GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Lausanne, le 21 aout 2023

Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addictions en Suisse : enjeux et pistes d'action

Christophe Al Kurdi

Sur mandat de l'OFSP | Section PDS (Contrat no. 142005271/324.0-6/9)

Abstract

en : This report, carried out by GREA on behalf of the FOPH between July 2022 and May 2023, provides an overview of the financing of addiction services in Switzerland (Suchthilfe). It includes a presentation of the main financing mechanisms, a summary of the problems reported and solutions envisaged both in the literature and by the experts/practitioners consulted during this project. It concludes with the proposal to create a "National Addiction Compensation Fund (FNCA)" which aims to compensate public authorities for the costs generated by the commercialization of substances and services of an addictive nature (SSA). The fund would be financed by a general tax on SSA. The proceeds of the tax would be redistributed, in priority, to the cantons - for the (exclusive) purpose of fighting the causes and effects of addiction.

fr : Ce rapport, réalisé par le GREA sur mandat l'OFSP entre juillet 2022 et mai 2023, dresse un état des lieux du financement de l'offre en cas d'addictions en Suisse (Suchthilfe). Celui-ci inclut une présentation des principaux mécanismes de financement, une synthèse des problèmes relatés et solutions envisagées aussi bien dans la littérature que par les experts/praticiens consultés lors de ce projet. Il se conclut par la proposition de créer un « Fonds national de compensation addictions (FNCA) » qui a comme objectif de compenser les charges générées auprès des collectivités publiques par la commercialisation de substances et services de nature addictive (SSA). Le fonds serait alimenté via une taxation généralisée des SSA. Le produit de la taxe serait redistribué, en priorité, aux cantons — à des fins (exclusives) de lutte contre les causes et les effets des addictions.

de : Dieser Bericht, der von GREA im Auftrag des BAG zwischen Juli 2022 und Mai 2023 erstellt wurde, enthält eine Bestandesaufnahme der Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz. Diese umfasst eine Darstellung der wichtigsten Finanzierungsmechanismen, eine Zusammenfassung der in der Literatur und von den im Rahmen des Projekts befragten Experten/Praktikern beschriebenen Probleme und Lösungsansätze. Der Bericht schließt mit dem Vorschlag, einen "nationalen Ausgleichsfonds Sucht (NAFS)" einzurichten, der die Belastungen ausgleichen soll, die den öffentlichen Körperschaften durch die Vermarktung von Substanzen und Dienstleistungen mit Suchtcharakter (SSA) entstehen. Der Fonds wird durch eine allgemeine Besteuerung von suchtbildenden Substanzen und Produkte (SSP) gespeist. Der Steuerertrag wird zur (ausschliesslichen) Verwendung für die Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtproblemen – prioritär an die Kantone – rückverteilt.

it: Questo rapporto, realizzato dal GREA per conto dell'UFSP tra luglio 2022 e maggio 2023, fa il punto sul finanziamento dei servizi per le dipendenze in Svizzera (Suchthilfe). Include una presentazione dei principali meccanismi di finanziamento, una sintesi dei problemi segnalati e delle soluzioni previste sia dalla letteratura che dagli esperti/professionisti consultati durante il progetto. Si conclude con la proposta di creare un "Fondo nazionale di compensazione delle dipendenze (FNCA)", il cui scopo sarebbe quello di compensare i costi generati alle collettività dalla commercializzazione di sostanze e i servizi che creano dipendenza (SSA). Il fondo sarebbe finanziato da un'imposta generale sugli SSA. I proventi dell'imposta verrebbero ridistribuiti, in via prioritaria, ai Cantoni - al fine esclusivo di combattere le cause e gli effetti della dipendenza.

Citation suggérée :

Al Kurdi, Christophe. 2023. « Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addictions : enjeux et pistes d'action ». Lausanne : Groupement Romand d'Etude des Addictions (GREA). https://www.grea.ch/publications/rapport-financement-2023.

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement les personnes qui ont bien voulu nous donner de leur précieux temps pour participer à cette recherche et sans lesquelles ce travail n'aurait pu être réalisé :

Irene Abderhalden, Romain Bach, Christian Bachmann, Barbara Broers, Marcello Cartolano, Simona De Berardinis, Pascal Dubrit, Franziska Eckmann, Cédric Fazan, Lucia Galgano, Martin Hafen, Barbara Held, Tanja Iff, Stefanie Knocks, Julia Joos, Marcel Krebs, Thomas Lüddeckens, Doris Lüthi, Hannes Lüthi, Roger Mäder, Alberto Marcacci, Joachim Marti, Tanya Mezzera, Hans Jürg Neuenschwander, Stefan Otto, Gerold Pfister, Chiara Rondi, Jean-Félix Savary, Thomas Schuler, Thomas Siegrist, Olivier Simon, Salomé Steinle, Joos Tarnutzer, Jonas Wenger, Franziska Widmer Howald.

Nous remercions Olayemi Omodunbi, collaboratrice du Fachverband Sucht, qui s'est chargée des entretiens auprès des experts/praticiens suisses alémaniques consultés.

Nos remerciements vont également à Jann Schumacher, collaborateur à la Section Prévention dans le domaine des soins de l'OFSP, qui nous a accompagnés tout au long de ce mandat.

Matériel complémentaire/Zusätzliches Material

fr : Ce rapport est accompagné d'une version de synthèse en allemand. Celle-ci, intitulée « Synthesebericht zur Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz: Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten (Kurzfassung auf Deutsch) » comprend le résumé, les chapitres relatifs aux pistes d'action (chap. 3) et les remarques conclusives. Ce document en allemand ainsi que le rapport original sont téléchargeables sur le site web du GREA : https://www.grea.ch/publications/rapport-financement-2023.

de : Diesem Bericht liegt eine zusammenfassende Version in deutscher Sprache bei. Diese mit dem Titel " Synthesebericht zur Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz: Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten (Kurzfassung auf Deutsch) " umfasst die Zusammenfassung, die Kapitel zu den Handlungsmöglichkeiten (Kap. 3) und die Schlussbemerkungen. Dieses Dokument in deutscher Sprache sowie der Originalbericht können von der GREA-Website heruntergeladen werden: https://www.grea.ch/publications/rapport-financement-2023.

it : Questo rapporto è accompagnato da una versione di sintesi in tedesco- Quest'ultima, intitolata « Synthesebericht zur Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz: Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten (Kurzfassung auf Deutsch) » comprende la sintesi, i capitoli relativi alle piste di azione (cap.3) e le osservazioni conclusive. Questo documento in tedesco , così come il rapporto originale , sono scaricabili sul sito web del GREA : https://www.grea.ch/publications/rapport-financement-2023.

Sommaire

Abstract ..... **I**
Remerciements ..... **II**
Matériel complémentaire / Zusätzliches Material ..... **II**
Sommaire ..... **III**
Liste des tables, illustrations et encadrés ..... **VII**
Tableau VII
Figures VIII
Encadrés VIII
Abréviations ..... **IX**
Résumé ..... **XI**
Zusammenfassung ..... **XVI**
Sintesi ..... **XXI**

Introduction **1**
Contexte 1
Objectifs 1
Démarche 1
Méthodologie 2
Revue de la littérature 2
Interviews d'experts / praticiens 2
Consultation des organisations professionnelles 2
Workshop 3
Structure du rapport (accès rapide) 3

1 Chapitre liminaire – Aide en cas d'addictions (Suchthilfe) **4**
1.1 Points clés du chapitre 4
1.2 Offre en matière d'addictions 6
1.2.1 Étendue de l'offre 6
1.2.2 Structuration de l'offre et acteurs de la prise en soins 6
1.2.3 Enjeux 7
1.3 Cadre légal 9
1.3.1 Droit international 9
1.3.2 Constitution et droit fédéral 9
1.3.3 Dispositions intercantonales 10
1.3.4 Dispositions cantonales et communales 11
1.3.5 Autres dispositions légales 12
1.4 Modalités de financement de l'aide en cas d'addiction 13
1.4.1 Une grande diversité 13

1.4.2 Financements LAMal et non-LAMal 13
1.4.3 Financements dans le cadre des « institutions de santé » (LAMal) 14
1.4.4 Financements dans le cadre des « institutions sociales » (non-LAMal) 18
1.4.5 Financement de l'aide « sous contrainte » 21
1.4.6 Financements des institutions destinées à promouvoir l'intégration des invalides (LIPPI / art.73 LAI abrogé) 21
1.4.7 Financement des organisations faîtières d'aides aux invalides (art. 74 LAI) 24
1.4.8 Financements des sujets « invalides » 26
1.4.9 Financement dans le domaine des soins de longue durée (EMS / service d'aide et soins à domicile) 28
1.4.10 Financements spéciaux 30
1.5 Synthèse 32
1.5.1 Centralité des cantons et communes dans le financement de l'offre 32
1.5.2 Principales sources de financement par type d'offre 33

