps de loisir doit également comporter des phases de repos. Planification active du temps de repos.
- Activités de loisirs incitant suffisamment à connaître et à découvrir de nouvelles ressources et talents personnels ainsi qu'à apprendre à les réaliser.
- Les activités de loisirs ont montré l'importance qu'il y a à entretenir ses relations. Le contact avec les proches, amis et connaissances est reporté sur un plan de relations exemptes de drogues et adaptées à l'âge.
- Possibilité de participer aux événements socioculturels.

Prestations centrales

- Planification, intégration structurelle, réalisation d'une offre d'activités de loisirs.
- Planification et réalisation d'un comportement de loisirs adapté aux besoins spécifiques individuels et tenant compte des ressources et des déficits.
- Bilan de changements individuels et des nécessités d'action dans le domaine de l'attitude par rapport aux loisirs.
- Formulation d'objectifs et de stratégies de solution en collaboration avec tous les acteurs importants pour la clientèle.
- Elaboration, mise en place et accompagnement des loisirs de manière professionnelle de loisirs selon le plan de traitement individuel.
- Planification, mise à disposition et garantie d'une offre socioculturelle adaptée à l'âge.

Domaines d'activités:

Créativité
- Planification, mise à disposition et réalisation d'activités créatives avec des matériaux divers (couleurs, terre, pierre, papier, film, photo, etc.).
- Découverte et stimulation de nouveaux talents et ressources.
- Initiation à de nouvelles expériences.

Activités musicales
- Planification, mise à disposition et réalisation d'activités artistiques telles que faire de la musique, chanter, apprendre à jouer d'un instrument de musique, travailler sa voix, etc..

Activités corporelles
- Planification, mise à disposition et réalisation d'activités dans les domaines de la danse (coordination corporelle), massage, méditation, techniques respiratoires.

Activités sportives
- Planification, mise à disposition et réalisation d'activités sportives diverses.
- Elaboration structurée et rétablissement de la capacité physique (endurance, force, rapidité).
- Incitation aux compétences ludiques par rapport aux compétitions (sports d'équipe, jeux d'adresse).

Culture et instruction
- Mise à disposition et possibilité d'accès à la littérature.
- Incitation et capacité à aller au théâtre, à des concerts et au cinéma.
- Capacité à s'ouvrir à de nouveaux espaces culturels.
- Capacité à s'ouvrir à de nouvelles régions (excursions villes – pays, régions, randonnées).
- Accès à la spiritualité et à la religion.

Phases de repos
- Planification et garantie de phases de repos.

Contacts sociaux
- Mise à disposition, acquisition de capacités à faire des jeux collectifs et de société.
- Acquisition de capacités à la planification et aide à la réalisation individuelle d'activités en tenant compte de l'intérêt du client.
- Incitation à découvrir de nouveaux environnements sociaux dans des villes et régions connues et inconnues.
- Planification et capacité à entretenir des contacts avec les proches.
- Incitation et capacité à rencontrer des gens avec des intérêts semblables par le biais d'activités de loisirs en dehors de l'institution.

Prestations centrales générales

- Garantie de la compatibilité entre le concept et les activités de loisirs.
- Planification des loisirs selon des intérêts individuels.
- Promotion à titre d'exemple d'intérêts de loisirs par des offres internes.
- Conduite, capacité à faire un choix ciblé parmi les offres de loisirs externes.
- Transmission de connaissances concernant les offres de loisirs en dehors de l'institution.
- Accompagnement lors du choix de l'activité, réflexion et planification en vue des prochaines activités de loisirs.
- Planification et réalisation de nouveaux champs d'expériences au moyen d'excursions et de projets.

Prestations complémentaires

Infrastructure
Immeubles:
- Mise à disposition et entretien de locaux correspondant à un usage conceptuellement défini.

Mobilier:
- Mise à disposition et entretien d'outils adéquats.

Personnel
- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management
- Planification, formulation, réalisation et développement continuels d'un concept d'activités de loisirs.
- Développement et mise en œuvre de mesures en vue du développement institutionnel.

Prestations de base relatives à la gestion économique
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise.
- Planification et garantie de la gestion du personnel.
- Planification et mise en œuvre de mesures de relations publiques et de marketing.

5.5.2 Unités de prestations

L'unité de prestation «activités de loisir spécifiques à l'âge» est considérée comme remplie lorsqu'un segment du champs de socialisation loisirs est géré de façon ciblée sur le plan institutionnel.

Effets/buts

- Satisfaction adéquate des besoins bio-psychosociaux de la clientèle.
- Les troubles/le handicap «multi-problématique» ont été traités de façon à ce que la clientèle concernée et son environnement significatif aient une compréhension différenciée de la problématique. Ils sont informés de la signification du trouble/du handicap pour le développement ultérieur.
- Les modèles de comportements problématiques, notamment l'influence réciproque entre l'histoire de la dépendance manifeste et un comportement impulsif sur le plan des loisirs, a été traitée.
- La clientèle concernée et son environnement significatif disposent d'une compréhension différenciée du problème. Ils sont informés de la signification du modèle de comportement problématique et de son évolution ultérieure.
- Amélioration des conditions de vie et des stratégies de gestion de vie. Des mesures concernant le suivi postcure ont été mises en place en collaboration avec des services/institutions.
- Élaboration d'une solution de suivi postcure dans le sens de l'intégration d'une variante de traitement adéquate en lien avec la problématique.
- La clientèle concernée et son environnement significatif sont motivés en vue d'une collaboration.
- La gestion du temps non-structuré et récréatif est favorisée d'une façon telle que ces loisirs individuels peuvent être considérés aides à l'abstinence.
- Choix d'activités de loisirs dans les domaines de la créativité, des activités artistiques, de la musique, des activités culturelles et sportives.
- L'activité de loisirs influence de manière à donner un sens ou en agissant sur la constitution de l'identité et le renforcement de la confiance. Cet élément est reconnu et il en est tenu compte.
- Prise de conscience suffisante du lien entre temps de loisirs non rempli, un mal-être provoqué par ce vide et une nouvelle consommation de drogue.
- Changement, modification de la gestion du temps libre, du choix d'un nouveau cercle d'amis et d'une nouvelle définition de l'environnement, du réseau. (nouvelles scènes – nouvelle identité).
- Possibilités d'accès aux diverses activités de loisirs. Capacité à acquérir un aperçu des offres d'activités de loisirs (par exemple associations, clubs, rencontres, loisirs individuels avec des tiers).
- Activités de loisirs donnant suffisamment de champs d'expériences pour procurer une sécurité en dehors de l'institution et renforçant la nouvelle identité abstinente.
- Proportion équilibrée entre activité et repos. Prise de conscience que le temps de loisirs doit également comporter des phases de repos. Nécessité d'une planification active du temps de repos.
- Activités de loisirs incitant suffisamment à chercher à connaître et à découvrir de nouvelles ressources et talents personnels et à pouvoir apprendre à les réaliser.
- Les activités de loisirs ont procuré de la valeur au soin à apporter aux relations. Le contact avec les proches, amis et connaissances est replacé dans un contexte d'abstinence et adapté à l'âge.
- Possibilité de participer aux événements socioculturels.

Prestations centrales

- Garantie d'offres de loisirs à caractère régulier et animés sous conduite professionnelle.
- Intégration conceptuelle dans la planification hebdomadaire.
- Bilan de modifications individuelles et des nécessités d'action dans le domaine de l'attitude par rapport aux loisirs.
- Formulation d'objectifs et de stratégies de solution en collaboration avec tous les acteurs importants pour la clientèle.
- Offre d'informations, possibilite d'accès aux offres d'activités de loisirs et aux manifestations.
- Offre de loisirs rendus possibles en dehors de l'institution. Evaluation accompagnée.

Domaines d'activités:
- Découverte et initiation à de nouveaux intérêts et ressources.
- Initiation et capacité à de nouvelles expériences.
- Possibilités d'activités dans les domaines:
  – créativité
  – activités artistiques
  – activités corporelles
  – sport
  – culture et formation
  – phases de repos
  – contacts sociaux

Prestations centrales

- Garantie de la compatibilité du concept et des activités de loisirs.
- Capacité de planifier des activités de loisirs selon des intérêts individuels.
- Promotion, à titre d'exemple, d'intérêts de loisirs par des offres internes.
- Incitation et capacité de faire un choix ciblé parmi les offres de loisirs externes.
- Transmission de connaissances sur les offres d'activités de loisirs à l'extérieur de l'institution.
- Conseil lors du choix d'une activité, réflexion accompagnée et planification pour les prochains activités.

Prestations complémentaires

Infrastructure
Immeubles:
- Mise à disposition et entretien de locaux qui correspondent à un usage conceptuellement défini.

Mobilier:
- Mise à disposition et entretien d'outils adéquats.

Personnel
- Etablissement d'un plan du personnel et engagement d'un personnel qui possède une qualification professionnelle adéquate, adaptée à la fonction et à la tâche désignées.

Management
- Planification, formulation, réalisation et développement continuels d'un concept d'activités de loisirs.
- Développement et mise en œuvre de mesures en vue du développement institutionnel.

Prestations de base en gestion d'entreprise
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise.
- Planification et garantie de la gestion du personnel.
- Planification et mise en œuvre de mesures de relations publiques et de marketing.

5.5.3 Prestations uniques

Les prestations uniques dans le domaine Loisirs sont des offres spécifiques et adaptées individuellement à la clientèle. Elles ne se réfèrent pas à la gestion générale du temps des loisirs, telles qu'elles figurent dans l'aspect groupe primaire comme communauté d'interaction et de communication.

Effets/buts

- Le trouble/le handicap multi-problématique a été traité de façon à ce que la clientèle concernée et son environnement significatif disposent d'une compréhension différenciée de la problématique. Ils sont informés de la signification du trouble/handicap pour le développement ultérieur.
- Amélioration des conditions de vie et des stratégies de gestion de vie. Des mesures concernant le suivi postcure ont été mises en place en collaboration avec des services/institutions.
- La clientèle concernée et son environnement significatif sont motivés en vue d'une collaboration.
- La gestion du temps non structuré et récréatif est favorisée d'une façon telle que ces loisirs individuels peuvent être considérés aides à l'abstinence.
- L'activité de loisirs influence de manière à donner un sens ou en agissant sur la constitution de l'identité et le renforcement de la confiance. Cet élément est reconnu et il en est tenu compte.
- Thématisation des possibilités d'accès aux diverses activités de loisirs. Elaboration en vue d'acquérir la capacité d'avoir un aperçu général des offres d'activités de loisirs (par exemple associations, clubs, rencontres, loisirs individuels avec des tiers).
- Thématisation d'une proportion équilibrée entre activité et repos. Prise de conscience que le temps de loisirs doit également comporter des phases de repos.
- Activités de loisirs incitant suffisamment à chercher à connaître et à découvrir de nouvelles ressources et talents personnels.
- Les activités de loisirs ont procuré de la valeur au soin à apporter aux relations. Le contact avec les proches, amis et connaissances est replacé dans un contexte d'abstinence et adapté à l'âge.

Prestations centrales

- Garantie d'une thématisation régulière des activités de loisirs durant toute la durée du séjour.
- Garantie de la vérification de la compatibilité avec les objectifs de la réhabilitation.
- Intégration conceptuelle de l'organisation d'activités de loisirs dans la planification hebdomadaire.
- Bilan de changements individuels et des nécessités à agir dans le domaine de l'attitude par rapport aux loisirs.
- Formulation d'objectifs et de stratégies de solution pour la clientèle.
- Offre d'informations, rendant possible l'accès aux offres d'activités de loisirs et aux manifestations.

Domaines d'activités

- Stimulation et initiation à de nouvelles ressources et intérêts.
- Possibilités d'activités dans les domaines:
  – créativité
  – activités artistiques
  – activités corporelles
  – sport
  – culture et formation
  – phases de repos
  – contacts sociaux

Prestations centrales générales

- Garantie de la compatibilité du concept et des activités de loisirs.
- Planification des activités de loisirs selon des intérêts individuels.
- Promotion, à titre d'exemple, d'intérêts de loisirs par des offres internes.
- Transmission de connaissances sur les offres d'activités de loisirs à l'extérieur de l'institution.

Prestations complémentaires

Infrastructure

- Mise à disposition (ou possibilités d'accès) de différents locaux et matériaux en vue d'activités de loisirs.

Management
- Planification, formulation, mise en oeuvre et développement continuels d'un concept de loisirs.

Prestations de base relatives à la gestion économique
- Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution).
- Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise.

5.6 24 heures de suivi dans les institutions substitutives du cadre de vie

5.6.1 Point de départ/principes

Les prestations fournies dans le domaine résidentiel sont, en règle générale, du type substitutif du cadre de vie.
Cela signifie que les prestations décrites ici concernent explicitement des institutions dans lesquelles la clientèle passe le plus clair de son temps sur une longue période (environ 18 mois).
L'obligation de suivi vaut de jour comme de nuit, les jours ouvrés et le week-end. Les prestations doivent donc être fournies 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
Les institutions substitutives du cadre de vie assument dès lors l'entière responsabilité du suivi pendant la durée complète du séjour.
Le suivi 24 heures sur 24 doit garantir, en particulier en ce qui concerne la présence la nuit et éventuellement aussi le week-end, en tout temps:
- une intervention adéquate en cas de crise,
- la protection, l'assistance et les droits de la clientèle,
- l'établissement et la présentation de rapports sur des processus relatifs aux client/es selon des critères spéciaux.

Cette définition de l'intensité du suivi permet, entre autres, de distinguer les institutions substitutives des institutions supplétives ou accompagnatrices.
Cela met également en évidence le fait que les institutions substitutives du cadre de vie hébergent une clientèle dont l'autonomie est fortement entravée dans la quasi totalité des domaines.
Une planification complète des concepts et une responsabilité du suivi sont donc indispensables pour permettre à la clientèle de réussir par la suite à organiser sa vie quotidienne.

5.7 Moyens auxiliaires pour la définition des prestations

5.7.1 Définition des prestations et profils des institutions

Instruments de saisie (en ligne)

La saisie des prestations des institutions se fait généralement en ligne à l'aide de questionnaires. Concrètement, chaque institution a la possibilité de saisir ses prestations à partir de tout ordinateur ayant accès à Internet. L'accès est protégé par un mot de passe et se déroule par le biais de connexions sécurisées.

Identification de l'institution

Tout d'abord sont demandées des indications relatives à l'organisme responsable, à l'institution et à la direction de celle-ci, puis sur les places disponibles dans l'institution ainsi que sur les groupes cibles (avec les capacités spécifiques) et l'orientation conceptuelle en tant qu'institution pour des séjours de moyenne ou de longue durée. Les données sont complétées par le positionnement en tant qu'institution spécialisée dans la dépendance de l'alcool, des drogues ou «mixte».
On vérifie enfin si l'institution remplit les conditions-cadres fidé en tant qu'institution substitutive du cadre de vie (voir ch. 5.2.1. «Identification de l'institution»).
Si ce n'est pas le cas, la procédure sera arrêtée et l'institution sera priée de contacter la direction du projet pour discuter de la procédure ultérieure.
Si la réponse est oui, d'autres questionnaires sur les domaines de travail lui seront proposés.

Groupe primaire

Des questions sont posées sur les effets et les buts des prestations centrales fournies à la clientèle, puis des prestations complémentaires, subdivisées en immeubles/mobilier, personnel, management et prestations de base relatives à la gestion d'entreprise, complétées à leur tour par des questions sur les capacités spécifiques.

Formation, travail, loisirs

On demande ensuite à l'institution, en deux étapes, si elle exploite un champ d'intervention travail et si oui, de quelle ampleur:
On commence par évaluer si le champ d'intervention travail est effectivement géré de manière autonome (et non pas intégré dans des prestations de groupe primaire). Si c'est le cas, le niveau de prestation sera défini à l'aide d'un questionnaire détaillé (voir 3.17.1.5. «Evaluation»). Sinon, on saute directement au champ d'intervention travail suivant, ce qui évite à l'institution de devoir remplir un questionnaire inutilement.
Ici aussi on fait une distinction entre prestations centrales et complémentaires et on s'enquiert des capacités spécifiques des champs d'intervention travail.

Evaluation

Le système génère donc le profil des prestations de l'institution selon des paramètres uniformes pour l'ensemble de la Suisse.
Si elle gère un champ d'intervention travail, les prestations sont classées en trois «niveaux de profil»: prestations uniques, unités de prestations et domaines de prestations.
Pour le domaine protégé par un mot de passe, l'institution analyse en détail toutes les réponses sous-jacentes au profil alors que seul le résultat global est présenté dans les rapports d'évaluation (voir ci-dessous).

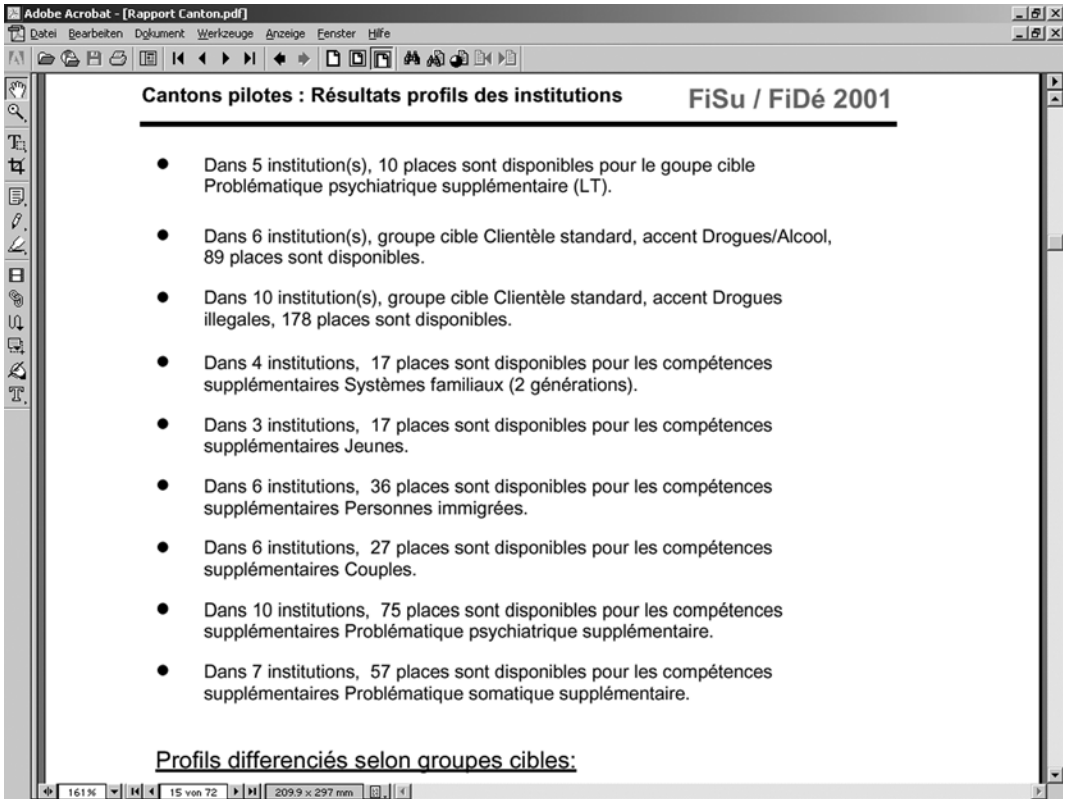
5.7.2 Documents d'appui

Rapports d'évaluation automatisés

Les rapports d'évaluation automatisés fournissent une série de données de référence qui sont utiles pour différents aspects et à différents niveaux, comme la région, le canton ou l'institution (p.ex. pour la planification ou comme base pour les contrats de prestations).

En se fondant sur le nombre d'institutions reconnues comme substitutives du cadre de vie (et celles qui ne le sont pas) on dresse la liste, sous une forme identique pour tous les cantons, de l'orientation vers les groupes cibles ainsi que des profils de l'institution et des prestations. Pour chaque axe d'évaluation, on met en évidence les capacités spécifiques et actuelles.

Exemple: Extrait d'un «Rapport d'évaluation automatisé» montrant les spécificités par groupe cible.



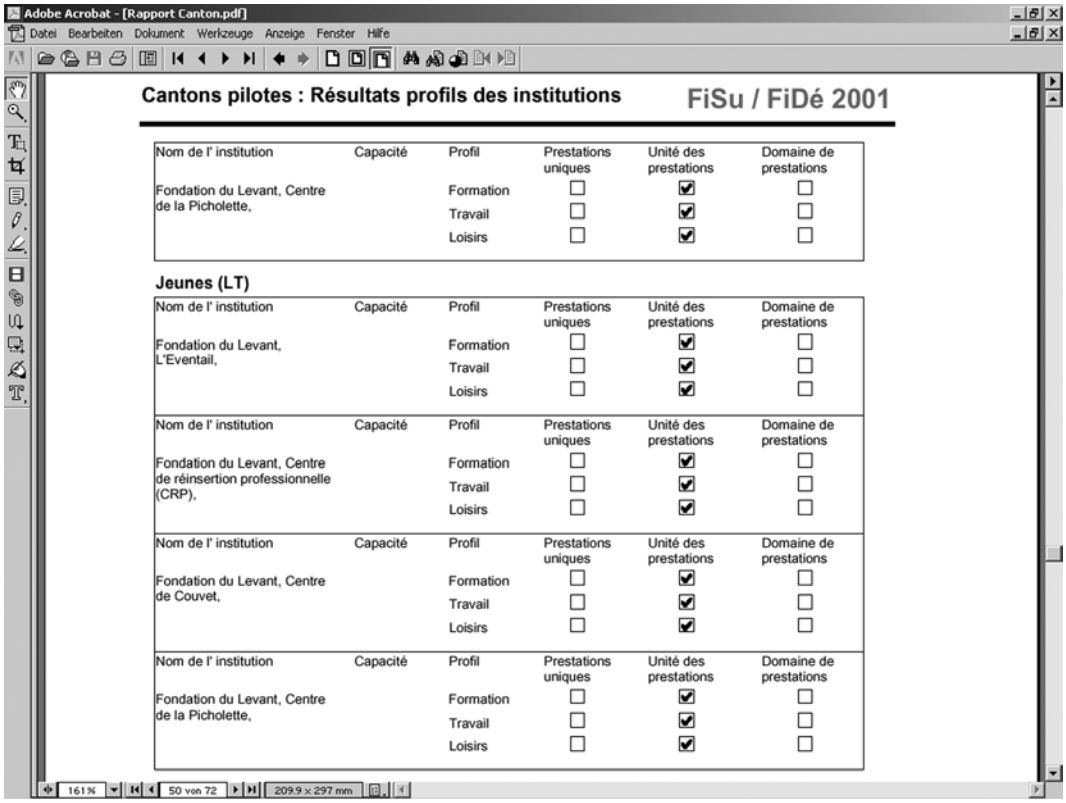
Cantons pilotes : Résultats profils des institutions FiSu / FiDé 2001

- Dans 5 institution(s), 10 places sont disponibles pour le goupe cible Problématique psychiatrique supplémentaire (LT).
- Dans 6 institution(s), groupe cible Clientèle standard, accent Drogues/Alcool, 89 places sont disponibles.
- Dans 10 institution(s), groupe cible Clientèle standard, accent Drogues illegales, 178 places sont disponibles.
- Dans 4 institutions, 17 places sont disponibles pour les compétences supplémentaires Systèmes familiaux (2 générations).
- Dans 3 institutions, 17 places sont disponibles pour les compétences supplémentaires Jeunes.
- Dans 6 institutions, 36 places sont disponibles pour les compétences supplémentaires Personnes immigrées.
- Dans 6 institutions, 27 places sont disponibles pour les compétences supplémentaires Couples.
- Dans 10 institutions, 75 places sont disponibles pour les compétences supplémentaires Problématique psychiatrique supplémentaire.
- Dans 7 institutions, 57 places sont disponibles pour les compétences supplémentaires Problématique somatique supplémentaire.

Profils differenciés selon groupes cibles:

Grâce à l'intégration dans le système fidé en ligne automatisé, il est possible de modifier l'offre de prestations dans les rapports pratiquement en temps réel.

Exemple: Extrait d'un «Rapport d'évaluation automatisé» – Profils des institutions (canton d'Argovie)



Cantons pilotes : Résultats profils des institutions — FiSu / FiDé 2001

Nom de l' institution	Capacité	Profil	Prestations uniques	Unité des prestations	Domaine de prestations
Fondation du Levant, Centre de la Picholette,		Formation	☐	☑	☐
		Travail	☐	☑	☐
		Loisirs	☐	☑	☐

Jeunes (LT)

Nom de l' institution	Capacité	Profil	Prestations uniques	Unité des prestations	Domaine de prestations
Fondation du Levant, L'Eventail,		Formation	☐	☑	☐
		Travail	☐	☑	☐
		Loisirs	☐	☑	☐
Fondation du Levant, Centre de réinsertion professionnelle (CRP),		Formation	☐	☑	☐
		Travail	☐	☑	☐
		Loisirs	☐	☑	☐
Fondation du Levant, Centre de Couvet,		Formation	☐	☑	☐
		Travail	☐	☑	☐
		Loisirs	☐	☑	☐
Fondation du Levant, Centre de la Picholette,		Formation	☐	☑	☐
		Travail	☐	☑	☐
		Loisirs	☐	☑	☐

Rapports d'évaluation établis individuellement

Le système prépare les données reçues en vue de leur réexportation dans un format polyvalent, ce qui permet de réaliser toutes les évaluations possibles en fonction des besoins individuels. Les institutions peuvent «récupérer» leurs données dans le domaine protégé par un mot de passe et les utiliser à des fins statistiques, d'évaluation ou de documentation.

Pour le niveau des cantons ou des régions, l'administration du système, qui est confiée actuellement à la COSTE, peut mettre ces données à disposition sous forme anonyme. Des évaluations spécifiques sont également possibles.

Identification de l'institution en tant qu'institution substitutive du cadre de vie

Définition du profil des institutions et des prestations des institutions offrant un cadre de vie substitutif
Le catalogue des critères suit la systématique décrite dans le document déjà publié «Les thérapies de la dépendance orientées vers l'abstinence: description des prestations des institutions offrant un cadre de vie substitutif»» et dans les autres instruments mis en oeuvre dans l'essai pilote (www.infoset.ch/«Financement des thérapies»).
Le but est de situer dans le modèle, rapidement et de manière sûre, au moyen des critères de base, les institutions questionnées, et de pouvoir établir le profil de l'institution.

La définition du profil de l'institution s'effectue en plusieurs étapes:
1. Identification de la personne morale/organisme responsable
2. Identification de l'institution
3. Reconnaissance formelle de l'institution
4. Conditions générales de l'institution offrant un cadre de vie substitutif

Les prestations fournies sont ensuite réparties dans les quatre champs d'intervention institutionnels possibles avec une systématique uniforme:

5. Descriptions des prestations
   I. Le groupe primaire remplacé
      1. Effet & objectifs
      2. Prestations centrales
      3. Prestations complémentaires
         a. Immeubles/mobilier
         b. Personnel
         c. Développement de l'organisation
         d. Prestations de base relatives à la gestion d'entreprise

   II. Champ d'intervention formation
      1. Conditions-cadres générales
      2. Conditions-cadres spécifiques
      3. Prestations complémentaires
         a. Immeubles/mobilier
         b. Personnel

   III. Champ d'intervention travail
      1. Conditions-cadres générales
      2. Conditions-cadres spécifiques
      3. Prestations complémentaires
         a. Immeubles/mobilier
         b. Personnel

   IV. Champ d'intervention loisirs
      1. Conditions-cadres générales
      2. Conditions-cadres spécifiques
      3. Prestations complémentaires
         a. Immeubles/mobilier
         b. Personnel

La dernière partie contient la statistique des coûts complets par champ d'intervention pour les clients/tes effectivement sortis en l'an 2000. La manière de procéder au calcul est décrite dans le manuel_calcul-forfaits.

6. Statistique concernant les coûts complets pour l'exercice 2000
   I. Définition des clients/tes sortis au cours de l'an 2000
   II. Calcul des coûts selon les champs d'intervention

Identification de la personne morale / organisme responsable

Ce paragraphe permet de vérifier si une personne morale formellement reconnue a été définie et son identité déterminée.

Nom de l'organisation responsable	
Rue/Case postale	
NPA	
Lieu	
Téléphone	
E-Mail	
Fax	

Année de fondation de l'organisme responsable	

N° OFAS	

Président/e (Nom/Prenom)	
Rue/Case Postale	
NPA	
Lieu	
Téléphone	
E-Mail	
Fax	

Statut juridique de l'organisme responsable	Association	☐
	Fondation	☐
	Institution étatique	☐
	Autre définition:	☐
Exonéré d'impôt	☐	
Reconnu par ZEWO	☐	
Inscription au registre du commerce	☐	
Statuts disponibles	☐	
Organigramme disponible	☐	

Identification de l'institution

Nom de l'institution	
Rue/Case postale	
NPA	
Lieu	
Téléphone	
E-Mail	
Fax	

Année de fondation de l'institution	

Directeur/trice	
Rue/Case postale	
NPA	
Lieu	
Téléphone	
E-Mail	
Fax	

Responsable	
Rue/Case postale	
NPA	
Lieu	
Téléphone	
Fax	

Offre de places et groupes cibles

Total de la capacité de prise en charge de l'institution	
Capacité de prise en charge de l'institution pour la «clientèle toxicodépendante»	

Total du nombre de clients dans le domaine du cadre de vie substitutif	
Combien de groupes cibles sont pris en charge	

Quels groupes cibles sont pris en charge	Moyen terme 4–12 mois	Long terme > 12 mois	Oui, un concept spécifique aux groupes cibles est disponible	Quantité
Clientèle standard	☐	☐	☐	
Systèmes familiaux (2 générations)	☐	☐	☐	
Couples	☐	☐	☐	
Jeunes	☐	☐	☐	
Personnes immigrées	☐	☐	☐	
Problématique somatique associée	☐	☐	☐	
Problématique psychiatrique associée	☐	☐	☐	

Compétences supplémentaires

Quels problèmes de groupes cibles sont pris en charge?	Quantité	Oui, les compétences supplémentaire chez le personnel sont définies et disponibles.
Systèmes familiaux (2 générations)		☐
Couples		☐
Jeunes		☐
Personnes immigrées		☐
Problématique somatique associée		☐
Problématique psychiatrique associée		☐

Reconnaissance formelle de l'institution

	Oui
La reconnaissance du canton existe	☐
L'institution est enregistrée dans la planification des besoins de l'OFAS	☐
L'institution est autorisée à prendre en charge la clientèle des mesures de justice.	☐
Les exigences du système de qualité sont remplies.	☐
Collaboration dans le cadre de l'association de recherche.	☐

Conditions-cadres générales de l'institution offrant un cadre de vie substitutif

Les réponses à ce bloc de questions servent à déterminer si l'institution offre un cadre de vie substitutif, supplétif ou accompagnateur.

	Oui
La satisfaction adéquate des besoins biologiques, psychiques et sociaux de la clientèle est garantie.	☐
Il existe un concept écrit.	☐
La structure hebdomadaire est fixée de manière contraignante par groupe cible.	☐
La planification de la thérapie est fixée de manière contraignante par groupe cible.	☐
La clientèle est prise en charge directement après la cure de désintoxication.	☐
Il existe un règlement interne.	☐
Il existe une procédure de recours pour les client/tes.	☐
Il existe des scénarios d'urgence en cas d'interruption de la thérapie.	☐
Une prise en charge 24 heures sur 24 est garantie selon des objectifs spécifiques.	☐
Les conditions de référence de l'OFAS concernant le logement, le sommeil et le séjour sont remplies.	☐
La protection des données est garantie.	☐
Les questions relevant de l'assurance (comme p. ex. la santé, la responsabilité civile, la soumission à la CNA, etc.) sont réglées.	☐
Les directives de la loi sur le travail sont appliquées.	☐
Un concept de sécurité est appliqué.	☐
Un concept d'hygiène selon la loi sur les denrées alimentaires est appliqué.	☐

«PG» Le groupe primaire d'origine

- Effets et buts
- Prestations centrales
- Prestations complémentaires immeubles/mobilier
- Prestations complémentaires personnel
- Prestations complémentaires management
- Prestations complémentaires prestations de base relatives à la gestion économique
- Capacité et réseau interne à l'institution

PG 1. Effets & buts

	Les objectifs d'efficacité sont décrits	Oui
PG 1.1	Les troubles/le handicap «multi-problématique» ont été traités de façon à ce que la clientèle concernée et son environnement significatif aient une compréhension différenciée de la problématique. Ils sont informés de la signification du trouble/ du handicap pour le développement ultérieur.	☐
PG 1.2	Les modèles de comportement problématiques, notamment l'histoire de la dépendance manifeste, ont été traités. La clientèle concernée et son environnement significatif ont une compréhension différenciée du problème. Ils sont informés de la signification du modèle de comportement problématique et de son évolution ultérieure.	☐
PG 1.3	Amélioration des conditions de vie et des stratégies de gestion de vie. Des mesures concernant le suivi postcure ont été mises en place en collaboration avec des services/institutions.	☐
PG 1.4	Elaboration d'une solution de suivi postcure en intégrant une variante de traitement adéquate en rapport avec la problématique.	☐
PG 1.5	La clientèle concernée et son environnement significatif sont motivés pour la collaboration.	☐

PG 2. Prestations centrales

		Oui
PG 2.1	La collaboration avec des personnes de référence est réglementée.	☐
PG 2.2	Les interventions de crise, les recommandations sont planifiées.	☐
PG 2.3	Les prestations centrales décrites du groupe primaire se réfèrent à:	
	PG 2.3.1. La communauté de production	☐
	PG 2.3.2. La communauté de consommation	☐
	PG 2.3.3. La communauté de biens	☐
	PG 2.3.4. La communauté d'assistance	☐
	PG 2.3.5. La communauté d'interaction et de communication	☐
	PG 2.3.6. La communauté éducative	☐
PG 2.4	L'évaluation et l'explication professionnelles de la clientèle sont garanties.	☐
PG 2.5	La thérapie est planifiée par phases.	☐
PG 2.4	Une planification thérapeutique individuelle est effectuée.	☐
PG 2.4	Un rapport périodique concernant la clientèle est établi.	☐
PG 2.4	Une tenue de dossier adéquate est garantie.	☐

PG 3. Prestations complémentaires

PG 3.1 Immeubles/mobilier

		Oui
PG 3.1.1	Les bâtiments sont adaptés à l'objectif d'utilisation des institutions substitutives.	☐
PG 3.1.2	Un concept d'utilisation et d'exploitation des locaux existe.	☐
PG 3.1.3	Les locaux sont aménagés de manière fonctionnelle.	☐
PG 3.1.4	L'infrastructure correspond aux besoins spécifiques de chaque sexe.	☐
PG 3.1.5	La séparation fonctionnelle des domaines d'habitation et de travail est possible.	☐
PG 3.1.6	La dimension des locaux collectifs et des chambres répond aux exigences légales minimales.	☐
PG 3.1.7	La cuisine et les installations sanitaires répondent aux exigences conceptuelles.	☐
PG 3.1.8	Les meubles des locaux d'habitation communs et de travail répondent de manière suffisante aux exigences conceptuelles.	☐
PG 3.1.9	L'entretien des bâtiments désignés, des locaux, de l'environnement et des installations est assuré.	☐

PG 3.2 Prestations complémentaires – personnel

		Oui
PG 3.2.1	Un plan concernant la gestion du personnel et la définition de la qualification professionnelle appropriée existe.	☐
PG 3.2.2	Une planification des mesures concernant le développement et l'assistance du personnel existe.	☐
PG 3.2.3	Une supervision régulière fait partie intégrante de l'engagement.	☐
PG 3.2.4	La formation continue et le perfectionnement sont réglementés.	☐
PG 3.2.5	Des entretiens de qualification ont lieu périodiquement avec les employés.	☐

PG 3.3 Prestations complémentaires – Management

		Oui
PG 3.3.1	La prise en charge postcure est garantie par un service qualifié.	☐
PG 3.3.2	Le passage dans une maison de sortie est institutionnellement garanti.	☐
PG 3.3.3	La collaboration avec d'autres institutions est réglementée.	☐

PG 3.4 Prestations complémentaires – prestations de base relatives à la gestion économique

		Oui
PG 3.4.1	Planification et garantie d'un service administratif (en rapport avec les clients et avec l'institution)	☐
PG 3.4.2	Planification et garantie d'une comptabilité d'entreprise	☐
PG 3.4.3	Les champs d'intervention peuvent être représentés et prouvés de manière comptable.	☐
PG 3.4.4	Planification et garantie de la gestion du personnel.	☐
PG 3.4.5	Une description de poste est disponible pour tous les collaborateurs.	☐

PG 4.	Capacité et réseau interne à l'institution	
PG 4.1	Combien de groupes cibles sont intégrés dans le champ d'intervention?	
PG 4.2	Quelle est la capacité de prise en charge du champ d'intervention?	

