

# Documentation de base FiDe / FiSu

Le nouveau modèle de financement des thérapies résidentielles  
de la dépendance

Première partie : Les principes théoriques

Réalisé par :

Ueli Simmel (Coste)  
Willy Oggier (économiste de la santé)  
Peter Burkhard (Die Alternative)  
Thomas Egli (OFSP)

et un groupe de travail préparatoire issu des institutions et des associations  
professionnelles

## De l'ancien système au nouveau modèle

Il faut le dire d'emblée : il n'y a pas de système de financement idéal. Il en existe avec plus et d'autres avec moins d'inconvénients. L'ancien système fondé sur la couverture des déficits, et comporte par essence une incitation à accroître le volume des prestations. Le nouveau modèle devrait d'une part respecter la neutralité des coûts et inclure une incitation à fournir des prestations clairement définies, de bonne qualité à des coûts avantageux. Les conditions fondamentales pour y arriver sont la transparence, la loyauté et la solidarité de tous les partenaires impliqués.

La transition entre l'ancien système et le nouveau modèle est certainement un problème clef. A l'origine, il avait été imaginé de pouvoir introduire le nouveau modèle d'un seul coup, à une date donnée pour l'ensemble des institutions visées. Plus on avance, plus on trouve plus sage que l'introduction se passe par étapes, par région ou même institution par institution. De la sorte, on peut non seulement réaliser l'introduction du modèle au sein des institutions, mais aussi procéder aux nécessaires adaptations structurelles sur le plan des cantons.

Les étapes ci-après doivent être réalisées afin de permettre l'introduction du nouveau modèle :

1. Les institutions définissent leur profil propre en tant qu'institution et définissent la clientèle – ou les groupes de clientèles – à qui elles se destinent principalement.
2. Les services placeurs ambulatoires prennent connaissance des offres des institutions, de ce qui les caractérise ce qui les différencie.
3. Les services placeurs vérifient, pour chaque client, s'il ou elle correspond aux groupes cibles et aux prestations définies par le profil de l'institution.
4. Les clients choisissent une institution parmi celle qui répondent au mieux à leurs besoins.
5. L'entrée du client coïncide avec l'échéance pour le paiement d'une première tranche de financement à l'institution.

### 1. Le développement du projet et la consultation

Au début de 1996 l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a décidé de verser dorénavant les contributions de l'Assurance Invalidité aux institutions de thérapie et réhabilitation dans le domaine des dépendances (alcool et drogue) de manière strictement conforme à la législation sur l'invalidité. De nombreuses institutions se sont alors trouvées confrontées à des problèmes de financement parfois très aigus résultant de la réduction des subventions de l'AI.

A mi-1998, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss a chargé les Offices fédéraux de la Santé publique et des Assurances sociales de mettre en place une structure de coordination „Financement des thérapies de la dépendance (FiDe/FiSu)“. Son mandat comprenait d'une part l'élaboration de mesures immédiates d'intervention de crise et d'autre part le développement d'un nouveau modèle de financement pour l'ensemble de ce domaine, satisfaisant, répondant aux besoins et applicable à long terme.

Dans le contexte de ces travaux, une enquête nationale a été réalisée au premier trimestre 1999 auprès de l'ensemble des institutions de thérapie résidentielle de la dépendance, couvrant les domaines alcool et drogue. Le rapport relatif à cette en-

quête a présenté des données complètes et actuelles. Il a livré pour la première fois en Suisse une vision d'ensemble des coûts et des flux financiers relatifs aux thérapies résidentielles de la dépendance. De même, il a fourni un tableau détaillé des institutions prestataires et de la clientèle prise en charge.

L'une des conditions générales du projet FiDe/FiSu est que le nouveau modèle ne doit pas entraîner de transfert de coûts.

Les propositions élaborées par le groupe de coordination FiDe/FiSu ont été soumises entre juillet et septembre 1999 à une procédure de consultation. 25 cantons (à l'exception de GL) et 25 Conférences, Commissions et Organisations y ont pris part. Presque tous les répondants (sauf les 3 cantons de GE, GR et NE) se sont prononcés favorablement au modèle. Des réserves importantes ont cependant été exprimées sur les aspects suivants:

- partage des charges entre Confédération, cantons et Assurance Invalidité : les cantons exigent que la Confédération compense le retrait de l'AI;
- le passage au nouveau système ne doit pas entraîner de travail supplémentaire ni de coûts additionnels;
- suffisamment de temps doit être prévu pour la période d'introduction du nouveau modèle; période pendant laquelle la sécurité du financement doit être garantie.