2 Problèmes liés au financement 34
2.1 Problèmes identifiés par la littérature et les experts 34
2.1.1 Points clés 34
2.1.2 Apport de la littérature 35
2.1.3 Apport des experts interviewés 37
2.2 Problèmes de financement des prestations LAMal 39
2.2.1 Couverture tarifaire insuffisante 39
2.2.2 Contraintes 41
2.2.3 Incitatifs négatifs 43
2.3 Problèmes de financement des prestations non-LAMal 45
2.3.1 Allocation insuffisante de ressources 45
2.3.2 Contraintes 47
2.3.3 Incitatifs négatifs 48
2.4 Problèmes de financement systémique 49
2.4.1 Financement dual et iniquité d'accès aux offres résidentielles 49
2.4.2 Contraintes 50
2.4.3 Incitatifs négatifs 51
2.5 Autres problèmes de financement 53
2.5.1 Austérité financière 53
2.5.2 Agilité et innovation 53
2.5.3 Médicalisation et aspects sociaux des addictions 54
2.5.4 Glissement d'un financement d'objet vers un financement de sujet 54
2.5.5 Pression sur les institutions à travers la création d'une concurrence artificielle 55
2.5.6 Financement de projets de promotion de la santé dans le domaine des soins (PDS) 55
2.5.7 Financement des prestations d'accompagnement dans le cadre des soins de longue durée (aide à domicile / EMS) 56

3 Pistes d'action (solutions) 57
3.1 Solutions envisagées par la littérature et les experts/praticiens 57
3.1.1 Points clés 57
3.1.2 Apport de la littérature 59
3.1.3 Apport des experts interviewés 60
3.2 Pistes d'action 61
3.2.1 Piste retenue : Fonds national addictions (niveau macro) 62
3.2.2 Aménagement de TARMED (niveau méso) 63
3.2.3 Transfert de compétence de l'art. 74 de la Confédération aux cantons (niveau méso) 64
3.2.4 Assurance des soins incluant l'accompagnement sociothérapeutique (niveau méso) 65
3.2.5 Abaissement du seuil d'exigence pour les requêtes de subventions auprès de PSCH (niveau méso) 65
3.2.6 Projet pilote d'un réseau de soins *médico-sociaux* coordonnés (niveau méso) 66
3.2.7 LAMalisation et proto-LAMalisation des prestations (niveau micro) 67
3.2.8 Diversification des activités des institutions sociothérapeutique (niveau micro) 68
3.2.9 Solliciter la fondation FL2PA (niveau micro) 69
3.3 Piste d'action retenue pour une discussion : Taxation pigouvienne et fonds national de compensation addictions 70
3.3.1 Vison à long terme 70
3.3.2 Rappel du problème 70
3.3.3 Le Fonds national de compensation addictions (FNCA) 71
3.3.4 Variantes sur la hauteur et l'affectation de la taxation 72
3.3.5 Mise en œuvre : court, moyen et long terme 76
3.4 Bref retour sur le workshop 77
3.4.1 Préambule 77
3.4.2 Le principe d'une taxation pigouvienne 77
3.4.3 La part de l'impôt affectée à la lutte contre les addictions 77
3.4.4 La création d'un fonds unique de lutte contre les addictions 78

Remarques conclusives 79
Discussion 79
La place grandissante des addictions dans notre société 79
Des ressources insuffisantes aujourd'hui, insignifiantes demain 79
La taxation pigouvienne comme moyen d'augmenter les revenus 80
Substances et services 81
En guise de conclusion 81
Recommandations 81
Rappel 82
Recommandations 82

Sources **83**

Annexes **92**

Annexes en lien avec l'introduction 92

A1 Listes des experts/praticiens interviewés 92

A2 Listes des personnes présentes au Workshop 93

Annexes en lien avec le chapitre liminaire 94

A3 Offres cantonales de l'aide en cas d'addictions (BASS, 2019) 94

A4 Législations cantonales sur le financement de l'aide en cas d'addictions (BASS, 2019) 95

A5 Financement du sujet et/ou de l'objet (principes) 96

A6 PAFA — placement à des fins d'assistance 97

A7 Contenu de l'ancien art. 73 LAI (abrogé au 1er janvier 2008) 98

A8 Financement des institutions résidentielles 98

A9 Prestations prise en compte par l'art. 74 LAI, selon la CSOAPH 99

A10 Assurance des soins (de longue durée) 100

Annexes en lien avec le chapitre 2 – Problèmes de financements 101

A11 Critiques à l'encontre de TARMED (1.09) 101

A12 Critiques à l'encontre des prestations psychiatriques de TARMED (1.09) 102

A13 Critiques de la charge administrative liées aux systèmes de rémunération hospitalier (SwissDRG / TARPSY / ST Reha) 103

A14 Temps consacré à diverses tâches dans un cadre hospitalier 104

A15 Temps de travail documentation médicale/dossier de patients 105

A16 Critiques à l'encontre de SwissDRG 106

A17 Critiques à l'encontre de TARPSY 107

A18 Critiques à l'encontre de ST Reha 108

A19 Critiques à l'encontre des modalités de subventionnement de l'OFAS au sens de l'art. 74 LAI 110

A20 Principales lacunes en matière de financement (BASS 2019) 112

A21 Critiques des contrats/conventions de prestations (non-LAMal) 112

A22 Demande de remboursement (BASS 2019) 114

Annexes en lien avec le chapitre 3 – Pistes d'action 115

A23 Fonds national des dépendances (selon Spinatsch et Hofer, 2004) 115

A24 Ressources fiscales provenant et allouées aux addictions 115

A25 Nouveaux modèles de rémunération 116

A26 Options de LAMalisation (CURAVIVA Suisse, 2019) 117

A27 Taxe pigouvienne 118

A28 Coût social 119

Liste des tables, illustrations et encadrés

Tableau

Tableau 1 : Prestations facturables et non facturables à l'AOS (selon BASS 2019) 13
Tableau 2 : Organismes payeurs/financeurs – les plus cités – pour les différents types d'offres en matière d'addictions (BASS 2019) 33
Tableau 2 : Tableau de synthèse de problèmes évoqués dans la littérature 35
Tableau 3 : Problèmes évoqués par les experts lors des entretiens 37
Tableau 4 : Systèmes de rémunération tarifaires (LAMal) 39
Tableau 5 : Solutions évoquées dans la littérature (synthèse) 59
Tableau 6 : Solutions évoquées par les experts lors des entretiens 60
Tableau 7 : Ressources provenant des addictions, en 2016 (Savary 2018) 71
Tableau 8: Recette fiscale, coûts des addictions et recettes affectées actuellement à la lutte contre les addictions 73
Tableau 9: Composition du coût social des addictions et de la compensation des dommages ... 74
Tableau 11 : *Variantes pour le financement des addictions* 75
Tableau 12 : Répartition des types de prestataires et d'offres dans le domaine des addictions par canton (trad. BASS 2019) 94
Tableau 13 : Législations cantonales (trad. BASS 2019) 95
Tableau 14 : PAFA selon groupes diagnostiques (OBSAN 2020) 97
Tableau 15 : Recettes liées aux patients et aux institutions (en CHF) en 2004 et 2005 (Hermann et al. 2006) 98
Tableau 16 : Comparaison du temps consacré à différentes tâches (gfs.bern 2015) 104
Tableau 17 : Readaptation cost groups (RCG) et leurs cost-weights journaliers (CWJ) (ST Reha 1.0) 109
Tableau 18: Ressources provenant des addictions, en 2016 (Savary 2018) 115
Tableau 19 : Opportunités et risques des différents modèles de rémunération liée à la performance (FMC 2017) 116
Tableau 20: Possibilités de facturer à la LAMal pour une institution pour personnes en situation de handicap (CURAVIVA Suisse, 2019) 117
Tableau 21: Composantes prises en comptes dans l'estimation du coût social (Polynomics et al, 2020) 119
Tableau 22: Coûts liés aux addictions en Suisse en 2017 (Polynomics et al. 2020) 120
Tableau 23: Coût social des substances engendrant la dépendance en Suisse (Jeanrenaud et al. 2005) 120
Tableau 24: Coûts médicaux directs du jeu excessif en milliers de francs, 2007 (Jeanrenaud et al. 2012) 120

Figures

Figure 1 : Étapes de la recherche 1
Figure 2 : Acteurs de l'aide en cas d'addictions 7
Figure 3 : Flux financiers (LAMal) 17
Figure 4 : Flux financiers (non-LAMal) 20
Figure 5 : Principales sources de financement de l'offre en cas d'addictions 32
Figure 6 : Modalités de financement (Jaggi 2008) 97
Figure 7 : Variantes d'une assurance des soins (Conseil fédéral 2016, 2020) 100
Figure 8 : Temps de travail lié à la documentation médicale/dossier de patients. 2011-2022 (gfs.bern) 105
Figure 9 : Rémunération sous forme de forfait par cas (OFSP– Unité de direction Assurance-maladie et accidents, 2014) 106
Figure 10 : Méthode de calcul & indemnisation schématique selon ST Reha 1.0 (PwC 2021) .. 108
Figure 11: Domaines dans lesquels les personnes interrogées voient des difficultés et des lacunes majeures dans le financement de l'aide en cas d'addictions dans leur canton (quatre réponses possibles) – par groupe de répondants (BASS 2019) 112
Figure 12: Demande de remboursement de la part des cantons et communes (BASS 2019) ... 114
Figure 13: La taxe pigouvienne standard (Kallbekken, 2013) 118

Encadrés

Encadré 1 : Fournisseurs de prestations habilités à facturer à l'AOS 14
Encadré 2 : Systèmes de rémunération tarifaires dans le cadre de la LAMal 15
Encadré 3 : Tâches relevant des cantons selon la LStup 18
Encadré 4 : Principales bases légales fédérales pour le financement des institutions pour invalides 22
Encadré 5 : CIIS 23
Encadré 6 : Prestations subventionnées par l'OFAS en vertu de l'art. 74 LAI 24
Encadré 7 : Incapacité de gain, invalidité et impotence (selon la LPGA) 27
Encadré 8: Coût social des addictions 72
Encadré 9: archive de l'art. 73 LAI 98
Encadré 10: Principales prestations selon la CSOAPH (Büro Vatter et al., 2022) 99
Encadré 11: Principales modalités d'attribution de subventions selon l'art 74 LAI 110
Encadré 12 : Modèles de rémunération 116