«BIL» Le champ d'intervention Formation dans la thérapie

BIL 0.	Conditions-cadres générales	
		Oui
BIL 0.1	Des concepts spécifiques ont été formulés pour le champ d'intervention formation.	☐
BIL 0.2	Les effets/buts sont décrits.	☐
BIL 0.3	Les collaborateur/trices/l'«équipe de travail» sont identifiés et indiqués dans le plan du personnel.	☐
BIL 0.4	Des descriptions relatives aux prestations de formation sont disponibles.	☐
BIL 0.5	Le réseau conceptuel et la collaboration sont réglementés et définis au sein de l'institution.	☐
BIL 0.6	Le champ d'intervention loisirs est saisi spécifiquement dans la comptabilité.	☐
BIL 0.7	L'entretien des immeubles, pièces, installations désignés et des environs est assuré	☐

BIL 1.	Conditions-cadres spécifiques	
		Oui
BIL 1.1.1	Un concept de formation cohérent rédigé par écrit existe. Le module de formation est conçu selon des critères de rang supérieurs (curriculum).	☐
BIL 1.1.2	L'école est reconnue officiellement par la direction compétente du canton.	☐
BIL 1.1.3	Les différentes prestations de formation sont décrites et intégrées dans le concept thérapeutique.	☐
BIL 1.2.1	L'école est gérée conformément à la législation cantonale.	☐
BIL 1.2.2	Pas d'offre constante, elle est activée en fonction des besoins.	☐
BIL 1.2.3	L'offre de formation est planifiée en tant qu'élément structurel constant et intégrée dans le concept d'exploitation.	☐
BIL 1.3.1	Différentes heures obligatoires sont définies pour les différentes offres.	☐
BIL 1.3.2	Des heures hebdomadaires minimales sont définies de manière contraignante.	☐
BIL 1.3.3	Des heures hebdomadaires sont réglementées dans le plan scolaire conformément aux réglementations cantonales.	☐
BIL 1.4.1	Le mandat confié aux collaborateur/trices exécutants est réglementé.	☐
BIL 1.4.2	La personnalité morale de l'école est définie.	☐
BIL 1.4.3	Un règlement interne est disponible pour l'école.	☐
BIL 1.5.1	La collaboration avec le département cantonal compétent, ses commissions et les autorités scolaires compétentes est définie.	☐
BIL 1.5.2	Le contact avec des prestataires externes de services de formation est assuré en cas de besoin.	☐
BIL 1.5.3	La collaboration avec les autorités scolaires est assurée.	☐

BIL 1.6.1	La planification et la garantie d'une procédure d'évaluation et de choix qualifiée pour le module de formation sont assurées en interne.	☐
BIL 1.6.2	La planification et la garantie d'une procédure d'évaluation et de choix qualifiée pour le module de formation sont assurées conformément à la législation cantonale.	☐
BIL 1.6.3	La motivation individuelle pour le module de formation est évaluée.	☐
BIL 1.7.1	La mise au point et la définition des objectifs d'apprentissage individuels sont décrites de manière conceptuelle.	☐
BIL 1.7.2	Des objectifs d'apprentissage sont présentés.	☐
BIL 1.7.3	Le programme d'apprentissage répond aux exigences légales.	☐
BIL 1.8.1	L'acquisition de connaissances est visible dans la vie quotidienne.	☐
BIL 1.8.2	L'acquisition de connaissances est prouvée selon les prescriptions légales du canton.	☐
BIL 1.8.3	Une procédure de vérification de l'acquisition de connaissances existe et est systématiquement utilisée.	☐
BIL 1.9.1	Des conditions adéquates sont garanties pour exécuter les tâches.	☐
BIL 1.9.2	L'accompagnement a lieu dans le cadre du groupe primaire.	☐
BIL 1.9.3	Un soutien à l'exécution des tâches peut être organisé.	☐
BIL 1.10.1	Des processus de formation sont évalués dans des cas individuels.	☐
BIL 1.10.2	Des certificats/diplômes reconnus sont remis.	☐
BIL 1.10.3	Une procédure de certification est appliquée.	☐

BIL 2. Prestations complémentaires

BIL 2.1 Prestations complémentaires Immeubles/mobilier

		Oui
BIL 2.1.1.1	Les locaux correspondent au concept de formation présenté.	☐
BIL 2.1.1.2	Les locaux sont adaptés à l'usage défini.	☐
BIL 2.1.1.3.	Les locaux correspondent aux exigences légales du canton.	☐
BIL 2.1.2.1	Les domaines de formation et d'habitation sont séparés.	☐
BIL 2.1.2.2	La séparation fonctionnelle des domaines de formation et d'habitation est possible.	☐
BIL 2.1.2.3	Les locaux pour le module de formation peuvent être utilisés sans dérangement.	☐
BIL 2.1.3.1	Les salles de classe sont désignées, leurs dimensions permettent d'y travailler de manière concentrée.	☐
BIL 2.1.3.2	La dimension des salles de classe répond aux exigences légales.	☐
BIL 2.1.3.3	Il n'y a pas de locaux définis pour le module de formation. L'attribution des salles se fait au coup par coup.	☐
BIL 2.1.4.1	Les espaces communs sont à disposition pour le module de formation.	☐
BIL 2.1.4.2	Un domaine réservé est à disposition pour le module de formation.	☐
BIL 2.1.4.3	Des installations sanitaires et des locaux de repos sont disponibles et correspondent aux exigences légales.	☐
BIL 2.1.5.1	Les normes d'équipement répondent aux exigences légales.	☐
BIL 2.1.5.2	L'équipement est fonctionnel.	☐
BIL 2.1.5.3	Les normes d'équipement répondent aux exigences du module de formation.	☐

BIL 2.1.6.1	Le matériel didactique est à disposition et répond aux exigences conceptuelles	☐
BIL 2.1.6.2	Le matériel didactique est mis à disposition en cas de besoin.	☐
BIL 2.1.6.3	Le matériel didactique répond aux exigences légales.	☐

BIL 2.2 Prestations complémentaires Personnel

		Oui
BIL 2.2.1.1.	Il existe un plan concernant le personnel et la qualification professionnelle adéquate est réglementée de manière contraignante.	☐
BIL 2.2.1.2	Pour le module de formation, des ressources en personnel suffisantes sont planifiées et les exigences en matière de qualifications spécialisées sont formulées.	☐
BIL 2.2.1.3	Le plan concernant le personnel est complet et la définition des qualifications professionnelles correspond au module de formation défini.	☐
BIL 2.2.2.1	Le personnel employé dispose des qualifications professionnelles exigées par le législateur.	☐
BIL 2.2.2.2	Les collaborateur/trices compétents disposent d'une qualification spécialisée attestée.	☐
BIL 2.2.2.3	Le personnel employé dispose d'une qualification professionnelle appropriée pour accomplir les fonctions et les tâches attribuées de manière conceptuelle.	☐
BIL 2.2.3.1	Les mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont réglementées dans le cadre de l'institution globale.	☐
BIL 2.2.3.2	Les mesures concernant le développement et l'assistance du personnel répondent aux exigences légales du canton.	☐
BIL 2.2.3.3	Des mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont conçues.	☐
BIL 2.2.4.1	La formation continue est réglementée dans le cadre de l'institution globale.	☐
BIL 2.2.4.2	La présentation de la formation continue est consignée par écrit et les collaborateur/trices sont encouragés à suivre une formation continue.	☐
BIL 2.2.4.3	Un concept de formation continue est disponible et répond aux exigences cantonales.	☐
BIL 2.2.5.1	Des entretiens de qualification et des évaluations des prestations sont effectués et répondent aux exigences cantonales.	☐
BIL 2.2.5.2	Des entretiens de qualification sont effectués au minimum une fois par année et consignés par écrit.	☐
BIL 2.2.5.3	Les prestations fournies sont évaluées de manière critique et consignées par écrit.	☐

BIL 3.	**Capacité et réseau interne à l'institution**	
BIL 3.1	Combien de groupes cibles sont intégrés dans le champ d'intervention?	
BIL 3.2	Quelle est la capacité de prise en charge du champ d'intervention?	

«ARB» Le champ d'intervention travail dans la therapie

ARB 0. Conditions-cadres générales

		Oui
ARB 0.1	Des concepts spécifiques ont été formulés pour le champ d'intervention travail.	☐
ARB 0.2	Les effets/buts sont décrits.	☐
ARB 0.3	Les collaborateur/rices/l'«équipe de travail» sont identifiés et indiqués dans le plan du personnel.	☐
ARB 0.4	Des descriptions de poste relatives aux prestations de travail sont disponibles.	☐
ARB 0.5	Le réseau conceptuel et la collaboration sont réglementés et définis au sein de l'institution.	☐
ARB 0.6	Le champ d'intervention travail est saisi spécifiquement dans la comptabilité.	☐
ARB 0.7	L'entretien des immeubles, pièces, installations désignés et des environs est assuré	☐
ARB 0.8	Le concept de sécurité est mis en œuvre conformément aux dispositions légales en vigueur.	☐
ARB 0.9	Les normes OFAS sont appliquées dans les ateliers.	☐
ARB 0.10	La couverture d'assurance est fournie.	☐

ARB 1. Conditions-cadres spécifiques

		Oui
ARB 1.1.1	Les différentes activités sont décrites dans le concept. Elles se référent au monde du travail.	☐
ARB 1.1.2	Les branches de travail, les lignes de produits, les ateliers sont définis et fixés dans le concept.	☐
ARB 1.1.3	Les branches de travail sont définies et fixées dans le concept.	☐
ARB 1.2.1	La production peut rapporter un bénéfice.	☐
ARB 1.2.2	Les recettes de la vente de produits sont encouragées.	☐
ARB 1.2.3	La production est orientée vers le marché et le bénéfice.	☐
ARB 1.3.1	Certains produits/déroulements des tâches peuvent être pourvus de temps de référence.	☐
ARB 1.3.2	Les déroulements des tâches sont pourvus d'objectifs en matière de temps.	☐
ARB 1.3.3	Des produits particuliers sont calculés et pourvus d'une fixation des prix correspondante.	☐
ARB 1.4.1	Des contrôles de qualité axés sur les produits sont effectués.	☐
ARB 1.4.2	Les produits ne sont pas soumis à des contrôles de qualité.	☐
ARB 1.4.3	La production prend en compte les exigences qualitatives.	☐
ARB 1.5.1	Des temps de travail réguliers sont planifiés. Les heures de travail hebdomadaires sont définies (au minimum 10 à 12 heures par semaine).	☐
ARB 1.5.2	Des heures de travail hebdomadaires régulières sont prévues.	☐
ARB 1.5.3	Les heures de travail sont fixées de manière contraignante; les heures de travail hebdomadaires sont ancrées dans un concept (au minimum 20 heures par semaine).	☐
ARB 1.6.1	Un système des salaires adéquat et transparent est introduit.	☐
ARB 1.6.2	Des crédits/indemnités sont prévus dans certains cas particuliers.	☐

ARB 1.6.3	Un système d'indemnisation transparent est introduit.	☐
ARB 1.7.1	L'emploi de la main-d'œuvre est analysé dans le cadre du groupe primaire.	☐
ARB 1.7.2	L'intervention dans le domaine du travail est évaluée.	☐
ARB 1.7.3	Des entretiens de qualification et des évaluations de prestations réguliers sont effectués.	☐
ARB 1.8.1	Des ressources et déficits individuels sont pris en compte dans la mesure du possible dans le processus de travail.	☐
ARB 1.8.2	Des impulsions visant à augmenter la compétence générale sont données.	☐
ARB 1.8.3	Un concept individualisé d'assistance et de formation rapide existe.	☐
ARB 1.9.1	La reprise de responsabilités croissantes est encouragée.	☐
ARB 1.9.2	Des réglementations de responsabilité et de compétence par échelon sont définies de manière conceptuelle.	☐
ARB 1.9.3	Un comportement adapté aux situations est enseigné.	☐
ARB 1.10.1	Des instructions et des soutiens basés sur le mandat sont garantis.	☐
ARB 1.10.2	L'accompagnement dans le cadre du processus de travail est possible.	☐
ARB 1.10.3	Des exigences et des instructions socioprofessionnelles sont planifiées et intégrées sur le plan professionnel.	☐
ARB 1.11.1	Les produits sont également expertisés sous l'aspect de leur adéquation au marché.	☐
ARB 1.11.2	Les lignes de produits sont planifiées continuellement en fonction du marché et continuent à être développées.	☐
ARB 1.11.3	Les produits sont pertinents.	☐
ARB 1.12.1	Des présentations adaptées des résultats et des ventes sont effectuées dans la mesure du possible.	☐
ARB 1.12.2	La commercialisation de produits est garantie de manière professionnelle, l'écoulement est assuré. La planification et la mise en oeuvre des mesures de marketing dans le domaine de la commercialisation des produits sont réalisées.	☐
ARB 1.12.3	L'accès à des possibilités de vente est ouvert. Les possibilités d'écoulement sont encouragées.	☐
ARB 1.13.1	Les produits sont commercialisés dans leurs propres publications (p. ex. rapport annuel).	☐
ARB 1.13.2	Les produits ne sont pas commercialisés spécialement.	☐
ARB 1.13.3	Des prospectus de produits, des listes de prix et du matériel de publicité sont disponibles.	☐
ARB 1.14.1	La collaboration institutionnelle avec des spécialistes, des autorités ou des industries est garantie.	☐
ARB 1.14.2	En cas de besoin, les contacts avec les autorités et les industries sont garantis.	☐
ARB 1.14.3	La collaboration avec les autorités et les industries est garantie.	☐
ARB 1.15.1	L'emploi de main-d'œuvre est organisé, accompagné et évalué de manière institutionnelle.	☐
ARB 1.15.2	Des stages externes sont souhaités. Ils donnent un aperçu de la future réalité du travail.	☐
ARB 1.15.3	De la main-d'œuvre est employée dans l'institution.	☐
ARB 1.16.1	Le bilan professionnel est introduit.	☐
ARB 1.16.2	Le bilan professionnel des possibilités de travail et des capacités a été effectué	☐
ARB 1.16.3	Le bilan professionnel a été effectué.	☐

ARB 1.17.1	L'avenir professionnel est discuté dans le groupe primaire.	☐
ARB 1.17.2	L'aide en cas de dépôt de candidature et de recherche de postes de travail est garantie. Des mesures de réinsertion professionnelle de l'AI, une formation professionnelle et des mesures de reconversion selon l'AC sont mises au point.	☐
ARB 1.17.3	Les dépôts de candidatures et la recherche d'emplois sont préparés.	☐

ARB 2. Prestations complémentaires

ARB 2.1 Prestations complémentaires immeubles/mobilier

		Oui
ARB 2.1.1.1	Les bâtiments répondent à toutes les exigences conceptuelles et à toutes les exigences légales applicables.	☐
ARB 2.1.1.2	La planification des locaux répond aux exigences du module de travail.	☐
ARB 2.1.1.3	Des locaux fonctionnels sont disponibles.	☐
ARB 2.1.2.1	La séparation fonctionnelle des domaines de travail, de loisirs et d'habitation est possible.	☐
ARB 2.1.2.2	Les locaux des domaines de travail et d'habitation sont séparés.	☐
ARB 2.1.2.3	Des locaux peuvent être utilisés sans dérangement pour le module de travail.	☐
ARB 2.1.3.1	Il n'y a pas de locaux définis pour le module de travail; l'attribution des locaux a lieu au cas par cas.	☐
ARB 2.1.3.2	La dimension des locaux de travail répond aux exigences légales.	☐
ARB 2.1.3.3	Les locaux de travail sont désignés; leur dimension permet de travailler de manière ciblée.	☐
ARB 2.1.4.1	Des installations sanitaires et des locaux de repos sont disponibles, inscrits dans le concept d'espace institutionnel et répondent aux exigences légales.	☐
ARB 2.1.4.2	Les espaces communs sont à disposition pour le module de travail.	☐
ARB 2.1.4.3	Un domaine réservé est à disposition pour le module de travail.	☐
ARB 2.1.5.1	L'équipement est fonctionnel.	☐
ARB 2.1.5.2	Les normes d'équipement répondent à toutes les exigences du module de travail et remplissent les contraintes légales.	☐
ARB 2.1.5.3	es normes d'équipement répondent à toutes les exigences du module de travail.	☐

ARB 2.2 Prestations complémentaires Personnel

		Oui
ARB 2.2.1.1	Il existe un plan concernant le personnel et la qualification professionnelle adéquate est réglementée de manière contraignante.	☐
ARB 2.2.1.2	Pour le module de travail, des ressources en personnel suffisantes sont planifiées et les exigences en matière de qualifications spécialisées sont formulées.	☐
ARB 2.2.1.3	Le plan concernant le personnel est complet et la définition des qualifications professionnelles correspond au module de travail défini.	☐
ARB 2.2.2.1	Les collaborateur/trices compétents disposent d'une qualification spécialisée attestée.	☐

ARB 2.2.2.2	Le personnel employé dispose d'une qualification professionnelle appropriée pour accomplir les fonctions et les tâches attribuées de manière conceptuelle.	☐
ARB 2.2.2.3	Le personnel employé dispose d'une qualification professionnelle appropriée pour accomplir les tâches.	☐
ARB 2.2.3.1	En cas de besoin, une supervision spécifique/conseil spécialisé est effectué/e.	☐
ARB 2.2.3.2	La supervision spécifique/conseil spécialisé est obligatoire.	☐
ARB 2.2.3.3	La supervision est réglementée dans le cadre de l'institution globale.	☐
ARB 2.2.4.1	Des mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont conçues.	☐
ARB 2.2.4.2	Les mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont réglementées dans le cadre de l'institution globale.	☐
ARB 2.2.4.3	Les mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont axées sur les exigences spécifiques du module de travail.	☐
ARB 2.2.5.1	Le concept de formation continue tient compte des exigences socioprofessionnelles.	☐
ARB 2.2.5.2	La formation continue est réglementée dans le cadre de l'institution globale.	☐
ARB 2.2.5.3	La présentation de la formation continue est consignée par écrit et les collaborateur/trices sont encouragés à la formation continue.	☐
ARB 2.2.6.1	Les prestations fournies sont évaluées de manière critique et consignées par écrit.	☐
ARB 2.2.6.2	Des entretiens de qualification et des évaluations des prestations concernant les résultats socioprofessionnels sont effectués au minimum une fois par année et sont consignés par écrit.	☐
ARB 2.2.6.3	Des entretiens de qualification concernant le module de travail sont effectués au minimum une fois par année et sont consignés par écrit.	☐

ARB 3. Capacité et réseau interne à l'institution

ARB 3.1	Combien de groupes cibles sont intégrés dans le champ d'intervention?	
ARB 3.2	Quelle est la capacité de prise en charge du champ d'intervention?	

«FRE» Le champ d'intervention loisirs dans la thérapie

FRE 0. Conditions-cadres générales

		Oui
FRE 0.1	Des concepts spécifiques ont été formulés pour le champ d'intervention loisirs.	☐
FRE 0.2	Les effets/buts sont décrits.	☐
FRE 0.3	Les collaborateur/rices/l'«équipe de travail» sont identifiés et indiqués dans le plan du personnel.	☐
FRE 0.4	Des descriptions de poste relatives aux prestations de loisirs sont disponibles.	☐
FRE 0.5	Le réseau conceptuel et la collaboration sont réglementés et définis au sein de l'institution.	☐
FRE 0.6	Le champ d'intervention loisirs est saisi spécifiquement dans la comptabilité.	☐
FRE 0.7	L'entretien des immeubles, pièces, installations désignés et des environs est assuré	☐

FRE 1. Conditions-cadres spécifiques

		Oui
FRE 1.1.1	L'offre de loisirs est définie et fixée dans le concept.	☐
FRE 1.1.2	Les activités de loisirs sont mentionnées dans le concept.	☐
FRE 1.1.3	Une planification professionnelle et une intégration structurelle de l'offre de loisirs sont réglementées de manière contraignante et décrites de manière conceptuelle.	☐
FRE 1.2.1	Une organisation des activités est mise à disposition.	☐
FRE 1.2.2	Le nombre d'heures hebdomadaires concernant les activités de loisirs est fixé de manière contraignante et inscrit de manière conceptuelle.	☐
FRE 1.2.3	Les activités de loisirs régulières sont réglementées dans la structure hebdomadaire.	☐
FRE 1.3.1	L'activation professionnelle, l'accompagnement et l'élaboration d'activités de loisirs de la clientèle sont réalisés selon un plan de traitement individuel.	☐
FRE 1.3.2	Les activités de loisirs tiennent compte des ressources et des déficits de la clientèle concernée.	☐
FRE 1.3.3	Les activités de loisirs permettent des champs d'expériences exemplaires.	☐
FRE 1.4.1	Des objectifs de projets sont formulés et la réalisation des objectifs est évaluée.	☐
FRE 1.4.2	La fixation des objectifs et les stratégies de solution en collaboration avec tous les acteurs importants pour la clientèle sont formulées et évaluées.	☐
FRE 1.4.3	Les perspectives sont discutées.	☐
FRE 1.5.1	L'offre d'activités de loisirs se réfère à des activités hors du champ d'intervention.	☐
FRE 1.5.2	Les activités de loisirs procurent des expériences concernant différents segments et exigences importants du champ d'intervention.	☐
FRE 1.5.3	Les activités de loisirs se rapportent à un segment important hors du champ d'intervention.	☐
FRE 1.6.2	Les offres sont établies dans le domaine actif d'activités.	☐
FRE 1.6.3	Les offres tiennent compte des activités de loisirs actives et passives.	☐
FRE 1.7.1	Les activités dans le domaine des loisirs doivent être classées dans un champ d'activité identifiable.	☐
FRE 1.7.2	Les activités dans le domaine des loisirs se rapportent à la créativité, à la musique, au sport, aux expériences corporelles, à la spiritualité et à la religion, à la culture, à la formation générale et à la politique.	☐
FRE 1.7.3	Les activités dans le domaine des loisirs procurent des expériences ciblées de champs d'activité définis.	☐

FRE 2. Prestations complémentaires

FRE 2.1 Prestations complémentaires Immeubles/mobilier

		Oui
FRE 2.1.1.1	La planification des locaux et de l'environnement répond aux exigences du module de loisirs.	☐
FRE 2.1.1.2	Des locaux fonctionnels et des lieux de séjour adaptés sont disponibles.	☐
FRE 2.1.1.3	Les immeubles et l'environnement répondent à toutes les exigences conceptuelles et aux éventuelles exigences légales.	☐

FRE 2.1.2.1	Les locaux pour le module de loisirs peuvent être utilisés sans dérangement.	☐
FRE 2.1.2.2	Les locaux des domaines de loisirs et d'habitation sont séparés.	☐
FRE 2.1.2.3	La séparation fonctionnelle du domaine des loisirs est possible.	☐
FRE 2.1.3.1	LLes normes d'équipement, les installations et les matériaux mis en œuvre répondent à toutes les exigences du module de loisirs dans les divers domaines d'activité	☐
FRE 2.1.3.2	L'équipement et les installations sont fonctionnels.	☐
FRE 2.1.3.3	Les normes d'équipement et les installations répondent aux exigences décrites dans le module de loisirs.	☐

FRE 2.2 Prestations complémentaires Personnel

		Oui
FRE 2.2.1.1	Le plan concernant le personnel est complet et la définition des qualifications professionnelles correspond au module de loisirs défini.	☐
FRE 2.2.1.2	Pour le module de travail, des ressources en personnel suffisantes sont planifiées et les exigences en matière de qualifications spécialisées sont formulées.	☐
FRE 2.2.1.3	Il existe un plan concernant le personnel et la qualification professionnelle adéquate est réglementée de manière contraignante.	☐
FRE 2.2.2.1	Les collaborateurs/trices compétents disposent d'une qualification attestée	☐
FRE 2.2.2.2	Le personnel employé dispose d'une qualification professionnelle appropriée pour accomplir les fonctions et les tâches attribuées de manière conceptuelle.	☐
FRE 2.2.2.3	Le personnel employé dispose d'une qualification professionnelle appropriée pour accomplir les tâches.	☐
FRE 2.2.3.1	En cas de besoin, une supervision spécifique / conseil spécialisé est effectué/e.	☐
FRE 2.2.3.2	La supervision est réglementée dans le cadre de l'institution globale.	☐
FRE 2.2.3.3	La supervision spécifique/conseil spécialisé est obligatoire.	☐
FRE 2.2.4.1	Les mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont réglementées dans le cadre de l'institution globale.	☐
FRE 2.2.4.3	Des mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont conçues.	☐
FRE 2.2.4.3	Les mesures concernant le développement et l'assistance du personnel sont axées sur les exigences spécifiques du module de loisirs.	☐
FRE 2.2.5.1	La formation continue est réglementée dans le cadre de l'institution globale.	☐
FRE 2.2.5.2	Le concept de formation continue tient compte des exigences socioprofessionnelles du module de loisirs.	☐
FRE 2.2.5.3	La présentation de la formation continue est consignée par écrit et les collaborateur/trices sont encouragés à suivre une formation continue.	☐
FRE 2.2.6.1	Des entretiens de qualification concernant le module de loisirs sont effectués au minimum une fois par année et sont consignés par écrit.	☐
FRE 2.2.6.2	Les prestations fournies sont évaluées de manière critique et consignées par écrit.	☐
FRE 2.2.6.3	Des entretiens de qualification et des évaluations des prestations concernant les résultats socioprofessionnels et l'augmentation d'autonomie sont effectués au minimum une fois par année et sont consignés par écrit.	☐

FRE 3.	**Capacité et réseau interne à l'institution**	
FRE 3.1	Combien de groupes cibles sont intégrés dans le champ d'intervention?	
FRE 3.2	Quelle est la capacité de prise en charge du champ d'intervention?	

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Le groupe cible est constitué de toxicomanes des deux sexes ayant besoin de conseil, de soins et de thérapie/réinsertion. Il s'agit d'un groupe hétérogène exigeant un enregistrement spécifique lors de l'admission.

La systématique des sous-groupes ici présentés – les groupes cibles – concerne des toxicomanes qui cumulent des problèmes complexes ou qui sont menacés de marginalisation imminente en raison de leur dépendance.

Les clients de la thérapie résidentielle du domaine de l'alcool ne correspondent pas en tous points à ce descriptif, les différences se situant notamment aux plans de leur âge et de leur degré de désocialisation.

Les groupes cibles décrits ici se rapportent à la réalité institutionnelle actuelle et aux problèmes que posent les clients. On peut présumer que des changements interviendront avec le temps.

6.1. Clientèle majoritaire

La Clientèle dite normée constitue la base et le préalable du descriptif de prestations FiDé. La détermination de la diversité des problèmes et la définition de la clientèle normée s'appuient sur des études Fos, qui classent dans la clientèle normée deux tiers des clients enregistrés.

6.1.1 Clientèle normée 1

Descriptif
Dans la majorité des cas :
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue(s) depuis plus de 7 ans
- Formation incomplète
- Capacité de travail restreinte voire nulle
- Santé psychique déficiente/troubles psychiques
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Personne célibataire ou vivant seule
- Démêlés judiciaires, et pas seulement au sujet de la LStup
- Endettement
- Désocialisation

6.1.2 Clientèle normée 2

Le deuxième groupe de clientèle normée se compose d'individus qui ne sont que menacés – et donc pas encore frappés – de marginalisation.

Descriptif
Dans la majorité des cas:
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plutôt moins de 7 ans
- Formation complète
- Santé psychique affectée
- Santé physique affectée
- Age entre 20 et 40 ans
- Vie en solitaire
- Endettement modéré
- Intégration sociale partielle

6.1.3 Problématique psychosociale associée

La problématique psychosociale additionnelle prend de l'importance lorsqu'il est nécessaire de traiter une cellule familiale en tout ou en partie (mères, parents et enfants, couples). Le terme de «cellule familiale» englobe tous les regroupements analogues d'individus. Le descriptif se fonde sur l'hypothèse de la présence simultanée de deux générations dans la structure résidentielle.

6.1.4 Cellules familiales

Descriptif (parents):
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue(s) depuis plus de 7 ans
- Formation incomplète
- Santé psychique déficiente
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Démêlés judiciaires
- Endettement
- Désocialisation
- Vie partiellement commune
- Parent chargé d'éducation (l'enfant vit avec un parent)

Descriptif (enfant):
- Age entre 0 et 10 ans
- Socialisation déficitaire
- Désocialisation
- Traumatisme précoce
- Mesures tutélaires fréquentes

6.1.5 Couples 1

Sont réputées «couple» deux personnes ayant vécu ensemble un certain temps avant le début de la thérapie, ayant fait des expériences semblables ou communes de la dépendance et ayant décidé de suivre une thérapie dans la même institution, et les couples qui se forment durant le séjour thérapeutique, qui souhaitent partager leurs expériences dans le cadre de leur relation en vue d'une future vie commune sans drogue.
L'état-civil officiel est secondaire.

Descriptif
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plus de 7 ans
- Formation incomplète
- Santé psychique déficiente
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Vie de couple
- Démêlés judiciaires
- Endettement
- Expérience de la vie commune
- Expérience du dealing et/ou de la prostitution comme gagne-pain
- Identité de couple mal définie

6.1.6 Couples 2

Sont réputées en «couple 2» les personnes qui étaient ensemble – partiellement intégrées - bien avant le début de leur réhabilitation, qui ont fait des expériences communes de la dépendance et qui ont décidé de se faire soigner dans la même institution..
L'état-civil est secondaire pour la définition du problème.

Descriptif
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plutôt moins de 7 ans
- Formation complète
- Santé psychique déficiente
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Vie de couple
- Casier judiciaire éventuel
- Endettement modéré
- Expérience de la vie commune
- Identité de couple mal définie
- Intégration sociale partielle

6.1.7 Jeunes

En règle générale, la prise en charge de ce groupe cible relève de la législation sur les foyers d'éducation. Elle n'est donc pas développée ici.

6.1.8 Personnes migrantes

La notion de personnes migrantes englobe tous les clients en thérapie résidentielle qui ont fait l'expérience directe ou indirecte (2e génération et plus) de la migration.

Descriptif
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plus de 7 ans
- Formation incomplète
- Santé psychique déficiente
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Personne seule
- Démêlés judiciaires
- Endettement

- Expérience de la migration (directe ou par filiation)
- Fragilité d'Identité (choc entre culture d'origine et culture du pays d'accueil)
- Intégration culturelle lacunaire (relations limitées à l'environnement familial)

6.1.9 Problématique psychiatrique associée

Un nombre croissant de toxicomanes présentent des troubles somatiques ou psychiatriques qui exigent des traitements spécifiques. Il semble donc juste de décrire ce groupe cible de façon particulière.

6.1.10 Maladies somatiques associées 1

Descriptif
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plus de 7 ans
- Formation incomplète
- Santé psychique déficiente
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Vie en solitaire
- Démêlés judiciaires
- Endettement
- Désocialisation
- Diagnostic d'une maladie somatique associée (VIH, sida, hépatite chronique C, etc.) nécessitant un traitement complémentaire dans le cadre du concept thérapeutique choisi.

6.1.11 Maladies somatiques associées 2

Descriptif
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plutôt moins de 7 ans
- Formation complète
- Santé psychique déficiente
- Santé physique considérablement affectée
- Age entre 20 et 40 ans
- Vie en solitaire
- Casier judiciaire éventuel
- Endettement modéré
- Intégration sociale partielle
- Diagnostic d'une maladie somatique associée (VIH, sida, hépatite chronique C, etc.) nécessitant un traitement complémentaire dans le cadre du concept thérapeutique choisi.

6.1.12 Problématique additionnelle 1 de psychopathologie

Descriptif
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plus de 7 ans
- Formation incomplète
- Santé psychique déficiente
- Expériences répétées d'abus traumatisants
- Dysfonctionnements alimentaires répétés
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Vie en solitaire
- Casier judiciaire
- Endettement

- Désocialisation
- Diagnostic additionnel de maladies ou de troubles psychiques (selon norme CIM) nécessitant un traitement complémentaire dans le cadre du concept thérapeutique choisi.

6.1.13 Problématique additionnelle 2 de psychopathologie

Descriptif
- Polytoxicomanie
- Consommation de drogue/s depuis plutôt moins de 7 ans
- Formation complète
- Santé psychique considérablement affectée
- Santé physique déficiente
- Age entre 20 et 40 ans
- Vie en solitaire
- Casier judiciaire éventuel
- Endettement modéré
- Intégration sociale partielle
- Diagnostic additionnel de maladies ou de troubles psychiques (selon norme CIM) nécessitant un traitement complémentaire dans le cadre du concept thérapeutique choisi.

6.1.14 Clientèle chronique

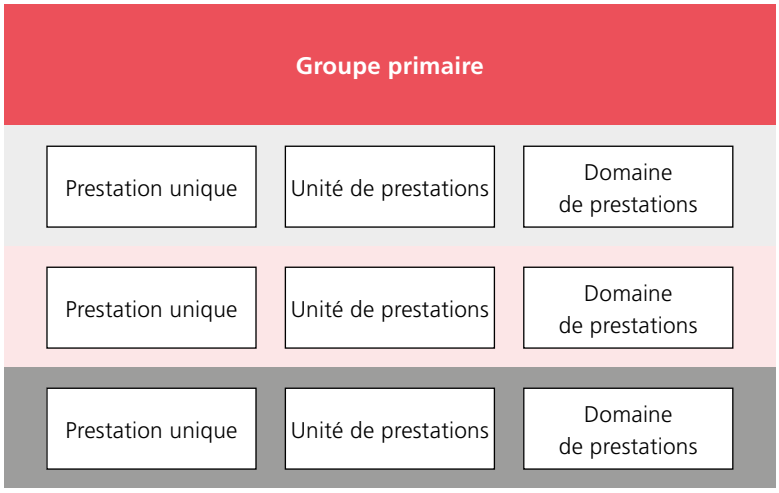
Descriptif
- Polytoxicomanie éventuelle
- Consommation de drogue/s en général depuis plus de 10 – 15 ans
- Santé psychique et physique déficiente à l'évidence
- En général invalide total touchant une rente
- Tutelle
- Age aux environs de la quarantaine ou plus
- Vie en solitaire
- Désocialisation
- Invalidité totale faisant obstacle à une réintégration autonome dans la culture contextuelle. Séjours et phases de traitement de plusieurs années envisagés dans les concepts.

6.2 Les groupes cibles et leurs problèmes

6.2.1 Guide de la clientèle

Saisie du profil de l'institution

Les champs d'intervention sont tous dotés d'un mandat de prestations spécifique à l'institution. La définition du mandat de prestations par champ d'intervention et l'ensemble des champs déterminent le profil de l'institution. Le mandat de prestations est décrit en détail par champ d'intervention au chapitre 3. D'après la systématique prescrite, il devrait être possible de déterminer un mandat de prestations pour chaque champ d'intervention



Le groupe primaire doit être remplacé.

Formation
Le mandat de prestations doit être défini.

Travail
Le mandat de prestations doit être défini.

Loisirs
Le mandat de prestations doit être défini.

Exemple d'un profil d'institution

6.2.2 Saisie du groupe de client(e)s

Lors de l'enregistrement systématique de la clientèle, il est fait état de diverses nouvelles notions. Il y a lieu de tenir compte des affectations suivantes:

Groupe de clients

Correspond au total des personnes pouvant être prises en charge par une institution. Ce nombre englobe les clients dépendants et les autres. Dans cet exemple, l'institution peut prendre en charge 32 clients, dont 24 du domaine des dépendances. Dans le cadre du projet pilote FiDé, seules ces 24 places sont retenues.

Capacité totale de prise en charge (100%) = 32 clients-es	
Dont du domaine des dépendances: 24 places. Base de calcul pour le projet pilote FiDé: 24 100% = 24	8 autres places

Important

- Les institutions abritant des clients dont le séjour prévu est de moins de 12 mois doivent classer ces clients dans un groupe cible à part. P.ex. un groupe cible se trouve en long terme, un autre en moyen terme.
- Les institutions ayant un „concept mixte" MESURES SUBSTITUTIVES et MESURES COMPLÉMENTAIRES doivent créer des groupes cibles correspondants. Le projet pilote ne tient compte que des mesures substitutives.

6.2.3 Groupes cibles

Seuls les groupes de clients au bénéfice d'un concept spécifique de l'institution sont des groupes cibles. Le concept doit constituer un champ d'intervention original. L'énoncé du concept – structure, processus, mesures institutionnelles, etc. – se rapporte à un groupe cible précis qui se distingue de tous les autres. Un groupe cible compte au moins 8 clients, ce qui limite les petites institutions à un seul groupe cible. Dans l'exemple, l'institution compte 32 places, dont seules 24 pour le FiDé et le domaine de la dépendance, à répartir en 2 groupes cibles. Le premier pour la clientèle usuelle, le second pour les couples.

1er groupe cible: 16 clients	**2ème groupe cible: 8 clients**
Concept pour premier groupe cible: ■ planification thérapeutique ■ structures hebdomadaire/journalière ■ structure des exigences ■ mise en œuvre des moyens de l'institution ■ divers	Concept pour deuxième groupe cible disponible: Structuré selon la systématique introduite.

Problèmes de groupe cible 1

Chaque groupe cible comprend des individus ou des sous-groupes présentant des problèmes variés additionnels à prendre en compte dans la thérapie. Cependant, pour la planification conceptuelle supérieure, cette clientèle reste dans le groupe cible défini au préalable. Les problèmes corollaires sont traités moyennant des ressources ciblées supplémentaires. Les problèmes des groupes cibles ne font donc pas l'objet de concepts ad hoc, mais les compétences requises en plus pour les soins et les traitements doivent être décrites dans le concept disponible.
Les prestations spécifiques relatives au traitement des problèmes additionnels des groupes cibles sont documentées dans la systématique d'après: impact/objectifs – prestations de base et prestations accessoires. Dans l'exemple, pour les deux groupes cibles – clientèle usuelle et couples – (moitié-moitié), 12 personnes sont soignées en fonction de la problématique psychiatrique associée.

1er groupe cible: 16 clients	2ème groupe cible: 8 clients
Problème de groupe cible 1: 12 clients	

Problèmes de groupe cible 2

D'autres éventuels problèmes de groupe cible sont décrits – comme ci-dessus – sur la base des compétences additionnelles reconnues.

1er groupe cible: 16 clients	2ème groupe cible: 8 clients
Problème de groupe cible 1: 12 clients	
Problème de groupe cible 2: 8–10 clients	

6.2.4 Planification thérapeutique individuelle

Il est indispensable que la planification de la thérapie ou de la prise en charge soit adaptée à la situation des intéressés.
Cette exigence de mesures individuelles est contenue dans le mandat général des *institutions substitutives du cadre de vie.*

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Le tarif du système FiDé constitue la base d'une rétribution uniforme sur l'ensemble du territoire national en paiement de toutes les prestations identiques – et naturellement aussi la base d'une rétribution différenciée pour les prestations spécifiques. Sur la foi des constats et dans un premier temps, les coûts complets du cadre de vie substitutif ont été enregistrés selon une matrice tarifaire standard. Ensuite – pour une catégorie donnée d'institutions fournissant la même densité de prestations - la valeur moyenne calculée a servi de valeur tarifaire.

Une valeur tarifaire peut varier au gré de la politique momentanément suivie, mais il faut se rappeler que tout changement au sein d'un système peut avoir un impact durable sur des éléments auxquels on ne pense pas de prime abord. Ainsi est-il essentiel de vérifier régulièrement le tarif et le profil des institutions dans le cadre global du système FiDé.

Si des divergences considérables devaient surgir çà et là entre les coûts actuels et les coûts prévisibles d'après le système FiDé, il y aurait lieu de vérifier en premier lieu les critères ci-après:

- Le descriptif des prestations répond-il aux paramètres FiDé?
- Le schéma des prestations de l'institution est-il adéquat?
- Les groupes cibles déclarés sont-ils effectivement pris en charge (degré d'intégration de la clientèle)?
- La durée moyenne de séjour effectif correspond-elle à ce que présume le FiDé?
- L'institution est-elle dirigée selon des principes professionnels?

7.1 Préparatifs

Comme cela a été mentionné en diverses occasions, la saisie des prestations, de la clientèle et du profil de l'institution constitue le travail préparatoire qu'impose le système.
Pour la première fois dans l'histoire de la thérapie résidentielle des dépendances en Suisse, les outils FiDé donnent accès à des descriptifs de prestations uniformes qui vont eux-mêmes servir de base de calcul pour le paiement de prestations fondées sur des critères reconnus.
L'élaboration de ces instruments a permis d'atteindre les buts visés pour le FiDé en tant que système de financement.

Le lancement du FiDé est dominé – mais est-ce une surprise? – par les discussions au sujet du tarif, ce qui s'explique par l'incertitude qui règne dans les budgets, par les demandes localement diffuses de thérapies orientées vers l'abstinence, par le bouleversement parfois décisif des «règles du jeu» en matière de financement ainsi que par le réaménagement des compétences.

Le danger est donc grand que les instruments progressistes péniblement élaborés au fil des travaux de projet soient finalement négligés, ou que soit contestée leur utilité pour les cantons et les institutions (et donc pour leur clientèle).
Pourtant, lors de la phase d'essai, ces instruments ont pu faire la preuve de leur efficacité. On peut les mettre en œuvre et les rendre opérationnels à tout moment, pour autant que soit réalisée au préalable la saisie des données des prestations, de la clientèle et du profil de l'institution, et que règne l'entente à propos du tarif qui, au sens du FiDé, englobe la totalité des coûts.
Sans entrer dans les détails, mentionnons ci-après sommairement quelques-unes des caractéristiques les plus marquantes du système:

7.1.1 Matrice descriptive unifiée

Pour la première fois, les prestations fournies de façon institutionnelle sont accessibles online dans une matrice descriptive unifiée que reconnaissent toutes les institutions.

Avantages pour les cantons

- Planification de l'offre mieux ciblée grâce à la mise en lumière des offres lacunaires ou redondantes tant au plan régional qu'intracantonal ou intercantonal.

Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle

- Descriptifs différenciés facilitant la comparaison des offres de prestations, d'où
- Recherche mieux ciblée de lieux de placement adéquats pour la clientèle, et d'implantation des futurs postes de triage ou d'indication médicale.

Avantages pour les institutions

- Aménagement et positionnement améliorés de l'offre des institutions
- Priorités déclarées plus aisément compréhensibles grâce à la standardisation du descriptif
- Harmonisation simplifiée de l'offre avec les besoins de certains groupes cibles
- Evolution et innovation assurées dans la spécialité.

7.1.2 Saisie online des variables de clientèle

- La saisie online des variables de clientèle est un élément majeur de la systématique FiDé, du fait qu'elle rend disponibles des données polyvalentes. Il importe que les données puissent être reliées aux statistiques d'occupation (v. ci-après) qui – si elles pouvaient être elles-mêmes rattachées à la comptabilité FiDé – atteindraient un degré d'actualité inconnu jusqu'ici.

Avantages pour les cantons

- Vue d'ensemble rapidement reproductible et disponibilité des données d'origine, d'où
- Possibilité importante de structuration des instruments de controlling
- Disponibilité sur simple appel à l'écran de statistiques présentées de façon uniforme, d'où
- Comparaison facilitée et constance de l'interprétation.

Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle

- Renforcement de la protection de la personnalité de par les standards uniformes en la matière
- Opérations financières uniformisées, d'où
- Plus grande transparence grâce aux
- Processus de facturation aisément comparables.

Avantages pour les institutions

- Vue d'ensemble implicite et modifiable online de la clientèle de chaque institution
- Disponibilité des données d'origine pour leur traitement au plan interne
- Intégration automatique dans la statistique d'occupation à l'aide d'analyses standard consultables à l'écran.
- Meilleure lisibilité grâce aux présentations statistiques uniformisées.

7.1.3 Elaboration grandement automatisée des rapports

Avantages pour les cantons

- Disponibilité aisée et rapide de données actualisées
- Sûreté d'interprétation de par la constance des présentations.

Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle

- Disponibilité aisée et rapide d'informations spécialisées
- Sûreté d'interprétation de par la constance des présentations
- Possibilités de comparaison facilitées.

Avantages pour les institutions

- Copiage simplifié de la documentation
- Utilisation multiple
- Utilisation devenant familière grâce à l'uniformité des présentations.

7.1.4 Réexpédition des données originales de clientèle et de facturation liée aux critères

Avantages pour les cantons

- Possibilités d'analyse cantonale d'après les données d'origine, ou analyse standardisée.

Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle

- Possibilité d'analyse d'après la clientèle
- Sûreté d'interprétation de par le traitement unifié des informations.