Les principes essentiels du nouveau modèle : financement prospectif des prestations, élaboration d'un tarifs, assurance de la qualité, règles d'égalité de traitement, consolidation du rôle des cantons, ont tous été approuvés sans réserve. L'ancrage juridique de cette révision dans la révision de la Convention intercantonale sur les institutions (CII) était également approuvé, quand bien même certains exprimaient des doutes sur l'efficacité de cet instrument.

Une adaptation des dispositions l'assurance invalidité était souhaitée, afin que dorénavant la réhabilitation résidentielle puisse être admise comme mesure individuelle de réinsertion de l'AI. En outre, il était souhaité qu'une partie des montants confisqués dans la lutte contre le trafic de drogue soit affecté au financement des thérapies. Les Conférences des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) et de la santé publique (CDS) se sont clairement exprimés en faveur du nouveau système en cours d'élaboration.

La révision de la Convention intercantonale sur les institutions (CII) , sous la direction de la CDAS, est aujourd'hui quasiment achevée. La nouvelle Convention sur les institutions sociales (CIIS) introduit les notions suivantes : listes cantonales et nationale des institutions reconnues, liées à des exigences de qualité; possibilité de planification régionale et description des règles pour des forfaits par prestations. Les effets de cette révision sont cependant limités, dans la mesure où la convention nouvelle ne règle – comme l'ancienne – que les placements hors canton. La convention n'a en outre pas la force juridique d'un 'contrat-cadre' tel que le projet de nouvelle péréquation financière et de répartition des tâches entre Confédération et cantons les définit. Il ne faut donc pas en attendre la mise en place d'un système totalement unifié, qui réglerait aussi bien les placements intra- que extra-cantonaux. Une Liste C de la nouvelle convention doit inclure les institutions résidentielles de traitement et de réhabilitation pour les problèmes de dépendance (drogue et alcool).

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

La notion de thérapie (respectivement de réhabilitation, ces deux notions sont prises comme équivalentes dans ce texte) de la dépendance recouvre toutes les mesures qui ouvrent aux personnes toxico-dépendantes 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 toxico-dépendantes 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, respectivement à optimiser, les interactions entre ces systèmes dans la vie au quotidien des personnes marginalisées ou fortement menacées de marginalisation.

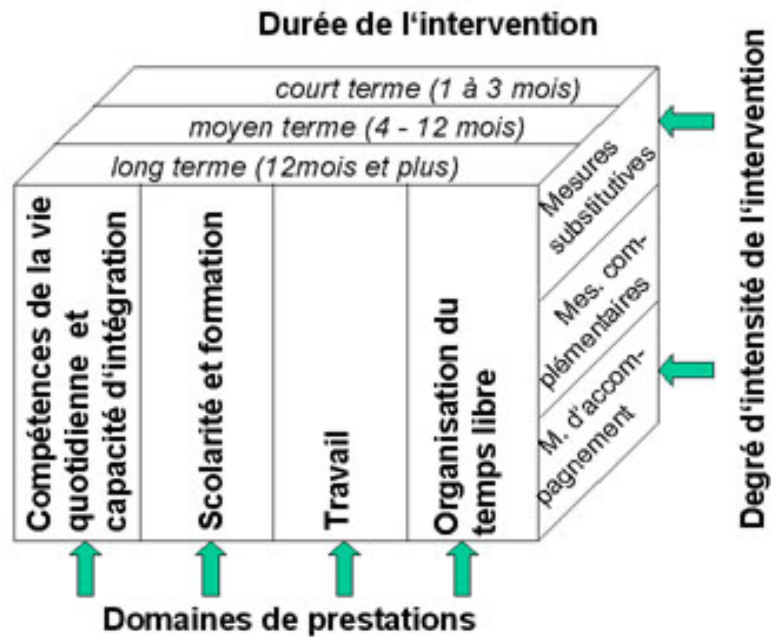
La volonté personnelle d'être soigné est une condition nécessaire pour que commence le processus de réhabilitation. Si la personne dépendante n'est pas en mesure de prendre une telle décision librement, elle peut en être rendue capable par des mesures adéquates.