Abréviations

→	Signe de renvoi (est toujours suivi d'un lien hypertexte qui permet l'accès rapide à une section du rapport)
AI	Assurance-invalidité
AOS	Assurance obligatoire des soins
API	Allocation pour impotent
Art.	Article
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
CA	Contribution d'assistance (AI)
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
CDCA-KKBS	Conférence des délégués cantonaux aux problèmes des addictions
CDPH	Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées
CDS-GDK	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDVD-SKBS	Conférence des délégués des villes aux problèmes de dépendance
CFANT	Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles
Chap.	Chapitre
CIIS	Convention intercantonale relative aux institutions sociales
CJA	Concordat sur les jeux d'argent au niveau suisse
CM	Case management
CP	Code pénal
CSOAPH	Circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées
Cst.	Constitution
Domaine C	Désigne dans la CIIS les institutions actives dans le domaine de la dépendance
EAE (critères)	Efficacité, adéquation et économicité (LAMal)
EFAS	Réforme qui vise un « financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires »
EMS	Établissement médico-social
FMH	Fédération des médecins suisses
FNCA	Fonds national de compensation addictions
FPT	Fonds de prévention du tabagisme
FVS	Fachverband Sucht
HeGeBe	Traitement avec prescription de diacétylmorphine (Heroingestützte Behandlung)
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAMalisation	Désigne la possibilité de facturer des prestations à la LAMal
LHand	Loi fédérale sur l'égalité pour les handicapés
LIPPI	Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides
LJAr	Loi fédérale sur les jeux d'argent
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants
NAS-CPA	Coordination politique des addictions
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique de Suisse
PAP	Prestations en l'absence du patient (TARMED)
PC	Prestations complémentaires (AI)

PDS	Prévention dans le domaine des soins
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PIG	Prestations d'intérêt général
PSCH	Promotion santé suisse
RdR	Réduction des risques et aide à la survie
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SASD	Service d'aide et de soins à domicile
SSA	Substances et services potentiellement addictifs
ST Reha	Tarifs applicables aux soins de réadaptation stationnaires
SSAM	Société Suisse de Médecine de l'Addiction
SwissDRG	Tarifs applicables aux soins aigus stationnaires
TAO	Traitements par agonistes opioïdes
TARDOC	Projet de structure tarifaire destiné à remplacer TARMED
TARMED	Tarifs applicables aux prestations médicales ambulatoires
TARPSY	Tarifs applicables aux soins psychiatriques stationnaires
Trad.	Traduction libre
TUS	Trouble de l'usage de substances

Résumé

Contexte du mandat

Le plan de mesures 2021–2024 de la Stratégie nationale Addictions prévoit notamment que l'OFSP suive l'évolution du financement de l'aide en cas d'addictions et élabore au besoin des recommandations sur le sujet en collaboration avec les cantons. Dans son rapport « Avenir de la politique suisse en matière de drogue », le Conseil fédéral souligne l'importance de cette question et stipule que l'OFSP analyse et évalue en collaboration avec les cantons et les fournisseurs de prestations le financement de l'offre d'aide en cas d'addiction et qu'il identifie les conditions nécessaires à un financement pérenne de l'offre d'aide en cas d'addiction et élabore des recommandations en concertation avec les acteurs concernés (mesure 16).

Objectifs du mandat

Dans ce contexte, l'Office a mandaté le GREA afin qu'il synthétise la littérature sur le sujet et complète l'état des lieux dressé par le Bureau Bass en 2019, en proposant des pistes d'action susceptibles de répondre, en partie du moins, aux problèmes identifiés en matière de financement de l'offre en cas d'addictions.

Démarches entreprises

Afin de répondre à cette demande, le GREA a procédé dans un premier temps à une vaste analyse de la littérature qui a été complétée, en parallèle, par des entretiens exploratoires conduits en Romandie, Suisse alémanique et Tessin (N=15). Sur cette base, il a été possible d'identifier les problèmes rencontrés et les solutions envisagées par la littérature, les experts et acteurs de terrain.

Dans un second temps, **neuf pistes d'action** ont été élaborées puis soumises aux organisations professionnelles du domaine afin qu'elles désignent, parmi celles-ci, une piste susceptible — après consolidation — d'être présentée et discutée dans le cadre d'un workshop incluant des représentants des cantons et de l'administration fédérale.

Le financement

En raison de la forte densité législative existant tant au niveau fédéral que sur les plans cantonaux et communaux, le financement de l'offre en cas d'addictions repose sur de nombreux bailleurs de fonds et modalités qui rendent sa compréhension complexe.

Une manière d'aborder le financement de l'offre en cas d'addiction est, à la suite du Bureau BASS, de différencier les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), de celles qui ne le sont pas.

Prestations financées par l'AOS

Les art. 35 et 39 LAMal définissent les prestataires habilités à facturer à l'AOS : L'art. 35 al. 2, désigne les fournisseurs (professions et type d'institution) et l'art. 39 al. 1, précise que les hôpitaux doivent répondre à un besoin en termes de planification hospitalière et figurer sur la **liste cantonale des hôpitaux** pour pouvoir être financés par l'AOS.

Les principaux bailleurs de fonds sont les suivants :

- L'**AOS** (les caisses maladie) couvre l'entier des coûts liés aux prestations ambulatoires et au maximum 45 % des coûts liés aux prestations stationnaires.
- Les **cantons** participent à hauteur minimale de 55 % aux coûts stationnaires dans le cadre du « financement hospitalier dual fixe » (49a, al. 1 et 2, LAMal).

  Dans le cadre de leur compétence en matière de financement hospitalier, les cantons peuvent financer — par le biais de **prestations d'intérêt général** (**PIG**) — des offres hospitalières qui sont insuffisamment prises en compte par la LAMal, comme des services mobiles et/ou de liaison en addictologie ou des cliniques psychiatriques de jour.
- La **personne concernée** participe également, mais de manière limitée, aux coûts de sa prise en charge. Directement, via la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier. Indirectement, via ses primes

d'assurances qui viennent alimenter l'AOS.

Prestations non financées par l'AOS

Depuis la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (**RPT**), en vigueur depuis 2008, les cantons sont responsables de la planification de l'offre, du pilotage et du financement de l'aide résidentielle en matière de dépendance dans les institutions non financées par la LAMal. La LStup impose aussi à ces derniers la mise en œuvre de tâches dans les domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques et de l'aide à la survie.

- Les **personnes concernées** par une prise en charge résidentielle sociothérapeutique sont, en principe, tenues de payer les coûts inhérents à celle-ci. Dans les faits, en raison de leur insolvabilité (quasi généralisée), ces coûts se reportent sur les **dispositifs d'aide sociale cantonale et/ou communale**. Les personnes concernées au bénéfice d'une rente de l'**assurance-invalidité**, peuvent — sous condition de ressources — bénéficier de prestations complémentaires (PC) qui sont à la charge des cantons.
- Le Code pénal (art. 60 / art. 63 CP) et la LStup (art. 19a al. 3,4) prévoient qu'une personne condamnée peut effectuer sa peine dans un centre spécialisé à titre de **mesure imposée**. La totalité des coûts est alors prise en charge par les cantons (art. 380 al.1 CP).
- En application de l'art. 74 LAI, la Confédération (**OFAS)** soutient financièrement les institutions qui contribuent à l'intégration des personnes invalides. Parmi les institutions soutenues, plusieurs d'entre elles accueillent des personnes souffrant d'addictions.
- **Les cantons et villes** financent, souvent de leur propre chef, des offres additionnelles (p. ex. habitat, réduction des risques et aide à la survie, information et conseil pour les personnes concernées et leurs proches, etc.).
- Certaines **institutions** contribuent également au financement par le biais de financements propres (collecte de fonds, vente de produits et de prestations, travail bénévole, etc.)

Financements spéciaux

Le législateur a introduit plusieurs financements spéciaux qui profitent à l'offre en cas d'addictions. Il s'agit principalement de :

- La **dîme de l'alcool** qui correspond à 10 % de l'impôt sur les boissons distillées (art. 131 al. 1 let. b, al. 3 Cst.), LAlc (RS 680), OAlc (RS 680.11) ;
- La **taxe sur la dépendance au jeu** qui correspond à 0,5 % du produit brut des jeux de loteries (art. 66 CJA / art. 15 LJAr) ;
- Un supplément sur les primes LAMal de Fr. 4.80.—, par année, destiné à **PSCH — Promotion santé suisse,** dont une partie est allouée à des projets addictions (art. 19 LAMal et art. 20 LAMal) ;
- Une taxe de 2.6 centimes par paquet de cigarettes qui alimente le **FPT — Fonds de prévention du tabagisme** (OFPT, RS 641.316).

Les problèmes de financement

Quatre principaux types de problèmes liés au financement des prestations ont été identifiés :

- Manque de moyens financiers en raison d'une couverture tarifaire ou d'une allocation de ressource insuffisante ou inexistante.
- Création d'incitatifs négatifs en raison des modalités de financement (p. ex. manque de cohérence entre les systèmes tarifaires LAMal ou dispositifs d'indications qui se confondent avec les bailleurs de fonds).
- Financement conditionné à de très fortes contraintes administratives.
- Iniquité d'accès aux prestations pour les personnes concernées.