Avantages pour les institutions

- Saisie unique – utilisation multiple = redondances éliminées (v. aussi saisie online).

7.1.5 Facturation

Avantages pour les cantons

- Présentation de facture constante sur le fond et sur la forme
- Possibilité de clearing d'après des principes unifiés.

Avantages pour les organismes de placement et pour la clientèle

- Possibilité d'analyse d'après la clientèle
- Sûreté d'interprétation de par le traitement unifié des informations.

Avantages pour les institutions

- Facturation simple
- Vue d'ensemble d'échéances consultables online.

7.2 Calcul du tarif

7.2.1 Préparatifs nécessaires

L'institution élabore son profil d'après les instructions FiDé. Ce profil renseigne sur:
- La catégorie de l'institution (alcool/drogues illégales/mixité – à moyen terme ou à long terme)
- Son champ d'intervention parallèle (formation/travail/loisirs) complétant les prestations de base
- La périodicité ou la densité de ses prestations (prestations individuelles/unité de prestations, domaine de prestations).

7.2.2 Modalités de chaque institution

Le recensement des coûts complets au sein des institutions constitue le point de départ du calcul du tarif. Chacune des rubriques figurant dans l'exercice comptable doit être contrôlée quant à sa subordination directe à un des groupes primaires ou à un des autres champs d'intervention. Les autres rubriques (subordination impossible ou partiellement indirecte) figurent dans les champs d'intervention selon une clé donnée.

Ensuite, les coûts imputés sur les champs d'intervention sont reliés dans la fenêtre de saisie aux journées de soins effectifs, ce qui définit l'investissement pour les clientes et les clients.
Les divers investissements sont alors reportés sur le mois des soins dispensés, qui indique ainsi les coûts mensuels moyens effectifs par champ d'intervention.

Dans l'étape suivante, les investissements par mois de soins sont multipliés par la durée moyenne de séjour des client(e)s pour chaque champ d'intervention, définissant par-là les coûts thérapeutiques moyens par champ d'intervention et par individu.

Pour assurer des modalités uniformes, des experts ont mis à la disposition des institutions pilotes des instructions détaillées qui figurent à titre documentaire au chapitre 7.3.

7.2.3 Calcul des propositions tarifaires

Les résultats de chaque institution sont d'abord regroupés en fonction de la catégorie et du profil de l'institution.
Ensuite est calculée pour chaque groupe la valeur moyenne fondée sur le nombre de client(e)s: on obtient ainsi les valeurs fondamentales pour les propositions tarifaires dans les divers modules de prestations.

7.2.4 Base de données

Dans le projet FiDé, on a tout d'abord recensé les prestations institutionnelles et établi des schémas dits profils d'institution.
Sur la foi des coûts complets relevés, une deuxième étape a permis d'élaborer des propositions tarifaires pour les diverses catégories d'institutions et les divers niveaux de prestations.

En troisième étape, à titre d'exercice à sec, les institutions pilotes ont enregistré la clientèle qui s'est effectivement présentée et elles l'ont mise en relation avec les éléments élaborés auparavant: la facturation assistée par ordinateur ainsi générée s'est révélée conforme au FiDé.
Le terme de «exercice à sec» utilisé en la circonstance indique que les factures n'ont donné lieu à aucun paiement effectif.

Sur la base des valeurs empiriques de la phase pilote 1, la clientèle qui s'est présentée dans les institutions substitutives du cadre de vie au cours de la phase pilote 2 constitue la base des propositions tarifaires présentées au chap. 7.4.

7.2.5 Vue d'ensemble

Les institutions participantes ont annoncé au total 630 entrées, dont 464 dans des institutions visant le long terme et 166 le moyen terme.
Les entrées concernaient 463 hommes (73.5%) et 165 femmes (26.0%). Pour 3 personnes (le 0.5% résiduel), le sexe n'a pas été indiqué.
Les calculs tarifaires ont ainsi pu se faire sur la base de 81'425 journées de séjour.

Domaine du long terme
Au total, des 464 entrées enregistrées dans des institutions visant le long terme, 313 (67.45%) concernaient des personnes encore en traitement en date du 31.12.02.
Les entrées concernaient 352 hommes et 109 femmes (3 personnes sans précision).
Dans les institutions visant le long terme, 331 patients (71.33%) provenaient de cantons pilotes FiDé et 97 (20.9%) d'autres cantons. Dans 36 cas (7.75%), le lieu de domicile n'a pas pu être déterminé.
Les données fournies pour le long terme représentent 63'502 journées de séjour.

Domaine du moyen terme
Au total, des 166 entrées enregistrées dans des institutions visant le moyen terme, 77 (46.39%) concernaient des personnes encore en traitement en date du 31.12.02.
Les entrées concernaient 111 hommes et 55 femmes.
Dans les institutions visant le moyen terme, 119 patients (71.68%) provenaient de cantons pilotes FiDé et 43 (25.9%) d'autres cantons. Dans 4 cas (2.4%), le lieu de domicile n'a pas pu être déterminé.
Les données fournies pour le moyen terme représentent 17'860 journées de séjour.

7.3 Calcul du coût des forfaits par champ d'intervention en cas de thérapie résidentielle dans le domaine des dépendances

7.3.1 Pourquoi ces calculs?

Dans le cadre de la révision de la Loi sur les stupéfiants et d'autres travaux courants, la Confédération et les cantons ont mis sur pied un groupe de travail chargé d'élaborer un schéma de financement pour les années 2000 et suivantes. Le groupe a livré son rapport final au groupe de coordination en juin 1999. Dans une première étape, le rapport recommande de réaliser l'introduction des forfaits par champ d'intervention pour les thérapies résidentielles dans le domaine des dépendances. Pour cela, il faut bien sûr que les champs d'intervention soient définis au préalable.

La réponse positive donnée à cette recommandation a influé sur d'autres travaux, qui ont permis également de calculer un tarif dans le cadre d'un projet pilote. Certains champs d'intervention ont dû néanmoins rester indéfinis puisque le nombre d'institutions a diminué durant les travaux, laissant certains domaines en attente. La présente deuxième phase pilote a pour objet de vérifier les données obtenues et de combler les lacunes.

7.3.2 Que faut-il pour calculer?

Avant de commencer le calcul, il faut absolument disposer des documents suivants:
- Bilan annuel
- Bilan
- Statistiques sur le nombre de cas en 2000
- Classification complète et correcte de l'institution (en groupe des fonctions élémentaires et autres champs d'intervention)
- Plan de l'institution détaillant clairement la superficie des locaux en mètres carrés
- Il est avantageux de disposer d'une comptabilité analytique, qui ne constitue cependant pas une condition sine qua non de participation au projet pilote si la direction de l'institution consent à effectuer un calcul minutieux fondé sur le rapport utilité/coût de 80/20.

Quelques conseils:
- Écrire au crayon, ce qui facilite les corrections.
- Se munir d'une calculette.

7.3.3 Comment procéder?

Tout d'abord, prendre le bilan annuel et la classification correcte et complète. Ensuite:

1. Examiner les rubriques de coûts l'une après l'autre et déterminer si elles peuvent être associées directement au groupe primaire ou à un autre champ d'intervention (travail, formation, activités de loisirs). Les cahiers des charges constituent généralement une bonne base de répartition des coûts de personnel et d'assurances sociales.

Exemple 1: Une travailleuse sociale est engagée exclusivement dans les activités de loisirs. Pour elle, les coûts de personnel et les cotisations d'assurances sociales sont imputés entièrement sur le domaine des activités de loisirs.

Exemple 2: Un local est équipé d'ordinateurs. Ce local et ces ordinateurs servent exclusivement pour la formation de la clientèle. La part du loyer pour ce local (voir la superficie selon le plan du bâtiment) et le coût des ordinateurs sont imputés entièrement sur le domaine de la formation

2. Hormis les rubriques de coûts imputables directement et entièrement sur un champ d'intervention unique, il y en aura toujours à répartir entre plusieurs champs, voire entre tous.
En général il s'agit des rubriques suivantes: loyer, cuisine, transport, nettoyage, lessive, service social, direction/administration, relations publiques/marketing.
Les coûts doivent alors être répartis entre les divers champs d'intervention selon une clé contraignante pour toutes les institutions.

Utiliser les clés suivantes:
- Loyer/immeubles: selon le nombre de mètres carrés
- Cuisine: entièrement au groupe primaire
- Transport: selon coût du personnel
- Nettoyage: selon le nombre de mètres carrés
- Lessive: entièrement au groupe primaire
- Service social: selon coût du personnel
- Direction/administration: selon coût du personnel
- Relations publiques/marketing: selon coût du personnel

Avant de procéder à l'imputation sur les divers champs d'intervention, vérifier si – dans les investissements non directement imputables – il n'y aurait pas aussi des prestations fournies à des tiers et non aux clients. Si tel est le cas, elles doivent être déduites avant l'imputation (voir aussi les exemples au chapitre des questions posées fréquemment).

Exemple 1: Le plan des locaux indique 55% des surfaces habitables utilisés pour le groupe primaire, 20% pour le travail, 15% pour la formation et 10% pour les activités de loisirs. Par conséquent, 55% des coûts de nettoyage sont imputés sur le groupe primaire, 20% sur le travail, 15% sur la formation et 10% sur les activités de loisirs. Les coûts du loyer et des immeubles sont répartis dans les mêmes proportions.

Exemple 2: Des coûts de personnel directement imputables, il apparaît que 75% vont au groupe primaire, 10% au travail, 10% aux activités de loisirs et 5% à la formation. Cela indique la clé de répartition des coûts des transports, du service social, de la direction/administration et des relations publiques/marketing.

Exemple 3: Dans le bilan annuel, la cuisine accuse un coût de 200'000 francs et la buanderie de 23'000 francs. Si tant la cuisine que la buanderie ne sont utilisées que pour la clientèle, la totalité des coûts doit être imputée sur le groupe primaire. Si par contre la cuisine et la buanderie servent aussi pour d'autres personnes, alors les coûts qu'elles génèrent ainsi doivent être soustraits du total de ces rubriques (voir aussi les exemples au chapitre des questions posées fréquemment).

Une fois ces deux étapes achevées, les coûts du bilan annuel dans leur totalité devraient être imputés respectivement sur le groupe primaire et sur les autres champs d'intervention (travail, formation et activités de loisirs). Ensuite, procéder aux étapes suivantes.

3. Les divers investissements répartis directement ou indirectement à l'aide des clés sur les champs d'intervention sont additionnés dans chaque champ . Du fait que ces totaux se fondent sur toute la clientèle prise en charge en 2000 et que seule nous intéresse la clientèle partie au cours de l'an 2000, ces sommes doivent être corrigées.

4. La classification des cas révèle combien de client(e)s ont quitté l'institution régulièrement ou non, et combien ont été transférés dans une autre institution. On additionne toutes les journées de traitement de cette partie de la clientèle en 2000, puis on met ce nombre en rapport avec le total des journées de traitement pour obtenir un pourcentage.
5. On multiplie ce pourcentage par les sommes définies ci-avant pour le groupe primaire et les champs d'intervention Travail, Formation et Loisirs, ce qui donne les dépenses en 2000 pour les client(e)s sorti(e)s en 2000.

Exemple: Une institution a calculé un coût de 10 millions de francs pour le groupe primaire. En 2000, sur un total de 1000 journées de prises en charge, 304 ont été consacrées aux client(e)s partis au cours de l'année 2000. Étape 4: 304: 1000 = 0,304 (coefficient). Étape 5: 10'000'000 francs x 0,304 = 3'040'000 francs. En l'occurrence, le coût du groupe primaire pour les client(e)s partis au cours de l'année 2000 se monte à 3 millions et 40'000 francs.

Exemple: Au cours de l'année 1999, 750 journées de prise en charge ont été consacrées aux client(e)s partis au cours de l'année 2000. Ne pas tenir compte de ces 750 journées dans le calcul des étapes 4 et 5, du fait qu'elles concernent 1999 et non l'an 2000 objet du calcul.

Le chiffre ainsi trouvé indique l'investissement consenti dans les divers champs d'intervention pour les clients partis en l'an 2000.

6. Ensuite, il s'agit de calculer cet investissement sur un mois de soins. La conversion des jours de soins en mois de soins se fait par division des premiers par 30.4 (365: 12 = 30.4). On obtient alors le coût moyen mensuel effectif par champ d'intervention.

7. L'investissement par mois de soins est alors multiplié par la durée moyenne de séjour des clients partis en l'an 2000. Dans ce calcul interviennent encore les mois de soins dispensés en 1999, 1998 et peut-être même avant. Il faut faire ici la distinction entre les client(e)s qui sont sortis régulièrement, ceux qui sont sortis irrégulièrement et ceux qui ont été transférés dans une autre institution. Les client(e)s sortis irrégulièrement sont classés par durée de séjour (0-4, 5-12 et 13-18 mois).

Exemple: Les 30'400 francs indiqués en dernière étape pour le groupe primaire se rapportent à 304 journées de soins, soit 304: 30,4 = 10 mois de soins. 30'400 francs divisés par 10 mois de soins = 3'040 francs de coût mensuel pour le groupe primaire. De la classification remplie par l'institution, on sait que la moyenne de séjour est de 15.5 mois pour les clients sortis régulièrement, de 4.5 mois pour les transférés, et de respectivement 2.5, 7 et 14 mois pour les clients sortis irrégulièrement. Pour ceux qui sont sortis régulièrement, le calcul est donc 15.5 mois x 3040 francs = 47'120 francs. Pour les autres: 3040 francs fois respectivement 4.5, 2.5, 7 et 14.

- Procéder de même pour les autres champs d'intervention (travail, formation et loisirs).

- Inscrire ensuite les valeurs dans le tableau.

7.3.4 Questions les plus fréquemment posées

- *Comment imputer les interventions pédagogiques et thérapeutiques effectuées sans ordonnance ni mandat de médecin, et par conséquent non couvertes par les assurances-maladie?*
  Ces interventions sont imputées entièrement et directement sur le groupe primaire.

- *Comment imputer le travail thérapeutique couvert par les assurances-maladie?*
  Les coûts liés à ces interventions sont déduits des coûts figurant au bilan annuel. En revanche, ne pas tenir compte des recettes provenant des caisses-maladie.

- *Que faire si une institution ne paie pas de loyer du fait qu'elle est propriétaire des immeubles?*
  Se fonder sur la valeur d'assurance des immeubles. Cette valeur est multipliée par le facteur 1,05 pour compenser l'absence de l'intérêt normal sur capital. Diviser le résultat par 20 aux fins d'amortissement sur 20 ans. De la somme obtenue, déduire la valeur locative pour que le propriétaire soit sur pied d'égalité avec le locataire.

  Exemple: La valeur d'assurance se monte à 1 million de francs, la valeur locative à 26'000 francs, d'où 1'000'000 x 1.05 = 1'050'000/1'050'000 : 20 = 52'500/52'500 - 26'000 = 26'500. En l'occurrence, prendre 26'500 francs comme valeur totale des immeubles à imputer directement et/ou indirectement sur les divers champs d'intervention.

- *Comment procéder pour les autres investissements?*
  Ils sont amortis comme les immeubles. Pour les immeubles et autres investissements à long terme, présumer un amortissement sur 20 ans. Les investissements divers au-delà de 3000 francs s'amortissent sur 8 ans; les investissements en deçà de 3000 francs sont amortis intégralement dans l'année de leur acquisition.

- *Certaines institutions sont dotées d'installations à caractère didactique, telles une boulangerie ou une menuiserie. Ces exploitations génèrent des recettes. Ces recettes doivent-elles être déduites des coûts?*
  Non. Au contraire. Il faut occulter les recettes, mais les frais supplémentaires occasionnés par l'installation ne doivent pas entrer dans le calcul des coûts. Exemple type: des client(e)s et/ou des tiers perçoivent pour leur travail dans l'installation un salaire ou un argent de poche. Ces dépenses ne doivent pas entrer dans les coûts de personnel; elles doivent être déduites des coûts de personnel au bilan annuel.

- *Comment traiter les dons?*
  Comme des revenus d'installations accessoires. Les dons ne sont pas déduits. En revanche, s'il a fallu investir pour les obtenir, il faut alors les déduire de cet investissement avant que ce dernier ne soit imputé sur les divers champs d'intervention. Prendre ici pour exemple les frais de port de lettres de sollicitation ou les dépenses engagées par des tiers pour organiser une collecte de fonds.

- *Comment répartir la rémunération des contremaîtres et des chefs d'apprentissage impliqués dans divers champs d'intervention?*
  Le cas échéant, consulter les cahiers des charges mentionnant des tranches horaires dans les divers champs d'intervention. A défaut de cahiers des charges, procéder par estimation en respectant si possible des horaires de travail. Dans ce domaine aussi, il s'agit de respecter le principe établi: occulter les subventions de formation provenant d'instances publiques ou d'autres sources mais, en revanche, déduire des coûts figurant au bilan annuel les investissements consentis pour obtenir ces recettes.

- *Pourquoi les frais journaliers ne figurent-ils pas à part dans le présent schéma?*
  Dans le nouveau schéma, les frais journaliers ne sont plus du tout pertinents. Ce qui est décisif, c'est de savoir quels champs d'intervention sont sollicités par les client(e)s et à quel degré. L'indemnisation s'opère d'après le principe que toute prestation dans un champ d'intervention défini a un prix fixe. Par exemple, il est désormais sans influence sur le montant que reçoit l'institution – pour le long terme – qu'une cliente parte régulièrement après 14 ou 17 mois de séjour. Idem dans le cadre du moyen terme.

7.3.5 Que faire dans les autres cas?

Envoyer un e-mail à l'adresse fisu@bag.admin.ch en mentionnant le cas en détail. Thomas Egli de l'Office fédéral de la santé publique y répondra lui-même ou transmettra la question au service compétent.

Zurich, le 10 septembre 2001
Dr Willy Oggier, économiste de santé

7.4 Propositions de tarif suivant les catégories d'institutions

Sur la foi des deux phases pilotes et des séjours thérapeutiques effectivement effectués, on a pu établir des propositions tarifaires FiDé pour diverses catégories d'institutions

7.4.1 Catégorie thérapie à long terme – «Illégale»

Aperçu Coût des champs d'intervention selon la densité de la prestation
Base: 24 institutions, 196 client(e)s

	Valeur	Prest. unique	Unité de prest.	Dom. de prest.
Groupe primaire	Définie par nombre de client(e)s			101 000
Travail	Définie par nombre de client(e)s		30 000	63 000
Formation	Définie par nombre de client(e)s	3000	11 000	
Loisirs	Définie par nombre de client(e)s	6000	12 000	18 000

en CHF par client

1) Lecture du tableau:
«*L'ensemble des coûts moyens* pour le champ d'intervention Travail *par client sorti «régulièrement»* se monte, dans le cadre des institutions pilotes inspectées et pour la couverture complète du domaine d'intervention Travail, à CHF 63'000–.»

= aucun cas survenu dans les institutions pilotes
= impossible selon instructions FiDé

2) La valeur appliquée au domaine de prestations dans le champ d'intervention Travail a été établie à partir de la moyenne des valeurs résultant des phases pilotes 1 et 2 pour ce niveau de profil

Motif: La même systématique étant appliquée à tous les modules tarifaires, la valeur calculée pour le domaine de prestation Long terme/Travail s'est révélée manifestement trop basse par comparaison tant avec la valeur du moyen terme qu'avec celle de la première phase pilote. La direction du projet a donc décidé, pour le début de l'exercice à sec, d'utiliser une valeur corrigée et de rassembler ensuite d'autres données.
L'analyse de la combinaison des profils et de leurs coûts donne à penser que certaines institutions ont «surestimé» leur profil, les prestations ne reflétant pas les coûts.
La direction du projet FiDé transmettra ce constat à ces institutions afin qu'elles se réajustent; si aucun accord n'intervient, elle en informera le canton pilote concerné.

3) Exemple d'institution profilée:

Groupe primaire	(cadre de vie substitutif)	101 000
Travail	Dom. de prest.	63 000
Formation	Prest. unique	3000
Loisirs	Unité de prest.	12 000
Coûts complets (durée totale) de thérapie		179 000

7.4.2 Catégorie Thérapie long terme – «Mixte»

Aperçu Coût des champs d'intervention selon la densité de la prestation
Base: 1 institution, 23 client(e)s

	Valeur	Prest. unique	Unité de prest.	Dom. de prest.
Groupe primaire				78 000
Travail				
Formation				
Loisirs				

en CHF par client

7.4.3 Catégorie Thérapie moyen terme – «Illégale»

Aperçu Coût des champs d'intervention selon la densité de la prestation
Base: 6 institutions, 49 client(e)s

	Valeur	Prest. unique	Unité de prest.	Dom. de prest.
Groupe primaire	Définie par nombre de client(e)s			66 000
Travail	Définie par nombre de client(e)s	3300	14 000	33 000
Formation	Définie par nombre de client(e)s	1500	5 000	
Loisirs	Définie par nombre de client(e)s		5 500	6 500

en CHF par client

7.4.4 Catégorie Thérapie moyen terme – «Mixte»

Aperçu Coût des champs d'intervention selon la densité de la prestation
Base: 2 institutions, 36 client(e)s

	Valeur	Prest. unique	Unité de prest.	Dom. de prest.
Groupe primaire	Définie par nombre de client(e)s			38 000
Travail	Définie par nombre de client(e)s			8 000
Formation	Définie par nombre de client(e)s			
Loisirs	Définie par nombre de client(e)s			6 000
en CHF par client				

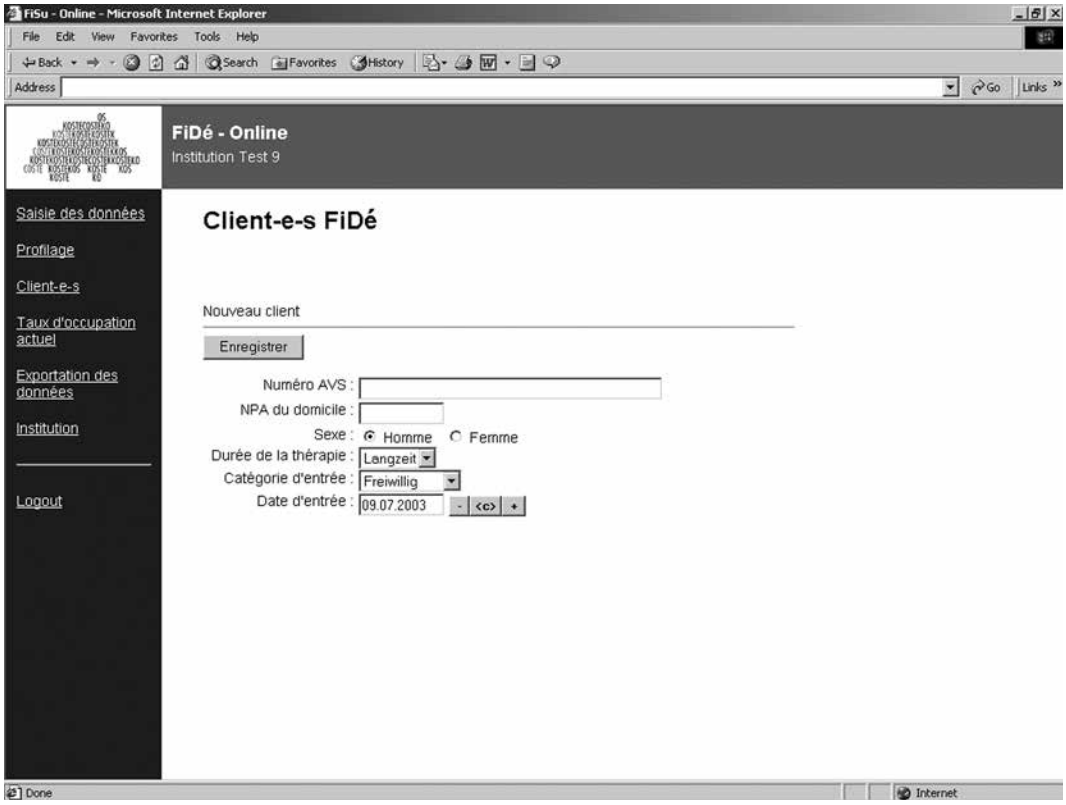
7.4.5 Catégorie Thérapie moyen terme – «Alcool»

Aperçu Coût des champs d'intervention selon la densité de la prestation
Base: 1 institution, 21 client(e)s

	Valeur	Prest. unique	Unité de prest.	Dom. de prest.
Groupe primaire	Définie par nombre de client(e)s			38 000
Travail	Définie par nombre de client(e)s			20 000
Formation	Définie par nombre de client(e)s			
Loisirs	Définie par nombre de client(e)s			5 000
en CHF par client				

7.5 Enregistrement de la clientèle

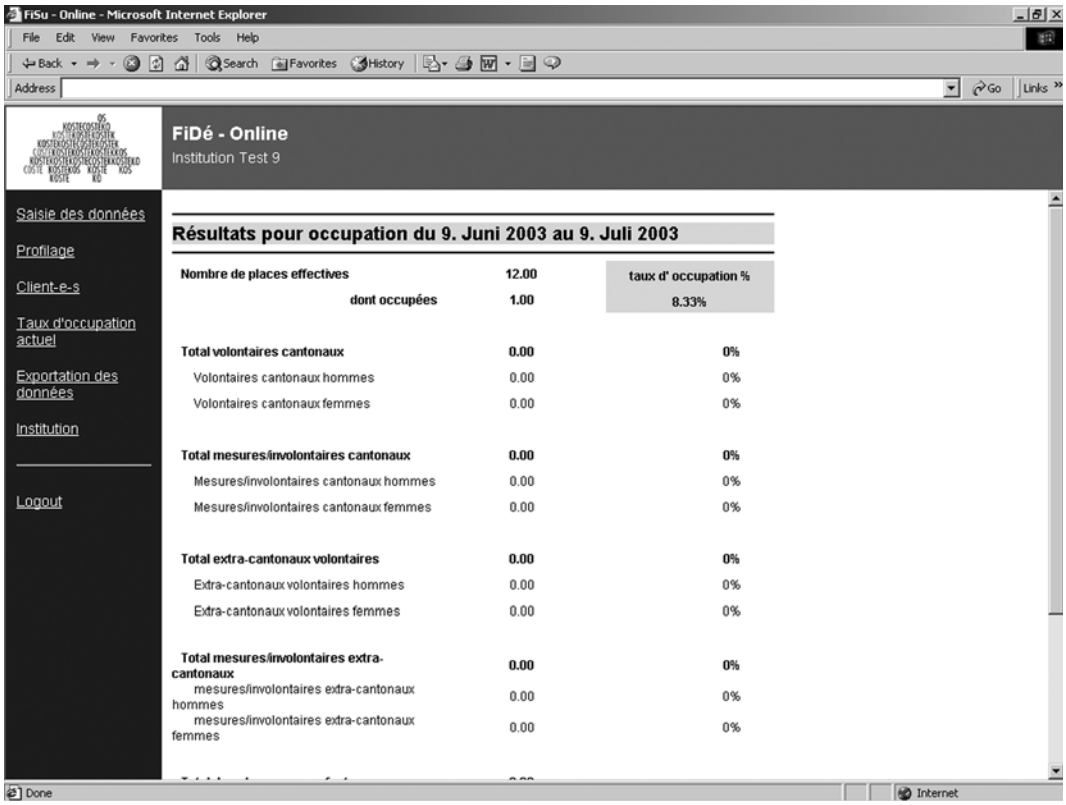
Le système FiDé offre aux institutions la possibilité d'enregistrer leur clientèle online. Les données se limitent au strict nécessaire (v. illustration ci-après).



Exemple: Fenêtre de saisie des client(e)s

7.5.1 Analyse statistique des données saisies

Les données saisies n'ont pas pour objet unique la facturation FiDé. Elles sont aussi transmises au système statistique de l'occupation. Les institutions peuvent alors consulter à l'écran des analyses standardisées (v. illustration ci-après).



Exemple: Analyse standard de l'occupation momentanée (fenêtres de temps au choix)

7.5.2 Disponibilité des données d'origine

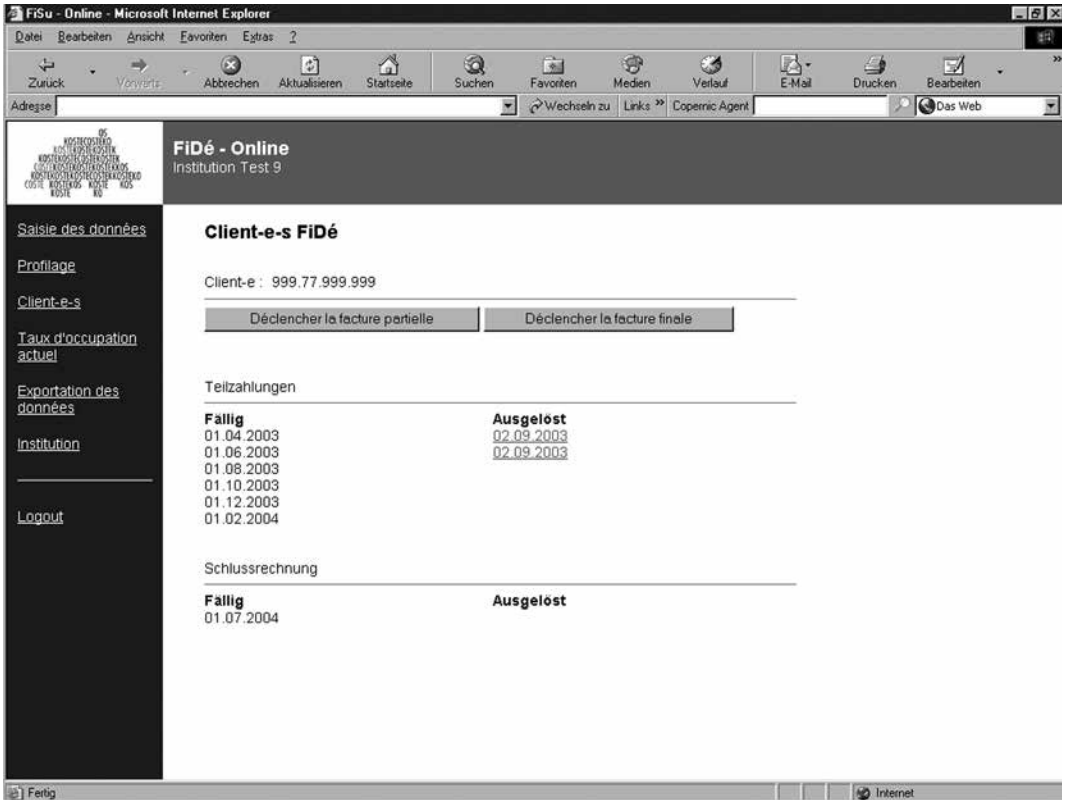
L'institution peut aussi réexpédier les données d'origine et les exploiter à d'autres fins, éliminant ainsi bien des risques de redondances (v. illustration ci-après).

Exemple: Réexpédition des données (fenêtres de temps au choix)

7.6 Facturation systématique

Le système fournit aux institutions une vue d'ensemble de leurs client(e)s et liste les échéances permettant la facturation partielle (voir illustration ci-après).

Les factures prématurées ou indues sont rendues impossibles par des contrôles de plausibilité, ce qui fait que la facture finale reste en suspens jusqu'au départ effectif de la clientèle.



Exemple: Aperçu des échéances de facturation

Au total, les institutions pilotes participantes ont établi 1'367 factures partielles pour l'année 2002.

7.6.1 Acomptes crédités de tarif forfaitaire

Domaine du long terme

La facturation s'effectue à compter de la date d'entrée 6 fois tous les 2 mois par acomptes de 1/8 du coût de la thérapie, puis intervient un versement final, après départ des client(e)s, s'élevant à 1/4 du coût.
Si un/e client/e part avant l'échéance du séjour prévu – au moins 12 mois dans le domaine du long terme – la facture finale ne peut pas avoir lieu.

Domaine du moyen terme

La facturation s'effectue à compter de la date d'entrée 3 fois tous les 2 mois par acomptes de 1/5 du coût de la thérapie, puis intervient un versement final, après départ des client(e)s, s'élevant à 2/5 du coût.
Si un/e client/e part avant l'échéance du séjour prévu – au moins 6 mois dans le domaine du moyen terme – la facture finale ne peut pas avoir lieu.

Formule spécimen de facture
Les données fondamentales nécessaires au processus de facturation sont le profil de l'institution, la valeur tarifaire qui en découle ainsi que les données du/de la client/e.
A l'aide des éléments du profil de l'institution (catégorie de l'institution, champs d'intervention gérés et niveau de la prestation fournie), des valeurs tarifaires modulaires et des données de la clientèle, le système calcule le montant à facturer.
Pour la durée de la phase pilote a été créée une formule spécimen visant à l'établissement de ces factures partielles (mentionnant toutes les données nécessaires). La présentation de la formule n'est pas définitive et peut être adaptée. Les factures doivent être préparées automatiquement par le système FiDé online, et elles ne peuvent sortir effectivement qu'à l'échéance prévue.

Le cas d'école ci-après montre la facture partielle qu'établit une institution de la catégorie «long terme – illégale» sise dans le canton de XY et qui, en sus du groupe primaire, gère les champs d'intervention «Formation» et «Loisirs» au niveau «Unité de prestations».

Canton du siège de l'institution		XY
Institution	Z – Institution	
Profil de prestations	Formation	Unité prest.
	Loisirs	Unité prest.
Tarif		SFr. 124 000
Identité de client/e	xxx.xx.xxx.xxxx	
Date d'entrée	23.10.2002	
Date de sortie		
Adresse de facturation	Canton XY Rue de la Poste 1444 Choseville	
Acomptes depuis:	jusqu'au:	SFr. 15 500.00
23.10.2002	22.12.2002	
	Montant de facture	SFr. 15 500.00

Exemple: formule de facture online

7.6.2 Traitement des données d'origine

On a renoncé à d'autres tableaux pour des raisons de place.
D'autres analyses peuvent être fournies sur demande aux ayants droit pour autant que les données disponibles le permettent.

Sur demande expresse, les cantons peuvent obtenir les données brutes relatives à leurs institutions et/ou à leurs client(e)s.

Contact:
fisu@bag.admin.ch ou office@koste-coste.ch

7.6.3 Matériel documentaire divers

En complément des analyses relatives aux client(e)s, le système génère automatiquement une vue d'ensemble des prestations institutionnelles par canton.

7.7 Etapes à venir

7.7.1 Analyse de l'exercice à sec

Les données obtenues par le biais de la facturation virtuelle lors de l'exercice à sec sont analysées au fur et à mesure et communiquées aux cantons pilotes sous forme de rapports.

Du fait qu'elles ont accès à leurs données, les institutions peuvent faire des comparaisons entre factures «anciennes» et «nouvelles». Ces comparaisons permettent de tirer les premières conclusions quant au bien-fondé des propositions tarifaires actuelles, bien que le recensement des coûts se soit fait jusqu'ici uniquement sur la foi des déclarations des institutions, sans vérification par des tiers. Il faudra peut-être procéder à de telles vérifications sur site si des adaptations se révèlent nécessaires.

7.7.2 Destinataires des factures à définir pour une exploitation éventuellement régulière

Il y a lieu de définir l'adresse à laquelle les factures doivent être envoyées. Dans le projet pilote ont été saisies les adresses effectives de facturation (hormis celles des personnes payant elles-mêmes pour des motifs de protection de la personnalité).

Le schéma FiDé préfère pour adresse de facturation un organisme à désigner par le canton de domicile de la cliente ou du client. Pour obéir à l'exigence de compatibilité entre FiDé et CIIS, il serait logique que ce soit l'organisme mandaté par la CIIS. Cet organisme pourrait alors transmettre la facture à l'organisme cantonal chargé du paiement.

7.7.3 Mandat obligatoire pour les postes de prise en charge, d'indication médicale ou de triage

L'organisation du projet FiDé a élaboré des propositions dans l'optique des conditions-cadre de ces postes de prise en charge ou de triage (v. aussi à ce sujet le chap. 9.6).
Il reste cependant du ressort exclusif des cantons de choisir la variante la mieux adaptée à leur situation.

7.8 Décisions en suspens

7.8.1 Extension de la systématique des descriptifs de prestations et tarification consécutive des autres catégories de problèmes ou d'institutions

La systématique du tarif et des prestations élaborée dans le domaine des institutions substitutives du cadre de vie ne peut évidemment pas s'appliquer de façon uniforme – et cela pour divers motifs – à tous les problèmes ni à toutes les institutions (durées de séjour moyennes extrêmement variables, cadres de traitement particuliers, objectifs spéciaux, etc.) notamment dans les domaines suivants:

- Interventions de courte durée (jusqu'à 3 mois de séjour prévu);
- Séjours de longue durée dans le cadre de séjours prévus de plus de 20 mois, partiellement sans intention spécifique de resocialisation, la priorité portant sur les soins et l'accompagnement;
- Offre institutionnelle hautement spécialisée à l'intention exclusive de groupes cibles spécifiques et en remède à des problèmes additionnels;

et lorsque sont impliquées des prestations complémentaires ou corollaires (v. chap. 5) comme

- Les placements familiaux
- Les appartements protégés

- Les thérapies partiellement résidentielles

y compris

- Les traitements ambulatoires (de suivi, etc.)

Pour autant que la systématique doive être étendue - et bien des arguments y sont favorables – les modalités restent par principe les mêmes:

Prestations	
Descriptif	D'abord saisir toutes les prestations fournies dans un champ et les classer dans les quatre (max.) champs d'intervention.
Saisie	Les institutions à impliquer définissent leur/s groupe/s cible/s et enregistrent dans une matrice unifiée (donnée) les prestations qu'elles ont fournies.
Profil	Les prestations saisies sont subordonnées systématiquement à un niveau et à un terme (court, moyen, long).
Coûts	
Recensement des coûts complets	Les institutions d'une catégorie recensent leurs coûts complets et les répartissent dans les champs d'intervention d'après une clé donnée.
Conversion des coûts et tarification	Les coûts définis par champ d'intervention sont convertis en coûts moyens par individu pour une durée de séjour moyenne dans une catégorie d'institutions
Forfaits du champ d'intervention	Les coûts thérapeutiques moyens définis par champ d'intervention pour chaque catégorie d'institutions s'appliquent à toutes les institutions de cette catégorie. La dimension de l'institution est prise en compte par l'appréciation du nombre de ses client(e)s.

7.8.2 Conclusion

Les instruments mis au point jusqu'ici se sont révélés adéquats. Ils sont stables au plan de la technique. En bref, ils peuvent être repris tels quels dans une large mesure; les adaptations porteront sur des questions techniques.

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Les considérations financières constituent – bien évidemment – une base importante du nouveau schéma de financement. C'est ainsi que, dans la procédure de consultation de 1999, étaient déjà mentionnés des points aussi essentiels que les paiements prévisionnels ainsi que l'équilibre (la neutralité) et la répartition des coûts. On a vite réalisé cependant que tous les participants n'interprétaient pas ces notions de façon identique. Au cours de l'évolution du système, il a donc fallu apporter des correctifs dans la distribution des rôles et dans les modalités. Les plus importants de ces correctifs sont mentionnés brièvement ci-après.

Paiement anticipé ou complémentaire des acomptes

Dans le système FiSu/FiDé originel, et par analogie au schéma de «capitation», étaient prévus des versements forfaitaires répartis en quelques tranches. Dans le projet pilote, on a donc prévu que le rythme et l'échéance des paiements seraient adaptés aux besoins des cantons.
Le paiement anticipé, qui avait fait l'objet de tant de discussions, s'est ainsi trouvé remplacé par un «financement en temps réel» acceptable aussi bien pour les institutions que pour les cantons, en combinaison avec un «paiement final après sortie». Par comparaison avec le système actuel, on arrive de cette façon à une hausse substantielle des liquidités des institutions, pour autant que leurs prestations soient mises suffisamment à contribution.

Neutralité des coûts et répartition des coûts

La notion de «neutralité des coûts» (innocuité des changements sur les coûts) s'est vite révélée problématique dans son interprétation, chacune des parties voulant n'y voir que la partie qui la concernait jusque là et chacune désirant bien sûr que sa participation aux coûts soit réduite, au pire maintenue mais en aucun cas augmentée. Un conflit d'intérêts pratiquement insoluble vu l'exigence de tarifs couvrant les coûts et compte tenu des recettes plancher prévisibles dans le domaine des prestations collectives.
Il serait possible, comme l'a proposé la direction du projet, d'évaluer tout d'abord la neutralité des coûts au niveau du système global. Mais – avec la décision de lancement en toile de fond - tous les participants n'ont pas encore pu se rallier à cette évaluation pour des motifs de mise en pratique.
La répartition des coûts est étroitement liée à la neutralité des coûts, comme l'a démontré le rapport Herrmann et al. (1998)[1] en préalable au développement FiDé. Cette répartition, stable depuis très longtemps, s'est trouvée modifiée lorsque l'OFAS a changé sa manière de faire. Il semble logique que la carence de financement ainsi provoquée ne soit pas supportée par les prestataires (les institutions) si on exclut de recourir à des schémas caritatifs.
La question de la répartition des coûts, qui reste en suspens, n'est certainement pas seule en cause dans les fermetures d'institutions de ces trois dernières années, mais elle reste un facteur à ne pas sous-estimer.