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 que l'objectif visé – la capacité de vivre de manière autonome – puisse être atteint par les propres forces de l'individu.

### 3. L'idée du dé : un élément central du nouveau modèle



La notion de „compétences de la vie quotidienne et capacité d'intégration“ est aussi exprimée par la suite par „la communauté thérapeutique“.

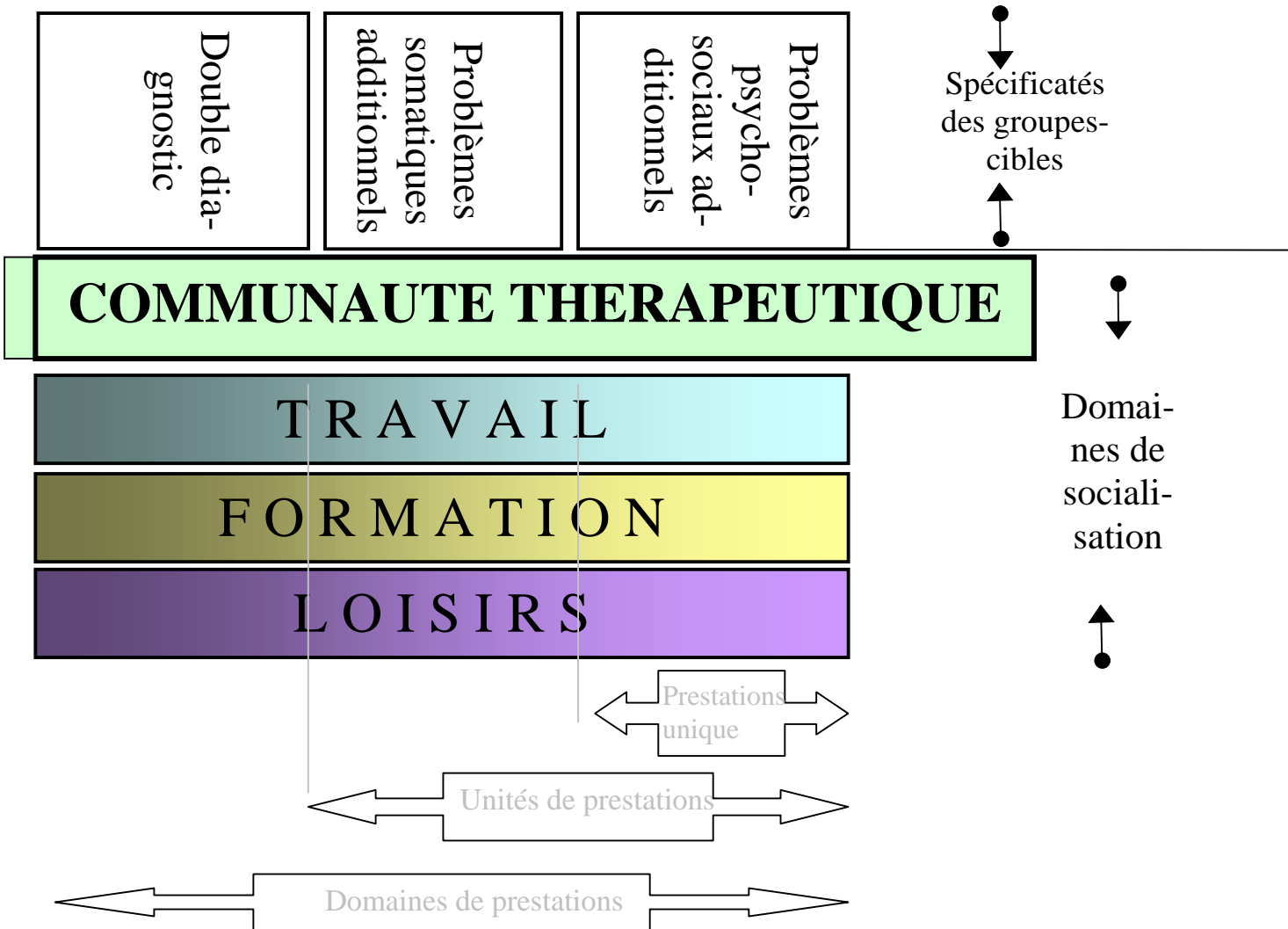
Cette figure décrit les 3 dimensions de l'activité des institutions :

- les différents domaines de prestations
- la durée variable de l'intervention (et du séjour)
- et le degré d'intensité de l'intervention.