Prestations financées par l'AOS

- Les **rémunérations insuffisantes** sont inhérentes aux limitations à la facturabilité des différents systèmes de rémunération tarifaire en vigueur (TARMED / SwissDRG / TARPSY / ST Reha). Elles concernent essentiellement :

les échanges entre professionnels (requis dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire), le travail aux intersections pour les problèmes sociaux (argent, logement, travail), le travail dans les centres spécialisés, les prestations en l'absence du patient (PAP), les prestations psychosociales, les tâches de coordination, la gestion des cas, la prise en charge semi-hospitalière (p. ex. clinique de jour), les offres de proximité/mobiles (qui doivent être cofinancées par des prestations d'intérêt général — PIG).

- Les **contraintes** s'expriment par : des charges administratives importantes liées à la tarification et la justification des choix médicaux auprès des caisses maladie ainsi qu'à la pression de ces dernières sur la durée des traitements.
- Les **incitatifs négatifs** découlent essentiellement d'incohérences entre les différents systèmes de rémunération tarifaires. À titre d'exemple, lorsqu'un acte médical n'est pas suffisamment rétribué en ambulatoire (au tarif TARMED), mais permet de dégager des profits en stationnaire (tarification SwissDRG), cet acte sera effectué dans un cadre stationnaire indépendamment du fait qu'il puisse coûter deux fois plus cher à la collectivité (vice versa). Un autre exemple d'incitatif négatif pourrait être une sortie précipitée d'un hôpital psychiatrique ou d'un service de réadaptation en raison d'une tarification dégressive (TARPSY et ST Reha) qui, à partir d'une certaine durée, ne couvre plus les coûts réels de la prise en charge du patient.

Prestations non LAMal

- Les **allocations insuffisantes de ressources** concernent essentiellement : la prise en charge (offres semi-résidentielles, de proximité/mobile, de conseil), les mesures d'intégration professionnelle (spécifiques aux personnes dépendantes), la prévention, la réduction des risques et l'aide à la survie ainsi que l'offre postcure.
- Les **contraintes** liées au financement concernent, avant tout, le temps passé à satisfaire les exigences liées au controlling lors de la mise en œuvre de contrats de prestations initiés soit par l'OFAS (dans le cadre de l'art. 74 LAI) soit par les cantons (qui sont les principaux bailleurs de fonds des prestations non facturables à la LAMal).
- Les **incitatifs négatifs** découlent du fait que, dans certains cas, les instances de placement se confondent avec les instances de financement. Partant, afin d'éviter des coûts qui peuvent être importants en cas de prise en charge résidentielle sociothérapeutique, celles-ci sont susceptibles d'orienter les personnes concernées vers des établissements financés par la LAMal, en privilégiant ainsi les considérations économiques au détriment des considérations thérapeutiques.

Système

- Les **iniquités d'accès** découlent de l'existence d'un financement dual de l'offre résidentielle qui s'articule, encore de nos jours et dans de nombreuses régions, autour la légalité des substances concernées : la prise en charge des problèmes d'alcool et de tabac se faisant dans des institutions dont les prestations sont remboursées par la LAMal alors même que pour les drogues illégales, les prestations sont payantes. En raison des coûts élevés (pouvant atteindre plusieurs centaines de francs par jour), la plupart des personnes concernées doivent, pour pouvoir débuter leur traitement, solliciter l'aide sociale afin d'obtenir une garantie de prise en charge des frais. Dans plusieurs cantons et communes, cette aide « sous condition de ressources » est remboursable. De plus, en vertu de la Loi fédérale sur les étrangers et l'intégration (LEI), l'octroi d'une aide sociale peut, sous certaines conditions, déboucher sur un non-renouvellement d'une autorisation de séjour voire une révocation d'une autorisation d'établissement. Partant, de telles contraintes peuvent conduire les personnes concernées à ne pas entreprendre leur traitement.

Autres problèmes

- Parce que les cantons sont les principaux bailleurs de fonds de l'offre en cas d'additions, les **politiques d'austérité** (financières) à l'œuvre mettent en péril de nombreuses offres pas ou insuffisamment financées.

- Les critères EAE (art. 32 LAMal) tout comme les modalités de financement dans le cadre des contrats de prestations ne sont favorables ni à l'agilité des institutions ni à leur **capacité à innover**.
- La médicalisation (au sens d'une **LAMalisation**) d'une partie des prestataires qui auparavant s'occupaient des aspects sociaux de l'addiction a comme conséquence que la prise en charge de ces derniers (non rémunérée dans le cadre de la LAMal, mais indispensable à une stabilisation des personnes concernées) se reporte sur des dispositifs à forte composante de travail social dont les financements ne sont, également, pas assurés.

Les solutions envisagées

La plupart des solutions évoquées dans la littérature ou par les experts/praticiens interrogés peuvent être résumées à ces deux propositions : augmenter les revenus et/ou améliorer la coordination.

Prestations financées par l'AOS

- Dans le domaine LAMal, l'**augmentation des revenus** est envisagée d'une part grâce à des aménagements de TARMED (p. ex. élargissement du catalogue aux prestations de coordination, augmentation de la valeur des points tarifaires, levée des limitations de facturation) et d'autre part, à travers un renforcement des financements cantonaux (p. ex. augmentation des PIG, élargissement du rôle de formation des hôpitaux).
- Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, tel qu'il est prévu dans le cadre de l'EFAS, est perçu comme pouvant réduire les incitatifs négatifs et **améliorer la coordination**.

Prestation non LAMal

- Dans le domaine non LAMal, la LAMalisation des institutions résidentielles sociothérapeutiques (p. ex. par leur inscription sur la liste cantonale des hôpitaux, la médicalisation d'une unité, le recrutement de professionnels pouvant facturer leur prestation à la LAMal), la diversification de leur offre en fonction des financements cantonaux existants, le retour à une politique de garantie de déficit de la part des cantons, un financement systématique de la part de l'aide sociale ou encore la création d'un fonds cantonal (hors LAMal et aide sociale) qui financerait les coûts de traitement en institutions sociothérapeutiques sont perçus comme des moyens **d'augmenter leurs revenus**.
- L'**amélioration de la coordination** passe par des échanges renforcés entre les cantons qui seraient facilités par l'adhésion (obligatoire) de tous les cantons au domaine C de la CIIS, l'élaboration de directives conjointes (Confédération / CDS / CDAS) pour le financement des traitements résidentiels sociothérapeutiques, la mise en œuvre d'une péréquation (compensation des charges) en faveur des cantons et/ou des villes qui proposent une offre plus importante (ou plus coûteuse) et par le maintien d'un catalogue global des prestations stationnaires LAMal et résidentielles sociothérapeutiques.

Système

- La taxation de l'ensemble des produits psychotropes et comportements potentiellement addictifs et la réallocation de 10 % du produit de l'impôt aux cantons sur le modèle de la dîme sur l'alcool sont évoquées comme des moyens d'**augmenter les revenus** destinés à la lutte contre les addictions.
- **L'amélioration de la coordination** serait rendue possible en optimisant le processus d'indication et de placement de manière à ce que la répartition des coûts entre les diverses sources de financement n'ait plus d'influence sur la décision de placement (p. ex. par la création de centres d'indication supra-cantonaux compétents à la fois dans le domaine des dépendances à l'alcool et aux substances illégales), en améliorant le pilotage, en renforçant la collaboration supracantonale ou encore en offrant plus de place aux villes dans les processus décisionnels.

La piste retenue par les organisations faîtières pour une discussion

Rappel chiffré du problème

- Les revenus de l'imposition spéciale des substances psychoactives et des jeux d'argent qui avoisinent les 3,5 milliards de francs ne constituent qu'une fraction de l'ordre de 30 à 44 % des coûts à charge de la société qui se situe entre 7,9 et 11,5 milliards (coût social).
- Sur ces 3'505 millions de revenu fiscal, seuls 44,2 millions (1,2 %) sont affectés actuellement à la lutte contre les causes et les effets des addictions.
- Sur ces 44,2 millions, 28,1 millions sont destinés aux cantons qui, avec les villes et les communes, font partie des principaux bailleurs de fonds de l'aide en cas d'addiction.

Création d'un « Fonds national de compensation addictions (FNCA) »

- **Le FNCA a comme objectif de compenser les charges générées auprès des collectivités publiques par la commercialisation de substances et services de nature addictive (SSA).**
- Le fonds est alimenté via une taxation généralisée des substances et services addictifs (SSA) ;
- Le produit de la taxe est redistribué, en priorité, aux cantons — à des fins (exclusives) de lutte contre les causes et les effets des addictions.