[1] *Herrmann H., Güntzel O., Simmel U.; Lehmann Ph.:*
Stationäre Suchthilfe Schweiz: Angebot und Finanzierung Suchthilfe. Gesamtschweizerische Erhebung bei Therapieeinrichtungen im Alkohol- und Drogenbereich für die Jahre 1995–1998. Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), EDMZ, Bern, 1998.

Occupation

Malgré la présence naturelle de lignes directrices quant au taux de l'occupation moyenne à obtenir, il s'agit d'un élément secondaire dans un système dont le déficit est couvert de toute façon. Mais dans un système visant à rémunérer les prestations en temps réel, le taux d'occupation prend une tout autre dimension. Il est bien sûr décisif que les tarifs permettent de couvrir les coûts mais, si son taux d'occupation est trop faible, il faudra qu'une institution prenne des mesures immédiates dans le nouveau système puisque la couverture de son déficit ne sera plus garantie.
En parallèle à son profil, à son tarif et à la qualité de ses prestations, l'institution FiSu/FiDé devra donc veiller à son taux d'occupation, qui aura désormais une influence considérable dans la conception et la structure de la thérapie résidentielle des dépendances.

Davantage de responsabilité économique

Cela signifie en revanche que les institutions doivent pouvoir se ménager des positions de repli; elles seront alors en mesure d'absorber les fluctuations d'occupation éventuelles et d'innover rapidement – en accord avec les autorités compétentes et les organismes pourvoyeurs. Ce n'est qu'ainsi qu'elles pourront rester «dans la course» du marché.

Modalités d'attribution

Les modalités d'attribution deviennent encore plus importantes qu'auparavant. L'institution ne dépend pas seulement de la rapidité et de la précision des renseignements et des réponses émanant des mandants; son profil de prestations une fois établi, il faut que les organismes pourvoyeurs le connaissent et qu'ils soient en mesure d'y faire coïncider les ressources de la clientèle.
Pour canaliser au mieux les flux de clientèle, il faudrait – avant que soit prise une décision quelconque de traitement – que soient consignés les paramètres pertinents des thérapies des dépendances.
Seules les autorités compétentes peuvent faire jouer ici leurs prérogatives, et veiller au respect des conditions franches et transparentes du marché.

En fin de compte, la réussite du nouveau système dépendra de l'évaluation objective des coûts, des liquidités et des impératifs de transparence.
Cela présuppose que tous les intéressés sont prêts à coopérer et à accepter des compromis, à faire preuve de loyauté et à refuser que les considérations financières priment les critères optionnels légitimes.

8.1. Objet essentiel du système FiDé

Uniformisation du trafic des paiements pour les prestations résidentielles fournies

- La rémunération des prestations – contrôlable et contrôlée – ne peut être judicieuse que si les divers transferts de fonds sont concentrés dans les institutions avant le paiement.
  De par la transparence des coûts ainsi obtenue entre le mandant et le prestataire, il devient possible d'analyser et de piloter l'imbrication des coûts et de la qualité.
- Les institutions résidentielles ne comptent que sur un seul et unique payeur, fût-il indirect à l'occasion. Cela soulage leur administration, libère des ressources pour leurs affaires essentielles et réduit par conséquent leurs coûts overhead.
- L'accès aux prestations effectivement nécessaires est mieux garanti pour les clients, ce qui correspond mieux au critère d'équité de traitement, du fait que les recettes par client/e pour un profil donné de prestations sont identiques dans toutes les institutions et que, en conséquence, l'acheminement des clients n'est pas influencé par des motifs mercantiles.

Création de stimulants économiques

L'allocation de ressources financières aux installations résidentielles est assortie de stimulants d'efficacité:

- Le FiDé paie des forfaits de travail qui, surtout en raison de leur étalement dans le temps, s'approchent déjà beaucoup du schéma de «capitation» (dans le sens de forfaits globaux de traitement fondé sur un diagnostic). Les institutions auront tout intérêt à éviter l'effet «portillon» et à respecter dans les diverses thérapies la durée prévue correspondant à leur concept, sous peine de pénalisation financière.
- Compte tenu du profil de l'institution et du paiement uniformisé – puisque lié au profil des prestations – la maximalisation des recettes perd tout son sens pour l'institution; la concurrence se situera toujours davantage dans les critères de qualité.
- L'extension quantitative (aussi bien le maintien excessivement prolongé en traitement que l'application abusive de thérapies spécialement onéreuses) devient inintéressante, et les institutions ont tout avantage à fournir un travail de qualité dans le cadre des durées prévues.

Pilotage par adéquation des coûts

Aux fins d'utilisation rationnelle et efficace de ses ressources, une entreprise quelconque se doit de choisir, parmi toutes les prestations qui lui sont proposées, celle qui a les meilleures chances de succès, c.-à-d. celle qui produira le mieux l'impact ou l'effet souhaité. Tout compte fait, il s'agit de savoir combien d'argent il faut investir pour obtenir le plus probablement le résultat souhaité.
Si le FiDé rend transparent l'aspect des coûts, il importe de connaître aussi l'aspect de l'efficacité: le système de management de la qualité QuaThéDA est tout indiqué pour mesurer cette efficacité et, à ce titre, c'est un des éléments indispensables pour mesurer un impact transinstitutionnel.

Acheminement amélioré vers le traitement approprié

Le FiDé est le premier système qui crée un lien transparent entre prestation et coût, ce qui permet d'optimiser les critères d'acheminement vers la forme de thérapie la plus adéquate.
A l'avenir, il faudra veiller toujours davantage à ce que – par le biais des divers segments des thérapies des dépendances – ce rapport prestation/coût reste comparable de la même manière.

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Le système proposé par FiDé va entraîner des changements importants. Il touche de nombreux stades de la thérapie de la dépendance et exige une adaptation ou une modification des déroulements et des habitudes dans beaucoup de domaines.
Dès que fut prise la décision de promouvoir le modèle FiDé, le Groupe de travail FiMo et les experts consultés ont fait valoir qu'un tel système ne pourrait produire les effets visés qu'en tant que système global et que pendant la transformation, différentes parties risquaient de provoquer des effets indésirables, voire contraires.

Dans la deuxième phase pilote surtout, les instruments conçus sur la base des fondements théoriques exposés ci-dessus (voir le chapitre 4) devront être testés du point de vue faisabilité et adaptés en cas de besoin.
On réalisa ainsi qu'on pouvait décrire avec des moyens relativement simples des différences dans la fourniture de prestations sous la notion de «thérapie résidentielle» et faire une distinction entre les institutions sur la base de leurs offres. Cela donnerait également une vue d'ensemble basée sur des critères uniformes qui pourrait être utile aussi bien aux cantons pour planifier la fourniture de services qu'aux institutions pour développer des concepts et se positionner sur le marché.

Parallèlement, les cantons pilotes étaient invités à prévoir ou à mettre en œuvre les mesures nécessaires à un changement de système prenant en compte les compétences indispensables aux institutions pour pouvoir jouer leur rôle d'instance dirigeante.

Les expériences faites devraient profiter aux cantons qui voudront ou devront attendre pour changer de système.

9.1 Les exigences posées aux cantons et aux institutions

L'autorité de planification et de contrôle des prestations fournies par les institutions dans un domaine est du ressort des cantons.
Un changement de système de cette ampleur exige aussi que les organes et les responsables cantonaux compétents révisent et, en cas de besoin, adaptent les bases administratives voire juridiques.

Les points suivants, qui devront être pris en compte lors de la négociation de nouvelles formes de collaboration entre canton et paysage institutionnel, ont été mis en évidence lors des phases pilotes:

9.1.1 Cantons

- Planification et évaluation des offres à l'aide d'instruments et de procédures appropriés.
  Le système FiDé met à disposition les instruments de planification nécessaires.
- Décision de prendre en compte les institutions qui proposent une thérapie de la dépendance par la signature de la Liste C CIIS/Institutions de thérapie résidentielle des dépendances.
  La CIIS garantit un accès intercantonal à l'institution qui convient le mieux à la clientèle avec une répartition équitable des coûts entre les cantons concernés et ceux qui ne disposent pas d'une offre spécifique.

- Octroi d'autorisations d'exploitation à des acteurs du domaine de la toxicodépendance. On y définira les règles du jeu que les prestataires de services devront respecter.
- Conclusion contrats de prestations avec les institutions. Les contrats de prestations augmentent la sécurité d'approvisionnement et de planification pour les cantons et les institutions.
- Règles pour les flux financiers. Ce sont aux cantons responsables de définir les flux financiers optimaux dans le cadre général du système. Les organes impliqués doivent être mandatés officiellement conformément aux usages cantonaux. La CIIS est à disposition pour le trafic des paiements intercantonal.
- Intégration d'éléments de controlling appropriés. On pourra recourir plus particulièrement aux outils de base mis à disposition par le système dans le domaine du reporting.
- Désignation d'une organisation de référence. Une organisation de référence centrale facilitera la mise au point d'un système intercantonal cohérent en matière de contenu et garantira une évaluation harmonisée des questions techniques.
- Direction de la gestion des crises dans le cadre des institutions.
  Il est conseillé de déléguer la gestion des crises au canton non seulement dans la phase délicate du changement de système mais éventuellement aussi d'une manière générale.

9.1.2 Niveau institutionnel

Au niveau des institutions, la priorité sera donnée à l'établissement d'un nombre limité de conditions-cadres:

- Intégration d'un système de management de la qualité (QMS). L'introduction d'un QMS si possible certifié répond à l'exigence du respect de critères généraux quantitatifs. Avec QuaThéDA, on dispose d'une certification spécialement conçue pour le domaine de la thérapie résidentielle des dépendances.
- Agrément OFAS
- Agrément de l'exécution des mesures et des peines.
- Evaluations indépendantes des institutions. La participation obligatoire à des évaluations externes est une condition indispensable pour évaluer la qualité des résultats. FOS ou le futur act-info permet de se reposer sur des systèmes existants.
- Obligation d'exploitation groupée ou en réseau.
  – Une condition-clé pour pouvoir diriger à l'avenir les flux de clients et de clientes de manière ciblée dans le domaine de la thérapie résidentielle des dépendances est de solliciter/mandater des centres d'admission, d'indication et de sélection qui respectent les usages locaux. En revanche, les fonctions spécialisées devront être remplies selon des critères et des règles uniformes.
  – Obligation de collaborer avec un centre de sélection. En contrepartie, les institutions sont tenues de collaborer de manière systématique avec le centre d'indication.
- Obligation de collaboration interinstitutionnelle. Les ressources disponibles pourront être exploitées pleinement en vue de garantir le succès du traitement grâce à l'utilisation optimale des offres et à une accessibilité simplifiée et assistée par des professionnels. On pourrait envisager la fourniture de prestations spécifiques (p.ex. des adaptations du concept en ce qui concerne le profil de l'institution, la spécialisation dans des offres particulières, etc.).
- «Normes en matière de services»
  Il existe déjà pour la plupart des points cités ci-après des règles fondées sur des ordonnances ou des lois que nous ne commenterons pas ici:
  – Protection des données (conditions relatives au transfert de données incluses)
  – Protection de la personnalité
  – Comptabilité analytique selon FiDé
  – Procédures de recours pour les client/es
  – Procédures de recours pour les collaborateur/rices
  – Réglementation de l'obligation d'arbitrage

9.2 «Institutions FiDé»

Pendant les deux expériences pilotes, la quasi totalité des institutions des cantons participant aux expériences pilotes ont été soumises à la procédure de définition du profil des prestations.

Plusieurs institutions ont été identifiées par le système en tant qu'institutions non substitutives du cadre de vie dans le sens défini par FiDé. Elles n'ont donc pas été prises en compte dans les tests grandeur nature de la phase pilote 2 puisqu'aucune saisie de prestations avec un recensement des coûts et une tarification correspondante n'avait encore été effectuée (p.ex. placements dans des familles, appartements protégés, habitat assisté, etc.) (dans la systématique FiDé ces offres sont classées comme complémentaires ou d'accompagnement du cadre de vie).
Etant donné l'importance de la définition du profil des prestations pour FiDé, les institutions des cantons non pilotes ont elles aussi été soumises par la suite à cette procédure.

Fin mai 2003, 109 institutions avaient été soumises sous une forme ou une autre à la procédure de définition du profil: les institutions substitutives du cadre de vie – la grosse majorité d'entre elles – ont été soumises à cette procédure de manière régulière et complète, certaines ont été identifiées par le système comme non substitutives du cadre de vie et un tout petit groupe , en majorité des institutions ayant un statut de clinique, a subi la procédure de définition du profil en partie sans y être obligées.

La fonctionnalité élevée et la stabilité technique du système ont à la fois surpris et convaincu, en dépit de sa nouveauté en matière technique et de contenus.

9.3 La définition du profil des institutions

Pour pouvoir adopter des institutions dans la systématique FiDé, il faut procéder selon un ordre précis. On commencera par définir le profil de prestations de l'institution:

Identification et description des prestations
A l'aide de questionnaires en ligne, les institutions proposant des thérapies dans le domaine des dépendances s'identifient a) comme une institution de thérapies résidentielles substitutive du cadre de vie, b) déclarent les champs d'intervention qu'elles exploitent et c) voient les prestations qu'elles fournissent dans les champs d'intervention déclarés classées par le système dans une structure à trois niveaux.

Définition des groupes cibles
Dans cette procédure, les institutions décrivent aussi les groupes cibles de leur clientèle.
Pour être considéré comme un groupe cible spécifique, le groupe en question doit être composé de 8 personnes au mininum et disposer d'un concept rédigé par écrit spécifique au Groupe cible en question.

Profil de l'institution
La combinaison des descriptions de prestations et de la définition des groupes cibles donne le «profil de l'institution». On dispose alors des informations de base nécessaires sur une institution.

Saisie des client/es
L'institution entre ensuite les données sur sa clientèle qui sont nécessaires pour la présentation des comptes.
Pour un changement de système, il est conseillé au canton de fixer une date de référence à partir de laquelle on saisira les entrées. Cette date est généralement fixée, si nécessaire à titre rétroactif, au début de l'année. Le faible nombre de variables à saisir et de fluctuations de client/es dans le domaine résidentiel permet d'effectuer une saisie rétroactive.

L'idéal serait que les cantons voisins d'une région d'approvisionnement définissent ensemble la date à partir de laquelle les client/es seront saisis. Ainsi dans la phase pilote 2, on a convenu que les insti-

tutions qui saisissent les client/es entrés depuis le 1.1.2002 continueraient à le faire selon des règles uniformes.

Recensement des coûts complets

Un recensement des coûts complets a été effectué dans les deux phases pilotes avec comme nouveauté de classer les coûts selon les catégories d'institution, les champs d'intervention exploités et leurs niveaux de prestations.

Cette répartition se fait tout d'abord d'un point de vue comptable puisqu'aucune institution ne dispose d'un classement des coûts compatible FiDé par champs d'intervention. Ici aussi, des normes uniformes ont été établies pour le calcul et la répartition des différents types de coûts par l'économiste spécialisé dans la santé, le Dr Willy Oggier, de Zurich, auquel il a été fait appel en qualité d'expert du projet.

Le recensement des coûts complets réunit tous les éléments nécessaires à l'étape suivante:

Prix forfaitaires pour les champs d'intervention

Le lien systématique établi par FiDé des trois éléments centraux - définition du profil de l'institution, saisie des client/es et recensement des coûts complets - avec l'affectation aux prestations fournies dans les champs d'intervention donne des suggestions conformes au système pour les prix forfaitaires. Ces forfaits couvriront à l'avenir tous les frais encourus.

Deux possibilités offertes aux cantons pour le recensement des coûts

Les cantons intéressés sont libres de faire procéder à des recensements des coûts complets de leurs institutions puisque les deux phases pilotes ont donné naissance à des propositions de tarifs.

Option 1: Effectuer (faire effectuer) un recensement des coûts complets.

Si un canton souhaite effectuer un recensement des coûts complets de ses institutions, celui-ci devra porter à des fins de comparaison sur l'exercice 2000 et les résultats devront être communiqués à la direction du projet FiDé. Cela permettra d'intégrer les chiffres obtenus dans le calcul des tarifs et de renforcer ultérieurement la base de calcul des propositions de tarifs.

FiDé met à la disposition des cantons et des institutions intéressés des fichiers Excel prêts à l'emploi.

Option 2: Démarrer avec les tarifs proposés sans procéder à un recensement des coûts complets.

Un canton peut aussi démarrer dans le système FiDé avec ses institutions sur la base des tarifs proposés. Le système comptable intégré est déjà opérationnel. Des adaptations pourront être faites (concernant les nouveaux profils, les tarifs, etc.) à l'aide des expériences concrètes et sur la base de client/es réels avec des thérapies effectives après une période qui reste à définir.

9.4 Les contrats de prestations

Un changement du système de financement nécessite un grand nombre d'adaptations en matière de contenu, de forme, d'organisation, voire de nature juridique, qui peuvent s'influencer mutuellement. Ainsi, les forfaits de champs d'intervention proposés dans FiDé ne pourront être introduits qu'après avoir été adaptés aux conditions-cadres: si l'on veut introduire une rétribution des prestations à l'aide de forfaits de champs d'intervention, il sera nécessaire de conclure des contrats de prestations qui reposent sur la planification des besoins pour la région d'approvisionnement concernée.

En plus des contenus standard habituels (comme la description des parties contractantes et des produits et services, la durée et les modalités de résiliation, les dispositions relatives au controlling et aux possibilités de vérification comptable, les conséquences de la non application ou d'une application insuffisante des règles définies, les conditions de paiement, etc.), les parties contractantes peuvent négocier bilatéralement des points techniques concernant le contenu soit – ce qui est nettement préférable du point de vue du FiDé – s'unir avec des institutions similaires dans le groupement régional sur des normes de prestation et de qualité contraignantes. Le contenu technique peut, par exemple, être soutenu par le certificat de qualité QuaThéDA créé grâce à une coopération entre la Confédération, les cantons et les institutions ou bien on peut utiliser comme critères communs les différentes lignes conductrices mises au point dans le cadre de la CIIS.

Les exemples suivants, qui ont été mis à disposition durant la phase pilote par la Direction de la santé et de la prévoyance sociale du canton de Berne et l'OFAS/Département AI, entendent servir d'aide pour la mise sur pied contrats de prestations.

9.4.1 Exemple 1 (a): Contrat entre un canton et une institution (contrat-cadre)

Modèle

Contrat de prestations
Contrat-cadre à partir de 2003

entre le

Canton de Berne, représenté par la Direction de la santé et de la prévoyance sociale du canton de Berne (GEF), Rathausgasse 1, 3011 Berne

en qualité de mandant et

<Nom>

en qualité de prestataire de services quant aux

Thérapies résidentielles de la dépendance

Préambule
Le présent contrat-cadre entend, d'une part, assurer le contrôle par le canton d'une offre conforme aux besoins prévue par la loi sur l'action sociale (Sozialhilfegesetz SHG) et, d'autre part, établir les bases en vue de l'introduction éventuelle du nouveau modèle de financement pour les thérapies des dépendances (FiDé).

1 Objet du contrat

Le présent contrat règle les principes de la collaboration entre les parties contractantes. Les dispositions de détail relatives à cette collaboration seront renégociées chaque année sur la base du présent contrat-cadre et consignées dans un contrat annuel séparé.
L'autorisation d'exercer du <date> du prestataire de services conformément à l'Ordonnance sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (OFoy) du 18 septembre 1996 sert de préalable au contrat. En cas d'expiration ou de résiliation de l'autorisation d'exercer, le présent contrat-cadre ainsi que le contrat annuel correspondant seront considérés frappés de nullité conformément à l'Art. 20 du Code des obligations (CO).
Les tâches de la GEF en tant qu'autorité d'autorisation et de surveillance découlent d'une réglementation contractuelle et ne sont donc pas couvertes par le présent contrat.

2 Fondements juridiques

- Loi sur l'action sociale publique du 11 juin 2001.
- Ordonnance sur l'action sociale publique du 24 octobre 2001.
- Loi sur la contribution de l'Etat du 16 septembre 1992.
- Ordonnance sur la contribution de l'Etat du 23 mars 1994.

3 Composantes du contrat

- Profil de l'institution conformément à FiDé (Annexe 1).
- Certificat de qualité d'un organe de certification accrédité (Annexe 2).

Ces fondements font partie intégrante du présent contrat. Toute modification des fondements juridiques susmentionnés doit être stipulée dans le contrat annuel.

4 Prestations convenues et prévues

Les prestations convenues comprennent une thérapie résidentielle de la dépendance conformément au profil d'institution FiDé. Les prestations prévues sont définies dans le contrat annuel.

5 Rétribution des prestations

La rétribution des prestations est définie dans le contrat annuel.

6 Effets et buts

Les effets et buts concrétisent les points-clés et les objectifs des prestations convenues. Ils seront mis sur pied courant 2003 en collaboration avec le prestataire de services en conformité avec le FiDé et les données collectées par l'Institut für Suchtforschung (ISF).

7 Assurance-qualité

L'assurance-qualité est un élément-clé du contrôle de gestion. Le prestataire de services doit s'être soumis à une certification QuaThéDA (QuaThéDA ou Qualité Thérapie Drogues Alcool est un système

de développement de la qualité de la VCRD). Le certificat doit être confirmé par un audit de renouvellement effectué par un organisme de certification agréé selon la périodicité prévue.

8 Reporting

Pour contrôler les offres, la GEF a besoin de données pour la mise au point de bases décisionnelles et de planification. Le reporting comprend en outre les documents à remettre pour la clôture annuelle des comptes. Les données nécessaires à cet effet du prestataire de services sont définies dans le contrat annuel.

9 Evaluation

La GEF peut entreprendre des évaluations plus poussées que le reporting défini dans le contrat annuel. Elle doit pour ce faire se voir accorder sur demande écrite et en respectant les dispositions relatives à la protection des données et de la personnalité l'accès aux documents nécessaires. Elle peut également en charger des tiers. Les frais des évaluations exceptionnelles sont à la charge de la GEF. Le prestataire de services s'engage par ailleurs à participer à toute collecte de données de la GEF ou de son tiers mandaté (en particulier l'ISF).

10 Protection des employés ainsi que places de formation et de stage

Le prestataire de services applique à ses employé/es les dispositions de protection du travail et les conditions de travail sur le lieu de la prestation. Il garantit l'égalité de traitement des femmes et des hommes en matière de salaires. Les conditions de travail sont régies par les conventions collectives de travail et les contrats-types de travail. A défaut s'appliquent les conditions de travail locales et professionnelles en vigueur.
Le prestataire de services s'engage à former des écoliers et écolières aux métiers de pédagogie sociale et autres ainsi que des apprentis. Le volume de cette prestation de formation sera axé sur les conditions-cadres du prestataire de services qui sont revues et approuvées dans les contrats annuels.

11 Durée du contrat

Le présent contrat prend effet le 1er janvier 2003 et a une durée de validité de 4 ans. Pour proroger ou renouveler le contrat-cadre, le prestataire de services prendra contact avec la GEF au plus tard le 30 juin de l'année durant laquelle expire le contrat.

12 Résiliation

Le contrat-cadre peut être résilié en tout temps avec un délai de préavis de 6 mois pour la fin d'une année civile.
Si les parties contractantes n'arrivent pas à s'entendre sur un nouveau contrat annuel, le contrat annuel précédent pourra être prorogé de 6 mois au maximum jusqu'au 30 juin de l'année suivante. Dans ce cas, le présent contrat-cadre sera lui aussi résilié à l'expiration de ce contrat annuel prorogé.

13 Litiges

Les parties contractantes s'engagent à commencer par essayer de régler leurs litiges à l'amiable. En cas d'échec, les litiges découlant du présent contrat seront jugés sur déposition d'une plainte par le tribunal administratif du canton de Berne (Art. 87 let. b Loi sur la juridiction administrative).

Berne, le *<Date>*

Le directeur de la santé et de la prévoyance sociale *<Prestataire de service>*

Samuel Bhend *<Signature>*
conseiller d'Etat

Annexes:
1. Profil de l'institution conformément au modèle FiDé
2. Certificat de qualité d'un organisme de certification accrédité

9.4.2 Exemple 1 (b): Contrat entre un canton et une institution (contrat annuel)

Institution

Contrat de prestations
Contrat annuel à partir de 2003

entre le

Canton de Berne, représenté par la Direction de la santé et de la prévoyance sociale du canton de Berne (GEF), Rathausgasse 1, 3011 Berne

en qualité de mandant et de

<Nom de l'institution>

en qualité de prestataire de services pour

<champ d'activité>

1 Objet et but

Le présent contrat annuel concrétise les conditions du contrat-cadre du <Date> entre <Prestataire de services> et le canton de Berne, représenté par la Direction de la santé et de la prévoyance sociale du canton de Berne.

2 Fondements

- Budget 2003 pour la thérapie résidentielle des dépendances (proposition suit).
- Profil de l'institution conformément au FiDé (seulement en cas de changements).

3 Prestations convenues

Les prestations convenues sont indiquées dans le contrat-cadre du <DATE> au ch. 4 et dans le/s profil/s de l'institution FiDé.

Capacité:

Nombre de places de traitement conformément au profil de l'institution FiDé	
Nombre maximal de jours de traitement possible (nombre de places de traitement conformément au profil de l'institution FiDé x 365 jours)	

Prestations prévues conformément au budget du prestataire de services:

Nombre prévu de jours de traitement conformément au budget pour des client/es en placement volontaire domiciliés dans le canton de Berne (Bernois/es).	
Nombre prévu de jours de traitement conformément au budget pour des Bernois/es en placement imposé?	
Nombre prévu de jours de traitement pour des Bernois/es autres (p.ex. des enfants).	
Nombre prévu de jours de traitement pour des client/es en placement volontaire domiciliés en dehors du canton de Berne (personnes domiciliées hors canton).	
Nombre prévu de jours de traitement conformément au budget pour des client/es en placement imposé domiciliés hors canton.	
Nombre prévu de jours de traitement pour extra-cantonaux autres (p.ex. des enfants).	
Total Jours de traitement	

4 Rémunération des prestations

4.1 Réserve en matière de financement
Les réductions du budget de l'Etat et leur approbation définitive par le Grand Conseil demeurent réservées (compétence budgétaire du Grand Conseil). La GEF informera le prestataire de services de l'adoption par le Grand Conseil du budget de l'Etat.

4.2 Rémunération
Pour les clients volontaires domiciliés dans le canton de Berne, la rémunération des prestations se calcule sur la base des jours de traitement effectif multipliés par le taux journalier convenu dans le contrat annuel, moins la contribution communale aux frais de nourriture de ces personnes. Le prestataire de services versera après le décompte final de l'OFAS la totalité des jours d'AI reconnus par lui pour les Bernois/es en placement volontaire à la GEF (subvention d'exploitation AI/OFAS divisée par le total des jours AI x jours AI des Bernois/es en placement volontaire).

Le taux de rémunération par jour de traitement pour des client/es en placement volontaire domiciliés dans le canton de Berne est convenu sur la base du profil de l'institution FiDé et du budget. Le taux de rémunération par jour de traitement constitue une limite supérieure de coût. Le taux de rémunération suivant est convenu par jour de traitement pour des client/es domiciliés dans le canton de Berne:
Fr. *<Montants>*

4.3 Paiements de la GEF
Le prestataire de services envoie chaque mois à la GEF une facture pour les paiements à effectuer:
Les jours de traitement effectifs de Bernois/es en placement volontaire x le taux de rémunération convenu moins la compensation des frais de nourriture pour les Bernois/es (subvention communale uniquement) = Paiement mensuel de la GEF. En règle générale, la GEF règle la facture dans les 60 jours qui suivent sa réception.
Les paiements de la GEF sont débités du compte de l'Etat N° 4400 3650-77151 «Beiträge an private bernische Fürsorgeinstitutionen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs» (subventions aux institutions de prévoyance sociale privées bernoises pour la lutte contre la toxicodépendance).

4.4 Décompte final
Le prestataire de services verse à la GEF conformément au décompte final de l'OFAS les jours AI reconnus par celui-ci pour les Bernois/es en placement volontaire (subvention d'exploitation AI/OFAS divisée par le total des jours AI x les jours AI des Bernois/es en placement volontaire = solde en faveur de la GEF). Le prestataire de services effectue le virement à la GEF du paiement de l'OFAS conformément au calcul indiqué ci-dessus pour les Bernois/es en placement volontaire dans les 30 jours qui suivent sa réception.

4.5 Excédent ou insuffisance de couverture, constitution d'une réserve
Si le prestataire de services réussi à rester en-deça des coûts fixés tout en respectant les exigences de qualité (voir ch. 7 Contrat-cadre), il y aura excès de couverture. Cette couverture excédentaire doit être utilisée à des fins d'exploitation (p.ex. investissements futurs, besoins de liquidités, etc.) et ne pourra pas être versé à l'organisme responsable. En cas de dépassement des coûts et donc de couverture insuffisante, celle-ci devra être couverte entièrement par des excédents de couverture des exercices antérieurs ou par des fonds propres. Tout excédent ou insuffisance de couverture devra être indiqué séparément et de manière transparente dans le bilan.

4.6 Autres dispositions relatives à la rémunération
Conformément au chiffre 3, la GEF prend à sa charge les différences allant jusqu'à 5% du volume de prestations ou des jours de traitement prévus pour des Bernois/es en placement volontaire. Toute différence supérieure à 5% devra être approuvée préalablement par la GEF. Les coûts pour des personnes encadrées domiciliées en dehors du canton de Berne (personnes domiciliées hors canton) ne seront pas pris en charge par la GEF. Le prestataire de services est tenu d'obtenir l'accord du canton concerné pour ces coûts. La GEF ne prend pas de forfaits d'entrée à sa charge pour les procédures d'admission. Elle n'assume pas non plus les dépenses d'autres exploitations ni les manques à gagner (p. ex. frais de nourriture non revendiqués pour les Bernois/es) ou les subventions d'exploitation non épuisées ou non sollicitées (p.ex. la subvention d'exploitation AI/OFAS).

5 Buts des prestations

Les buts des prestations sont définis en 2003 en collaboration avec les institutions et conformément aux recommandations FiDé et aux données collectées par l'Institut für Suchtforschung (ISF).

6 Documents à soumettre et reporting

Le prestataire de services est tenu de fournir les données suivantes à la GEF:
6.1 Tous les mois

- Facture conformément au ch. 4.3 (avec l'indication du nombre de jours de soin pour les Bernois/es en placement volontaire, Bernois/es en placement imposé, autres Bernois/es, personnes domiciliées hors du canton en placement volontaire, personnes domiciliées hors du canton en placement imposé et autres personnes domiciliées hors du canton).
  Toutes les indications concernant des personnes doivent être anonymes.

6.2 Tous les trimestres

- Nombre d'interruptions de traitement (client/es sortant avant le terme de la période de traitement prévue conformément au profil FiDé) avec une brève explication du motif de l'interruption (rechute, exclusion suite à une contravention au règlement intérieur, etc.).
- Nombre de transferts dans d'autres institutions (avec justification des motifs).
- Nombre de sorties normales.
- Durée d'attente entre l'inscription et l'entrée.
- Clôture des comptes intermédiaire au 30 juin 2003 (bilan et compte de résultat en rapport avec les thérapies de la dépendance, subdivisés selon le plan comptable général «HVS Heimverband Schweiz»).

Toutes les indications concernant des personnes doivent être anonymes.

6.3 Documents de clôture des comptes

Avant le 15 mars de l'année suivante

- Comptes annuels (bilan et compte de résultat en rapport avec les thérapies de la dépendance, subdivisés selon le plan comptable général «HVS Heimverband Schweiz»).
- Déclaration relative au bilan (bilan exact et complet).

En l'absence de comptes annuels et de déclaration relative au bilan au 15 mars, des comptes provisoires devront être soumis avant cette date. Les comptes annuels définitifs et la déclaration relative au bilan seront envoyés dès qu'ils seront disponibles.

Avant le 30 juin de l'année suivante

- Rapport (sans annexes) de l'organe de révision statutaire (rapport des réviseurs).
- Comptes annuels approuvés par l'organe compétent désigné dans les statuts.
- Rapport annuel.
- Copie de la demande de subvention d'exploitation AI/OFAS.

Dès son obtention

- Décision de subvention d'exploitation AI/OFAS pour 2003.

Le prestataire de services s'engage à accorder en tout temps à la GEF un droit de regard sur sa comptabilité (y compris compte des frais de nourriture).

7 Durée du contrat

Le présent contrat de prestation est valable pour 2003. Si les parties contractantes n'arrive pas à s'entendre sur un nouveau contrat annuel, le présent contrat annuel pourra être prorogé d'une durée maximale de 6 mois (voir ch. 13 Contrat-cadre).

8 Litiges

Les parties contractantes s'engagent à commencer par essayer de régler leurs litiges à l'amiable. En cas d'échec, les litiges découlant du présent contrat seront jugés sur demande par le tribunal administratif du canton de Berne (Art. 87 let. b Loi sur la juridiction administrative).

Berne, le *<Date>*

Le Directeur de la santé et de la prévoyance sociale	*<Prestataire de services>*
Samuel Bhend conseiller d'Etat	*<Signature>*

Annexes:
1. Budget 2003
Uniquement en cas de changements: Profil de l'institution selon les recommandations FiDé

9.4.3 Exemple 2(a): Contrat entre l'OFAS/AI et un canton

Contrat

entre

<le canton de>
(dénommé ci-après «canton»)

et

l'Office fédéral des assurances sociales, Domaine AI
(dénommé ci-après «OFAS»)

pour les années 2003 à 2005

1 Généralités

1.1 Objet et but du contrat
Le présent contrat régit, conformément à l'art. 107bis, al. 2, let. c, RAI[1], le trafic des paiements entre le canton et l'OFAS concernant les subventions de l'assurance-invalidité (AI) pour l'exploitation, au sens de l'art. 73 LAI[2], au profit des institutions mentionnées au ch. 1.2.

1.2 Champ d'application
Le contrat concerne les institutions suivantes:

support juridique n°	institution n°	Nom	localité

1.3 Conditions de validité du contrat
Le contrat est valable uniquement si les conditions ci-dessous sont satisfaites:

a. tous les supports juridiques des institutions énumérées au ch. 1.2 ont passé avec l'OFAS un contrat de prestations au sens de l'art. 107bis RAI;
b. le canton a admis toutes les institutions énumérées au ch. 1.2 dans la planification cantonale des besoins approuvée par l'OFAS pour les ateliers et les homes/centres de jour;
c. le canton a conclu avec toutes les institutions énumérées au ch. 1.2 des contrats de prestations écrits comportant les éléments suivants:
   1 une convention sur les tarifs facturés au canton par les institutions pour les personnes encadrées, tarifs comprenant les subventions éventuelles de l'AI (voir ch. 2);
   2 un accord sur le trafic des paiements entre le canton et les institutions;
   3 l'engagement du canton à payer les tarifs qui lui sont facturés par les institutions, indépendamment de l'attestation par l'OFAS de leur droit à des subventions de l'AI.

Les contrats de prestations selon l'al. 1, let. c, doivent être conclus avant l'entrée en vigueur du présent contrat de prestations et communiqués à l'OFAS. Ils peuvent régler également des domaines qui ne sont pas énumérés à l'al. 1, let. c.

[1] *Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)*
[2] *Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)*

2 Contribution de l'AI aux forfaits convenus avec les institutions

La cotisation de l'AI s'élève, pour le profil d'institution correspondant, à 30% des tarifs recommandés par le DFI pour le financement des thérapies résidentielles de la dépendance[3] (recommandation FiDé). Pour les institutions soumises au présent contrat, la subvention de l'AI par personne prise en charge est la suivante (en francs):

Institution	Places dans la planification des besoins 2001–2003*	Forfait selon les recommandations du DFI	Subvention de l'AI

En cas de départ prématuré d'une personne encadrée, le forfait est diminué en proportion, conformément aux conditions-cadre des recommandations FiDé.
Aucune subvention de l'AI n'est versée pour les personnes dont l'invalidité n'est pas attestée par un office AI.
Si le forfait est modifié en raison de nouvelles recommandations FiDé pendant la durée du contrat, ce dernier est adapté et la participation de l'AI recalculée.
Le forfait se base sur l'indice suisse des prix à la consommation (ISPC) de 101,3 points (état moyenne annuelle 2001 sur la base de mai 2000 = 100). L'évolution de la moyenne annuelle de l'indice est prise en compte pour le calcul définitif de la subvention.[4]

3 Trafic des paiements

3.1 Personnes encadrées domiciliées dans le canton

- Pour toutes les personnes encadrées qui sont domiciliées dans le canton, ce dernier transmet à chaque institution le forfait convenu, y compris la subvention de l'AI, selon les conditions de paiement définies dans les contrats qu'il a passés avec les institutions (tranches, échéance, etc.).
- Le canton réclame à l'OFAS la subvention de l'AI pour toutes les personnes encadrées dont l'invalidité a été attestée par l'office AI compétent. Il ne demande pas d'intérêts pour l'avance des subventions de l'AI aux institutions.
- Le canton indique le montant de la subvention AI à chaque institution. Il veille à ce que l'institution fasse figurer ce montant dans ses comptes annuels.
- Le canton peut réclamer à d'autres agents payeurs les sommes qu'il a versées si les conditions du droit fédéral ou du droit cantonal qui le permettent sont remplies; dans ce cas, il règle le mode de paiement avec eux.

3.2 Personnes encadrées domiciliées dans un autre canton (personnes domiciliées hors canton)

- Si, pour les personnes encadrées domiciliées dans un autre canton (personnes domiciliées hors canton), le canton de domicile s'engage envers une institution à verser le forfait total à titre d'avance, y compris la subvention de l'AI, et qu'il ne demande pas d'intérêts pour cette avance, le canton procède au décompte avec l'OFAS à l'intention du canton de domicile.
- Le canton réclame à l'OFAS la contribution de l'AI au forfait pour les personnes encadrées invalides domiciliées hors canton. Cette demande est établie en même temps que celle concernant les habitants du canton.
- L'OFAS rembourse au canton les subventions avancées pour toutes les personnes encadrées qui sont domiciliées hors canton et dont l'invalidité a été attestée par l'office AI compétent (décision de l'office AI). Le canton transmet cette subvention au canton de domicile. Les deux cantons conviennent du détail du trafic des paiements.
- Le canton indique à chaque institution le montant de la subvention AI pour les personnes encadrées domiciliées hors canton. Il veille à ce que l'institution fasse figurer ce montant dans ses comptes annuels.

[3] *In der Fussnote die offizielle Bezeichnung dieser Empfehlung mit Datum angeben.*
* *Pour le nombre de places en 2004 et 2005 est déterminante la planification des besoins approuvée de la 3e période de planification 2004-2006.*
[4] *A condition que le DFI approuve une clause de renchérissement.*

- Le canton de domicile peut réclamer à d'autres agents payeurs les sommes qu'il a versées si les conditions du droit fédéral ou du droit cantonal qui le permettent sont remplies; dans ce cas, il règle le mode de paiement avec eux.

4 Facturation

La facturation du canton à l'intention de l'OFAS se fait deux fois par an, fin juin et fin décembre. En même temps que la facture, le canton doit fournir à l'OFAS, sur le formulaire prévu à cet effet par l'office, les indications suivantes:
- numéro de support juridique, numéro d'institution, nom et adresse de l'institution;
- nom et numéro AVS de toutes les personnes encadrées par l'institution (pour les personnes invalides, avec indication de la date de la décision positive de l'office AI et nom dudit office AI);
- tranches payées par le canton ou le canton de domicile, durant les six mois concernés, pour chaque personne encadrée ayant droit à des prestations de l'AI;
- dates d'arrivée et de départ des personnes encadrées, ainsi que nombre de journées de séjour et canton de domicile de ces personnes.

Dans la facturation, le canton fait la distinction entre les subventions de l'AI pour la période de paiement en cours et les subventions de l'AI réclamées rétroactivement, en raison d'une décision de l'AI, pour une période de paiement antérieure.
L'OFAS examine l'exactitude des indications et émet l'ordre de paiement au plus tard dans les 45 jours suivant la réception de la facture. L'examen des subventions de l'AI et leur calcul définitif fondé sur les données du rapport (voir ch. 5 et 6) demeurent réservés pour ces paiements.