Les thérapies résidentielles asgissent dans les 4 domaines d'intervention, principalement sous la forme de mesures substitutives

Le projet pilote de „calcul des forfaits par domaine d'intervention“ a travaillé sur les interventions de moyenne et de longue durée pour les domaines alcool et drogues illégales.

Au fur et à mesure de l'analyse, il est devenu clair que cette représentation graphique ne rend pas compte de la prise en charge particulière que représente le traitement psychique, physique et psycho-social des problématiques additionnelles de certains groupes de clients.



#### 4. Les Domaines d'intervention

En partant de l'image du dé et de ses 36 éléments potentiels, un groupe de spécialistes a construit une description systématique des prestations de la thérapie résidentielle de longue durée. A partir des 12 éléments ainsi retenus, chaque institution peut préciser le profil de son offre. Cette première étape est nécessaire afin de faciliter le placement le plus approprié des clients, ainsi que pour préparer un contrat de prestation avec les instances qui paient les coûts de la prise en charge.

Au cours de l'avancement du projet il est apparu que certaines prestations supplémentaires demandent à être précisées en sus, afin de rendre compte de l'offre des institutions particulièrement destinées à certains groupes de clients.

Les institutions qui interviennent sur la longue durée (séjours de plus de 12 mois) représentent selon les données de l'enquête FOS en 1999 au moins 50% de l'ensemble de l'offre.

Les domaines d'intervention s'orientent aux champs de socialisation qui constituent le cadre habituel de la vie en société. Un champ d'intervention 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 en principe dans tous les champs de socialisation. En ce qui concerne les institutions qui offrent un cadre de vie substitutif („Lebensfeld ersetzend“), les prestations institutionnelles se concentrent sur ce qu'on appelle **communauté thérapeutique**.

### ***La communauté thérapeutique***

Les communautés thérapeutiques résidentielles sont des „lieux“ où des personnes vivent ensemble jour et nuit. Il est établi que de telles communautés remplacent **les groupes des fonctions élémentaires réguliers en soi**. Par conséquent, une différenciation systématique sous l'aspect „prestations“ est superflue, le remplacement global du groupe primaire étant la base de la reconnaissance de la communauté thérapeutique.

### ***La formation***

Dans le cadre des institutions „se substituant au champs de la vie quotidienne“, la formation est intégrée dans des proportions très diverses au processus thérapeutique. Toujours est-il que certains projets de formation sont ancrés de telle sorte dans les offres thérapeutiques qu'un recensement des prestations s'impose.

### ***Le travail***

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

### ***Activités de loisirs adaptés à l'âge, au sein du plan de thérapie***

Dans le domaine des « activités de loisirs adaptés 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. Saisie du profil de l'institution**

Tous les domaines d'intervention sont définis par un mandat de prestation spécifique à l'institution.

L'ensemble de ces mandats par champ d'intervention donne le profil de l'institution.

## Interventions de longue durée

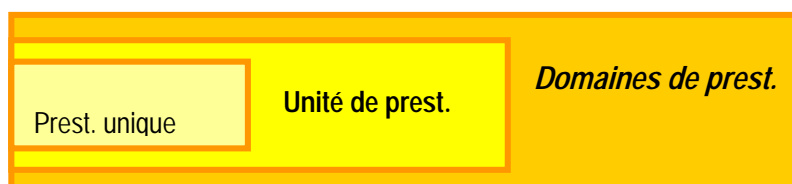
La définition des interventions de longue durée n'est pas tout à fait la même, que l'on considère le domaine de l'alcool ou celui des drogues illégales. Dans le secteur alcool (ou drogues légales) on parle déjà d'une intervention de longue durée à partir de 8 mois, alors que c'est à partir de 12 mois pour les drogues illégales. Dans le projet pilote il a été possible de mettre en parallèle la conception de la prise en charge et la durée moyenne de prise en charge pour les clients sortis de manière régulière des traitements.