Vision à long terme

- **La taxation pigouvienne des substances et services addictifs (SSA) commercialisés en Suisse permet d'alimenter un fonds à hauteur d'un montant égal aux coûts engendrés par les externalités générées par leur commercialisation. Suivant une logique de compensation, le produit de cette taxe est redistribué aux acteurs qui en assument le coût social.**

Recommandations

1. Les autorités doivent être conscientes qu'en raison du développement de l'« économie de l'attention » les conduites addictives vont se multiplier, ce qui va se traduire par une augmentation significative du coût social des addictions.
2. Les moyens financiers affectés actuellement à la lutte contre les causes et les effets des addictions étant déjà insuffisants, il est urgent de créer de nouvelles bases légales dans le but de les augmenter.
3. Les substances et services addictifs (SSA) ne sont pas des biens de consommation ordinaire, ils doivent être soumis — sans exception — à une imposition spéciale (taxes d'accises / pigouviennes) qui aurait le double avantage de diminuer la consommation (en augmentant le prix) et de fournir, via la taxe, des moyens financiers pour couvrir les coûts générés.
4. La dîme de l'alcool (art. 131 al. 3 Cst.), qui impose les boissons distillées et réalloue 10 % des revenus de l'impôt aux cantons à des fins exclusives de « lutte contre les causes et les effets » des addictions, est un très bon modèle qui mériterait d'être étendu à d'autres substances et services potentiellement addictifs (SSA).
5. Parce que le choix des substances ou services soumis à imposition spéciale est avant tout un choix politique délicat, il serait souhaitable de constituer, au niveau fédéral, un groupe de travail interpartis qui se saisisse de cette question et envisage de manière systématique toutes les options possibles

Zusammenfassung

Ausgangslage

Der Massnahmenplan 2021–2024 zur Nationalen Strategie Sucht sieht unter anderem vor, dass das BAG die Entwicklung der Suchthilfe-Finanzierung verfolgt und bei Bedarf und in Zusammenarbeit mit den Kantonen entsprechende Empfehlungen erarbeitet. In seinem Bericht «Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik» hebt der Bundesrat die Bedeutung dieser Frage hervor und legt fest, dass das BAG in Zusammenarbeit mit den Kantonen und Leistungserbringern die Finanzierung der Suchthilfe analysiert und evaluiert, die für eine nachhaltige Finanzierung der Suchthilfe erforderlichen Rahmenbedingungen ermittelt und in Abstimmung mit den relevanten Akteuren Empfehlungen erarbeitet (Massnahme 16).

Mandatsziele

Vor diesem Hintergrund hat das Amt den GREA beauftragt, die Literatur zu diesem Thema zusammenzufassen und die vom Büro Bass im Jahr 2019 erstellte Bestandsaufnahme durch die Erarbeitung von Handlungsansätzen zu ergänzen, mit denen sich die festgestellten Probleme bei der Finanzierung der Suchthilfe zumindest teilweise lösen lassen.

Vorgehensweise

Um diesen Auftrag zu erfüllen, führte der GREA in einem ersten Schritt eine umfassende Literaturanalyse durch, die parallel durch explorative Interviews in der Westschweiz, in der Deutschschweiz und im Tessin ergänzt wurde (N=15). Auf dieser Grundlage liessen sich die in der Literatur sowie von Fachpersonen und Akteuren vor Ort angetroffenen Probleme und angedachten Lösungen ermitteln.

In einem zweiten Schritt wurden **neun Handlungsansätze** erarbeitet und den Fachverbänden des Bereichs vorgelegt, die – nach Konsolidierung – daraus einen Ansatz wählen sollten, der im Rahmen eines Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der Kantone und der Bundesverwaltung geprüft und diskutiert werden kann.

Finanzierung

Aufgrund der hohen Gesetzesdichte auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene gibt es bei der Finanzierung der Suchthilfe eine Vielzahl von Kostenträgern und Modalitäten, was das Verständnis erschwert.

Eine mögliche Herangehensweise an die Suchthilfe-Finanzierung ist in Anlehnung an das Büro BASS die Unterscheidung zwischen Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden, und Leistungen, bei denen dies nicht der Fall ist.

Leistungen zulasten der OKP

Die Artikel 35 und 39 KVG definieren die Leistungserbringer, die zur Abrechnung über die OKP berechtigt sind: Artikel 35 Absatz 2 bezeichnet die Leistungserbringer (Berufe und Einrichtungstypen), und Artikel 39 Absatz 1 führt aus, dass die Spitäler der Spitalplanung entsprechen und auf der **kantonalen Spitalliste stehen** müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen werden zu können.

Die wichtigsten Kostenträger sind:

- Die **OKP** (Krankenkassen) deckt die gesamten Kosten der ambulanten Leistungen und vergütet höchstens 45 Prozent der stationären Leistungen.
- Die **Kantone** beteiligen sich im Rahmen der «dual-fixen Spitalfinanzierung» zu mindestens 55 Prozent an den stationären Kosten (Art. 49*a* Abs. 1 und 2 KVG).

  Im Rahmen ihrer Kompetenz im Bereich der Spitalfinanzierung können die Kantone – via **gemeinwirtschaftliche Leistungen** (**GWL**) – Spitalangebote finanzieren, die vom KVG ungenügend berücksichtigt werden, wie mobile Dienste und/oder Vernetzungsstellen in der Suchtmedizin oder psychiatrische Tageskliniken.
- Die **Betroffenen** beteiligen sich ebenfalls, wenn auch beschränkt, an den Kosten ihrer Behandlung – direkt via Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts und

indirekt über die Versicherungsprämien, die in die OKP fliessen.

Leistungen ausserhalb der OKP

Seit der Reform des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (**NFA**), die seit 2008 in Kraft ist, sind die Kantone für die Angebotsplanung, Steuerung und Finanzierung der stationären Suchthilfe in nicht nach KVG finanzierten Einrichtungen zuständig. Das BetmG schreibt ihnen auch die Wahrnehmung von Aufgaben in den Bereichen Prävention, Therapie und Schadensminderung sowie Überlebenshilfe vor.

Die wichtigsten Kostenträger sind:

- **Betroffene**, die eine stationäre sozialtherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, sind grundsätzlich verpflichtet, für die damit verbundenen Kosten aufzukommen. In der Praxis werden diese Kosten aufgrund ihrer (fast allgemeinen) Insolvenz auf die **kantonalen und/oder kommunalen Sozialhilfeeinrichtungen** übertragen. Betroffene, die eine Rente der **Invalidenversicherung** beziehen, können unter bestimmten Voraussetzungen Ergänzungsleistungen (EL) erhalten, die von den Kantonen getragen werden.
- Das Strafgesetzbuch (Art. 60 / Art. 63 StGB) und das BetmG (Art. 19a Abs. 3 und 4) sehen vor, dass eine verurteilte Person im Rahmen einer **angeordneten Massnahme** ihre Strafe in einer spezialisierten Einrichtung verbüssen kann. Die gesamten Kosten werden dann von den Kantonen übernommen (Art. 380 Abs. 1 StGB).
- In Anwendung von Art. 74 IVG unterstützt der Bund (**BSV)** diejenigen Einrichtungen finanziell, die zur Eingliederung invalider Personen beitragen. Unter den unterstützten Einrichtungen gibt es mehrere, die Suchtkranke aufnehmen.
- **Kantone und Städte** finanzieren häufig von sich aus zusätzlichen Angeboten (z. B. Wohnraum, Schadensminderung und Überlebenshilfe, Information und Beratung für Betroffene und Angehörige usw.).
- Gewisse **Einrichtungen** tragen auch durch Eigenmittel zur Finanzierung bei (Fundraising, Verkauf von Produkten und Dienstleistungen, Freiwilligenarbeit usw.).

Sonderfinanzierungen

Der Gesetzgeber hat mehrere Sonderfinanzierungen eingeführt, die dem Suchtangebot zugutekommen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um:

- den **Alkoholzehntel**, der 10 Prozent der Spirituosensteuer entspricht (Art. 131 Abs. 1 let. b, Abs. 3 BV.), AlkG (SR 680), AlkV (SR 680.11);
- die **Spielsuchtsteuer**, die 0,5 Prozent des Bruttospielertrags der Lotterien entspricht (Art. 66 GSK / Art. 15 BGS) ;
- einen Zuschlag auf den Krankenkassenprämien von Fr. 4.80 pro Jahr für **Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH)** – ein Teil davon wird für Projekte im Suchtbereich verwendet (Art. 19 KVG et Art. 20 KVG) ;
- eine Steuer von 2,6 Rappen pro Zigarettenschachtel zur Speisung des **Tabakpräventionsfonds (TPF)** (SR 641.316).

Finanzierungsprobleme

In Bezug auf die Leistungsfinanzierung wurden vier Hauptarten von Problemen ermittelt:

- Fehlende finanzielle Mittel aufgrund unzureichender oder nicht vorhandener Tarifdeckung oder Ressourcenzuteilung
- Schaffung negativer Anreize aufgrund der Finanzierungsmodalitäten (z. B. mangelnde Kohärenz zwischen den KVG-Tarifsystemen oder Indikationssystemen, Vermischung mit den Kostenträgern).
- Sehr strenge administrative Auflagen für die Finanzierung
- Ungleicher Leistungszugang für die Betroffenen

Leistungen zulasten der OKP

- **Unzureichende Vergütungen** sind auf Einschränkungen bei der Abrechenbarkeit in den verschiedenen geltenden tariflichen Vergütungssystemen (TARMED / SwissDRG / TARPSY / ST Reha) zurückzuführen. Davon betroffen sind vor allem folgende Bereiche: Austausch zwischen Fachpersonen (erforderlich im Rahmen einer interdisziplinären Versorgung), Schnittstellenarbeit bei sozialen Problemen (Geld, Wohnen, Arbeit), Arbeit in Fachzentren, Leistungen in Abwesenheit des Patienten (LAP), psychosoziale Leistungen, Koordinationsaufgaben, Case Management, teilstationäre Versorgung (z. B. Tagesklinik), aufsuchende/mobile Angebote (die über gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) mitfinanziert werden müssen).
- Die **Auflagen** führen zu einem hohen administrativen Aufwand im Zusammenhang mit der Tarifierung und der Begründung medizinischer Entscheidungen gegenüber den Krankenkassen. Hinzu kommt der von diesen ausgeübten Druck auf die Behandlungsdauer.
- **Negative Anreize** entstehen vor allem durch Inkonsistenzen zwischen den verschiedenen tariflichen Vergütungssystemen. Wenn beispielsweise eine medizinische Massnahme im ambulanten Bereich (zum TARMED-Tarif) nicht ausreichend vergütet wird, im stationären Bereich (Tarifstruktur SwissDRG) jedoch Gewinne abwirft, wird sie stationär durchgeführt, obwohl sie so die Allgemeinheit doppelt so viel kosten kann (und umgekehrt). Ein weiteres Beispiel für einen negativen Anreiz wäre eine überstürzte Entlassung aus einem psychiatrischen Spital oder der Reha aufgrund einer degressiven Tarifierung (TARPSY und ST Reha), die ab einer bestimmten Dauer die effektiven Behandlungskosten nicht mehr deckt.