5 Données du rapport

Le canton fournit chaque année à l'OFAS, avant le 30 juin de l'année suivant l'année de subventionnement et pour chaque institution, les indications suivantes:
- nombre de places durant l'exercice (réparties entre les rubriques suivantes: résidence avec occupation intégrée, résidence sans occupation, centre de jour, places pour non-invalides),
- nombre de jours d'ouverture,
- compte d'exploitation avec bilan et rapport de révision,
- rapport annuel,
- certificat OFAS/AI 2000 valable (s'il n'est pas déjà en possession de l'OFAS),
- indications concernant le personnel (postes en pourcentage du personnel d'encadrement, nombre de journées d'encadrement, formation du personnel d'encadrement).

6 Calcul définitif

Après réception des données du rapport, l'OFAS examine l'exactitude de son calcul de subvention et procède si nécessaire aux corrections correspondantes. Il verse en même temps une éventuelle allocation de renchérissement.

7 Modifications et adaptations du concept

Les modifications ci-dessous ne peuvent être apportées qu'après avoir été approuvées par le canton et par l'OFAS:
- modification des bases du support juridique (par exemple adaptation des statuts, séparation ou fusion de supports juridiques);
- changement dans les jours d'ouverture;
- modification des locaux, dans la mesure où elle a une incidence sur les subventions de l'AI pour la construction et les agencements;
- changements touchant les personnes encadrées ou l'offre de prestations, dans la mesure où elles débouchent sur un nouveau profil.

Les modifications concernant l'offre de places doivent être signalées à l'OFAS par l'intermédiaire du canton conformément à la circulaire sur la planification des besoins pour les ateliers et les homes / centres de jour valable dès le 1er janvier 2003. Elles ne peuvent être appliquées qu'après approbation de l'OFAS. Aucune modification du contrat n'est possible en dehors de celles approuvées par l'OFAS et mentionnées plus haut.

8 Voies de droit

Si les parties sont en désaccord sur l'interprétation de ce contrat ou bien sur le droit aux subventions de l'AI ou sur leur montant, l'OFAS rend sur la question litigieuse une décision sujette à recours.
Toute décision concernant le versement de subventions de l'AI doit être communiquée à l'institution et au canton qui a avancé lesdites subventions.

9 Durée du contrat et résolution prématurée

Le contrat entre en vigueur le 1er janvier 2003 et prend fin le 31 décembre 2005.
Il prend fin prématurément si l'une des conditions à sa validité énumérées au ch. 1.3 n'est plus satisfaite.

Feuille de signatures

Berne, le

Office fédéral des assurances sociales
Domaine d'activité Assurance-invalidité
Secteur ateliers, foyers et organisations

Dr. Dorothea Zeltner, cheffe de secteur *(prénom, nom)*

, le

(canton)

(prénom, nom, fonction) *(prénom, nom, fonction)*

9.4.4 Exemple 2(b): Contrat entre l'OFAS/AI et une institution

Contrat de prestations

entre

<nom du support juridique>
(dénommé ci-après «support juridique»)

et

l'Office fédéral des assurances sociales, Domaine AI
(dénommé ci-après «OFAS»)

pour les années 2003 à 2005

1 Généralités

1.1 Objet et but du contrat de prestations

Le présent contrat est un contrat de prestations au sens de l'art. 107bis RAI[5]. Il règle les conditions qui régissent le versement des subventions de l'assurance-invalidité (AI) pour l'exploitation au sens de l'art. 73 LAI[6] et de l'art. 106, al. 3bis, RAI, ainsi que le montant de ces subventions aux institutions mentionnées au ch. 1.2.

Les subventions pour la construction et les agencements ne font pas l'objet de ce contrat.

1.2 Champ d'application

Le contrat s'applique aux institutions du support juridique (support juridique n°)
du canton XY énumérées ci-dessous:
(numéro d'institution)
(numéro d'institution)
(numéro d'institution)

Le contrat s'applique également aux institutions du support juridique (support juridique n°)
d'autres cantons énumérées ci-dessous. Le canton XY prend aussi à sa charge les obligations citées au ch. 1.3 pour ces institutions.[7]
(numéro d'institution) dans le canton
(numéro d'institution) dans le canton

1.3 Conditions de validité du contrat

Selon le présent contrat, un droit à des subventions de l'AI existe seulement si les conditions ci-dessous sont satisfaites:

a. les subventions selon l'art. 73 LAI sont versées à toutes les institutions qui encadrent des invalides dans le domaine de la dépendance selon la planification des besoins du canton XY du...., conformément à un contrat de prestations avec l'OFAS au sens de l'art. 107bis;
b. le canton XY s'engage envers l'OFAS, au sens de l'art. 107bis, al. 2, RAI, à verser aux institutions les subventions de l'AI prévues, à titre d'avance, conformément au présent contrat de prestations et étend cet engagement à toutes les autres institutions du canton XY qui encadrent des invalides dans le domaine de la dépendance selon la planification des besoins établie par ledit canton le.....;
c. le canton XY a conclu avec toutes les institutions énumérées à la let. b des contrats de prestations écrits comportant les éléments suivants:
   – une convention sur les tarifs facturés au canton par les institutions pour les personnes encadrées, tarifs comprenant les subventions éventuelles de l'AI (voir ch. 3.1, al. 1 et 2);
   – un accord sur le trafic des paiements entre le canton et les institutions;
   – l'engagement du canton à payer les tarifs qui lui sont facturés par les institutions, indépendamment de l'attestation par l'OFAS de leur droit à des subventions de l'AI.

Les contrats de prestations selon l'al. 1, let. c, doivent être conclus avant l'entrée en vigueur du présent contrat de prestations et communiqués à l'OFAS. Ils peuvent régler également des domaines qui ne sont pas énumérés à l'al. 1, let. c.

1.4 Bases du support juridique

Pour le support juridique et les institutions qu'il exploite (énumérées au ch. 1.2), sont déterminants les documents suivants, joints en annexe au présent contrat:

- statuts du /acte de fondation du (si le support juridique est de droit privé) ou base légale/décision du Conseil d'Etat (si le support juridique est de droit public).
- lignes directrices du .
- concept(s) d'exploitation et d'encadrement du .
- profil de l'institution selon FiDé du .
- certificat OFAS/AI 2000; le nouveau certificat est fourni à l'OFAS dans les délais impartis.

[5] *Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RS 831.201).*
[6] *Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)*
[7] *Cet alinéa concerne les rares cas où un support juridique exploite des institutions dans plusieurs cantons et où, par mesure de rationalisation, il ne doit être procédé au décompte que par un seul d'entre eux.*

1.5 Preuve du besoin
Dans la planification des besoins (2e période de planification 2001-2003) du canton pour les années 2001 et 2003 approuvée par l'OFAS, l'offre de places prévue est la suivante:

Institution	nombre de places 2001	nombre de places 2003

Pour le nombre de places en 2004 et 2005 est déterminante la planification des besoins approuvée de la 3e période de planification 2004-2006. L'institution communiquera les chiffres correspondants à l'OFAS, par l'intermédiaire du canton, d'ici fin mai 2004.

Groupes cibles
Les groupes cibles sont déterminés par le concept d'exploitation et d'encadrement.

2 Prestations du support juridique

2.1 Données quantitatives
Les institutions peuvent offrir le nombre de places suivant (indiquer les chiffres séparément pour chaque institution; si ces chiffres changent pendant la durée du contrat, les indiquer séparément pour chaque année):

Données de référence 2003–2005

■ nombre de places selon la planification cantonale des besoins approuvée par l'OFAS	
dont	
– nombre de places avec occupation intégrée	
– nombre de places de home	
– nombre de places d'occupation pour externes	
■ nombre de places réservées à des personnes encadrées non invalides	
■ nombre total de places	
■ nombre de jours d'ouverture	
■ rapport d'encadrement	

On calcule la quantité maximale de prestations pouvant être facturées à l'AI, mesurée en journées de séjour, en multipliant le nombre de places indiqué dans la planification des besoins par le nombre de jours d'ouverture. Ce chiffre ne doit pas être dépassé en moyenne annuelle.

On calcule le rapport d'encadrement en divisant le nombre total des journées de séjour effectives des personnes encadrées par le nombre de journées d'encadrement effectuées par le personnel. On détermine le nombre de journées d'encadrement effectuées par le personnel en multipliant par 220 jours le nombre de postes directement affectés à l'encadrement et à l'occupation des handicapés (les travaux ménagers, la direction et l'administration, la cuisine, entre autres, ne sont pas considérés comme des postes d'encadrement). Si des personnes ne s'occupent que partiellement d'encadrement, la part d'encadrement correspondant à leur poste doit être prise en compte conformément au cahier des charges ou au descriptif de poste.

2.2 Données qualitatives et fixation d'objectifs
La fourniture de prestations et les objectifs se conforment aux directives publiées par le Département fédéral de l'intérieur sur les conditions cadres dans les institutions pour personnes dépendantes et aux

recommandations sur les tarifs destinés au financement des thérapies résidentielles de la dépendance (recommandations FiDé).

2.3 Garantie de la qualité
Une garantie systématique de la qualité selon les critères OFAS/AI 2000 est introduite et respectée dans tous les domaines; elle est examinée chaque année et certifiée tous les trois ans par un service reconnu par le Service d'accréditation suisse (SAS).

3 Subvention de l'AI

3.1 Montant de la subvention
Le montant forfaitaire décidé par le canton pour la fourniture de prestations selon le profil de l'institution est de francs par personne prise en charge. Il tient compte des recommandations FiDé. En cas de départ prématuré d'une personne encadrée, le forfait est diminué en proportion, conformément aux conditions cadres des recommandations FiDé.

La participation de l'AI au forfait est, pour chaque personne invalide (décision de l'office AI), de francs. En cas de départ prématuré de la personne prise en charge, la participation de l'AI est diminuée dans la même proportion que le forfait

Aucune subvention de l'AI n'est versée pour les personnes dont l'invalidité n'est pas attestée par un office AI.

Si le forfait est modifié en raison de nouvelles recommandations FiDé pendant la durée du contrat, ce dernier est adapté et la participation de l'AI recalculée.

Le forfait se base sur l'indice suisse des prix à la consommation (ISPC) de 101,3 points (état moyenne annuelle 2001 sur la base de mai 2000 = 100). L'évolution de la moyenne annuelle de l'indice est prise en compte pour le calcul définitif de la subvention.[9]

3.2 Versement des subventions
Les institutions énumérées au ch. 1.2 ont droit aux subventions de l'AI selon ch. 3.1. Le support juridique accepte que l'OFAS calcule avec le canton XY les subventions de l'AI pour toutes les personnes invalides encadrées par les institutions et les verse audit canton.

Les institutions perçoivent pour les personnes qu'elles encadrent les sommes forfaitaires définies dans les conventions tarifaires avec les cantons de domicile. Ces forfaits comprennent les subventions de l'AI. Les cantons de domicile conviennent du trafic des paiements avec les institutions. L'OFAS n'est pas responsable des éventuels désaccords pouvant résulter dudit trafic.

Pour les personnes invalides encadrées par les institutions et domiciliées dans un autre canton, le canton XY transmet les subventions de l'AI au canton de domicile de ces personnes.

Les institutions présentent les subventions de l'AI en même temps que leurs comptes annuels.

Les institutions s'engagent à fournir au canton XY tous les six mois, c'est-à-dire fin février et fin août, les indications qui lui sont nécessaires pour la facturation à l'OFAS, à savoir:
- numéro de support juridique, numéro d'institution, nom et adresse de l'institution;
- nom et numéro AVS de toutes les personnes encadrées par l'institution (pour les personnes invalides, avec indication de la date de la décision positive de l'office AI et nom dudit office AI);
- tranches payées par le canton ou le canton de domicile, durant les six mois concernés, pour chaque personne encadrée ayant droit à des prestations de l'AI;
- dates d'arrivée et de départ des personnes encadrées, ainsi que nombre de journées de séjour et canton de domicile de ces personnes.

[9] *Sous réserve que le DFI approuve une clause de renchérissement.*

Si l'institution a pris connaissance d'une décision d'un office AI selon laquelle des personnes qu'elle encadre ont été reconnues invalides avec effet rétroactif, elle communique au canton XY les indications énumérées à l'al. 5, y compris pour les périodes de décompte antérieures. Ces indications doivent être séparées de celles concernant la période de décompte en cours.

L'OFAS examine le droit aux subventions de l'AI en se basant sur les indications du canton et sur celles contenues dans le contrat passé avec ce dernier.

4 Données du rapport

Les institutions présentent au canton, à l'attention de l'OFAS, les données ci-dessous pour les années 2003, 2004 ou 2005, au plus tard à la fin février 2004, 2005 ou 2006:

- nombre de places durant l'exercice (réparties entre les rubriques suivantes: résidence avec occupation intégrée, résidence sans occupation, centre de jour, places pour non-invalides),
- nombre de jours d'ouverture,
- compte d'exploitation avec bilan et rapport de révision,
- rapport annuel,
- certificat OFAS/AI 2000 valable (s'il n'est pas déjà en possession de l'OFAS),
- indications concernant le personnel (nombre des postes d'encadrement et d'occupation selon ch. 2.1, al. 3, nombre de journées d'encadrement, formation du personnel d'encadrement).

5 Modifications et adaptations du concept

Les modifications ci-dessous ne peuvent être apportées qu'après avoir été approuvées par le canton et par l'OFAS:

- modification des bases du support juridique (par exemple adaptation des statuts, séparation ou fusion de supports juridiques);
- changement dans les jours d'ouverture;
- modification des locaux, dans la mesure où elle a une incidence sur les subventions de l'AI pour la construction et les agencements;
- changements touchant les personnes encadrées ou l'offre de prestations, dans la mesure où elles débouchent sur un nouveau profil.

Les modifications concernant l'offre de places doivent être signalées à l'OFAS par l'intermédiaire du canton conformément à la circulaire sur la planification des besoins pour les ateliers et les homes/centres de jour valable dès le 1er janvier 2003. Elles ne peuvent être appliquées qu'après approbation de l'OFAS. Aucune modification du contrat n'est possible en dehors de celles approuvées par l'OFAS et mentionnées plus haut.

6 Procédure en cas de non-fourniture de prestation

Si le support juridique ne peut pas ou ne peut plus fournir toutes les prestations énumérées dans le présent contrat, il en avertit sans délai l'OFAS et lui soumet une proposition visant soit à rétablir l'état défini par le contrat de prestations, soit à modifier ledit contrat. Au cas où les prestations ne sont pas fournies dans un délai raisonnable, l'OFAS peut refuser ou réduire les subventions de l'AI et exiger une adaptation du contrat sur les points modifiés.

7 Voies de droit

Si les parties sont en désaccord sur l'interprétation de ce contrat ou bien sur le droit aux subventions de l'AI ou sur leur montant, l'OFAS rend sur la question litigieuse une décision sujette à recours.
Toute décision concernant le versement de subventions de l'AI doit être communiquée à l'institution et au canton qui a avancé lesdites subventions.

8 Durée du contrat et extinction prématurée

Le contrat entre en vigueur le 1er janvier 2003 et prend fin le 31 décembre 2005.

Il prend fin prématurément si l'une des conditions à sa validité énumérées au ch. 1.3 n'est plus satisfaite.

Feuille de signatures

Berne, le

Office fédéral des assurances sociales
Domaine d'activité Assurance-invalidité
Secteur ateliers, foyers et organisations

Dr. Dorothea Zeltner, cheffe de secteur *(prénom, nom)*

, le

(Trägerschaft)

(prénom, nom, fonction) *(prénom, nom, fonction)*

Annexes (*Documents selon le chiffre 1.4*)
statuts du <*Date*>/ acte de fondation du <*Date*> (si le support juridique est de droit privé) ou base légale / décision du Conseil d'Etat (si le support juridique est de droit public),
lignes directrices du <*Date*>
concept(s) d'exploitation et d'encadrement du <*Date*>
profil de l'institution selon FiDé du <*Date*>
certificat OFAS/AI 2000 du <*Date*>

9.5 Plans comptables/Manuel

Compte des coûts pour les institutions de thérapie résidentielle des dépendances

FiSu-FiDé

Roger Rossier, Rovedyma AG, Grenchen

Avec le concours du groupe de travail «Calcul des coûts»
- Therese Laubscher
- Ernst Haueter
- Paul Oechslin
- Michel Niquille
- Nicolas Amherd
- Thomas Egli

9.5.1 Introduction

Point de départ

Le Conseil fédéral a décidé de modifier le Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), ce qui permettra d'introduire un nouveau modèle de financement sous la forme de contrats de prestations. Désormais les institutions spécialisées dans la thérapie des dépendances toucheront, par le biais du canton, un forfait pour chaque personne prise en charge en fonction des prestations fournies. Ce modèle de financement a été mis au point par le Groupe de coordination «Financement des prestations des thérapies résidentielles des dépendances» («FiDé») placé sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en collaboration avec les cantons et les institutions. Les contrats sont fondés sur les bases suivantes:

- Prévoyance et assistance sociale/action sociale (canton et communes).
- Exécution des décisions de justice.
- Assurance-invalidité (à condition qu'une invalidité ou un risque d'invalidité ait été reconnu).
- Assurance-maladie (prestations médicales ou prescrites par un médecin).
- Recours au client/à la cliente ou à sa famille.
- Dons.
- Revenus tirés par les institutions de la vente de produits et services.

Ce nouveau modèle de financement prévoit que les institutions de thérapie résidentielle de la dépendance publient leurs coûts et leurs prestations par le biais d'un compte des coûts uniformisé et de statistiques sur leurs prestations.

Fondements

Résultats du Groupe de travail FiDé et comptabilité analytique des homes (Heimverband Schweiz, H+ Les Hôpitaux de Suisse).

Problématique

Le modèle contient uniquement les données minimales que doivent fournir toutes les institutions de thérapie des dépendances. Les grandes institutions qui offrent des prestations spéciales peuvent compléter le modèle en fonction de leurs besoins.

9.5.2 Objectifs et limites de la comptabilité analytique pour les institutions de thérapie résidentielle des dépendances

Classification

Le principal objectif de la comptabilité analytique résulte du fait que les institutions concernées doivent toucher un forfait, basé sur des contrats de prestations, pour chaque personne prise en charge en fonction de l'ensemble des prestations offertes. Les subventions forfaitaires collectives versées conformément à l'Art. 73 LAI aux institutions de thérapie résidentielle des dépendances sont donc supprimées.
La comptabilité analytique est également un instrument de direction interne qui fournit une partie des informations relatives aux fonctions de direction de l'entreprise (planification, prise de décisions, mise en œuvre et contrôle).

Limites de la comptabilité analytique

FiDé a formulé comme exigence minimale une comptabilité analytique des centres. Le calcul analytique des supports de coûts n'est pas requis.
Les institutions qui viennent d'introduire ce calcul peuvent continuer à l'utiliser. Dans ce cas, il serait judicieux d'assimiler les champs d'intervention FiDé à des supports de coûts.

Les institutions proposant des offres mixtes (prestations FiDé et non FiDé) qui n'ont pas encore introduit un tel système devront utiliser pour la partie FiDé la comptabilité analytique des centres.
Le ch. 6 «Choix et élaboration du système» donne des indications sur l'introduction et les normes d'établissement de la comptabilité analytique des centres.

9.5.3 Structure du budget de centre

La comptabilité financière se limite à l'établissement du bilan et du compte de résultat. Pour que le nouveau modèle de financement porte ses fruits, on doit également connaître les postes sur lesquels les coûts et les prestations sont imputés. La réponse à cette question sera donnée par la comptabilité analytique des centres.

Le centre de coûts est une unité d'organisation et de décompte qui indique «où les coûts et les prestations sont imputés».

Les quatre centres principaux

FiDé définit quatre centres principaux qui constituent un cadre général contraignant:

Numéro du centre principal	1000	2000	3000	4000
Désignation du centre principal	Groupe primaire	Formation	Travail	Loisirs

Les quatre centres principaux correspondent aux quatre champs d'intervention du nouveau modèle de financement et portent toujours un numéro à quatre chiffres.

Description des quatre centres principaux (champs d'intervention)

1000 Groupe primaire
- Mesures visant à promouvoir la gestion de la vie quotidienne et des capacités d'intégration.
- Encadrement socio-pédagogique et socio-thérapeutique.
- Soins médicaux.
- Promotion de l'autonomie dans le déroulement de la journée.
- Sécurité.
- Règles de la cohabitation.
- Capacités relationnelles et de communication.
- Gestion de l'argent.
- Prise de responsabilités pour soi et pour les autres.

2000 Formation (et école)
- Evaluation scolaire et professionnelle.
- Identification des déficits scolaires.
- Formation professionnelle.
- Organisation de cours internes à l'institution ou accès à des cours externes.
- Préparation aux examens.
- Constitution d'un réseau centré sur les clients avec des services professionnels et les autorités compétentes.

3000 Travail (et profession)
- Création d'une situation de travail axée sur la réalité.
- Horaires de travail, gestion du temps.
- Encouragement de la persistance dans les processus de travail.
- Capacités à chercher un emploi, accès au marché du travail.
- Intégration dans un système de salaire.
- Constitution d'un réseau centré sur les clients avec des services professionnels et les autorités compétentes.

4000 Loisirs
- Organisation d'activités de loisirs adaptés à l'âge.
- Structuration temporelle des loisirs.
- Continuité.
- Activités individuelles et de groupe .
- Activités dans le domaine musical, sportif et culturel.

Que faire quand la répartition n'est pas claire?
Les activités qui ne peuvent pas être clairement imputées doivent être classées dans le centre principal «1000 Groupe primaire».

Les centres auxiliaires

Les centres auxiliaires suivants sont prévus dans le compte des coûts:

Code (de 3 chiffres)
100 – 199 Locaux, énergie, technique
200 – 299 Véhicules, transports
300 – 399 Direction, administration
400 – 499 Ateliers, production
500 – 599 Repas, entretien des locaux, buanderie
600 – 999 Utilisation libre

Description des centres auxiliaires

N° (suggestion)	**Désignation des centres auxiliaires**	**Affectation des coûts suivants**
100	Locaux	■ Travaux de maintenance et de réparation ■ Amortissements des immeubles ■ Intérêts ■ Primes d'assurance sur les bâtiments ■ Intérêts sur le capital ■ Intérêts sur les droits de superficie
110	Energie	■ Electricité ■ Eau ■ Eaux usées
120	Services techniques	■ Salaire services techniques ■ Prestations sociales ■ Honoraires pour prestations de tiers ■ Charges salariales annexes ■ Concierge/gardiennage ■ Entretien des jardins ■ Aménagements extérieurs ■ Installations électriques ■ Sanitaires ■ Ventilation et chauffage ■ Travaux de maintenance et de réparation pour la conservation de la valeur ■ Matériel d'atelier ■ Outils ■ Intérêts sur le capital

N° (suggestion)	**Désignation des centres auxiliaires**	**Affectation des coûts suivants**
200	Véhicules/Transports	■ Salaire service domestique ■ Prestations sociales ■ Honoraires pour prestations de tiers ■ Charges salariales annexes ■ Transport de passagers ■ Transport de marchandises ■ Travaux de maintenance et de réparation de l'infrastructure nécessaire ainsi que son amortissement ■ Carburants ■ Assurances véhicules et responsabilité civile ■ Taxes sur les véhicules à moteur ■ Frais de parking ■ Intérêts sur le capital
300	Direction, administration	■ Salaire administration ■ Prestations sociales ■ Honoraires pour des prestations de tiers ■ Charges sociales annexes ■ Rétribution des instances de surveillance ■ Frais administratifs et de bureau ■ Formation initiale, continue et de perfectionnement ■ Intérêts sur le capital
400	Atelier, production	■ Salaire personnel d'atelier ■ Prestations sociales ■ Honoraires pour prestations de tiers ■ Charges salariales annexes ■ Matériel d'atelier ■ Outils ■ Intérêts sur le capital
500	Repas	■ Salaire personnel de cuisine ■ Prestations sociales ■ Honoraires pour prestations de tiers ■ Charges salariales annexes ■ Denrées alimentaires/boissons ■ Intérêts sur le capital
510	Travaux ménagers	■ Salaire personnel ménager ■ Prestations sociales ■ Honoraires pour prestations de tiers ■ Charges salariales annexes ■ Frais de matériel ■ Intérêts sur le capital
520	Buanderie	■ Salaire personnel de buanderie ■ Prestations sociales ■ Honoraires pour prestations de tiers ■ Charges salariales annexes ■ Frais de matériel

9.5.4 Ventilation au niveau comptabilité analytique des centres

On entend par ventilation l'imputation des frais d'infrastructure d'un centre auxiliaire à un autre et des centres auxiliaires aux centres principaux (champs d'intervention FiDé)

FiDé distingue deux types de ventilation: dans un premier temps, on effectue les ventilations et les re-ventilations entre centres auxiliaires et dans un deuxième temps, les ventilations entre les centres principaux suivants.

Ventilation Frais de personnel

Les frais de personnel représentent le plus gros facteur de coûts. Pour une bonne ventilation des coûts, il est nécessaire de ventiler les coûts salariaux de manière aussi large que possible.

Procédure de ventilation des coûts salariaux hors prestations sociales:

- Descriptions de poste
  Les coûts de personnel constituent le principal poste de frais. Pour la comptabilité analytique des centres, on doit disposer d'une description de poste pour chaque fonction. Pour les postes multi-fonctionnels, les pourcentages d'occupation doivent être indiqués pour chaque activité.

  A l'aide des descriptions de poste, les coûts salariaux sont imputés directement sur les divers centres de coûts.

- Rapports d'activité pour quantifier les clés de répartition
  Lorsque les pourcentages d'occupation d'une tâche multifonctionnelle ne peuvent pas être répartis entre les différents champs d'intervention FiDé, on procédera comme suit:
  Ces collaborateurs et collaboratrices établissent un rapport d'activité pendant 2 mois par an. Ces rapports d'activité permettent ensuite de ventiler les heures de travail des collaborateurs et collaboratrices entre les différents centres de coûts. La plus petite unité de temps inscrite dans ces rapports est 0,25 heure (15 minutes). Voir le ch. 7.3. de l'Annexe 3 pour plus de détails sur cette procédure.

Procédure de ventilation des prestations sociales et des charges salariales annexes:

- On utilise un facteur de conversion forfaitaire pour évaluer les prestations sociales par centre de coûts. Ce facteur se compose de la totalité des prestations sociales de l'employeur en pourcentage de la masse salariale brute. Les prestations sociales sont ventilées entre les différents centres de coûts proportionnellement à la masse salariale brute déjà répartie.

Clé de répartition Centres auxiliaires

On distingue deux types de ventilation:
1ère étape: Re-ventilation entre les centres auxiliaires.
2e étape: Ventilation entre les centres principaux et auxiliaires.

Les ventilations sont obligatoires.

Recommandations relatives à l'utilisation des clés de répartition:

Centre auxiliaire Locaux (code 100–199)
Procédure: Relevé des surfaces (m^2 par pièce)

Répartition des données de surfaces entre les 5 types de locaux suivants:
- Type1 Bureau
- Type 2 Pièces d'habitation, de sommeil, de thérapie et de loisirs
- Type 3 Atelier
- Type 4 Réserve, cave, garage
- Type 5 Surfaces extérieures utilisées pour l'atelier et les loisirs

Les surfaces accessoires (corridors, etc.) sont ajoutées aux types de locaux de base 1 à 4.

FiDé relève le coût annuel (Fr. par m^2) par type de locaux de base. Au 01.07.2003, ces coûts s'élevaient à:
- Type 1 Fr. 240.–
- Type 2 Fr. 200.–
- Type 3 Fr. 180.–
- Type 4 Fr. 80.–
- Type 5 Fr. 30.–

FiDé détermine une fois par an dans le loyer le montant maximal de la part de chaque personne encadrée.

FiDé peut déterminer le prix du m2 par région en fonction de l'évolution des loyers en Suisse. Il s'appuie pour ce faire sur l'indice suisse des prix de la construction.

Pour les institutions qui occupent gratuitement des immeubles, les cantons décident librement s'il faut prendre en compte ces agencements aux coûts des immeubles dans la comptabilité analytique des centres.

Centre auxiliaire Energie (code 100–199)
Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Ventilation par superficie (selon le point 4.1.1.)
- Ventilation par m3
- Ventilation par compteur thermique
- Solution mixte

Centre auxiliaire Exploitation (code 100–199)
Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Ventilation par superficie (selon le point 4.1.1.).
- Ventilation par m3.
- Ventilation par rapport d'activité (si disponible).
- Solution mixte.

Centre auxiliaire Véhicules/transports (code 200–299)
Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Ventilation fixe des véhicules entre les différents centres de charges.
- Ventilation par le kilométrage parcouru.
- Ventilation par la durée d'utilisation.

Centre auxiliaire Direction/administration (code 300 –399)
Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Proportionnellement (pourcentage) aux coûts de personnel.
- Selon les rapports d'activité (frais horaires).

Centre auxiliaire Atelier/production (code 400–499)
Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Proportionnellement (pourcentage) aux coûts de personnel.
- Selon les rapports d'activité (frais horaires).

Centre auxiliaire Repas (code 500–499)

Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Proportionnellement (pourcentage) aux coûts de personnel.
- Selon le nombre de repas servis (nombre de jours/personnes par centre de coûts).

Centre auxiliaire Travaux ménagers (code 500–599)
Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Proportionnellement (pourcentage) aux coûts de personnel.
- Selon les rapports d'activité (nombre d'heures).

Centre auxiliaire Buanderie (code 500–599)
Procédure: Les variantes suivantes sont possibles:
- Proportionnellement (pourcentage) aux coûts de personnel.
- Proportionnellement au linge utilisé en kg.
- Selon un relevé périodique.
- Selon les jours/personnes par centre de charges.

9.5.5 Conseils pour l'introduction de la comptabilité analytique des centres

Définition du budget de centre

Le budget de centre peut être défini de deux façons:
- La direction de l'institution remet un budget de centre répondant aux exigences minimales de FiDé.
- La direction de l'institution met sur pied une proposition de «budget de centre» avec le personnel d'encadrement.

Autres plans comptables

FiDé ne prescrit pas les plans comptables qui doivent être utilisés pour la comptabilité financière et se contente de définir des exigences minimales pour la comptabilité analytique des centres (chiffre 9.5.3).

Imputation

Les coûts sont imputés là où ils servent à fournir les prestations.
Exemples: les détergents sont imputés au poste buanderie puisqu'ils servent à laver le linge. On ne comptabilisera pas de crayons individuellement puisque ceux-ci sont utilisés en majeure partie pour le travail de bureau. Les crayons seront donc imputés au poste «Administration» qui les achète.

Constitution d'un fichier de ventilations

Les ventilations grâce auxquelles les coûts nets sont ventilés d'un centre auxiliaire entre centres principaux et auxiliaires doivent être dotées de valeurs de référence. Ainsi, les mètres carrés seront affectés aux centres de coûts Locaux (voir ch. 9.5.4).

Liste de contrôle pour la procédure d'introduction

N°	Activité	Effectué
1	Collecte d'informations.	
2	Décision relative à la forme de traitement (statique = transfert dans un tableau Excel à la fin de l'année dynamique = solution informatique avec comptabilité analytique intégrée).	
3	Appel d'offres et achat des logiciels nécessaires ou acquisition des tableaux d'évaluation Excel selon les recommandations FiDé.	
4	Analyse de ce que l'on peut couvrir à l'aide de ses ressources propres.	
5	Information des collaborateurs et collaboratrices.	
6	S'assurer que le plan comptable remplit les exigences FiDé et permet un traitement approprié.	
7	Etablir ou adapter le budget de centre de l'entreprise selon les recommandations FiDé.	
8	Adapter la comptabilité auxiliaire: ■ Adapter les données de référence par collaborateur/rice à la comptabilité financière et analytique (établir une description de poste; imputation selon la description de poste). ■ Imputer les types de salaires aux centres de coûts. ■ Définir la répartition des prestations sociales. ■ Ventiler les recettes entre les centres de coûts.	
9	Former le personnel, enseigner et promouvoir le traitement par centres de coûts.	
10	Informer plus particulièrement les collaborateurs chargés de l'imputation sur la procédure à suivre. Compléter le tampon d'imputation de la mention du centre de coûts.	
11	Adapter la facturation en cas de besoin.	
12	Planifier et mettre en œuvre les clés de répartition.	
13	Au bout d'un mois tester et contrôler le décompte des centres auxiliaires à l'aide des clés de répartition dans les centres auxiliaires et principaux.	
14	A l'expiration du premier exercice traité, vérifier l'organisation et le déroulement de la comptabilité analytique procéder aux améliorations nécessaires.	
15	Désignation d'un organe de révision selon les exigences FiDé.	

Exigences posées à l'organe de révision

L'organe de révision est tenu de respecter les dispositions des Art. 727 à 731 CO. Il est chargé de vérifier si:

- la comptabilité et les comptes annuels avec l'annexe correspondent aux règles de présentation comptable en vigueur;
- les comptes annuels sont établis de manière à permettre une évaluation fiable de la situation de fortune et des recettes de la société et si celle-ci dispose des données nécessaires pour ce faire;

- la répartition correspond aux exigences minimales;
- l'évaluation correspond aux prescriptions légales;
- la proposition d'utilisation des bénéfices est conforme à la législation et aux statuts;
- le décompte FiDé répond aux exigences relatives au manuel Comptabilité analytique FiDé.

Dans son rapport, l'organe de révision confirme expressément le respect des normes FiDé en ce qui concerne la présentation des comptes annuels et la comptabilité analytique des centres.

Les comptes annuels, le bilan et le compte de résultat doivent contenir également les chiffres de l'exercice précédent.

L'annexe au rapport de révision doit fournir la liste des différents organes avec la mention du pouvoir de signature de chacun.

Doivent également figurer dans l'annexe les éléments de fortune (relevés des dépôts avec confirmation par la banque que les valeurs n'ont été ni gagées ni grevées de quelque manière que ce soit pendant l'année ou à la date d'échéance).

9.5.6 Choix et structure du système

Variante 1 (=solution statique, l'institution dispose uniquement d'une comptabilité financière)

Transfert manuel des comptes pertinents de la comptabilité financière vers un système d'évaluation standardisé sur Excel.

Cette variante convient aux petites institutions. Si la comptabilité financière est établie selon les règles, elle est généralement suffisamment parlante pour permettre un transfert de données vers un système d'évaluation standardisé sur Excel. Cela permet à ces institutions de répondre aux exigences FiDé sans trop de difficultés.
FiDé propose à ces institutions une solution Excel standardisée.

Variante 2

Comptabilité analytique des centres assistée par ordinateur avec un transfert manuel vers un système d'évaluation (l'institution dispose d'une comptabilité financière et analytique des centres).

Une comptabilité financière seule ne suffit plus pour les grandes entreprises. Pour des raisons de transparence, elles doivent pouvoir disposer rapidement en interne de données pour les statistiques et la direction de l'entreprise. En règle générale, elles disposent déjà d'une comptabilité financière avec une comptabilité analytique des centres intégrée. Dans ce cas, le résultat de cette dernière peut être transféré dans un tableau Excel standardisé proposé par FiDé.

Variante 3

Assistance par ordinateur de la comptabilité analytique des centres et du calcul analytique des supports de coûts

Les institutions qui ont introduit un tel système peuvent elles aussi transférer les résultats manuellement dans un tableau Excel standardisé FiDé comme dans la variante 2.

Si les supports de coûts correspondent aux champs d'intervention FiDé et si l'on peut en tirer les coûts par personne encadrée, il ne sera pas nécessaire de transférer les données dans un tableau Excel standardisé FiDé.

Schéma Comptabilité analytique

	Charges selon la comptabilité financière	Régularisation	Coûts pour la comptabilité d'exploitation	Centres auxiliaires						Centre principal			
Postes de coûts comptabilité financière				100–199	200–299	300–399	400–499	500–599	600–699	1000	2000	3000	4000
				Locaux, énergie, services techniques	Véhicules, transports	Direction, administration	Ateliers, production	Repas, travaux ménagers, buanderie	Réserve Centres de charges auxiliaries	Groupe primaire	Formation	Travail	Loisirs
Salaires	zzz		zzz										
Prestations sociales	zzz		zzz										
Charges salariales annexes	zzz	-zz	zzz										
Frais médicaux	zzz		zzz										
Frais d'entretien	zzz		zzz										
Maintenance, réparations	zzz		zzz										
Loyer, leasing	zzz		zzz										
Frais administratifs	zzz	+zz	zzz										
Amortissements	zzz		zzz										
Frais financiers	zzz		zzz										
Coûts bruts avant ventilation	zzz		zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz				
Recettes annexes			-zzz										
Coûts nets avant ventilation			zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz				
Ventilation Locaux (par m²)				-zzz				+z		+z			+z
Ventilation Véhicules/transports (km)					-zzz			+z					
Ventilation Direction, administration (par descr. de poste)						-zzz			+z	+z			
Ventilation Ateliers/production							-zzz					+z	
Ventilation Repas, travaux ménagers, buanderie								-zzz			+z		
Ventilation Centres de charges auxiliaires				+z		+z		+z	-zzz				
Totale après ventilation 1			zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	z	z	z	z
Ventilation Locaux (par m²)				-zzz						+zz	+zz	+zz	+zz
Ventilation Véhicules/transports (km)					-zzz					+zz	+zz	+zz	+zz
Ventilation Direction, administration (par descr. de poste)						-zzz				+zz	+zz	+zz	+zz
Ventilation Ateliers/production							-zzz			+zz	+zz	+zz	+zz
Ventilation								-zzz		+zz	+zz	+zz	+zz
Ventilation nettoyage									-zzz	+zz	+zz	+zz	+zz
Ventilation entre les centres principaux			0	0	0	0	0	0	0	+zz	+zz	+zz	+zz
Résultat Centres principaux										zzz	zzz	zzz	zzz

Rapport d'activité visant à quantifier les clés de répartition

Lu:		Ma:		Me:		Projet:	
Je:		Ve:		Sa/Di:		Date:	

N° CC	Code collaborateurs	Code prestations	Texte	Heures
			Total heures	

Légendes:

N° CC	Centres principaux:	Code	Prestations
1000	Groupe primaire	1	Entretiens, téléphone
2000	Formation	2	Travaux administratifs
3000	Travail	3	Comptabilité
4000	Loisirs	4	Personnel
		5	Relations publiques
	Centres auxiliaires:	6	Formation continue
…		7	Congés, maladies, service militaire, protection civile
…		8	…
…		9	…
…		10	…
…		11	…
…		12	…
…		13	…
…		14	…
…		15	…

Aperçu des comptes par classes, Groupe s et comptes détaillés

Classe 1	**Actifs**	
Groupe 10	*Actif circulant*	
	1000	Encaisse
	1010	Chèques postaux
	1020	Banques
	1040	Valeurs mobilières (facilement négociables)
	1050	Débiteurs (usagers de l'institution)
	1055	Créances de dépenses au comptant pour des usagers de l'institution
	1060	Autres débiteurs
	1070	Stocks
	1090	Actifs transitoires
Groupe 11	*Immobilisations*	
	1100	Immeubles
	1109	Postes d'évaluation amortissement des immeubles
	1110	Agencements et mobilier
	1119	Postes d'évaluation amortissement des agencements
	1120	Véhicules
	1129	Postes d'évaluation amortissement des véhicules
	1130	Valeurs mobilières et autres placements financiers
Groupe 12	*Placements comptes de fonds*	
	1200–	
	1299	Comptes détaillés en cas de besoin
Groupe 15	*Postes de régularisation actifs*	
	1500	…
	1510	Frais de fondation et d'organisation
	1590	Report du compte de résultat (perte)
Groupe 19	*Postes complémentaires actifs*	
	1900	Engagements conditionnels
Classe 2	**Passifs**	
Groupe 20	*Fonds de tiers*	
	2000	Créanciers fournisseurs
	2010	Autres créanciers
	2011	Dépôts (usagers de l'institution)
	2012	Paiements anticipés (usagers de l'institution)
	2020	Engagements financiers (Banque)
	2040	Paiements anticipés subventions de déficits
	2050	Emprunts
	2060	Hypothèques
	2080	Provisions
	2090	Passifs transitoires
Groupe 21	*Fonds propres*	
	2100	Fonds propres
	2120	Réserves
	2130	Dons
	2190	Report du compte de résultat (bénéfice)
Groupe 22	*Capitaux de fonds et fondations*	
	2200–2299	Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 29 *Postes de régularisation passifs*
2900 Engagements conditionnels

Classe 3 Salaires et prestations sociales

Groupe 30 *Salaires personnel de formation*
3000–3099 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 31 *Salaires personnel d'encadrement*
3100–3199 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 32 *Salaire personnel soignant*
3200–3299 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 33 *Salaires direction du foyer et personnel administratif*
3300–3399 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 34 *Salaires personnel domestique et de maintenance*
3400–3499 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 35 *Salaires personnel technique*
3500–3599 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 36 *Salaires personnel d'atelier/lieux d'occupation*
3600–3699

Groupe 37 *Réserve*

Groupe 38 *Honoraires pour des prestations de tiers (sans obligation de prestations sociales)*
3800–3899 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 39 *Prestations sociales*
3900 AVS, AC, CAF
3910 Caisse de pension (LPP)
3920 Assurance maladie et accidents (LAMal, LAA)
3990 Autres prestations sociales

Classe 4 Dépenses d'equipement

Groupe 40 *Médicaments*
4000–4099 Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 41 *Denrées alimentaires*
4100 Viande, charcuterie, poissons, volailles
4110 Pain, viennoiseries
4120 Lait, produits laitiers, œufs
4130 Epicerie
4140 Légumes, fruits
4150 Boissons

Groupe 42 *Ménage*
4200 Textiles
4210 Articles ménagers
4220 Produits de nettoyage, détergents
4250 Prestations de tiers

Groupe 43 *Entretien et réparations des immeubles, du mobilier et des véhicules*

4300–4309	Entretien et réparations immeubles
4310–4319	Entretien et réparations mobilier
4320–4329	Entretien et exploitation véhicules
4380	Matériel et outils d'atelier

Groupe 44 *Utilisation des installations*

4400	Investissements dans des immeubles (amortissement direct)
4410	Investissements dans le mobilier (amortissement direct)
4420	Investissements dans les véhicules (amortissement direct)
4430	Loyers
4440	Leasing
4450	Frais financiers
4460	Hypothèques
4470	Amortissements des immeubles
4480	Amortissement du mobilier
4490	Amortissement des véhicules

Groupe 45 *Energie et eau*

4500	Electricité
4510	Gaz
4520	Carburants liquides (fioul)
4530	Carburants solides (bois, charbon)
4540	Chauffage par distribution collective
4550	Eau

Groupe 46 *Formation et éducation*

4600	Matériel de formation et d'éducation
4610	Matériel de bricolage et de travaux manuels
4620	Bibliothèque
4630	Loisirs
4640	Excursions et visites
4650	Camps
4670	Elevage de petit bétail

Groupe 47 *Frais administratifs et de bureau*

4700	Matériel de bureau, imprimés
4710	Téléphone, timbres, frais de comptes chèques postaux
4720	Journaux, littérature spécialisée
4730	Recrutement de personnel
4740	Formation initiale et continue
4750	Voyages
4760	Autres frais de personnel
4770	Prestations administratives de tiers
4790	Autres frais administratifs et de bureau

Groupe 48 *Salaires, frais de matériel et d'outillage pour les ateliers/lieux d'occupation*

4800	Salaires et prestations sociales des usagers de l'institution
4810	Achats de produits finis
4820	Achats de matières premières
4830	Consomptibles
4840	Matériel d'usine
4850	Outils
4860	Fabrications de tiers
4890	Autres frais d'atelier

Groupe 49 *Autres dépenses d'équipement*
(primes d'assurance, taxes, redevances, dépenses pour les usagers de l'institution)

4900	Primes d'assurance de choses
4910	Taxes et redevances
4950	Dépenses pour les usagers de l'institution
4990	Autres dépenses d'équipement

Classe 6 Produits d'exploitation

Groupe 60 *Produits de l'institution*

6000	Produits des taxes de l'institution (y compris les forfaits des caisses-maladie)
6001–6099	Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 61 *Produits de la formation professionnelle*

610	Subventions AI pour les cas individuels
6100	Subventions pour la formation et les frais journaliers pour les usagers de l'institution
6101	Subventions pour la formation et les frais journaliers pour les cas de réorientation et d'évaluation
6103	Indemnités de repas
6105	Autres prestations uniques AI
611	Autres subventions pour des cas individuels AI
6110	Subventions pour les usagers de l'institution
6111	Subventions pour les réorientations et les évaluations
612	Subventions pour les non invalides
6120	Subventions pour les usagers de l'institution
6121	Subventions pour les réorientations et les évaluations

Groupe 62 *Malades privés*

6200	Frais journaliers usagers de l'institution
6201–6299	Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 63 *Produits de la production*

6300	Vente de produits finis à des consommateurs
6301	Vente de produits finis à des grossistes
6310	Produits de la production consommateurs
6311	Produits de la production détaillants
6312	Produits de la production grossistes
6313	Produits des prestations propres
6320	Produits des prestations de services
6360	Réductions des recettes (rabais, retours, taxe sur la valeur ajoutée)
6361–6369	Comptes détaillés en cas de besoin

Groupe 65 *Autres produits de prestations pour les personnes encadrées*

6500–6599	Comptes détaillés en cas de besoin (p.ex. assurance accidents, argent de poche, vêtements et chaussures, médecin et dentiste, téléphone, radio, TV, coiffeur, enterrements, pertes débiteurs, etc.)