## Interventions de moyenne durée

Les définitions des 4 domaines d'intervention pour les traitements de moyenne durée (environ 50% de l'offre de traitements) sont semblables à celles des traitements de longue durée. Les clients des interventions de moyenne durée disposent encore de ressources relativement plus élevées, et les problèmes qu'ils traversent sont moins fréquemment cumulés.

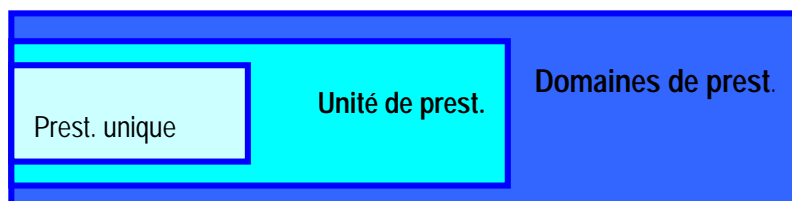
### COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE

Caractère substitutif du  
GROUPE PRIMAIRE



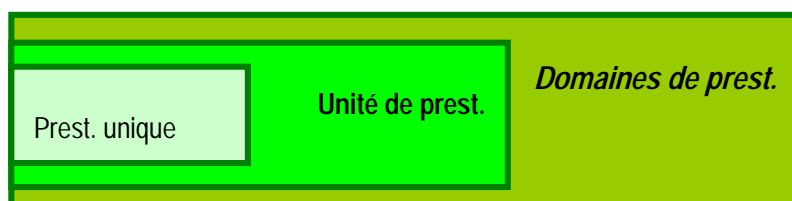
#### Travail

Le mandat de prestations doit être défini



#### Formation

Le mandat de prestations doit être défini



#### Loisirs

Le mandat de prestations doit être défini

Pourquoi faut-il définir les groupes cibles, parmi les clients ?

La caractérisation des groupes cibles sert au placement approprié des clients dans l'institution adéquate. A l'intérieur de l'institution, cette définition est aussi la base pour développer des offres différenciées pour des groupes de clients différents (double diagnostic, problèmes psycho-sociaux additionnels, migration, etc.)

Dans l'analyse des clientèles des institutions du groupe pilote, on a pris en considération les données suivantes:

- Groupes cibles
- Durée de séjour (Longue ou moyenne durée)
- Modes de sortie (régulière ou interruptin)

Après ce relevé, on a examiné dans quelle mesure les données objectives correspondent aux lignes directrices des concepts des institutions. Chaque prestation fournie par chaque institution peut être attribuée à l'un ou l'autres des domaines d'intervention.

## **L'intensité des prestations**

### **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 œuvre se rapportent d'une part aux besoins, ressources et déficits spécifiques des clients et d'autre part aux exigences et aux attentes définies par la société.

### **Les unités de prestations**

Une unité de prestations est composée d'un groupe de prestations individuelles 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 individuelles sont des processus de travail qui sont définis sur le plan opérationnel, qui sont observables et qui peuvent être documentés.

## **6. Problématiques additionnelles**

Clientèle „ordinaire“

- Politoxicomanie
- Consommation dépendante de substance depuis plus de 7 ans
- Formation inachevée
- Dommages à la santé physique
- Dommages à la santé psychique
- 20 à 40 ans
- Célibataire, ou vit seul
- Connu de la justice
- Dettes
- Désinséré socialement

Problématiques additionnelles psycho-sociales

- système familial
- couple
- migration

Problématiques somatiques additionnelles

- présence de maladies somatiques diagnostiquées en plus de la dépendance : sida, hépatites, etc.

#### Problématiques psychiques additionnelles

- présence de maladies psychiques diagnostiquées en plus de la dépendance (selon codes ICD), qui nécessitent une prise en charge thérapeutique spécifique en plus du cadre thérapeutique ordinaire.