Leistungen ausserhalb der OKP

- **Unzureichende Ressourcenzuteilungen** betreffen vor allem: Betreuung (teilstationäre, aufsuchende/mobile Angebote, Beratung), berufliche Eingliederungsmassnahmen (spezifisch für abhängige Personen), Prävention, Risikominderung und Überlebenshilfe, wie auch Nachsorge.
- Die **Auflagen** zur Finanzierung betreffen vor allem den Zeitaufwand für die Erfüllung der Controlling-Anforderungen bei der Umsetzung von Leistungsverträgen, die entweder vom BSV (im Rahmen von Art. 74 IVG) oder von den Kantonen (als wichtigste Kostenträger bei nicht nach KVG abrechenbaren Leistungen) veranlasst wurden.
- **Negative Anreize** entstehen dadurch, dass sich in manchen Fällen die einweisenden Instanzen mit den finanzierenden Instanzen vermischen. Um Kosten zu vermeiden, die bei einer stationären sozialtherapeutischen Behandlung erheblich sein können, überweisen sie die Betroffenen möglicherweise an nach KVG finanzierte Einrichtungen und stellen damit wirtschaftliche Überlegungen über therapeutische.

System

- Die **Ungerechtigkeiten beim Zugang** ergeben sich aus der dualen Finanzierung des stationären Angebots, die sich auch heute noch in vielen Regionen an der Legalität der betreffenden Substanzen orientiert: Die Behandlung von Alkohol- und Tabakproblemen erfolgt in Einrichtungen, deren Leistungen nach KVG vergütet werden, während bei illegalen Drogen die entsprechenden Leistungen kostenpflichtig sind. Aufgrund der hohen Kosten (bis zu mehreren hundert Franken pro Tag) müssen die meisten Betroffenen zur Aufnahme ihrer Behandlung Sozialhilfe beantragen, damit die Kostenübernahme garantiert ist. In vielen Kantonen und Gemeinden ist diese ''bedarfsabhängige'' Hilfe rückerstattungspflichtig. Darüber hinaus kann die Gewährung von Sozialhilfe nach dem Ausländer- und Integrationsgesetz (AIG) unter bestimmten Bedingungen zu einer Nichtverlängerung der Aufenthaltsbewilligung oder zum Widerruf der Niederlassungsbewilligung führen. Daher können solche Auflagen dazu führen, dass die Betroffenen die Behandlung nicht antreten.

Weitere Probleme

- Da die Kantone die wichtigsten Kostenträger der Suchhilfe sind, gefährdet die aktuelle **Sparpolitik** viele nicht oder ungenügend finanzierte Angebote.
- Die WZW-Kriterien (Art. 32 KVG) sowie die Finanzierungsmodalitäten im Rahmen von Leistungsverträgen sind weder der Agilität noch der **Innovationsfähigkeit** der Institutionen förderlich.
- Die Medikalisierung (im Sinne einer **Verschiebung auf KVG**) eines Teils der Leistungserbringer, die sich früher um die sozialen Aspekte der Sucht kümmerten, hat zur Folge, dass die Betreuung der sozialen Aspekte (die im Rahmen des KVG nicht vergütet wird, aber für eine Stabilisierung der Betroffenen unerlässlich ist) auf Anbieter mit einem hohen Anteil an Sozialarbeit verlagert wird, deren Finanzierung ebenfalls nicht gesichert ist.

Lösungsansätze

Die meisten Lösungen, die in der Literatur oder von den befragten Fachpersonen/Ärzten genannt werden, lassen sich auf folgende zwei Ansätze zusammenfassen: Erhöhung der Einkünfte und/oder Verbesserung der Koordination.

Leistungen zulasten der OKP

- Im KVG-Bereich wird die **Erhöhung der Einkünfte** einerseits durch TARMED-Anpassungen (z. B. Erweiterung des Katalogs auf Koordinationsleistungen, Heraufsetzung des Taxpunktwerts, Aufhebung der Abrechnungsbeschränkungen) und andererseits durch eine Stärkung der kantonalen Finanzierung (z. B. Erhöhung der GWL, Erweiterung der Ausbildungsrolle der Spitäler) angestrebt.
- Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen, wie sie im Rahmen von EFAS vorgesehen ist, wird als Möglichkeit zur Verminderung negativer Anreize und zur **Verbesserung der Koordination** erachtet.

Leistungen ausserhalb der OKP

- Im Nicht-KVG-Bereich werden die Überführung von stationären sozialtherapeutischen Einrichtungen in den Geltungsbereich des KVG (z. B. Aufnahme in die kantonale Spitalliste, Medikalisierung einer Einheit, Rekrutierung von Fachpersonen, die ihre Leistungen über das KVG abrechnen können), die Diversifizierung ihres Angebots entsprechend den bestehenden kantonalen Finanzierungen, die Rückkehr zu einer Politik der Defizitgarantie seitens der Kantone, eine systematische Finanzierung durch die Sozialhilfe oder die Schaffung eines kantonalen Fonds (ausserhalb von KVG und Sozialhilfe), der die Kosten für die Behandlung in sozialtherapeutischen Einrichtungen finanziert, als Mittel zur **Erhöhung der Einkünfte** gesehen.
- Die **Verbesserung der Koordination** erfolgt über einen verstärkten Austausch, der durch den (obligatorischen) Anschluss aller Kantone an den Bereich C der Datenbank IVSE erleichtert würde, die Erarbeitung gemeinsamer Richtlinien (Bund / GDK / SODK) für die Finanzierung stationärer sozialtherapeutischer Behandlungen, die Umsetzung eines Ausgleichs (Lastenausgleich) zugunsten von Kantonen und/oder Städten mit einem grösseren (oder teureren) Angebot und die Führung eines Gesamtkatalogs der stationären Leistungen nach KVG und der stationären sozialtherapeutischen Leistungen.

System

- Die Besteuerung aller psychotropen Substanzen und potenziell süchtig machenden Verhaltensweisen und die Rückverteilung von 10 Prozent der Steuereinnahmen an die Kantone nach dem Modell des Alkoholzehntels werden als Mittel zur **Erhöhung der Einkünfte** für die Suchtbekämpfung genannt.
- Die **Verbesserung der Koordination** wäre durch die Optimierung des Indikations- und Einweisungsprozesses möglich, so dass die Kostenverteilung zwischen den verschiedenen Finanzierungsquellen keinen Einfluss mehr auf den Einweisungsentscheid hat (z. B. durch die Schaffung von kantonsübergreifenden Indikationszentren, die sowohl für die Alkoholabhängigkeit als auch für die Abhängigkeit von illegalen

Substanzen zuständig sind), indem die Steuerung verbessert, die kantonsübergreifende Zusammenarbeit gestärkt oder den Städten mehr Platz in den Entscheidungsprozessen eingeräumt wird.

Der von den Fachverbänden für die Diskussion gewählten Handlungsansatz

Zusammenfassung des Problems in Zahlen

- Die Einnahmen aus den Sonderbesteuerungen von psychoaktiven Substanzen und Glücksspielen in der Höhe von rund 3,5 Milliarden Franken machen nur einen Bruchteil in der Größenordnung von 30 bis 44% der Kosten aus, die die Gesellschaft zu tragen hat und die sich auf 7,9 bis 11,5 Milliarden belaufen (volkswirtschaftliche Kosten).
- Von diesen 3'505 Millionen Steuererträgen werden derzeit nur 44,2 Millionen (1,2 %) für die Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtproblemen verwendet.
- Von diesen 44,2 Millionen sind 28,1 Millionen für die Kantone bestimmt, die zusammen mit den Städten und Gemeinden zu den wichtigsten Geldgebern der Suchthilfe gehören.

Einrichtung eines "Nationaler Ausgleichsfonds Sucht (NAFS)''

- **Das Ziel des NAFS ist es, die Kosten auszugleichen, die dem Gemeinwesen durch die Vermarktung von suchtbildenden Substanzen und Produkte (SSP) entstehen.**
- Der Fonds wird über eine allgemeine Besteuerung von suchtbildenden Substanzen und Produkte (SSP) gespeist;
- Die Einnahmen aus der Steuer werden in erster Linie an die Kantone zurückverteilt - für (ausschließliche) Zwecke der Bekämpfung der Ursachen und Auswirkungen von Sucht.