Groupe 66 *Revenus locatifs et rendement du capital*

6600	Revenus locatifs
6650	Rendement du capital

Groupe 67	*Recettes de la cafétéria*	
	6700	Chiffre d'affaires cafétéria
	6701–6799	Comptes détaillés en cas de besoin
Groupe 68	*Produits de prestations du personnel et de tiers*	
	6800	Repas du personnel
	6810	Hébergement du personnel
	6820	Frais d'écolage et de cours
	6830	Ventes au personnel et à des tiers
	6890	Autres recettes annexes
Groupe 69	*Subventions et contributions (pas de subventions d'exploitation ni de recettes individuelles des usagers de l'institution)*	
	6900	Subventions des communes
	6950	Subventions des cantons
	6960	Subventions de la Confédération
	6970	Subventions et dons de fondations et de particuliers
	6980	Autres subventions conformément à la LAI

Classe 7 Produits et charges hors exploitation

Groupe 70	*Immeubles*	
	7000–7050	Charges d'immeubles
	7060–7090	Produits d'immeubles
Groupe 71	*Agriculture, jardinerie*	
	7100–7150	Frais agricoles
	7160–7190	Produits agricoles
Groupe 72	*Kiosque, salon de thé, distributeur de boissons*	
	7200–7250	Frais kiosque, salon de thé, distributeur de boissons
	7260–7290	Produits kiosque, salon de thé, distributeur de boissons
Groupe 73	7300–7350	Frais exploitation de véhicules
	7360–7390	Produits exploitation de véhicules
Groupe 74	*Entreprises annexes (lotissements, homes, piscines, etc.)*	
	7400–7450	Charges entreprises annexes
	7460–7490	Produits entreprises annexes
Groupe 76	7600–7650	Charges de suivi social
	7660–7690	Produits de suivi social
Groupe 77	*Points d'appui*	
	7700–7799	Comptes détaillés en cas de besoin
Groupe 79	*Autres charges et produits hors exploitation*	
	7900–7950	Autres charges hors exploitation
	7960–7990	Autres produits hors exploitation

9.6 «Admission», «Indication» et «Sélection»

Pouvoir disposer d'un centre d'admission, d'indication et de sélection qualifié va au-delà des exigences technico-financière de FiDé.
Compte tenu des ressources de plus en plus limitées qui sont disponibles pour les soins aux toxicodépendants, des mesures visant à un traitement professionnel de cette problématique s'imposent.

Il ne s'agit pas seulement d'envoyer le toxicomane dans une institution résidentielle aussi adaptée que possible mais aussi de planifier dans le futur les interventions et les thérapies d'une manière professionnelle dans le cadre de l'offre d'aide diversifiée.
Quel traitement offrir à qui et à quelles conditions techniques et financières?

9.6.1 Fondements

Les fondements sont simples:
- les placements doivent exploiter au maximum les connaissances professionnelles et scientifiques; et,
- les placements ne sont PAS effectués par l'organisation de projet FiDé mais par des centres locaux, cantonaux ou régionaux - sur la base d'instruments communs. On peut faire appel pour ce faire à l'organisation de référence (voir le ch. 11).

9.6.2 Critères utilisés

1. Admission («saisir»)
Saisie appropriée d'un/e client/e en ce qui concerne le besoin de traitement ou d'intervention.

La tâche principale est la saisie de la clientèle du point de vue démographique, social et de l'anamnèse. Un diagnostic différencié peut - en fonction de la compétence du centre d'admission - mais ne doit pas forcément être posé à ce stade.

2. Indication («analyser»)
Quel type de traitement (ambulatoire/résidentiel, de substitution, etc.) est indiqué et pourquoi?

3. Sélection («évaluer»)
Où le traitement/l'intervention nécessaires sont-ils proposés et par qui?

FiDé met à disposition en tant qu'instrument une assistance en ligne pour des centres de conseil et de placement qui établira une liste (limitée) d'offres «appropriées» possibles. Cette assistance émettra une recommandation d'intervention avec demande d'admission dans un entretien de conseil qui aura lieu ensuite entre la personne qui ordonne le placement, le/la client/e et un spécialiste (conseiller/ère). Pour des raisons de forme, la décision finale - selon l'opinion majoritaire exprimée pendant la phase pilote 2 FiDé - appartient au payeur en cas de compétence de prévoyance sociale.

9.6.3 Profil des ressources

La systématique de prestations choisie par FiDé prend en compte divers degrés d'intervention, distingue les cadres temporels d'intervention connus et s'oriente, avec justesse, vers les champs de socialisation connus dans le système social usuel.
C'est pourquoi la systématique présentée prend en compte les types d'institution les plus divers pour la saisie des prestations dans les institutions et contribue pour beaucoup à maintenir une offre de prise en charge aussi variée.
De plus, cette systématique permet pour la première fois d'établir un profil uniforme des différentes institutions pour toute la Suisse, qui forme la base des contrats de prestations futurs.

Les bases d'une planification appropriée

Cette saisie et cette description, qui reposent sur des bases uniformes des prestations fournies dans un système d'aide, créent également un préalable important pour une planification appropriée des offres qui sont fournies dans ce système au niveau intercantonal ou régional.

Mise sur pied des instruments manquants

En contrepartie, il est nécessaire de saisir les ressources de la clientèle à conseiller dans un système compatible afin d'assurer que soit définie et mise à disposition l'intervention professionnelle qui convient le mieux.

Pour compléter la systématique FiDé, qui concerne uniquement la saisie des prestations des offres institutionnelles, il faudra mettre en pratique un instrument de saisie approprié pour la clientèle concernée. Cet instrument de saisie des client/es - la procédure d'admission - doit remplir les exigences suivantes:

- L'uniformité technique du sujet est garantie. L'instrument de saisie CLIENTELE est compatible avec les bases techniques de la description des prestations FiDé.
- L'instrument de saisie CLIENTELE garantit sur l'ensemble de la Suisse une admission uniforme et permet une sélection des acteurs concernés organisée selon des critères techniques.
- Les compétences (AI - caisse-maladie - OFAS, prévoyance sociale et autres) peuvent être mises en évidence grâce à l'instrument de saisie CLIENTELE.

L'instrument de saisie CLIENTELE

La systématique FiDé s'appuie sur les éléments suivants pour saisir les ressources individuelles des clients de manière uniforme, planifier des prestations d'aide adéquates, sélectionner les acteurs et réglementer les compétences:

- Les données de base de la clientèle.
- Les groupes cibles et les problèmes associés.
- Les domaines de socialisation.
- Le niveau social et sociopolitique.
- Les ressources - équipements.
- L'échelle de classification.
- Le profil des ressources.
- La sélection.

Remarque:
L'instrument de saisie «Profil des ressources des client/es» existe uniquement sous forme de projet. Il sera fourni ultérieurement dès que l'on disposera de la version définitive.

9.6.4 Concept de sélection

fisu • fidé Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances	Admission, sélection, indication pour un séjour résidentiel	**9.6.KO.Intake-Ind-Tri.00/Seite…** **– Beispiel // Nicht freigegeben –**

Simulation des conditions de base pour les cantons pilotes
(les commentaires sont en *italique*)

Conditions-cadres
Dans le cadre de son mandat, FiDé doit se concentrer pour la présentation de l'étape de la sélection sur la partie des offres qui a trait au domaine résidentiel axé sur la sortie.

Il convient de noter à ce propos que FiDé estime qu'une indication qui prend en compte l'éventail complet des offres de prise en charge de la dépendance est possible, souhaitable et doit être visée à moyen terme.

Conditions
Le canton pilote désigne un centre d'admission, d'indication et de sélection.
(Commentaire: Dans la mesure du possible, celui-ci ne devrait pas proposer d'offres personnelles dans le domaine visé, c'est-à-dire résidentiel ou semi-résidentiel, afin de pouvoir procéder à une évaluation des problèmes et des client/es indépendante, sans conflits d'intérêts.).

Règle:
L'indépendance professionnelle doit être garantie.

Tâches:
- Effectuer un recensement complet des ressources du/de la client/e.
- (Important: utiliser des critères de saisie et des matériaux uniformes – «harmonisés de manière intercantonale»)
- Identifier une institution (idéalement deux ou trois) «compatible du point de vue des besoins».
- (Le choix des instruments d'affectation est déterminant pour ce point.)
- Composition:
  Le centre doit être géré par une équipe pluridisciplinaire (idéalement capable aussi d'effectuer les expertises à l'intention de l'AI). Une équipe dotée de qualifications professionnelles dans les domaines psychiatrie/médecine, action sociale, psychologie, formation/orientation professionnelles serait souhaitable.

Effets visés
- «Accélération de la prise de contact spécialisée».
- Adéquation entre le profil des ressources et la fourniture de prestations.
- Influence positive sur les abandons de traitement dus à des erreurs de placement.
- Meilleure utilisation ou exploitation des ressources disponibles (les client/es n'entrent pas dans une institution qui leur propose des prestations dont ils n'ont pas besoin).
- Acquisition de connaissances (en ce qui concerne les prestations, les développements concernant les client/es, etc.)
- Contrôle des résultats.
- Bases pour la planification des besoins (en ce qui concerne les prestations, les développements concernant les client/es, etc.).

Effets secondaires
- Suppression des structures parallèles encore fréquentes aujourd'hui.
- Suppression des contacts/traitements parallèles encore fréquents aujourd'hui.
- Effet de synergie positif classique par le partage du savoir-faire.
- Professionnalisation croissante depuis l'évaluation préliminaire jusqu'au traitement.

Organisation du reporting
Règle:
- La direction doit être confiée à un organisme «neutre» (éventuellement par le canton – du moins au début).
- Le centre d'admission et les «institutions d'accueil» se rencontrent au début une fois par mois, éventuellement une fois par trimestre par la suite pour un «review-preview».
- Le centre d'admission soumet un rapport sur les placements effectués depuis la dernière rencontre et explique/justifie le choix de/des l'institution/s ou des types d'intervention.

Eléments:
- Nombre de contacts.
- Nombre de médiations par offres de traitement/types d'intervention.
- Changements notables d'indication (caractéristiques des client/es).
- Arguments-clés (en résumé) pour la sélection dans une offre donnée.
- Autres éléments en fonction des besoins.

Organisation des instruments de contrôle et des chiffres-clés (controlling)

- Règle:
  Le canton est responsable de l'organisation du controlling. Il peut en confier l'exécution à des tiers.
- Eléments:
  A définir en fonction des circonstances et des besoins locaux.

Conditions organisationnelles

- Matériel:
- A définir en fonction des circonstances propres à chaque canton.
- Structures intercantonales selon les besoins et la disponibilité (Liste C CIIS, organisation de référence, etc.).
- Ressources:
- Flux de formulaires (élaboration uniforme du contenu et de la forme).
- Affectation de ressources complémentaires en cas de besoin.

Réticences possibles

- Personnes-clés.
- Au niveau formel:
- Absence de bases légales (ordonnances, directives ou lois)
- Ressources:

La structure du centre de sélection/indication doit être révisée. Ce qui entraîne des frais additionnels. *(Les économies découlant des synergies se composent d'effets partiels complexes et devraient être difficiles à «vendre»).*

Recommandation de la direction du projet FiDé aux cantons

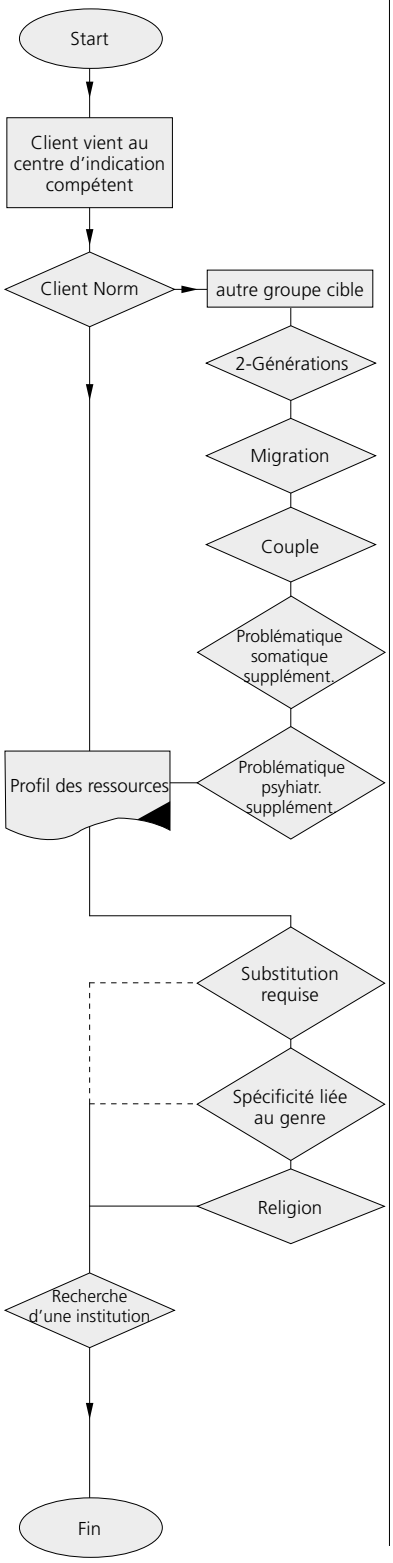
- Le/s centre/s d'admission devrai/ent recevoir un «mandat complet d'investigation» pour toutes les formes d'intervention ambulatoires et résidentielles possibles, y compris des offres de traitements de substitution (voir le ch. 2.3).
- Les prestations du centre d'admission peuvent également servir à des client/es alcooliques.

9.6.5 Présentation schématique d'une indication

fisu • fidé
Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Processus d'admission

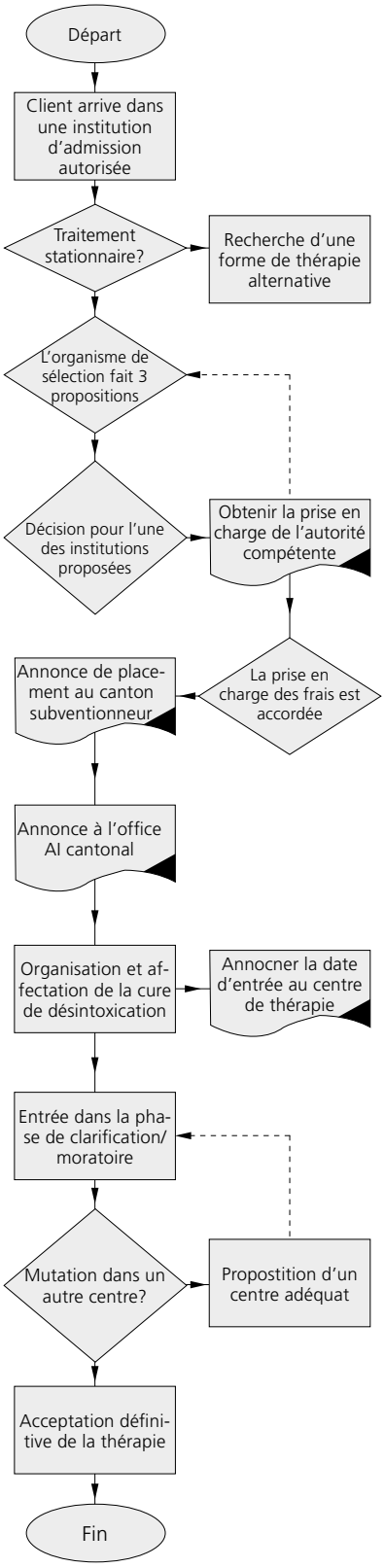
9.6.VA.Ind.00/Seite…
– Beispiel // Nicht freigegeben –



Représentation graphique	Activité	Compétence	Moyen
	Le client vient accompagné ou non		
	1 Le centre d'indication clarifie les besoins (la problématique) du client	1 Centre d'indication	1 Document cadre «admission et triage»
	1a Le centre d'indication clarifie les besoins spécifiques de traitement au plan du groupe cible	1a Centre d'indication	1a Profil des ressources, interrogation
	2a Comme 1a mais au plan du degré d'intervention	2 Centre d'indication	2 Profil des ressources, interrogation, instruments D, etc.
	3 Le centre d'indication propose la nature de l'intervention en la justifiant	3 Clientèle, centre d'indication	3 Descriptifs conceptuels internes, impératifs de qualité
	4 Prise de décision sur l'admission à la thérapie	4 Clientèle, centre d'indication, soumissionnaire	

9.6.6 Procédure de sélection

fisu • fidé Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances	**Sélection – Indication pour séjour résidentiel**	**9.6.VA.Tri.00/Seite xy** **– Beispiel // Nicht freigegeben –**



Activités	Responsable	Aides
Client vient avec ou sans accompagnement		
1 Le centre d'indication clarifie les besoins du client	1 Centre d'indication	1 Document: «Processus d'admission et indication»
1a Comparaison des problématiques du client avec les prestations des institutions	1a Centre d'indication	1a Document «Profils des Institutions»
2 Centre d'indication propose trois institutions qui correspondent aux problématiques du client	2 Centre d'indication	2a Documentation des institutions 2b Profil des ressources du client
3 Décision en faveur d'une institution proposée	3 client	3 Documentation des institutions
4a Demander garantie financière auprès du canton de domicile	4a Client avec l'aide de centre d'indication	4 (Formulaire)
4b Rapport trimestriel du total des entrées auprès du canton répondant	4b Institution	
4c Annonce auprès de l'Office AI	4c Centre d'indication	Formulaire
4d Annonce quant aux spécificités liées au groupe cible (ex: tutelle,…)	4d Centre d'indication	
5 Organisation et information sevrage	5 Centre d'indication	Contrat avec les institutions pertinentes
6 Informer de la date d'entrée à l'institution qui fera la thérapie	6 Centre d'indication	Tél.
7 Processus d'entrée dans le temps imparti	7 Institution offrant un cadre de vie substitutif	Concept et documents qualité internes
8 Clarification intensive concernant les possibilités de collaboration productive	8 Institution offrant un cadre de vie substitutif	
9 Décision pour une entrée définitive dans l'institution	9 Clientèle, Institution offrant un cadre de vie substitutif	Instruments de diagnostic, etc.

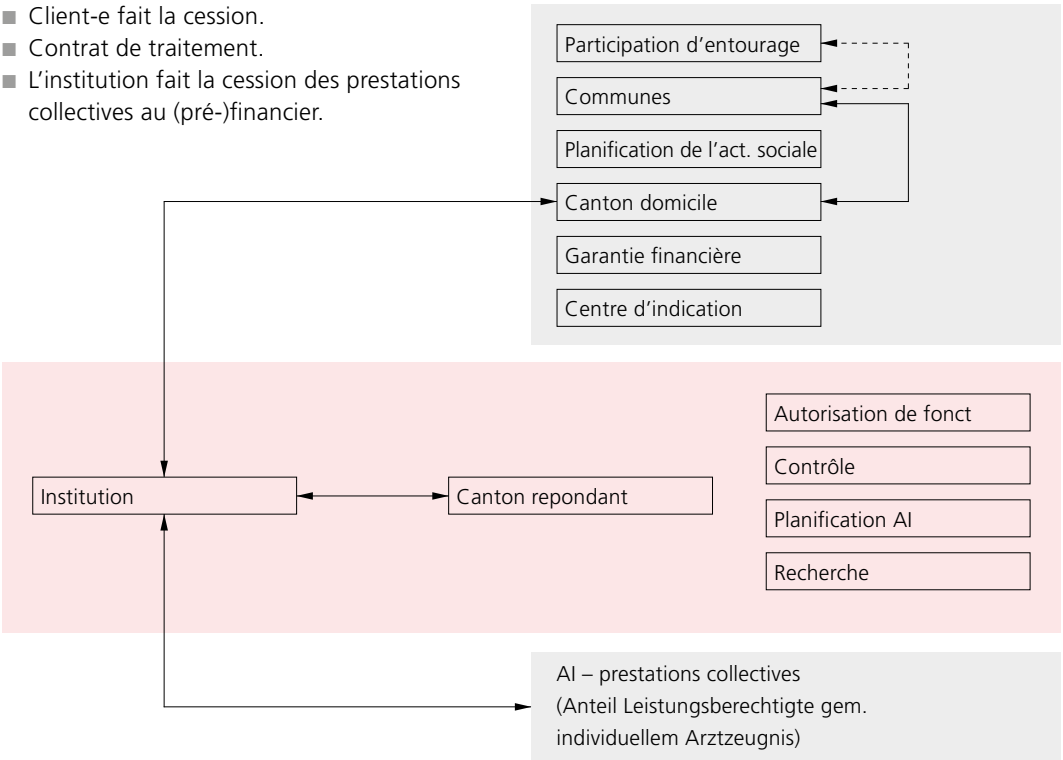
9.7 Organisation selon les règles de financement FiDé

9.7.1 Flux financiers

Schéma convenu le 11.3.2002 avec les cantons pilotes

Ainsi entériné le 11.3.02

- Client-e fait la cession.
- Contrat de traitement.
- L'institution fait la cession des prestations collectives au (pré-)financier.



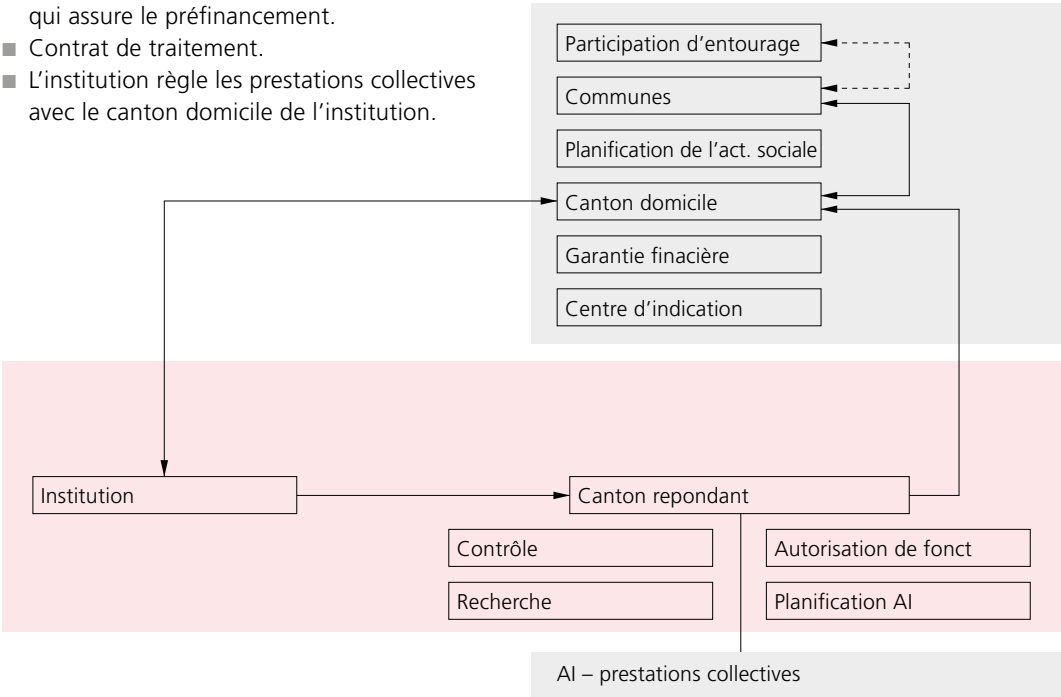
Important!
Les modifications suivantes ont été apportées au premier modèle FiDé soumis à la procédure de consultation à la demande des cantons pilotes:

Désormais chaque canton ordonnant un placement (canton de domicile) accepte de financer le prix forfaitaire conformément aux suggestions tarifaires FiDé.
Les cantons répondants ont comme responsabilité spéciale la vérification du respect des critères FiDé, des normes de qualité, des planifications de la capacité et d'une manière générale, du controlling des institutions.

Cette adaptation a permis d'éliminer en grande partie la position spéciale des cantons répondants très critiquée lors de la procédure de consultation - en particulier en ce qui concerne le «préfinancement de client/es domiciliés hors du canton».

Version modifiée par l'AI présentée le 8 août 2002

- Client-e fait la cession de l'office AI au canton qui assure le préfinancement.
- Contrat de traitement.
- L'institution règle les prestations collectives avec le canton domicile de l'institution.



Le seul changement entrepris par l'AI concerne le versement des subventions AI directement aux cantons concernés conformément au RAI entré en vigueur le 1er juin 2002.

Etant donné que les institutions sont les destinataires légitimes des subventions collectives – pour les client/es aussi bien domiciliés dans le canton que hors du canton – elles sont tenues de reverser les subventions versées par les cantons de domicile à ces derniers.
Dans ce modèle, le canton concerné perçoit proportionnellement des subventions AI pour des client/es domiciliés hors du canton qu'il doit rembourser proportionnellement aux cantons de domicile.

9.7.2 Comptabilisation et montant des tranches

La procédure suivante a été convenue avec les cantons pilotes en ce qui concerne les expériences pilotes (voir le ch. 7.6.1.):

Interventions sur une longue durée:
A compter de l'entrée dans l'institution, des tranches de 1/8e du coût de la thérapie sont comptabilisées à raison de 6 fois tous les 2 mois. Le paiement final des 2/8e restants a lieu après la fin du traitement.

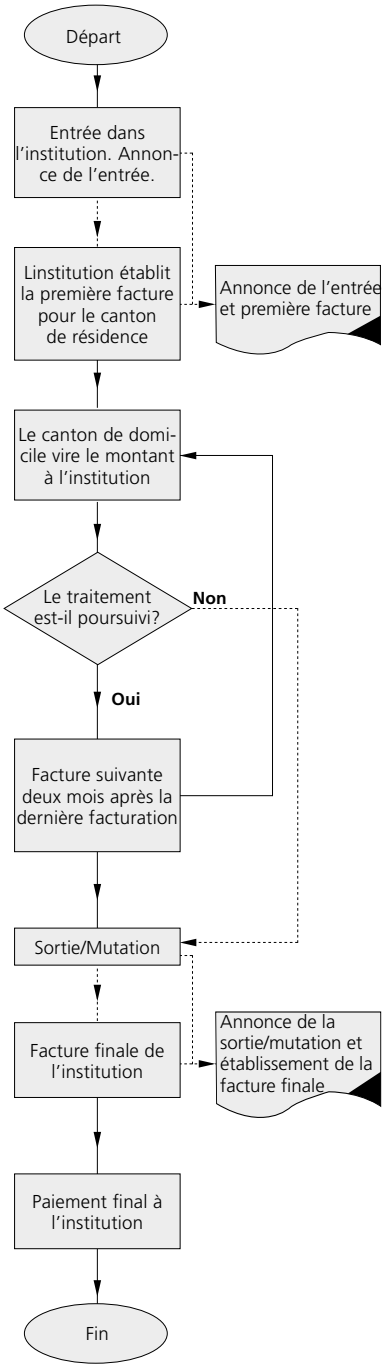
Interventions sur une durée moyenne:
A compter de l'entrée dans l'institution, des tranches de 1/5e du coût de la thérapie sont comptabilisées à raison de 3 fois tous les 2 mois. Le paiement final des 2/5e restants a lieu après la fin du traitement.

Cette procédure prend en compte les demandes formulées par les cantons pilotes, à savoir que:
- la période à payer ne soit pas trop longue; et donc que
- les montants à verser par acomptes ne soient pas trop élevés (les prestations sont payées dans le moment présent et non «préfinancées» sur une longue période de temps);
- une part importante des forfaits (1/4 ou 2/5e; voir ci-dessus) soit versée uniquement après la sortie prévue conformément au concept.

fisu • fidé
Das Leistungs–bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Exercice à blanc

9.6.VA.Trock.00/Seite xy
– Nicht freigegeben –



Représentation graphique	Activités	Unité pilote	Responsable	Aides
Départ	Départ: un lieu de thérapie a été choisi		Client Org. d'indication	
Entrée dans l'institution. Annonce de l'entrée.	Client entre dans une institution «FiDé». L'institution annonce l'entrée au canton de domicile.	L'institution saisit l'entrée en ligne avec le login individuel.	Institution	Papiers FiDé Indication Formulaire(s) en ligne
Linstitution établit la première facture pour le canton de résidence Annonce de l'entrée et première facture	L'institution établit une facture en ligne au canton de domicile.	L'institution établit la facture en ligne avec le login individuel.	Institution	Formulaire(s) en ligne
Le canton de domicile vire le montant à l'institution	Le canton de domicile vire le montant à l'institution.		Canton de domicile	Formulaire(s) en ligne
Le traitement est-il poursuivi?	Le traitement est-il poursuivi?	L'institution établit la facture en ligne avec le login individuel.	Institution	Formulaire(s) en ligne
Oui	Oui: facture suivante deux mois après dernière facturation.		Institution	Formulaire(s) en ligne
Facture suivante deux mois après la dernière facturation				
Sortie/Mutation	Non: sortie/mutation – avertir le canton de domicile.	L'institution saisit la sortie/mutation avec le login individuel.	Institution	
Facture finale de l'institution Annonce de la sortie/mutation et établissement de la facture finale	Facture finale de l'institution		Institution	
Paiement final à l'institution	Paiement final à l'institution	L'institution établit la facture finale en ligne.	Canton de domicile	
Fin				

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Le développement de la thérapie résidentielle des dépendances est lié à plusieurs facteurs. Si, au départ, l'idée d'entraide était privilégiée à de nombreux endroits, l'abord professionnel de cette problématique s'est ensuite rapidement imposé et des approches sociales, médicales, psychologiques et pédagogiques ont de plus en plus souvent été combinées et se sont concurrencées. En ce qui concerne le financement des institutions de thérapie des dépendances, on s'est inspiré du financement des homes en laissant les pouvoirs publics compenser les déficits d'exploitation.

La thérapie institutionnelle des dépendances a été l'un des premiers secteurs contraint par la baisse des subventions de l'AI à axer son financement sur la rétribution des prestations.

L'introduction du modèle FiDé permettra de mettre en œuvre un système avec une rétribution forfaitaire des prestations, ce qui pourrait intéresser d'autres domaines de la pédagogie sociale et de l'aide aux handicapés pour leur développement. Ils auront ainsi la possibilité de définir les prestations et les effets/buts et d'en vérifier ultérieurement les résultats.

De plus, les descriptions comparables facilitent l'échange de client/es par delà les frontières cantonales et régionales.

Enfin, conformément aux considérations et aux exigences des groupes de travail constitués en 1998, on a tenu compte dans la mesure du possible des progrès réalisés par des projets parallèles importants pour ce domaine spécialisé et on les a intégrés dans les travaux de développement de FiDé, comme QuaThéDa, Act-Info, la révision de la CIH/CIIS, mais aussi la RPT et la révision de la LStup. Certains de ces projets seront présentés dans ce chapitre.

10.1 Explications relatives à la systématique FiDé

En Suisse, l'offre étendue et largement diversifiée de thérapies résidentielles des dépendances repose pour l'essentiel sur des expériences concrètes.
Les communautés thérapeutiques qui ont vu le jour au début des années septante avec l'apparition d'une clientèle «nouvelle» et relativement jeune se présentaient aux assurances sociales comme des institutions de réinsertion spécialisées, la collaboration avec ces institutions s'inspirant du principe communément admis de la «primauté de la réinsertion sur la rente», aux conditions fixées par le législateur à l'art. 8 LAI.
Du fait de l'excédent de demande et de la garantie de participation financière de l'AI, le financement des thérapies résidentielles de la dépendance n'a posé aucun problème jusqu'en 1996. L'OFAS a ensuite adapté sa pratique en matière de subventions au droit en vigueur avec pour conséquence leur réduction. En effet, alors qu'auparavant le client était globalement assimilé à un invalide, les fonds peuvent désormais être débloqués dans les seuls cas où un certificat médical reconnu par l'AI a été délivré. La thérapie résidentielle de la dépendance a été confrontée de ce fait à une situation financière difficile. Les financements transitoires de la Confédération et de certains cantons ont largement pu pallier ces problèmes de liquidités. Néanmoins, certaines institutions ont dû fermer leurs portes, non pas seulement du fait de la diminution des subventions de l'AI, mais à cause notamment de la baisse de

la demande. De plus, l'absence de barème général des traitements s'est avérée un problème sérieux. Une comparaison qualitative des offres servant de base aux décisions de stratégie financière n'était pas possible dans ces conditions.
Dans le but d'habiliter les autorités cantonales à piloter la thérapie de manière plus ciblée, l'OFSP a octroyé un mandat ayant pour but d'étudier un modèle de financement des thérapies résidentielles de la dépendance (FiDé).
Le degré de toxicomanie peut se mesurer notamment au degré d'aide dont la personne concernée a besoin pour faire face aux exigences de la vie quotidienne. La systématique dont procède le modèle FiDé se fonde donc sur la capacité des toxicomanes à faire face à ces exigences et à gérer leur quotidien de manière autonome.
Dans certains cas, les personnes sont capables, malgré leur toxicomanie, d'échapper aux conséquences fâcheuses de leur état ou tout au moins de les contrôler sans recours à une aide professionnelle. Dans d'autres cas, les toxicomanes ne sont pas seulement toxicodépendants, mais aussi dans l'incapacité de faire face aux exigences de la vie quotidienne, ne serait-ce qu'en partie. Cela signifie que ces personnes présentent des déficits supplémentaires plus ou moins marqués sur le plan tant sanitaire que social et matériel. Le modèle FiDé définit donc, en fonction des moyens des personnes toxicodépendantes, les bases d'une prise en charge visant leur retour à l'autonomie.
La tâche prioritaire de la thérapie résidentielle des dépendances consiste par conséquent à aider les clients à (re)trouver leur autonomie en dehors de la consommation abusive de toute substance, à leur réapprendre à respecter des règles ou à gérer la frustration, etc. Cet apprentissage se fait normalement dans la famille, dans l'entourage ou, en d'autres termes, dans le réseau primaire que l'on va nommer« fonctions élémentaires». L'institution de réhabilitation doit donc être en mesure de fournir à ses clients un environnement stimulant, réunissant des caractéristiques essentielles du réseau primaire et susceptibles d'être intégrées par les clients. La tâche de réhabilitation, commune à chaque institution, en matière de toxicomanie justifie un tarif de base.
Dans la mesure où la socialisation ne se fait pas seulement dans le réseau primaire, mais aussi au travail, en formation et dans les loisirs, il faut disposer d'offres qualifiées pour ces domaines.
La forme et l'étendue de l'offre institutionnelle déterminent le profil de prestations et les coûts complets d'une institution. En d'autres termes, si une institution, outre qu'elle se substitue au réseau primaire, propose par ailleurs une offre étendue et bien structurée dans le domaine de la formation, du travail et/ou des loisirs, elle encourt des dépenses supplémentaires justifiant un tarif plus élevé.
La systématique FiDé distingue trois degrés dans le contenu d'une offre : prestation unique (offre ponctuelle), unité de prestation (plusieurs prestations uniques clairement délimitées les unes des autres) et domaine de prestations (lorsque toutes les exigences d'un domaine de resocialisation sont remplies au regard de la vie normale).
Le contrôle de qualité des prestations fournies est effectué dans le cadre de la procédure de certification périodique du système de gestion de la qualité «QuaThéDa» spécialement conçu pour les institutions traitant la dépendance.
Le choix du traitement opportun constitue un facteur déterminant pour le succès d'une réhabilitation. Il s'agit en l'occurrence de trouver l'institution répondant le mieux aux besoins spécifiques de la personne concernée. Ainsi, si les déficits se situent au niveau de la formation, on veillera à placer la personne toxicodépendante dans une institution qui non seulement pourra tenir lieu de réseau primaire mais propose aussi dans ce domaine une offre complémentaire.
Ces considérations sont également valables pour la durée d'un traitement. Celle-ci doit aussi être déterminée au cas par cas. Il ne s'agit pas pour autant de fixer, avant même le placement, un plan de traitement définitif. Il s'agit plutôt d'établir un plan individuel de placement sur la base de l'anamnèse puis de le contrôler régulièrement pour vérifier si la durée, le genre et l'intensité du traitement choisi restent appropriés.
Grâce à l'application continue de ces principes, on disposera à l'avenir d'une meilleure vue d'ensemble de l'offre de thérapie résidentielle, de la différenciation entre les institutions et d'instruments de pilotage appropriés.