Langfristige Vision

- **Eine Pigou-Besteuerung von in der Schweiz vermarkteten suchtbildenden Substanzen und Produkte (SSP) speist einen Fonds in Höhe der Kosten, die durch die von dieser Vermarktung verursachten Externalitäten entstehen. Nach einer Ausgleichslogik wird der Ertrag aus der Abgabe an die Akteure rückverteilt, die diese sozialen Kosten tragen.**

Empfehlungen

1. Die Behörden müssen sich bewusst sein, dass aufgrund der Entwicklung der "Ökonomie der Aufmerksamkeit" Suchtverhalten zunehmen wird, was zu einem deutlichen Anstieg der volkswirtschaftlichen Kosten von Sucht führen wird.
2. Da die finanziellen Mittel, die derzeit für die Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtproblemen bereitgestellt werden, bereits unzureichend sind, müssen dringend neue gesetzliche Grundlagen mit dem Ziel geschaffen werden, diese Mittel zu erhöhen.
3. Suchtbildende Substanzen und Produkte (SSP) sind keine gewöhnlichen Konsumgüter, sie müssen - ohne Ausnahme - einer Sonderbesteuerung (Lenkungsabgabe / Pigou-Besteuerung) unterworfen werden, die den doppelten Vorteil hätte, den Konsum zu senken (indem der Preis erhöht wird) und über die Steuer finanzielle Mittel zur Deckung der entstandenen Kosten bereitzustellen.
4. Der Alkoholzehntel (Art. 131 Abs. 3 BV) besteuert gebrannte Wasser und die Kantone erhalten 10% des Reinertrags aus der Besteuerung ausschließlich für die "Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtproblemen''. Dieses sehr gute Modell sollte auf andere suchtbildende Substanzen und Produkte (SSP) ausgeweitet werden.
5. Da die Wahl der Substanzen oder Produkte, die einer Sonderbesteuerung unterliegen, in erster Linie eine heikle politische Entscheidung ist, wäre es wünschenswert, auf Bundesebene eine parteiübergreifende Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich dieser Frage annimmt und systematisch alle möglichen Optionen in Betracht zieht.

Sintesi

Contesto del mandato

Il piano d'azione 2021-2024 della Strategia nazionale sulle dipendenze prevede che l'UFSP segua gli sviluppi del finanziamento dell'aiuto alle dipendenze e, se necessario, elabori raccomandazioni in materia in collaborazione con i Cantoni. Nel suo rapporto intitolato "Il futuro della politica svizzera in materia di droghe", il Consiglio federale sottolinea l'importanza della questione e stabilisce che l'UFSP, in collaborazione con i Cantoni e i fornitori di servizi, analizzi e valuti il finanziamento dell'aiuto alle dipendenze, identifichi le condizioni necessarie per un finanziamento sostenibile dell'aiuto alle dipendenze ed elabori raccomandazioni in consultazione con le parti interessate (misura 16).

Obiettivi del mandato

In questo contesto, l'Ufficio federale di salute pubblica ha incaricato il GREA di riassumere la letteratura in materia e di integrare l'inventario redatto dal Büro Bass nel 2019, proponendo linee d'azione in grado di rispondere, almeno in parte, ai problemi individuati in materia di finanziamento dei servizi per le dipendenze.

Passi compiuti

Per rispondere a questa esigenza, il GREA ha avviato un'ampia analisi della letteratura, completata da interviste esplorative condotte in Svizzera francese, Svizzera tedesca e in Ticino (N=15). Su questa base è stato possibile individuare i problemi riscontrati e le soluzioni prospettate dalla letteratura, dagli esperti/professionisti e dagli operatori del settore.

In secondo luogo, sono state elaborate **nove linee d'azione**, che sono state poi sottoposte alle organizzazioni professionali del settore affinché ne designassero una - dopo il consolidamento - da presentare e discutere in seno ad un workshop tenutosi con i rappresentanti dei Cantoni e dell'amministrazione federale.

Finanziamento

A causa dell'elevata densità legislativa a livello federale, cantonale e comunale, il finanziamento dei servizi per le dipendenze si basa su un gran numero di enti e procedure di finanziamento, che ne rendono difficile la comprensione.

Un modo per affrontare il finanziamento dei servizi per le dipendenze è, seguendo l'esempio dell'Ufficio BASS, la distinzione tra i servizi coperti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria (AOS) e quelli che non lo sono.

Servizi finanziati dalla LAMal

Gli articoli 35 e 39 della LAMal definiscono i fornitori autorizzati a fatturare all'AOS: l'articolo 35, paragrafo 2, designa i fornitori (professioni e tipo di istituto) e l'articolo 39, paragrafo 1, specifica che per essere finanziati dall'AOS gli ospedali devono soddisfare un bisogno in termini di pianificazione ospedaliera e figurare nell'**elenco cantonale degli ospedali.**

I principali finanziatori sono i seguenti:

- L'**ASO** copre l'intero costo del trattamento ambulatoriale e un massimo del 45% del costo del trattamento ospedaliero.
- I **Cantoni** contribuiscono per almeno il 55% dei costi di degenza nell'ambito del sistema di "finanziamento duale fisso degli ospedali" (LAMal Art. 49a, par. 1 e 2).
- Nell'ambito della loro responsabilità per il finanziamento degli ospedali, i Cantoni possono finanziare - attraverso i **servizi di interesse generale** (**PIG**) - i servizi ospedalieri che non sono sufficientemente coperti dalla LAMal, come i servizi mobili e/o di collegamento di tossicodipendenza o le cliniche psichiatriche diurne.
- Anche l'interessato contribuisce, seppur in misura limitata, ai costi delle sue cure. Direttamente, attraverso la franchigia, il ticket e il contributo alle spese ospedaliere. Indirettamente, attraverso i premi assicurativi, che vengono versati dalla LAMal.

Servizi non finanziati dalla LAMal

Dalla riforma della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (**RPT**), in vigore dal 2008, i Cantoni sono responsabili della pianificazione dell'offerta, della gestione e del finanziamento dell'aiuto residenziale per le persone non autosufficienti in istituti non finanziati dalla LAMal. La LStup prevede inoltre che i Cantoni svolgano compiti di prevenzione, terapia, riduzione del danno e assistenza alla sopravvivenza.

- In linea di principio, le persone che ricevono un'assistenza socioterapeutica residenziale sono tenute a pagare i costi relativi a tale assistenza. In pratica, però, a causa della loro insolvenza (quasi universale), questi costi vengono trasferiti ai **sistemi di assistenza sociale cantonali e/o comunali**. Le persone interessate, che ricevono una pensione **di assicurazione per l'invalidità**, possono - a seconda delle risorse - beneficiare di prestazioni integrative (PC), che sono pagate dai Cantoni.
- Il Codice penale (art. 60 / art. 63 CP) e la LStup (art. 19a cpv. 3,4) prevedono che un condannato possa scontare la sua pena in un centro specializzato come **misura imposta**. In questo caso, i Cantoni si fanno carico dell'intero costo (art. 380 cpv. 1 del Codice penale).
- Ai sensi dell'art. 74 della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI), la Confederazione svizzera (**UFAS)** sostiene finanziariamente le istituzioni che contribuiscono all'integrazione delle persone disabili. Diverse istituzioni che ricevono il sostegno si occupano di persone affette da dipendenza.
- **I cantoni e le città** finanziano, spesso di propria iniziativa, servizi aggiuntivi (ad esempio, alloggi, aiuti per la riduzione del rischio e la sopravvivenza, informazioni e consulenza per le persone colpite e le loro famiglie, ecc.)
- Alcune **istituzioni** contribuiscono al finanziamento anche con risorse proprie (raccolta di fondi, vendita di prodotti e servizi, volontariato, ecc.)

Finanziamento speciale

Il legislatore ha introdotto una serie di regimi di finanziamento speciali a favore dei servizi per le dipendenze. Si tratta principalmente di:

- La **decima sull'alcol**, che corrisponde al 10% dell'imposta sulle bevande distillate (art. 131 al. 1 let. b, al. 3 Cost.), LAlc (RS 680), OAlc (RS 680.11);
- La **tassa sulla dipendenza dal gioco d'azzardo**, che corrisponde allo 0,5% delle entrate lorde dei giochi di lotteria (art. 66 CGD / art. 15 LGD);
- Un supplemento sui premi LAMal di Fr. 4,80 all'anno, destinato a **PSCH - Promozione Salute Svizzera,** di cui una parte è destinata a progetti di dipendenza (art. 19 LAMal e art. 20 LAMal);
- Una tassa di 2,6 centesimi per pacchetto di sigarette che viene versata al **FPT - fondo per la prevenzione del tabagismo** (OFPT, RS 641.316).

Problemi di finanziamento

Sono stati identificati quattro principali di problemi legati al finanziamento delle prestazioni:

- Mancanza di risorse finanziarie dovuta a una copertura tariffaria o a un'allocazione delle risorse insufficiente o inesistente.
- Creazione di incentivi negativi a seguito di accordi di finanziamento (ad esempio, mancanza di coerenza tra i sistemi tariffari LAMal e KVG o meccanismi di indicazione che vengono confusi con i finanziatori).
- Finanziamento soggetto a vincoli amministrativi molto rigidi.
- Accesso inadeguato ai benefici per le persone interessate.