Ainsi, la meilleure adéquation de l'institution aux besoins de la personne toxicodépendante et l'optimisation des prestations offertes laissent également entrevoir un potentiel important d'amélioration des interventions professionnelles.
Autre amélioration importante à attendre, la transparence des coûts sera bien mieux assurée. L'application cohérente des principes du modèle FiDé permettra d'atteindre les objectifs fixés – maîtrise des dépenses, un financement des prestations basé sur la situation présente, un même prix pour une

même prestation, mêmes conditions s'appliquant aux personnes souhaitant suivre une thérapie qu'à celles qui y sont contraintes (par des placements pénaux par exemple).

10.1.1 QuaThéDA (Qualité Thérapie Drogues Alcool)

QuaThéDA est un projet de promotion de la qualité destiné aux institutions de thérapies résidentielles drogues et alcool. Il a été lancé en 2000 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) suite à la décision de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) d'exiger des institutions recevant des contributions de l'assurance invalidité, d'être au bénéfice, dès fin 2002, d'une certification qualité pour continuer à toucher ce financement. Vu le grand nombre de ces institutions tributaires de ce soutien financier, l'OFSP a décidé de développer un programme qualité spécifique au domaine des dépendances afin d'aider les institutions à répondre à cette exigence.

Le but de l'OFSP, au travers du programme QuaThéDA, est d'entraîner ce secteur d'activité dans un processus à long terme de développement de la qualité.

10.1.2 Act-info

Le projet «act-info» piloté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et par l'Office fédéral de la statistique (OFS) a démarré en mai 1999 sous le nom de «Harmonisation des statistiques de l'aide aux personnes dépendantes».
Le but de ce projet est d'harmoniser les statistiques existantes sur l'aide aux personnes dépendantes en Suisse (FOS, SAMBAD, SAKRAM/CIRSA, HegeBe et Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone).
A cet effet, on recueille aussi bien dans le secteur ambulatoire que résidentiel des données sur les client/es et les traitements, sur les drogues légales et illégales ainsi que sur les dépendances non liées à des substances, comme la boulimie et le jeu.
Il s'agit d'identifier et d'éliminer les lacunes et les doublons, de regrouper les ressources disponibles et de centraliser ultérieurement les statistiques.
Un entretien a eu lieu le 9.10.02 entre les directeurs de l'OFSP et de l'OFS relatif à la poursuite du projet d'harmonisation des statistiques de l'aide aux personnes dépendantes «act-info». Il fut décidé à cette réunion de confier à l'OFSP le rôle de mandant principal. La collecte de données dans le cadre du projet «act-info» se poursuivra sans la participation officielle de l'OFS. Le droit d'établir des statistiques administratives «act-info» avec les bases juridiques correspondantes est donc supprimé.
Le projet «act-info», qui a été redimensionné, va désormais être intégré dans l'OFSP. A un stade ultérieur, on pourrait décider de retransférer le projet dans son ensemble dans le nouveau programme pluriannuel de la statistique fédérale.

10.2 CIIS: Importance de l'intégration des institutions de thérapie des dépendances dans une liste C

Un système de décompte du financement du domaine de thérapie des dépendances devra être trouvé par les cantons. Le groupe de coordination FiDé a convenu lors de sa réunion du 9 octobre 1998 que la meilleure solution serait de compléter la Convention intercantonale relative aux homes (CIH) qui a fait ses preuves, est en cours de révision et va être complétée à cette occasion d'une partie spéciale concernant les institutions de thérapie des dépendances. En effet, la création d'une convention ou d'un concordat spécial pour ces institutions n'est pas appropriée techniquement et peu efficace politiquement en raison de l'offre institutionnelle limitée dans ce secteur pour que chaque canton puisse continuer à offrir à ses client/es une offre à la fois complète et économique.
Une accessibilité intercantonale de l'offre est donc nécessaire pour des raisons techniques et économiques, plus l'offre est spécialisée et plus son usage transcantonal, transrégional (régions linguistiques), voire transnational (p.ex. dans le cas des offres ultra spécialisées) est nécessaire.

Plusieurs cantons abritent des institutions de thérapie des dépendances dans leur domaine de compétence (dénommés cantons répondants dans la CIIS) tandis que d'autres disposent d'un nombre insuffi-

sant voire pas du tout d'institutions propres ou adaptées à leur situation ou à la demande et sont donc tributaires des offres d'autres cantons.

Par la signature de la liste C dans le cadre de la CIIS les conditions sont crées pour que les cantons répondants ne soient plus obligés de contribuer directement ou indirectement aux dépenses occasionnées pour des client/es non domiciliés dans le canton tandis que les cantons sans offre institutionnelle propre continueront à bénéficier de l'assurance que leurs client/es pourront être pris en charge dans une offre d'aide à la toxicodépendance agréée, appropriée et de qualité – une évidence dans la CIH actuelle pour de vastes domaines du paysage institutionnel (sans institutions de thérapie des dépendances).

Au niveau des client/es, c'est l'objectif-clé et, en fin de compte, la raison d'être de la CIIS : les personnes ayant besoin d'un encadrement et d'un suivi particuliers doivent pouvoir être placées sans difficultés dans des établissements appropriés, équipés des aménagements techniques adéquats – même s'ils sont situés en dehors de leur canton de domicile. Il s'agit donc du principe d'un accès à l'intervention la mieux adaptée, indépendamment du lieu de domicile.

D'une manière générale, il n'y a pas à l'heure actuelle d'obligation légale à créer ou à gérer une infrastructure institutionnelle pour la prise en charge des personnes concernées, elle devra attendre la révision prévue de la loi fédérale sur les stupéfiants.

Dans l'esprit de la CIIS, la signature de la liste C met les institutions de thérapie des dépendances sur le même plan d'égalité que les autres institutions sociales et les intègre dans la planification de l'approvisionnement des cantons. Il s'ensuit pour les institutions une base de planification beaucoup plus contraignante en ce qui concerne leur activité.

La CIIS laisse les cantons signataires de la liste C libres de décider d'utiliser un modèle de compensation des déficits ou de décompte « P » sur la base de forfaits (comme dans le modèle FiDé : suggestion concernant le financement de la thérapie des dépendances).
L'introduction du modèle FiDé pourra démarrer courant 2003. Compte tenu du changement de système de base avec le modèle FiDé – paiement de « forfaits de champs d'intervention » dont le montant doit couvrir les frais et qui est fixé selon divers paramètres, comme les profils de prestations et la définition de groupes cibles, la catégorie de l'institution ou la durée de la thérapie – les effets détaillés sont difficiles à prévoir. En effet, il n'est pas facile pour les cantons de se décider a priori en faveur d'un système entièrement nouveau. D'un autre côté, les déficits dans le modèle de la compensation des déficits sont eux aussi inconnus (ou connus seulement avec un énorme retard). La couverture des déficits est donc pour les cantons une source d'incertitudes beaucoup plus grandes que le financement des prestations avec des prix fixes connus, défini sur la base contrats de prestations limités dans le temps, qui se conforme aux règles d'une planification financière moderne et donne aux institutions moins de faux espoirs.
A moins qu'elles ne transfèrent ce risque aux organismes responsables, le plus souvent privés, ce qui risque d'avoir des répercussions rapides et insoupçonnées sur la structure de l'approvisionnement.

On rappellera, à titre d'hommage historique, le positionnement à l'époque (1999) des responsables de la CIH, qui a été important pour la mise sur pied et le développement du projet FiDé.

10.2.1 Situation actuelle (1999) de la CIH

La CIH peut se prévaloir d'une expérience de 15 ans dans la collaboration intercantonale dans le secteur des institutions spécialisées. Près de la moitié des cantons a adopté à ce jour des institutions de thérapie des dépendances dans leur liste de homes. La CIH concerne le financement des déficits, un système qui est dépassé depuis lors et pour lequel manquent des exigences de qualité clairement définies. Le canton de domicilie du/de la client/e se voit imputer les déficits résiduels du canton répondant.

10.2.2 Possibilité d'intégration d'institutions de thérapie des dépendances dans la CIH

L'intégration des institutions de thérapie des dépendances dans la CIH est possible à condition que les cantons manifestent la volonté politique nécessaire. La CIH devra alors être adaptée en conséquence. Le modèle de financement combiné aux exigences de qualité devra être adopté de manière contraignante pour l'ensemble de la Suisse, en tous les cas par les cantons qui adhèrent aux parties concernées de la CIH. Pour la majeure partie des cantons, la CIH représente aujourd'hui une convention administrative, c'est-à-dire qu'elle n'a aucun effet sur la situation juridique du canton. Si la constitution du canton n'en dispose pas autrement, les gouvernements sont compétents pour décider de l'adhésion ou d'une modification. Aujourd'hui les organes de la CIH peuvent uniquement émettre des recommandations mais pas de directives ou d'ordonnances ayant un caractère contraignant, ce qui devra changer dans le futur. La CIH doit devenir une convention qui puisse comprendre aussi des éléments ayant un caractère législatif. Ces éléments seront limités pour des considérations fédéralistes à l'essentiel. De telles conventions sont très actuelles. Ainsi, ces dernières années la CDAS a mis sur pied ou prévoit de mettre sur pied diverses conventions de ce type (reconnaissance de diplômes, écoles spécialisées, etc.).

10.2.3 Adaptations nécessaires de la CIH

La CIH étant en cours de révision, le moment semble venu pour y apporter les modifications prévues. L'expérience a montré qu'une formulation plus claire et plus contraignante ainsi qu'une ouverture à d'autres systèmes étaient nécessaires en plus de la compensation des déficits (forfaits, tarifs, budgets globaux).

Le nouveau modèle de financement devra régler les points suivants :
- les acteurs (Confédération, cantons, communes, AI, LAMal, clients ou leurs représentants ou les fournisseurs);
- la part de financement des institutions de thérapie des dépendances ;
- le mode de calcul ou de définition des coûts (compensation des déficits, tarifs, forfaits, forfaits partiels, budget global, combinaisons).

Le modèle de financement choisi posera, dans une partie qui devra être créée, les jalons du décompte intercantonal dans le cadre de la CIH. Ce modèle ainsi que d'autres dispositions spécifiques relatives aux institutions de thérapie des dépendances parlent en faveur de l'intégration de ces institutions dans une nouvelle partie de la CIH.

Aujourd'hui, la CIH est structurée comme suit:
- La partie A concerne les enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à l'âge de 20 ans révolus et jusqu'à 22 ans révolus dans le domaine pénal.
- La partie B comprend les établissements pour adultes reconnus par l'AI.

Ces limitations disparaîtraient avec l'intégration des institutions en question dans une nouvelle partie à créer.
La première réunion de la commission d'experts a montré à quel point les intérêts divergent et la difficulté qu'il y a à concilier les différentes opinions. La CDAS prendra en compte les besoins des institutions de thérapie des dépendances dans la révision de la CIH. Pour mener cette révision à bien, elle aura toutefois besoin d'un soutien politique sans faille, ce qui signifie que le groupe de coordination FiDé devra s'adresser aussi bien aux gouvernements des cantons qu'aux présidences des quatre conférences faîtières (CDIP, CDAS, CCDJP et CDS). Les critères politiques devront alors être appliqués au niveau administratif, si bien que c'est là que se situe le principal problème de la révision de la CIH et non dans le domaine juridique.
A ce jour, 24 cantons ont adhéré à la CIH. Le canton des Grisons prépare actuellement son adhésion. L'intégration des institutions de thérapie des dépendances dans une nouvelle partie exige une négociation par les cantons des conditions spécifiques pour cette partie. Or, il est possible que tous les cantons ne souhaitent – ou ne puissent pas – adhérer en même temps à la convention relative aux institutions de thérapie des dépendances. Le plus important serait toufois que les gros cantons ou les cantons qui comptent un grand nombre de homes le fassent.

10.2.4 Résumé

- Les institutions de thérapie des dépendances devraient et pourraient être intégrées dans une nouvelle partie de la CIH. Pour ce faire il faudra disposer du modèle de financement et du système de management de la qualité FiDé.
- La CIH doit être contraignante, en particulier en ce qui concerne les institutions de thérapie des dépendances.
- Le groupe pilote prendra une décision politique et soumettra une demande correspondante aux cantons et aux 4 conférences de la CIH.

Ernst Zürcher, Secrétaire central de la CDAS

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Un changement de système aussi radical que celui que représente le passage au «FiDé» suscite évidemment des doutes considérables dans l'esprit de toutes les personnes impliquées. La nouvelle procédure entraînera des adaptations, des corrections et des mises au point. On peut s'attendre aussi à des extensions successives de l'offre d'aide corollaire.

Il est donc extrêmement important, pour la période allant du lancement à la première consolidation du système, que soit mandatée une organisation de référence. Elle aura pour mission essentielle d'apporter son soutien à toutes les personnes intéressées ou impliquées, d'intégrer à la procédure de façon aussi cohérente que possible les nombreux éléments du système, et de garantir une unité de doctrine propre à résoudre les questions et problèmes susceptibles de surgir.
On pense à ce sujet à l'enregistrement des prestations, au façonnement de l'image de l'institution et à l'évolution tarifaire, sans oublier l'utilisation, l'entretien et le peaufinage des outils de saisie centralisés, ni le traitement des données au bénéfice des cantons et des institutions.
En parallèle, l'organisation de référence devrait pouvoir également transmettre des informations d'ordre général sur le fonctionnement du système. Ce point englobe l'élaboration et la mise à jour de la page d'accueil du fidé à l'adresse www.fisu-fide.ch

Le procédé de facturation automatique induit une tâche connexe: en sa qualité d'organisme de vérification préalable, l'organisation de référence pourrait contribuer à réduire les risques d'erreur et à épargner ainsi aux communes et aux cantons concernés bien du travail inutile.

Une des autres fonctions de l'organisation de référence consiste à assurer la formation et le perfectionnement des personnes qui utilisent le système dans les divers domaines (par ex. reflet de l'image de marque, applications et mise à profit de l'informatique, organisation des postes de prise en charge, de triage ou d'indication médicale).

En raison de son étroite implication dans les travaux de projet et de développement qu'elle a suivis jusqu'ici, la COSTE semble être tout spécialement qualifiée pour remplir cette fonction d'organisation de référence, d'autant qu'elle est rattachée au secrétariat central CDAS et qu'elle est ainsi – du moins à moyen terme – subordonnée aux directrices et directeurs des services sociaux responsables au plan cantonal de la plupart des institutions de thérapies résidentielles dans le domaine des dépendances.

Sur le fond, c'est d'une part son engagement en matière de recherche de la qualité qui parle en faveur de la COSTE (elle a reçu pour mandat de l'OFSP début 2003 d'entretenir le système «QuaThéDa – résidentiel») et d'autre part le fait que les informations relatives à la «FiDé» étaient jusqu'ici accessibles au public (spécialiste ou non) par le biais de la page Internet «infoset direct» de cette même COSTE.

Ces nombreux points d'attache au système «fidé», de même que la recherche de qualité actuellement en cours, font qu'on peut également faire appel à la COSTE, au besoin dans le cadre des travaux de lancement de la CIIS, liste C/Institutions du domaine des dépendances.

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances Fidé a introduit un discours spécialisé durable dans un milieu institutionnel particulièrement hétérogène. D'un point de vue qualitatif, il a présenté de nouvelles formes de collaboration interdisciplinaire de même qu'entre les différentes institutions.
La théorie d'explication et d'action qui est à l'origine du cahier des charges de Fidé permet aujourd'hui un discours professionnel qui dépasse les frontières de la formation professionnelle. Un exposé continu et une définition du travail de lutte contre la toxicomanie ont été rendus possibles grâce à la description des thérapies résidentielles des dépendances qui est faite dans le cadre de Fidé. Cela présuppose toutefois une bonne dose de résolution et de volonté à présenter les prestations fournies dans tous les domaines.

A ce jour en Suisse, il n'existe pas, dans la pratique, de systèmes comparables de description, de recensement et d'évaluation. Des projets internationaux concrets allant dans ce sens ont certes été élaborés. Ces derniers sont néanmoins imprégnés des structures existantes qui se limitent le plus souvent à de tentatives trop focalisées sur les questions médicales et psychiatrique. Des discussions intensives sont encore nécessaires pour pouvoir intégrer judicieusement l'instrument correspondant dans le système suisse.

L'élaboration du cahier des charges des établissements résidentiels a été effectuée d'après divers critères qui devraient impérativement être respectés en cas d'élargissement éventuel du cahier des charges aux domaines non substitutifs du cadre de vie:
- l'implication d'experts du domaine concerné
- le recensement des clientes et clients
- l'orientation des clientes et clients sur la base du profil des ressources

Le respect de la systématique va permettre d'aborder des thématiques importantes pour les offres puis d'apporter des réponses correspondantes. De cette façon, des interfaces avec des systèmes connexes peuvent être définies et clarifiées. En outre, les prestations fournies deviennent comparables et les coûts réels seront présentés de façon transparente grâce à une tarification systématique.Ceci permettra notamment de créer les conditions essentielles pour les comparaisons de rendement ultérieures.

Fidé peut non seulement revendiquer le fait de remplir en grande partie les exigences posées à un nouveau système de financement sur le plan professionnel et au niveau du contenu, mais aussi d'avoir précisément réuni les conditions nécessaires à cette fin. La résistance à un changement de système radical ne provient presque exclusivement que de l'optique politico-financière étant donné que malgré la baisse des dépenses totales pour les thérapies substitutives du cadre de vie, le modèle requiert un déplacement des coûts qui peut engendrer des dépenses supplémentaires pour certaines unités d'imputation prises individuellement par rapport à leur engagement financier initial.

La possibilité existe aujourd'hui, en interaction avec QuaThéDA et Act-info, de diriger un domaine spécialisé sur le plan régional d'une part, et d'autre part de le développer dans un contexte national. Ces expériences pourront, dans une phase ultérieure, être élargies à d'autres domaines (plus vastes). Cela ne peut toutefois réussir que si les divers critères mentionnés sont respectés et si d'éventuelles nouvelles conditions-cadre (on pourrait penser à l'exemple du transfert des charges dans le sens mentionné ci-dessus) sont déclarées clairement, et qu'elles sont aussi définies et quantifiés a priori dans la mesure du possible.

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

13.1 Biographie succincte des auteurs

Peter Burkhard
Peter Burkhard (1949), marié, père de 3 enfants, directeur de l'association pour une thérapie complète de la toxicodépendance «*Die Alternative*».
Il s'occupe depuis 1970 des dépendances de la drogue et de l'alcool. En 1972, il ouvre la première communauté thérapeutique «*Ulmenhof*» à Ottenbach et se charge ensuite successivement de la mise sur pied et de l'intégration d'autres unités institutionnelles jusqu'à la constitution actuelle d'un réseau complet de suivi sociothérapeutique.
Peter Burkhard est coauteur du dossier de presse «Sucht und Drogen» et chargé de cours sur les questions de dépendance et de drogue dans diverses hautes écoles spécialisées dans l'aide sociale.
Membre du groupe d'experts de la Hochschule für Soziale Arbeit de Zurich et de la commission cantonale des problèmes de dépendance, il est aussi depuis 1997 président de l'association spécialisée «*ART74 Dachorganisation der Suchthilfe*».
Peter Burkhard a le statut d'expert externe dans l'organisation du projet FiDé.

Thomas Egli
Thomas Egli (1954), marié, père de 3 enfants, a travaillé après 7 semestres d'études de droit à l'Université de Berne dans le domaine sociopédagogique avec des drogués et des alcooliques pendant 17 ans. Il a suivi en cours d'emploi une formation de management et de superviseur. Depuis 1999, il est responsable à l'Office fédéral de la santé publique en qualité de scientifique adjoint du domaine de la thérapie, notamment de la réhabilitation résidentielle.
Thomas Egli est membre de la direction du projet FiDé, dirige la mise au point du système de référence QuaThéDA et est responsable avec Urs Künzi de l'harmonisation des statistiques sur l'aide aux personnes dépendantes (act-info).

Ueli Simmel
Ueli Simmel (1957), marié, père de 2 enfants, licencié en philosophie, psychologue FSP, a étudié la pédagogie et la psychologie à l'Université de Fribourg. Pendant et après ses études, il a travaillé au centre pénitentiaire semi-ouvert de Witzwil (BE), tout d'abord comme assistant et chef de service puis comme psychologue. De 1993 à 1995, il a participé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique à la rédaction du troisième rapport sur la méthadone et à titre intérimaire, au développement ultérieur du projet Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone.
Depuis 1995 Ueli Simmel est responsable d'un centre de la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE). Dans le cadre de l'organisation de projet initiale « Financement des thérapies résidentielles des dépendances FiDé », il a siégé dans les quatre groupes de travail mis sur pied par le groupe de coordination FiDé (Aides financières, modèle financier 2000ss, saisie des prestations et planification de l'offre), dans la commission d'experts chargée de la révision de la CIH/CIIS et est depuis sa fondation membre de la direction du projet FiDé.

13.2 Liste des abréviations

A+S	Alkohol- und Suchtfachleute Deutschschweiz
AFF	Administration fédérale des finances
AFF	Amministrazione federale delle finanze
AG AP	FiSu-Arbeitsgruppe Angebotsplanung
AG FiHi	FiSu-Arbeitsgruppe Finanzhilfen
AG FiMo	FiSu-Arbeitsgruppe Finanzmodell
AG LE	FiSu-Arbeitsgruppe Leistungserfassung
ART74	ART74 – Dachorganisation der Suchthilfe
ASID	Associazione per lo studio e l'informazione sulle dipendenze
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAP	Bundesamt für Polizeiwesen / Office fédérale de police
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CDAS	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales
CDCF – KKFD	Conférence des directeurs cantonaux de finances
CDCT – KKBS	Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies (CDCT)
CDOS	Conferenza dei direttori cantonali delle opere sociali
CFPA – EKA	Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool
CFPD – EKDF	Commission fédérale des Problèmes de drogue
CIIS	Convention intercantonale relative aux institutions cantonales
CIRSA	Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie
COSAS	Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale
COSTE – KOSTE	Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies residentielles pour les problèmes de drogues
COSTE – KOSTE	Centrale di coordinamento nazionale delle offerte di trattamento residenziale inerenti ai problemi di droga
CRASS	Conférence Romande des affaires sanitaires et sociales
CRIAD	Coordination Romande des Institutions et organisations ouvrant dans le domaine des Addictions
CSIAS	Conférence suisse des institutions d'action sociale
DFF	Département fédéral des finances
DFF	Dipartimento federale delle finanze
DSSV	Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes Plate-forme drogue de l'Union des villes suisses
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
EFD	Eidg. Finanzdepartement
EFV	Eidg. Finanzverwaltung
EKA – CFPA	Eidg. Kommission für Alkoholfragen

EKDF – CFPD	Eidg. Kommission für Drogenfragen
FOS	Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie
ggf.	gegebenenfalls
GREAT	Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies
IG BS/BL	Interessengemeinschaft regionale Trägerschaften BS und BL
IGPD	Interessengemeinschaft Private Drogenhilfe
IHV	Interkantonale Heimvereinbarung
ISPA – SFA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
IV	Invalidenversicherung (Abteilung im BSV)
IVSE	Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen
KK	Krankenkassen
KKBS – CDCT	Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen
KKFD – CDCF	Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren
KKJPD	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren
KOSTE – COSTE	Koordinationsstelle für stationäre Drogentherapie
NDA	Nationaler Drogenausschuss / Commission fédérale pour les questions liés aux drogues
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
RPT	Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches
SAKRAM	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol und Medikamentenabhängige
SAMBAD	Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue
SDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Sanitätsdirektoren
SDSS	Schweizerischer Dachverband für stationäre Suchthilfe
SFA – ISPA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
SGA	Schweizerische Gesellschaft für Alkohologie
SKBS	Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SODK	Konferenz der Kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
STCA	Servizio Ticinese di Cura dell'Alcolismo
STE	Suchttherapie-Einrichtungen
u.a.m.	und anderes mehr
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UST	Ufficio federale di statistica
VCRD	Verein christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich
VEV DAJ	Verband der Eltern- und Angehörigen-Vereinigungen Drogenabhängiger
VSD	Fachverband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz

13.3 Courriers et communiqués officiels du Département fédéral de l'intérieur DFI, de l'Office fédéral de la santé publique OFSP et de l'Office fédéral des assurance sociales OFAS.

LA CHEFFE
DU DÉPARTEMENT FÉDÉRAL
DE L'INTÉRIEUR

3003 Berne, le 16 juillet 1998

Aux Cantons

Mesdames les Conseillères d'Etat, Messieurs les Conseillers d'Etat,

De nombreuses institutions qui proposent des thérapies en institution contre la dépendance axées sur l'abstinence sont confrontées, pour de multiples raisons, à de graves problèmes de financement. J'estime qu'il est important d'empêcher un affaiblissement sensible du pilier que constitue la thérapie dans la politique du Conseil fédéral en matière de drogues. Cette politique, qui repose sur quatre piliers, ne restera crédible dans son ensemble et largement acceptée que si l'on parvient à préserver la substance du pilier de la thérapie et à assurer à ce dernier une base financière saine.

Il convient donc, à court terme, de prendre des mesures visant à empêcher la fermeture d'institutions qui répondent à un besoin et présentent un niveau qualitatif et un taux d'occupation élevés. A moyen terme, il faudra trouver des systèmes de financement durables garantissant une offre thérapeutique de qualité et répondant aux besoins.

L'une des raisons des difficultés de financement des institutions réside dans le fait que l'octroi de subventions de l'AI aux institutions pour personnes dépendantes connaît des changements profonds. Depuis le début de 1996, l'OFAS a régulièrement informé les départements cantonaux compétents en matière d'ateliers et homes pour handicapés, et en avril dernier, j'ai fait parvenir à ces départements une lettre explicative. Dans cette lettre, je leur ai concédé que l'AI peut actuellement verser des prestations aux institutions pour personnes dépendantes, même si ces institutions accueillent moins de 50% de personnes handicapées au sens de la LAI. Cette décision n'est pas remise en question.

Entre-temps, les deux offices fédéraux OFSP et OFAS m'ont soumis les résultats des enquêtes qui ont été menées.

Une expertise juridique demandée par l'OFAS et l'OFSP arrive à la conclusion que la nouvelle pratique de l'AI en matière de subventions est conforme à la LAI et à la jurisprudence. Il résulte de l'examen auquel l'OFAS a procédé que l'AI octroyait autrefois des subventions de manière trop généreuse, ce qui a conduit à une inégalité de traitement entre les institutions pour personnes dépendantes qu'elle subventionnait. En effet, il n'avait pas été procédé dans tous les cas à un examen selon les conditions de la LAI. Cette pratique, contraire aux dispositions légales, devait être changée. Or, une modification de la pratique de l'AI ne serait possible, ex lege, que par le biais d'une nouvelle pratique du TFA.

98.454

2

La consultation d'experts en matière de thérapie contre la dépendance a permis de constater que, du point de vue médical, un syndrome de dépendance grave et chronique aboutit à une atteinte à la santé qui peut durablement diminuer la capacité de travail et, partant, constituer une invalidité. L'OFAS aussi admet ce raisonnement en pratiquant un système selon lequel il faut apporter la preuve que l'atteinte à la santé est pertinente pour l'AI. Les experts relèvent en outre que plus les mesures adéquates seront prises tôt, plus la réadaptation ou les efforts visant à éviter l'invalidité seront couronnés de succès.

L'AI octroiera, à l'avenir aussi, des subventions aux institutions pour personnes dépendantes. Elle exige cependant la preuve que les personnes prises en charge, pour qui les subventions sont versées, soient handicapées au sens de la LAI. Cette preuve peut être fournie soit par une décision positive d'octroi de prestations émanant d'un office AI, soit par un certificat médical explicite. Il est important de mieux informer les médecins qui s'occupent de personnes dépendantes de ce qui constitue une invalidité au sens de l'AI. L'OFSP entreprendra ce travail d'information en collaboration avec l'OFAS.

Les expertises et les données de base de l'OFAS et de l'OFSP permettent de commencer les travaux préparatoires en vue d'un système global de financement de l'encadrement, de la thérapie et de la réadaptation en institution dans le domaine de la dépendance avec la participation de la Confédération, des cantons et des assurances sociales. Il incombe aux cantons de garantir l'existence d'une offre suffisante et diversifiée de thérapies et de moyens de réadaptation et d'en assurer une partie du financement. Par ailleurs, les institutions devraient si possible faire l'objet d'une planification qui dépasse le territoire de chaque canton, ce qui est aussi valable pour leur mode de financement. Les solutions à trouver sont donc avant tout intercantonales. Je serais contente de pouvoir en discuter l'automne prochain avec des représentants des gouvernements cantonaux, et notamment avec les Conférences des directeurs des affaires sociales et des affaires sanitaires.

Pour aller de l'avant, j'ai chargé les deux offices concernés de constituer un groupe de coordination chargé de prendre des mesures à court terme et d'élaborer des solutions à long terme. A part l'OFSP, l'OFAS, la COSTE et des représentants des institutions pour personnes dépendantes, les cantons devraient également être représentés au sein de ce groupe. L'OFSP prendra contact avec la CDAS et la CDS afin de déterminer si une représentation des cantons est souhaitée et comment celle-ci se présentera concrètement.

Dans un premier temps, ce groupe de coordination prendra des mesures de crise pour assainir les institutions d'aide aux personnes dépendantes dignes d'être maintenues et que la nouvelle pratique de l'OFAS a placées dans une situation financière précaire. Les institutions menacées de disparaître pourront, dès le mois d'août 1998, s'adresser au groupe de coordination auprès de l'OFSP. Le Département fédéral de l'intérieur cherche actuellement à libérer des fonds de la Confédération pour pourvoir venir en aide aux institutions en difficulté.

Le groupe de coordination élaborera en outre des systèmes de subventionnement globaux performants, répondant aux besoins et applicables à long terme.

3

Au printemps 1999, il soumettra à la Confédération et aux cantons des propositions de financement de l'aide aux personnes dépendantes en institution, de sorte qu'il sera possible de mettre en route des décisions en tenant compte de toutes les assurances sociales.

L'OFSP et l'OFAS réuniront par ailleurs avec l'aide des cantons toutes les informations nécessaires à une meilleure connaissance de l'ensemble de l'offre de thérapies et moyens de réadaptation, afin de mettre en relief les besoins des personnes dépendantes, les modes de financement et les prestations effectivement réalisées. Je vous prie de soutenir les deux offices fédéraux dans leurs efforts visant à réunir ces informations.

L'ensemble de ces mesures doit permettre, d'une part, de poursuivre une politique en matière de dépendance qui respecte l'objectif d'abstinence et de réinsertion, et, d'autre part, d'appliquer une politique d'assurance sociale, en particulier d'assurance-invalidité, qui soit conforme au but et au texte de la loi. Il est évident que certaines des décisions à prendre demanderont du temps. Je ne peux cependant pas laisser les choses en l'état actuel: il faut donc également trouver une réglementation applicable à court terme. Je ne voudrais pas que ce processus soit synonyme de perte d'une offre de thérapie et de réinsertion indispensables pour amener des personnes dépendantes à recouvrer leur autonomie.

Vous trouverez en annexe, pour votre information, le communiqué de presse qui sera envoyé ces prochains jours.

En vous remerciant de votre engagement en faveur des personnes handicapées et dépendantes et de votre collaboration constructive en vue de résoudre les problèmes existants, je vous prie d'agréer, Mesdames les Conseillères d'Etat, Messieurs les Conseillers d'Etat, Mesdames, Messieurs, l'assurance de ma haute considération.

Ruth Dreifuss
Conseillère fédérale

Annexe: communiqué de presse

Adresse du groupe de coordination:
OFSP, division Dépendance et sida
Monsieur U. Locher, sous-directeur
3003 Berne

Copie:
- CDAS
- CDS

Bundesamt
für Gesundheit

Office fédéral
de la santé publique

Ufficio federale
della sanità pubblica

Swiss Federal Office
of Public Health

Unité principale Dépendances et Sida

Votre référence
Communication du
Notre référence EGT
Téléphone direct 031 323 80 19
Téléfax direct 031 323 87 89
E-Mail thomas.egli@bag.admin.ch

Aux Directrices et Directeurs cantonaux
des affaires sociales

Berne, le 9 avril 2001

Nouveau système de financement des institutions résidentielles du domaine des dépendances FiDe / Fisu 2001

Madame la Conseillère d'Etat,
Monsieur le Conseiller d'Etat,

Par le présent courrier, nous vous informons sur l'état d'avancement du projet de nouveau système de financement des institutions résidentielles du domaine des dépendances. Ce projet est imbriqué dans d'autres processus dont il est indispensable de tenir compte, notamment la révision de la Convention intercantonale sur les institutions sociales (CIIS), la nouvelle péréquation financière (NPF) et le système de gestion de la qualité QuaThéDA. Nous limiterons notre propos ici principalement aux aspects relatifs au nouveau système de financement FiDe/FiSu.

Suite à la consultation des cantons effectuée en 1999, l'année 2000 a surtout été consacrée à effectuer des relevés dans une douzaine d'institutions afin de tester la faisabilité du modèle proposé. Le groupe de coordination FiDe/FiSu a pris connaissance le 14.12.2000 du rapport de l'expert W. Oggier et a discuté de ses propositions relatives à un tarif par forfaits dans le domaine en question. Des calculs fondés sur les moyennes des valeurs observées dans les institutions pilotes permettent de proposer un tarif pour les institutions offrant une prise en charge de longue durée dans le domaine des drogues illégales. Pour les autres types d'institutions (domaine alcool, prise en charge de moyenne durée), les données sont actuellement complétées afin de disposer d'un nombre de cas suffisant pour déterminer dans les semaines à venir des propositions de tarif solidement fondées.
Un rappel des bases théoriques du nouveau modèle de financement basé sur les prestations différenciées par champs d'intervention est nneexé à la présente lettre. Par ailleurs, l'année 2000 a aussi permis d'avancer sur la mise en place d'un système d'assurance de qualité et sur la révision de la Convention Intercantonale sur les Institutions sociales.

Il était prévu initialement d'introduire définitivement le nouveau modèle de financement au 1er janvier 2002. Comme les donnée de la phase pilote 2000 doivent encore être confirmées par une seconde phase pilote avec les cantons en 2001, et compte tenu des travaux restant à faire jusqu'à l'adoption de la Convention intercantonale sur les institutions, ce délai devra

Adresse postale: 3003 Berne
Téléphone 031 323 87 11
Téléfax 031 323 87 89

être reporté de quelques mois. Une introduction en 2002 reste en effet malgré tout notre objectif.

Poursuite des travaux en vue d'introduire le nouveau modèle de financement
Après l'analyse effectuée en collaboration avec 12 institutions pilotes, notre objectif est de procéder de juin à décembre 2001 à une clarification des procédures et à un test de mise en œuvre de ce nouveau système et de ces tarifs en collaboration avec les cantons. Cet essai vise les buts suivants :

- La calculation des coûts et des forfaits selon le nouveau modèle doit être introduite et comparée avec l'ancienne manière de procéder; cet exercice se fera au cours de cette année 2001 exclusivement sur le papier, en tant qu'essai de facturation, mais sans incidence financière réelle
- Les procédures et instruments pertinents déjà mis en œuvre actuellement par les cantons doivent être intégrés dans le nouveau système ; en particulier on réunira les expériences acquises en matière de contrats de prestations et de décisions sur les choix de placements résidentiels
- Trouver, dans la relation entre cantons et institutions, une manière de procéder qui donne à tous les intéressés plus de sécurité par l'application du nouveau modèle
- Assurer l'égalité des tarifs pour les clients intra- et extra-cantonaux
- Corriger et compléter le projet de tarif en fonction des connaissances et expériences acquises
- Définir là où les cantons devraient effectuer des adaptations de lois ou de règlements
- Développer un modèle-type de contrat de prestations
- Définir les conditions réalistes pour adapter et améliorer le placement des clients dans les institutions les plus adéquates par rapport à leur situation.

Cet exercice sera un pas important en vue de l'introduction proprement dite du nouveau système de financement.

En parallèle, deux autres processus se poursuivent :
La révision de la Convention intercantonale sur les institutions sociales (CIIS) a fait l'objet d'une consultation, et les nombreuses prises de position sont examinées et intégrées dans la rédaction finale. Ce travail est conduit par le secrétariat central de la CDAS, qui en communiquera le résultat et le calendrier final.
D'autre part, le système de gestion de la qualité spécifique aux institutions du domaine des dépendances QuaThéDA est mis en place selon le calendrier prévu ; un référentiel (système d'exigences, standards et indicateurs) a été établi, qui complète en les reprenant les exigences OFAS/AI2000 ; la formation des agents qualité des institutions est en cours et le plan relatif à la certification des institutions est bien avancé. Les contacts sont établis avec d'autres systèmes de qualité à l'œuvre dans ce domaine. Avec la possibilité de procéder à une certification basée sur le système de gestion de la qualité d'ici à fin 2002, on répond aussi à l'une des exigences posées par la révision de la CIIS.

Projet pilote en collaboration avec un groupe de cantons
L'exercice de clarification des processus, de mise en oeuvre et de vérification mentionné ci-dessus devrait au mieux se dérouler à l'échelle d'un groupe de 4 à 8 cantons volontaires, avant de passer à une généralisation.
Dans un premier temps, les cantons participants effectueraient avec leurs institution la définition des „profils d'institutions et des groupes cibles de clients" selon les critères définis par le modèle FiDe/FiSu.

L'étape suivante verrait l'application du projet de tarif sur le papier, en comparaison des coûts calculés selon le système actuel; en parallèle on effectuera une simulation des nouveaux circuits de paiement des montants dus par les clients, les assurances sociales, l'aide sociale et les cantons. Il n'est pas exclu que l'application à titre d'essai du nouveau système et des tarifs proposés puisse conduire à des différences de recettes pour certaines institutions, en plus ou en moins par rapport à la situation actuelle. Ces différences devront être examinées de près et être soit justifiées, soit corrigées.
Une troisième tâche du projet pilote sera de définir des modèles de contrats de prestations, tenant compte des éléments pertinents du système actuel. Il reste encore à examiner si ces contrats de prestations devront être bilatéraux (entre canton et institution) ou triangulaires (incluant aussi l'OFAS) ou encore si les deux combinaisons doivent exister en parallèle.
Le projet pilote sera conduit et soutenu techniquement par l'OFSP avec la coopération de COSTE, d'experts et de praticiens.

Questions ouvertes
Evidemment, il reste encore de nombreuses questions non résolues.
L'une d'elles concerne les modalités de triage et le choix du placement le plus approprié : certains cantons ont déjà adopté des solutions adéquates alors que d'autres n'ont pas de structure spécialisé dans ce but.
Au cours du développement du modèle, la question s'est souvent posée de savoir si on adopte des forfaits par domaine d'intervention ou des forfaits par cas et comment on prend en compte la durée de traitement, notamment en cas d'interruption précoce. Le groupe de travail FiDe/FiSu s'est prononcé à l'origine pour des forfaits par champ d'intervention. La faisabilité d'une comptabilité suffisamment différenciée sur cet aspect devra encore être testée.
Enfin, la question importante de la neutralité des coûts doit être soulignée. Les parties à ce processus ont souvent interprété cette notion en pensant que leur part au financement ne devrait pas être augmentée. Il importe à notre avis surtout que les modifications de tarifs et de circuits de paiements ne fassent pas exploser les coûts totaux de ce domaine. S'agissant des contributions de l'AI, le passage des actuelles contributions selon le déficit à un système de forfaits est en en préparation. Il peut être assuré aux institutions que, à taux d'invalidité égal, la contribution de l'Assurance invalidité sera égale à celle versée actuellement.

Que va-t-il se passer très prochainement ?
Nous prévoyons d'informer très prochainement tous les responsables cantonaux concernés en détail sur le projet décrit ci-dessus afin de permettre aux cantons de se prononcer sur le principe d'une participation éventuelle au projet pilote. Une **réunion d'information pour tous les cantons** dans ce but est fixée au **2 mai prochain après-midi** à Berne. Nous avons jugé utile d'en informer également directement les fonctionnaires cantonaux chargés de ce domaine, selon la liste que vous avez communiquée à la CDAS récemment.

Annonce d'intérêt
Dès que votre canton aura pris l'option de participer – ou de ne pas participer - à ce projet pilote, nous vous serions reconnaissants de nous en informer aussi rapidement que possible. Vous trouverez également en annexe un formulaire permettant de nous communiquer votre décision.

La décision de participation au projet pilote devrait être prise par les cantons et communiquée à l'OFSP jusqu'à fin mai. En effet, une **première réunion de travail des cantons participants à la phase pilote** est fixée au **5 juin**.
Afin de démarrer le projet pilote, il est nécessaire notamment de procéder rapidement à une comparaison des instruments existants et des travaux préparatoires réalisés dans

chaque canton participant. Les premières étapes du processus et un agenda du projet devront aussi être rapidement débattus. L'organisation du projet pilote dépendra en outre largement du nombre de cantons participants.

Aides financières transitoires
En décembre 2000, la Confédération a versé pour la troisième fois des contributions financières transitoires destinées à compenser les difficultés financières liées au changement de pratique de l'Assurance invalidité et à la mise en place d'un nouveau modèle de financement. Cette troisième contribution, d'un montant de 15 millions de francs, a été versée par l'intermédiaire des cantons, que nous remercions pour leur coopération.
Il importe de rappeler ici que le Conseil fédéral et le Parlement se sont maintes fois exprimés sur le fait que cette contribution transitoire 2000 était la dernière et qu'à l'avenir les cantons doivent veiller à assurer eux-mêmes que les institutions ne se trouvent pas devant de pareilles crises de liquidités.

Information aux autres intéressés
Une copie de cette lettre est adressée à tous les fonctionnaires cantonaux spécialisés responsables de la question des institutions résidentielles (selon la liste établie par la CDAS en janvier de cette année), au Secrétariats généraux de la CDAS et de la CDS, à l'Office fédéral des assurances sociales, ainsi qu'aux fédérations d'institutions et de professionnels concernées. Le site internet www.infoset.ch destiné aux échanges professionnels sur les questions relatives aux dépendances affiche également une copie de ce courrier. De la sorte, nous espérons assurer un même niveau d'information à tous les partenaires de cette question.
Toute correspondance relative au déroulement de ce projet est à adresser à M. Thomas Egli, OFSP, section interventions drogue, domaine thérapie, 3003 Berne, tel 031 323 80 19, ou à fisu@bag.admin.ch

Veuillez recevoir, Madame la Conseillère d'Etat, Monsieur le Conseiller d'Etat, nos respectueuses salutations.

Office fédéral de la santé publique
Division principale dépendances et sida

Ueli Locher, Sous-directeur

Annexes
Résumé du concept FiDe/FiSu
Organisation du projet pilote ‚cantons 2001'
Pré-annonce des réunions du 2 mai 2001 (information) et du 5 juin 2001 (groupe pilote)
Formulaire de déclaration d'intérêt

Copies pour information :
Responsables concernés dans les administrations cantonales
OFAS, Division Assurance Invalidité
Secrétariats généraux de la CDAS et de la CDS
SDSS, CRIAD, VSD, A+S, VCRD, GREAT, ASID
COSTE, www.infoset.ch

Communiqué de presse du 24 avril 2002

Modification du système de financement des institutions pour personnes handicapées
Le Conseil fédéral a approuvé la modification du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI). Elle concerne un nouveau système de financement des institutions pour personnes handicapées sous forme de contrats de prestations et l'atténuation des conséquences juridiques lors d'une demande de subventions AI/AVS hors délai. Cette modification entrera en vigueur le 1er juin 2002.

Introduction d'un nouveau système de contributions AI, sous forme de contrats de prestations
Dorénavant, les institutions pour personnes dépendantes recevront un montant forfaitaire pour chaque personne prise en charge qui sera calculé en fonction des prestations octroyées. Ce forfait découlant du contrat de prestations sera versé par le canton de domicile de l'institution. Canton qui, de son côté, réclamera sa part aux différents organismes payeurs (AI, commune, etc.). Ce nouveau modèle de financement a été élaboré par le groupe de coordination «Financement des thérapies résidentielles de la dépendance (FiDé/FiSu)», composé de représentants des cantons et des institutions et animé par l'Office fédéral de la santé publique.
L'OFAS a modifié sa pratique d'octroi de subventions à des institutions pour personnes dépendantes suite à un avis de droit du Tribunal fédéral des assurances. Ce dernier avait relevé, à plusieurs reprises, que la dépendance en tant que telle n'impliquait pas une invalidité au sens mentionné dans la loi. En 1998, le nombre de personnes handicapées prises en charge par des institutions pour personnes dépendantes fut moins élevé que les prévisions l'avaient laissé supposer. Certaines institutions pour personnes dépendantes furent confrontées à des difficultés financières vu que seule une partie des personnes prises en charge bénéficiaient de prestations AI et que, de ce fait, le montant des subventions AI octroyé diminua par rapport aux années précédentes. Des subventions fédérales furent accordées pour pallier aux problèmes de liquidités.
Cette modification du règlement sur l'assurance-invalidité offre la possibilité de conclure des contrats de prestations également avec d'autres types d'institutions pour personnes handicapées.

Atténuation des conséquences juridiques lors d'une demande de subvention AI/AVS tardive
Une exécution rapide et efficace des demandes de subventions dépend du respect des délais de dépôt des demandes par les institutions et les organisations. Actuellement, l'inobservation du délai, sans raison plausible, entraîne la perte du droit à la subvention AI/AVS même s'il ne s'agit que d'un retard de quelques jours. Les conséquences de cette réglementation sévère touchent très fortement les demandeurs de subventions ou leur support juridique et rend son application presque impossible dans la pratique.
La modification du règlement atténue les conséquences juridiques d'un retard dans la demande de subventions AI déposée par les institutions, les organisations de l'aide privée aux invalides ou les centres de formation pour le personnel spécialisé mais également pour les organisations de soins à domicile (Spitex) qui reçoivent des subventions AVS. Dorénavant, l'inobservation du délai sans raison plausible entraînera une réduction de la subvention dont le pourcentage augmente de manière linéaire selon l'importance du dépassement du délai (le premier mois de retard 20%, auxquels s'ajoutent 20% pour chaque mois de retard supplémentaire).

DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
Service de presse et d'information

Renseignements:
Tél. 031/322 91 17
Dorothea Zeltner, cheffe de secteur
Domaine Assurance-Invalidité
Office fédéral des assurances sociales

LA CHEFFE
DU DÉPARTEMENT FÉDÉRAL
DE L'INTÉRIEUR

3003 Berne, 5 juillet 2002

Aux
- Départements cantonaux compétents pour les institutions pour handicapés
- Départements cantonaux compétents pour les institutions pour personnes dépendantes
- institutions pour personnes dépendantes qui ont droit à des subventions AI

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, le financement des institutions pour personnes dépendantes (FiDé) fait depuis longtemps l'objet de discussions. Les institutions elles-mêmes, les cantons, le Conseil fédéral et le Parlement ont à plusieurs reprises tenté de résoudre les problèmes qui y sont liés. Des efforts considérables ont été entrepris par toutes les parties pour soutenir le principe des quatre piliers prôné par le Conseil fédéral, ainsi que pour trouver, à court et à long terme, des solutions susceptibles de garantir la thérapie axée sur l'abstinence. Le Conseil fédéral vient de prendre une autre décision importante dont je voudrais vous informer par la présente lettre.

Les travaux préparatoires du groupe de projet FiDé relatifs au développement d'un nouveau modèle de financement, sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), sont suffisamment avancés pour permettre le passage au modèle FiDé dès l'automne 2002, en attendant son introduction le 1er janvier 2003. Afin que l'assurance-invalidité puisse aussi créer les bases nécessaires, le Conseil fédéral a décidé le 24 avril 2002 de modifier le règlement sur l'assurance-maladie (RAI). Cette modification, entrée en vigueur le 1er juin 2002, permet à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de verser des subventions de l'AI aux cantons qui ont souscrit au modèle FiDé. Le texte de cette modification du RAI, accompagné du commentaire, est joint en annexe à la présente lettre.

Le Conseil fédéral a fait, avec cette modification du RAI, un geste clair en faveur du modèle FiDé. Il savait toutefois pertinemment, lorsqu'il a pris cette décision, que certains cantons ne sont pas encore prêts à y adhérer. En formulant la modification sous forme de possibilité (art. 104ter, al. 2, et. art. 107bis, al. 2, RAI), il tient compte des institutions dépendant des cantons qui, pour certaines raisons, ne sont pas encore en mesure de participer au modèle FiDé et leur permet de continuer à effectuer leurs décomptes avec l'OFAS de la manière habituelle. Il ne reconduit cependant pas les mesures immédiates (abrogation de la clause du 50 %, crédits transitoires, renoncement à la restitution des acomptes trop élevés versés par l'AI) qu'il avait prises jusqu'à l'introduction du modèle FiDé.

02.285

2

En contrepartie, le Conseil fédéral souhaite saluer les efforts consentis par les cantons qui participent au modèle FiDé. Il reconnaît que l'introduction de ce dernier constitue pour les cantons répondant des institutions et pour les cantons de domicile des personnes une charge administrative plus importante que la charge actuelle et que celle prévue par la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) pour les institutions pour handicapés. Les cantons répondants sont déjà responsables de la planification des besoins, de la surveillance et de l'approbation des institutions. La CIIS les oblige en outre, pour toutes les institutions de la partie B (c'est-à-dire toutes celles pour handicapés adultes), à demander la garantie de prise en charge des frais au canton de domicile si ces institutions accueillent des personnes domiciliées hors de leur territoire. Le modèle FiDé prévoit de surcroît qu'il incombe à ces cantons de faire valoir les forfaits auprès des agents payeurs et de répartir les subventions AI entre eux. Le Conseil fédéral a maintenant décidé de faire un pas vers les cantons répondants qui participent au modèle FiDé ; à cet effet, il garantit des subventions AI aux institutions intégrées dans ce modèle, même si elles n'accueillent pas en majorité des invalides au sens de la loi, c'est-à-dire qu'elles ne respectent pas la clause du 50 % (cf. art. 100, al. 1bis, et art. 106, al. 3bis, RAI). Par contre, dans les cantons qui n'ont pas adhéré au modèle FiDé, la clause du 50 % sera de nouveau valable pour toutes les autres institutions sans exception dès le 1er janvier 2003 (art. 100, al. 1, RAI).

A l'époque, outre l'abrogation générale de la clause des 50 %, le Conseil fédéral avait, à titre d'autres mesures urgentes, demandé des crédits transitoires au Parlement et renoncé à la restitution des acomptes trop élevés versés par l'AI. Ces mesures immédiates avaient pour objectif de garantir des liquidités aux institutions pour personnes dépendantes jusqu'au passage au modèle FiDé. Comme il est désormais possible de passer à ce modèle dès l'automne 2002, elles ne sont plus nécessaires ; il y a d'autres moyens de garantir les liquidités des institutions. Le Conseil fédéral a donc décidé de ne pas demander d'autres crédits transitoires au Parlement. Il a aussi chargé le DFI de faire valoir les exigences financières de l'AI conformément au calendrier FiDé, mais au plus tard fin 2005. Son raisonnement était le suivant : le passage du subventionnement rétroactif au financement immédiat permet aux institutions de compter sur des recettes supplémentaires l'année où elles passent au modèle FiDé. En effet, les subventions AI de l'année précédente, conformément au système actuel, leur seront versées en même temps que les subventions au titre de l'année en cours. Ces sommes devraient leur permettre de commencer à rembourser leurs dettes, tout en leur garantissant des liquidités. L'année 2005 a été choisie comme date butoir car la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre Confédération et cantons (RPT) doit entrer en vigueur en 2006.

Le groupe de projet FiDé m'a appris que pour décider de passer au modèle FiDé, il ne suffit pas de connaître le montant du forfait ; il faut surtout connaître l'importance de la reconnaissance par les offices AI et savoir si les coûts d'investissement sont remboursés par le forfait.

Le montant des forfaits applicables pour les divers profils d'institution vous a déjà été communiqué par l'OFSP lors de sa séance du 24 avril 2002. Il se base sur les résultats des institutions ayant participé au projet pilote. L'OFAS calculera probablement d'ici fin juillet la part de ce forfait qui incombe à l'AI. Je vous garantis que cette part sera calculée de façon à ce que la contribution de l'AI aux coûts globaux d'une personne invalide soit aussi élevée qu'elle l'est actuellement avec le modèle de financement de l'OFAS.

3

Pour l'instant, les contributions aux coûts d'investissement n'ont pas été incluses dans le forfait. La procédure permettant de faire valoir les subventions de l'AI aux coûts d'investissement s'appuie par conséquent aussi, dans le modèle FiDé, sur la circulaire sur le versement de subventions pour la construction et les agencements publiée par l'OFAS le 1er janvier 1999.

Pour ce qui est de la reconnaissance d'une invalidité par les offices AI, voici les éléments dont je dispose. Comme l'OFAS vous l'a déjà annoncé dans sa lettre de novembre 2000, les subventions collectives de l'AI seront, dès 2003, versées uniquement en fonction du pourcentage de personnes dont l'invalidité a été examinée et reconnue par un office AI. Nous ne savons pas encore si ce pourcentage sera plus élevé ou plus bas que le pourcentage actuel, calculé sur la base des certificats médicaux. Afin de s'en faire une idée, l'OFAS a demandé aux institutions, dans la lettre mentionnée plus haut, d'annoncer auprès d'un office AI, dès le 1er janvier 2001, toutes les personnes qu'elles considèrent comme invalides. Elle les a également priées de lui communiquer les résultats de ces examens en même temps que le dépôt de la demande de subventions pour l'exercice 2001, demande qui peut encore être transmise à l'OFAS jusqu'à fin juin 2002. Une fois en possession de ces documents, l'OFAS entreprendra une première estimation et communiquera aux cantons, en octobre, le taux de reconnaissance par l'AI qui aura été déterminé pour l'année 2001. Le taux forfaitaire arrêté pour la période de transition expire à la fin de l'année et ne sera pas renouvelé.

Les institutions qui n'ont pas encore reçu de subventions AI peuvent également être intégrées dans le modèle FiDé. L'intégration ne leur donne cependant pas automatiquement droit à des subventions de l'AI. Pour faire valoir ce droit, elles doivent satisfaire à tous les critères prévus dans la loi sur l'assurance-invalidité (LAI), dans le RAI et dans les directives de l'OFAS (tels que : intégration dans la planification des besoins, nombre minimum de places, exigences posées au support juridique, concept d'exploitation et d'encadrement approuvé par l'OFAS, etc.).

Je voudrais enfin vous rappeler que dans son message concernant la RPT, le Conseil fédéral prévoit de transférer de la Confédération aux cantons la responsabilité des prestations collectives de l'AI. L'entrée en vigueur est prévue pour le 1er janvier 2006. A partir de cette date, toutes les subventions collectives de l'AI versées aux institutions pour handicapés, y compris aux institutions pour personnes dépendantes, seront supprimées. Que les cantons choisissent ou non le modèle FiDé, c'est à eux seuls qu'incombera la responsabilité du financement des institutions.

Je suis consciente que le modèle FiDé n'est pas encore élaboré dans ses moindres détails et qu'il implique des changements surtout pour les cantons. Mais j'ai confiance et je sais que l'OFSP vous fournira en temps voulu, si nécessaire en collaboration avec l'OFAS, les autres documents nécessaires et qu'il aidera activement les cantons à introduire le nouveau modèle. En donnant la possibilité, dans le modèle FiDé, de verser aussi des subventions aux institutions qui n'encadrent qu'une minorité de personnes invalides, le Conseil fédéral a consciemment créé un élément favorable. Il a ainsi voulu récompenser les efforts consentis par les cantons pour introduire un modèle de subventionnement coordonné et approprié en matière d'aide aux personnes dépendantes. Je suis certaine que vous saurez tirer profit de cette possibilité.

4

Cette lettre ne répond vraisemblablement pas à toutes les questions que pourraient se poser les cantons et les institutions. Pour y répondre, l'OFAS et l'OFSP organisent conjointement une réunion d'information (voir annexe).

Au nom des deux offices, je vous invite donc cordialement à y assister, en espérant vivement que l'introduction prochaine du modèle FiDé sera une réussite.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération la meilleure.

Ruth Dreifuss
Conseillère fédérale

Annexes :
- Extrait de la modification du RAI du 24 avril 2002
- Extrait du commentaire des modifications du RAI du 24 avril 2002
- Invitation à la séance d'information

LA CHEFFE

DU DÉPARTEMENT FÉDÉRAL
DE L'INTÉRIEUR

Berne, le 13 décembre 2002

A Mesdames et Messieurs
les Conseillers d'Etat en charge des
affaires sociales et sanitaires

Financement des institutions de thérapie résidentielle de la dépendance FiDé

Madame la Conseillère d'Etat,
Monsieur le Conseiller d'Etat,

Durant l'été dernier, plusieurs cantons se sont adressés à moi pour me faire part de leur inquiétude concernant le modèle de financement FiDé. Ils ont évoqué différentes questions encore en suspens, en me demandant de reporter la date d'introduction de ce modèle de financement jusqu'à ce que tous les points soient éclaircis. Une discussion avec une délégation de la CDAS et de la CDS a eu lieu le 28 octobre 2002. Partant du principe que la réponse aux questions qui m'ont été posées ainsi que les résultats de cette discussion présentent un intérêt pour tous les cantons, je leur adresse à tous une seule et même réponse.

Les réactions des cantons me permettent de conclure que le système FiDé n'est généralement pas contesté du point de vue technique, mais que son introduction dans les délais prévus pose problème, surtout dans les cantons qui disposent d'une offre importante en matière d'assistance en cas de dépendance, en raison du changement qu'il introduit en faveur d'une indemnité forfaitaire. Les cantons ayant une offre limitée ne devraient toutefois guère avoir de problèmes à cet égard.

Je pense qu'il est utile, dans ce contexte, d'expliquer brièvement les aspects positifs d'une introduction rapide du nouveau modèle de financement.

Avec FiDé, l'assistance en cas de dépendance pourra se développer de façon coordonnée. Il en résultera non seulement une amélioration qualitative des prestations, mais aussi une plus grande transparence et une meilleure prise de conscience des coûts relatifs au traitement résidentiel de personnes toxico-dépendantes. Je suis convaincue que FiDé crée les conditions qui permettront de piloter efficacement l'assistance résidentielle en cas de dépendance. Mais je suis également consciente que FiDé n'est pas encore parfaitement au point et qu'il devra être développé et affiné durant la phase d'introduction.

Pour développer FiDé, on a largement tenu compte des demandes exprimées par les cantons. Selon moi, les points suivants sont essentiels :

– Le Parlement a accordé au cours des quatre dernières années plusieurs aides financières de transition. La Confédération a ainsi soutenu l'assistance résidentielle en cas de dépendance, en plus des prestations de l'AI, en octroyant 48 millions de francs au total. Cette

- aide supplémentaire devait permettre de combler, d'ici à l'introduction de FiDé, le manque à gagner résultant de l'adaptation de la pratique de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) au droit en vigueur.
- Autre mesure transitoire en faveur du secteur des dépendances : on n'a pas tenu compte de la disposition de l'art. 100 du Règlement sur l'assurance invalidité (RAI) selon laquelle des subventions ne peuvent être accordées qu'aux institutions qui prennent en charge principalement des invalides, et cela jusqu'au moment de l'introduction de FiDé. C'est ainsi que des subventions de l'AI ont temporairement pu être versées à des institutions qui accueillent moins de 50% d'invalides.
- Le règlement des flux financiers selon FiDé prévoyait initialement que tous les placements devaient être préfinancés par le canton répondant. Sur demande des cantons, on s'est écarté de cette règle optimale pour FiDé, mais défavorable aux cantons. Désormais, les cantons répondants ne sont responsables que du financement du séjour de leurs propres ressortissants et du décompte global avec l'OFAS. Le financement du séjour des personnes traitées hors de leur canton est assuré par leur canton de domicile, donc celui qui est en charge de ces personnes.
- Les cantons ont la possibilité d'adhérer à FiDé durant toute l'année 2003 avec effet rétroactif au 1er janvier 2003. La seule condition est qu'ils établissent avec l'OFAS un décompte de toute l'année 2003 selon les directives FiDé et qu'ils avancent aux institutions les sommes forfaitaires correspondantes. Bien entendu, ils peuvent faire valoir leurs prétentions directement auprès des agents payeurs.
- Le RAI est interprété de façon généreuse en faveur des cantons. Les cantons qui adhèrent à FiDé au cours de l'année 2003 avec effet rétroactif au 1er janvier peuvent demander les subventions de l'AI non pas à compter de ce moment-là, mais rétroactivement pour toute l'année, même si leurs institutions accueillent moins de 50% d'invalides.
- Le paiement des forfaits aux institutions en cas de traitements de longue durée se fera en sept tranches, au lieu des trois initialement prévues, tandis que pour une durée moyenne, il se fera en quatre tranches, ce qui permet d'augmenter la marge de manœuvre des cantons et de diminuer nettement les unités de temps que les institutions peuvent encore facturer même si la thérapie se termine précocement.
- Le système d'établissement du profil et des tarifs est suffisamment flexible pour que toute offre qualitativement appropriée puisse appliquer un tarif qui couvre les frais. Il est informatisé et permet donc de définir rapidement le profil et le tarif d'une institution. Les tarifs déjà établis couvrent de 70 à 80% des prestations dans le domaine de la prise en charge résidentielle des dépendances. Les données disponibles d'ici à l'été prochain seront probablement suffisantes pour fixer les tarifs des autres offres relatives au secteur de la dépendance.

Je suis convaincue qu'avec les mesures transitoires et les adaptations mentionnées ci-dessus, le modèle répond dans une large mesure aux demandes des cantons. La Confédération ne peut faire plus en accordant un nouveau crédit transitoire comme l'ont demandé les cantons dans leurs lettres ou lors de la discussion du 28 octobre 2002. Le Conseil fédéral a explicitement indiqué à l'occasion de la révision du RAI que d'autres crédits transitoires de la Confédération étaient exclus. L'introduction de FiDé améliorera considérablement la base économique de l'assistance résidentielle en cas de dépendance. Les cantons de domicile prennent en charge le financement de l'intégralité des frais de traitement, y compris le préfinancement de la quote-part de l'AI. Si la situation financière de certaines institutions reste tendue malgré tout, cela sera dû à un recul de la demande dans le même laps de temps. Cependant, ce recul ne peut et ne doit pas être compensé par d'autres subventions fédérales.

Une nouvelle mesure transitoire équivaudrait par ailleurs à une couverture du déficit, qui ne serait pas compatible avec le système FiDé axé sur la prestation.

FiDé contribuera à assurer dans le domaine des dépendances une prise en charge suffisante sur le plan quantitatif et d'une grande qualité. Cependant, les partenaires sont conscients que l'adhésion à FiDé avec effet rétroactif pose problème aux cantons qui accueillent de nombreux patients domiciliés dans un autre canton ou qui ne sont pas eux-mêmes responsables du financement des thérapies de la dépendance. Ils ne doivent pas seulement préparer leurs propres bases légales, mais impliquer des tiers. Afin d'éviter des lacunes dans le financement, tous les cantons qui envisagent d'adhérer à FiDé au cours de l'année 2003 sont invités à suivre la procédure suivante :

- Les cantons répondants informent le plus tôt possible leurs institutions de leur intention d'adhérer à FiDé au cours de l'année 2003. Ils annoncent ensuite à la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE, Eigerplatz 5, CP 460, 3000 Berne 14) toutes les institutions qui sont intégrées à FiDé ou dont le profil et les tarifs doivent être déterminés si cela n'a pas encore été fait. Pour répondre à une question posée par un canton, nous préciserons ceci quant au choix des institutions :
  Peuvent être intégrées dans le modèle FiDé toutes les institutions qui figurent dans la planification des besoins en institutions pour invalides au sens de l'art. 73 de la LAI et/ou qui répondent aux exigences de FiDé en ce qui concerne la structure, le concept, le contenu et l'assurance qualité. Je dois toutefois attirer votre attention sur le fait que vous ne pouvez faire valoir la part de l'AI au forfait FiDé que pour les institutions intégrées dans cette planification cantonale des besoins en institutions pour invalides et remplissant aussi toutes les autres conditions pour les subsides de l'AI. Je suis consciente que les institutions de thérapie des dépendances ne remplissent pas toutes ces conditions à l'heure actuelle, en particulier lorsqu'elles offrent moins de 12 places et je vous conseille en ce cas d'encourager de petites institutions à se grouper pour former une unité plus importante.
  Les institutions intégrées dans une unité commune peuvent garder leur nombre de places, leurs locaux, leur concept, etc. tout en utilisant les synergies générées par la réunion de petits éléments. De plus, les tâches administratives pourraient être rationalisées et les ressources en personnel ainsi libérées être affectées aux activités principales. Cela déchargerait non seulement les finances cantonales mais profiterait aussi aux toxicomanes. Je vous prie de considérer que FiDé est un modèle de financement axé sur les prestations qui ne prévoit ni subventions transversales ni garanties de déficit. Du point de vue économique, ce sont donc les offres disposant d'une structure moderne et efficace et qui peuvent s'appuyer sur une demande réelle qui auront du succès. L'obligation pour chaque institution FiDé de présenter un certificat de qualité reconnu, de préférence celui qui a été spécialement développé pour les institutions de thérapie résidentielle de la dépendance QuaTheDa, permettra de garantir que les compétences professionnelles ne seront pas sacrifiées aux impératifs économiques.
- Les institutions informent les divers organismes de financement (pour autant qu'ils ne soient pas identiques au canton répondant) du projet du canton d'adhérer au FiDé et se procurent pour les personnes dont elles s'occupent une garantie subsidiaire de prise en charge des frais par l'intermédiaire du plein forfait FiDé. Si le canton répondant dispose déjà de l'infrastructure nécessaire, il peut bien entendu accomplir cette tâche à la place

des institutions. Il serait souhaitable que, indépendamment de cela, les cantons s'informent mutuellement de leur changement de système.

– Dès que le canton répondant a créé les bases nécessaires, il le communique à l'OFAS et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'attention de la direction du projet FiDé (OFSP, section drogues, 3003 Berne). Il conclut par ailleurs avec les institutions FiDé des contrats qui règlent les prestations, flux financiers, etc. entre canton répondant et institution conformément à FiDé et, le cas échéant, selon d'autres prescriptions internes au canton.
– Lorsque ces contrats sont établis, l'OFAS conclut de son côté avec les institutions des contrats de prestations dans lesquels celles-ci s'engagent à fournir leurs prestations conformément aux prescriptions légales dans les quantité et qualité convenues avec le canton répondant. Elles doivent aussi accepter la procédure de décompte qui passe par l'intermédiaire du canton répondant. Parallèlement à cela, l'OFAS et les cantons répondants règlent cette procédure par un accord (on peut commander des contrats-types OFAS - institution et OFAS - canton à l'OFAS, Secteur ateliers, foyers et organisations, Effingerstrasse 20, 3003 Berne).
– Lorsque ces contrats sont établis, les divers organismes de financement sont informés. Dès ce moment, les cantons de domicile et le cas échéant les cantons répondants, suivant les prescriptions du FiDé, procèdent au paiement par tranche des forfaits. Le premier paiement englobe tous les acomptes que les institutions auraient reçus si elles avaient adhéré formellement au 1er janvier 2003.
– Le décompte du canton répondant avec l'OFAS s'effectue, selon la date d'adhésion, pour la première fois fin juin 2003 ou fin décembre 2003, puis tous les six mois. Selon les données dont on dispose actuellement, la quote-part de l'AI s'élève à 30% des forfaits pour toute personne dont l'invalidité a été confirmée par un office AI.

Il me paraît important de parler ici de la relation entre la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) et FiDé. Ces deux instruments sont indépendants l'un de l'autre, mais ils sont compatibles dans la mesure où les paiements forfaitaires prévus dans le modèle FiDé le sont aussi dans la CIIS. Selon les informations du secrétariat central de la CDAS, celle-ci sera probablement soumise aux cantons cette année encore pour qu'ils y adhèrent. Je vous recommande donc de faire en sorte que votre canton adhère le plus rapidement possible à la CIIS.

Pour conclure, je vous informe que la présente lettre, accompagnée d'une lettre de l'OFSP et de l'OFAS, sera aussi adressée à toutes les institutions. Nous avons en outre décidé lors de la discussion du 28 octobre 2002 que l'OFSP et l'OFAS mettraient sur pied en décembre encore un groupe de travail qui sera chargé, avec la participation des cantons intéressés, de la CADS de la COSTE, de la CDS ainsi que des associations faîtières (SDSS et CRIAD), d'expliciter rapidement les questions posées par l'introduction et la mise en œuvre du modèle FiDé qui restent en suspens. L'OFSP et l'OFAS sont à votre disposition pour toute question ou demande d'aide.

Compte tenu des explications qui précèdent, je suis d'avis que les conditions sont remplies pour introduire comme prévu le modèle FiDé en 2003 ou qu'elles le seront dans les délais grâce aux efforts conjugués des cantons, des institutions et de la Confédération. J'aimerais souligner que l'adhésion à FiDé est tout à fait libre et peut se faire encore à une date ultérieure. Les institutions de cantons qui n'y adhéreront pas au cours de l'année 2003 peuvent

continuer à obtenir les subventions collectives AI basées sur le système de l'OFAS en vigueur jusqu'ici, pour autant qu'elles accueillent au moins 50% d'invalides.

J'espère que mes explications ont apporté les éclaircissements nécessaires et je serais heureuse d'accueillir le plus tôt possible votre canton dans le cercle de FiDé.

Veuillez agréer, Madame la Conseillère d'Etat, Monsieur le Conseiller d'Etat, l'assurance de ma considération la meilleure.

Ruth Dreifuss
Conseillère fédérale

13.4 Internet

FiSu – FiDé en ligne
La page www.fisu-fide.ch entrera en service à l'occasion de la publication du présent manuel. Les informations et les documents mis à disposition par COSTE sur les pages Infoset ne seront plus fournies alors que sur la page d'accueil FiDé.

Autres adresses Internet en rapport avec le développement et l'introduction éventuelle du modèle FiDé :

Office fédéral de la santé publique
www.bag.admin.ch

Office fédéral des assurances sociales
www.ofas.admin.ch

4e révision de l'AI: modification du Règlement sur l'assurance-invalidité
www.admin.ch/cp/f/index200204.html

Assurance-invalidité: subventions aux organisations de l'aide privée aux invalides pour les prochaines périodes contractuelles
www.admin.ch/cp/f/index200302.html

Modification du système de financement des institutions pour personnes handicapées
www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2002/f/02042401.htm

Commission fédérale des prestations
www.admin.ch/ch/f/rs/832_102/a37d.html

Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS)
www.sodk-cdas-cdos.ch/sodk/francais/arbeitsschwerpunkte/heime/frameset_vern_ivse_f.html

QuaThéDA – le projet de développement de la qualité pour le domaine des dépendances
www.quatheda.ch

13.5 Index des mots clés

A	
Abréviations	13/2
Act-info	10/3
Activités de loisirs, adaptés à l'âge	2/21, 5/17
Activités musicales	5/18
Adolescents	5/30, 6/30
Argent de la drogue, saisie	2/24
Art. 73 LAI	2/33
Art. 8 LAI	1/21
Augmentation des coûts	2/1
Augmentation quantitative	2/7, 2/8
Autonomie	1/21
Autorisations d'exploitation	9/2
Axé sur la pertinence des soins	2/6, 2/8

B	
Bases de planification	2/19
Budget global	2/11

C	
Calcul des coûts	7/6, 9/22
Canton pilote	2/32
Cadre de la légalité	4/2
Cadre de vie	1/21
Cadre de vie accompagnateur	1/20, 5/3
Cadre de vie substitutif	5/2
Cadre de vie supplétif	1/20, 5/2
Caisses-maladie	7/9
Capacités d'intégration	2/20
Cellule familiale	6/2
Cellule familiale (2 générations)	5/30
Centre de triage	7/18
Centres de sevrage	2/25
Certificat Médical	1/21
Champs de socialisation	2/16, 5/3
Champs d'intervention	2/20
Clause. 50% (clause 50%)	2/33

Clientèle, chronique	6/5
Clientèle majoritaire	6/1
Clientèle normée	5/30, 6/1
Cliniques spécialisées	2/25
Collaboration inter-institutionnelle	5/8, 9/2
Communauté d'assistance	5/6
Communauté de biens	5/6
Communauté de consommation	5/6
Communauté de production	5/5
Communauté d'interaction et de communication	5/6
Communauté éducative	5/6
Communauté, thérapeutique	5/5
Comparaison entre les prix et les prestations	2/7
Compétences supplémentaires	5/30
Comptabilisation	7/16, 9/47
Concept mixte	6/7
Consultation	2/1
Contacts, sociaux	5/19
Contrôle	2/1
Contrôle de la qualité	1/21
Contrôle, efficacité	1/20
Controlling	9/2
Convention intercantonale relative aux homes (CIH)	2/5, 2/13
Conventions de prestations	1/20, 2/8
Couples	5/30, 6/2
Coûts complets	1/21, 2/1
Coûts mensuels par champ d'intervention	7/5
Coûts thérapeutiques, moyens	7/5
Créativité	5/18
Crédit transitoire	2/2
Critères de qualité	2/8, 2/15
critères d'indication	2/14, 2/17

D	
Décision judiciaire	2/19
Définition de l'indication	9/44
Degré d'intensité de l'intervention	2/16, 2/20, 5/2
Descriptif de prestations	5/1
Destinataires des factures	7/18
Développement et entretien de l'organisation	5/7
Développement et l'assistance du personnel	5/33

Diagnostic d'entrée	5/7
Divisions spécialisées	2/25
Documents d'appui	5/24
Domaines de prestations	1/21, 2/16, 5/4
Données de facturation	7/4
Données d'origine	7/15
Dons	7/10
Durée de l'intervention	2/20, 2/16, 5/4

E	
Ecole et formation	2/20
Egalité de traitement	2/23
d'Enfants, descriptif	6/2
Entrée, volontaire	2/19
Evaluation	9/7
Evaluation, statistiques	7/14
Exercice à blanc	9/47
Exercice comptable	7/7
Expériences corporelles	5/18

F	
Facturation	2/32, 7/4
Facturation par centre de coûts au sens du FiDé	9/2
Facturation, systématique	7/16
Financement des coûts, rétroactif	2/1
Financement des prestations	1/22
Financement objectif	2/9
Financement par le sujet	2/9
Financement, prospectif	2/23, 2/26
Financement, rétroactif	2/23, 2/26
Flux financiers	9/46
Fonds (sharing fund)	2/22
Forfaits journaliers	2/9
Forfaits journaliers dégressifs	2/9
Forfaits par cas	2/9, 2/10
Forfaits par division	2/9, 2/10
Forfaits pour champs d'intervention	2/5, 2/10, 2/15
Formation	1/21, 5/3, 5/8
Formulaire de facturation	7/17
Fourniture des soins conforme aux besoins	2/8
Frais administratifs	2/11

G	
Garantie des déficits	2/1, 2/6, 2/9, 2/23
Gestion de la vie quotidienne	5/6
Grille descriptive	2/32
Groupe de client(e)s	6/6
Groupe de coordination (groupe de coordination FiDé)	2/2
Groupe primaire	1/21, 5/3
Groupes cibles	5/30

H	
Heures de suivi, 24	5/23
Hôpitaux	2/25

I	
Immeubles	5/7
Indication	2/16, 2/17, 7/18, 9/39
Indications de caractère obligatoire	2/14
Infrastructure	5/7
Installations accessoires	7/10
Institutions, reconnues	2/22
Instruments de saisie	5/23
Internet	13/30

L	
Les groupes cibles et leurs problèmes	6/6, 6/8
Liste C	10/3
Liste C CIIS	9/1
Logement adéquat	4/2
Loi sur les stupéfiants	2/18
Long terme	6/7
Loyer	7/9

M	
Maintien de la santé	4/2
Mandat de prestations	5/2
Manière de gérer sa vie, autonome	4/2
Marché, libre	2/8
Marginalisation	4/2
Mesures transitoires	2/5
Mobilier	5/7
Montant des tranches	9/47

Motivation	2/17
Moyen terme	6/7

N	
Neutralité des coûts	2/1
Niveaux de prestations	2/1

O	
Objet du contrat	9/6
Obligation d'arbitrage, réglementation de	9/2
Offre, cadre de vie-remplacement	1/20, 5/2
Offre de places	5/30
Offre pléthorique	2/19
Offres, cadre de vie-accompagnement	1/20
Organisation de projet FiDé	2/4
Organisation de référence	9/2
Organismes	5/28
Orientation vers les prestations	2/8

P	
Paiement final	1/20
Parents, descriptif	6/2
Pénurie	2/19
Personnes migrantes de la parenté	5/30, 6/3
Phases de repos	5/19
Plan concernant le personnel	5/33
Plan de traitement, individuel	5/7
Planification de la sortie	5/7
Planification des besoins	2/11
Planification des besoins OFAS	5/31
Planification thérapeutique, individuelle	6/8
Poste supportent les coûts	2/21
Prestations centrales	5/5
Prestations centrales et complémentaires	5/1
Prestations centrales, générales	5/6
Prestations complémentaires	5/7
Prestations de base, gestion économique	5/8
Prestations uniques	1/21, 5/5
Prise en charge	7/18, 9/39

Prise en charge et assistance, médicale	5/6
Problématique additionnelle de psychopathologie	6/4
Problématique associée, médicale-psychiatrique	6/4
Problématique, psychiatrique	5/30
Problématique psychosociale	6/2
Problématique somatique	5/30, 6/4
Procédures de recours	5/7
Procédures de recours pour les client/es	9/2
Procédures de recours pour les collaborateur/rices	9/2
Produits	2/9, 7/10
Profession et travail	2/20
Profil	1/20
Profil des ressources	9/40
Profils de prestations	1/21
Profils institutionnels	1/20
Propositions tarifaires	7/11
Propriétaire	7/9
Protection de la personnalité	9/2
Protection des données	9/2

Q

Quantité des prestations	2/9
QuaThéDA	1/21, 2/15, 10/3
Questionnaires en ligne	2/32

R

Rapports d’évaluation	5/24
Recensement des coûts complets	1/20, 7/5
Recherche	5/7
Réexpédition des données de facturation	7/4
Réexpédition des données originales	7/4
Réforme de la péréquation financière (RPT)	2/6
Réadaptation prime la rente	1/23, 10/1
Réintégration	4/2
Répartition des coûts	2/21, 2/12, 2/30
Reporting	2/9, 9/7
Réseau	5/7
Réseau relationnel	4/2
Responsable	1/21
Ressources, individuelles	1/21
Rétribution des prestations	9/10

Révision de la CIH	2/28
Risque de sélection	2/10

S	
Saisie des prestations	1/20, 2/1, 2/14
Sélection	9/39, 9/45
Services de conseils, ambulatoires spécialisés	2/25
Services, médecine sociale	2/25
Sources de financement	2/21
Sport	5/19
Standard de qualité	2/8
Statistiques sur l'aide aux personnes dépendantes	10/3
Subventions AI	2/21
Supervision	5/33
Système de budget global	2/9
Système de compensation moniste	2/8
Système de rémunération prospectif	2/8

T	
Tarification	1/20
Tarifs	7/1
Tarifs forfaitaires	1/20
Tenue d'un dossier	5/7
Thérapie des dépendances, orientées vers l'abstinence	2/24
Transparence des coûts	1/22
Travail	1/21, 4/2, 5/4, 5/13

U	
Unités de prestations	1/21, 5/4

13.6 Impressum

Editeur
KOSTE-COSTE
Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles
pour les problèmes de drogue

© KOSTE-COSTE. Citations autorisées avec mention expresse de la source.
L'utilisation des instruments est soumise à l'autorisation de l'éditeur.
1ère édition, Août 2003

Auteurs
Peter Burkhardt
Directeur «Die Alternative»
Unterer Lätten 1
8913 Ottenbach
Tél. +41 (0)1 763 40 80
peter.burkhardt@diealternative.ch
www.diealternative.ch

Thomas Egli
Adjoint scientifique
Office fédéral de la santé publique
Section Drogues
Case postale
3003 Berne
Tél. +41 (0)31 323 80 19
thomas.egli@bag.admin.ch
www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/index.html?language=fr

Ueli Simmel
Directeur KOSTE – COSTE
Case postale 460
3000 Berne 14
Tel. +41 (0)31 376 04 01
u.simmel@koste-coste.ch
www.coste.ch

Avec la collaboration de:
Willy Oggier
Economiste de la santé, Dr. oec. HSG
Konradstr. 61
8005 Zurich
Tel. +41 (0)1 273 52 34
gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

Renseignements
KOSTE-COSTE, case postale 460, 3000 Berne 14
info@fisu-fide.ch

Internet
www.fisu-fide.ch

Commande
Les commandes doivent être adressées à:
KOSTE-COSTE, case postale 460, 3000 Berne 14
Fax +41 (0)31 376 04 04
info@fisu-fide.ch

fisu • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

14 Notes