Servizi finanziati dalla LAMal

- **L'inadeguatezza della remunerazione** è insita nelle limitazioni alla fatturabilità dei vari sistemi tariffari in vigore (TARMED / SwissDRG / TARPSY / ST Reha). Esse riguardano principalmente: gli scambi tra professionisti (necessari nell'ambito di un'assistenza interdisciplinare), il lavoro nei punti di intersezione per problemi sociali (denaro, alloggio, lavoro), il lavoro nei centri specializzati, i servizi in assenza del paziente (PAP), i servizi psicosociali, i compiti di coordinamento, il *Case management*, l'assistenza semi-ospedaliera (ad es. clinica diurna), i servizi di prossimità/mobili (che devono

essere cofinanziati dai servizi di interesse generale - PIG).

- **I vincoli** includono: i significativi oneri amministrativi associati alla determinazione dei prezzi e alla giustificazione delle scelte mediche alle assicurazioni sanitarie, nonché le pressioni esercitate da queste ultime sulla durata del trattamento.
- **Gli incentivi negativi** derivano principalmente dalle incoerenze tra i diversi sistemi tariffari. Ad esempio, se una procedura medica non è sufficientemente remunerata in regime ambulatoriale (secondo la tariffa TARMED), ma genera profitti in regime di ricovero (secondo la tariffa SwissDRG), la procedura verrà eseguita in regime di ricovero, indipendentemente dal fatto che possa costare il doppio alla comunità (e viceversa). Un altro esempio di disincentivo potrebbe essere la dimissione precipitosa da un ospedale psichiatrico o da un servizio di riabilitazione a seguito di una tariffazione decrescente (TARPSY e ST Reha) che, dopo un certo periodo di tempo, non copre più i costi reali della cura del paziente.

Prestazioni non LAMal

- **L'inadeguatezza delle risorse assegnate** riguarda principalmente: l'assistenza (servizi semiresidenziali, di prossimità/mobili e di consulenza), le misure di integrazione professionale (specifiche per i tossicodipendenti), la prevenzione, la riduzione dei danni e l'aiuto alla sopravvivenza, nonché i servizi di assistenza post-ospedaliera.
- **I vincoli** di finanziamento riguardano principalmente il tempo impiegato per soddisfare i requisiti di controllo nell'attuazione dei contratti di servizio avviati dall'UFAS (nel contesto dell'art. 74 della Legge federale sull'invalidità) o dai Cantoni (che sono i principali finanziatori dei servizi non a carico della LAMal).
- I disincentivi derivano dal fatto che, in alcuni casi, le autorità di collocamento si confondono con le autorità di finanziamento. Di conseguenza, per evitare costi che possono essere significativi nel caso dell'assistenza residenziale socioterapeutica, è probabile che queste ultime indirizzino le persone interessate verso strutture finanziate dalla LAMal, privilegiando così le considerazioni economiche a scapito di quelle terapeutiche.

Sistema

- **Le disparità di accesso** derivano dal doppio finanziamento dei servizi residenziali, che in molte regioni si basa ancora sulla legalità delle sostanze in questione: il trattamento per i problemi di alcol e tabacco viene erogato in istituti i cui servizi sono rimborsati dalla LAMal, mentre i servizi per le droghe illegali devono essere pagati. A causa dei costi elevati (che possono arrivare a diverse centinaia di franchi al giorno), la maggior parte delle persone interessate deve richiedere l'assistenza sociale per iniziare il trattamento e ottenere una garanzia di copertura dei costi. In diversi cantoni e comuni, questa assistenza "controllata" è rimborsabile. Inoltre, secondo la Legge federale sugli stranieri e la loro integrazione (LStrI), la concessione dell'assistenza sociale può, a determinate condizioni, comportare il mancato rinnovo del permesso di soggiorno o addirittura la revoca del permesso di insediamento. Di conseguenza, tali vincoli possono indurre le persone interessate a non intraprendere le cure.

Altri problemi

- Poiché i Cantoni sono i principali finanziatori delle integrazioni, le **politiche di austerità** (finanziaria) in atto mettono a rischio molti servizi che non sono finanziati o lo sono in misura insufficiente.
- I criteri dell'EAE (art. 32 LAMal) e le modalità di finanziamento previste dai contratti di servizio non favoriscono l'agilità delle istituzioni e la loro **capacità di innovazione**.
- La medicalizzazione (nel senso della **LAMal**) di alcuni dei fornitori di servizi che in precedenza si occupavano degli aspetti sociali della dipendenza ha fatto sì che questi ultimi (non remunerati dalla LAMal, ma essenziali per la stabilizzazione delle persone interessate) siano stati trasferiti in servizi con una forte componente di lavoro sociale, il cui finanziamento non è anch'esso garantito.

Le soluzioni previste

La maggior parte delle soluzioni citate in letteratura o dagli esperti/professionisti intervistati si possono riassumere in queste due proposte: aumentare il reddito e/o migliorare il coordinamento.

Servizi finanziati dalla LAMal

- Nel settore LAMal, l'obiettivo è quello di **aumentare le entrate apportando** modifiche al TARMED (ad esempio, estendendo il catalogo ai servizi di coordinamento, aumentando il valore dei punti tariffari, eliminando le restrizioni alla fatturazione) e aumentando i finanziamenti cantonali (ad esempio, aumentando il PIG, ampliando il ruolo formativo degli ospedali).
- Il finanziamento uniforme dei servizi ambulatoriali e ospedalieri, come previsto dall'EFAS, è considerato potenzialmente in grado di ridurre gli incentivi negativi e **migliorare il coordinamento.**

Prestazioni non LAMal

- Nel settore non-VVG/LAMal, la LAMalizzazione delle istituzioni residenziali socioterapeutiche (es. Nel settore non LAMal, la LAMalizzazione delle istituzioni residenziali socioterapeutiche (ad esempio, inserendole nell'elenco cantonale degli ospedali, medicalizzando un'unità, assumendo professionisti che possano fatturare le loro prestazioni nell'ambito della LAMal), la diversificazione dell'offerta di servizi in linea con i finanziamenti cantonali esistenti, il ritorno a una politica di garanzia del deficit da parte dei Cantoni, il finanziamento sistematico da parte dell'assistenza sociale o la creazione di un fondo cantonale (al di fuori della LAMal e dell'assistenza sociale) per finanziare i costi delle cure nelle istituzioni socioterapeutiche sono considerati modi per **aumentare le entrate**.
- Ciò sarebbe facilitato dall'adesione (obbligatoria) di tutti i Cantoni al settore C del CIIS, dall'elaborazione di linee guida comuni (Confederazione / CDS / CDAS) per il finanziamento dei trattamenti residenziali socioterapeutici, dall'attuazione di una perequazione (compensazione dei costi) a favore dei Cantoni e/o delle città che offrono un'offerta più ampia (o più costosa) e dall'aggiornamento di un catalogo globale dei servizi stazionari della LAMal e dei servizi residenziali socioterapeutici.

Sistema

- La tassazione di tutti i prodotti psicotropi e dei comportamenti che possono creare dipendenza e la riassegnazione del 10% del gettito fiscale ai Cantoni, sulla falsariga della decima sull'alcol, sono indicate come modalità per **aumentare le entrate** destinate alla lotta contro le dipendenze.
- **Un migliore coordinamento** si otterrebbe ottimizzando il processo di *referral* e di collocamento, in modo che la distribuzione dei costi tra le varie fonti di finanziamento non influisca più sulla decisione di collocamento (ad esempio, creando centri di *referral Intercantonali* responsabili sia per la dipendenza da alcol che da sostanze illegali), migliorando la gestione, rafforzando la cooperazione Intercantonali o attribuendo alle città un ruolo maggiore nel processo decisionale.

La via scelta dalle organizzazioni mantello per la discussione

Richiamo numerico del problema

- Le entrate derivanti dalla tassazione speciale delle sostanze psicoattive e del gioco d'azzardo, pari a circa 3,5 miliardi di franchi, rappresentano solo il 30-44% dei costi per la società, compresi tra 7,9 e 11,5 miliardi di franchi (costi sociali).
- Di questi 3.505 milioni di entrate fiscali, solo 44,2 milioni (1,2%) sono attualmente destinati alla lotta contro le cause e gli effetti della dipendenza.
- Di questi 44,2 milioni, 28,1 milioni andranno ai Cantoni che, insieme alle città e ai comuni, sono tra i principali finanziatori degli aiuti alle dipendenze.

Creazione di un « Fondo nazionale di compensazione delle dipendenze » (FNCA)

- **L'obiettivo dell'FNCA è quello di compensare le autorità pubbliche per i costi generati dalla commercializzazione di sostanze e servizi che creano dipendenza (SSA).**

- Il fondo è finanziato da un'imposta generale sulle sostanze e sui servizi che creano dipendenza (SSA);
- I proventi dell'imposta vengono ridistribuiti, in via prioritaria, ai Cantoni - al fine esclusivo di combattere le cause e gli effetti della dipendenza.

Visione a lungo termine

- **La tassazione *pigouviana* delle sostanze e dei servizi che creano dipendenza (SSA) commercializzati in Svizzera consente di versare in un fondo un importo pari al costo delle esternalità generate dalla loro commercializzazione. In linea con il principio della compensazione, i proventi di questa tassa sono ridistribuiti a coloro che sostengono il costo sociale.**

Raccomandazioni

1. Le autorità devono essere consapevoli del fatto che lo sviluppo dell'"economia dell'attenzione" porterà a un aumento dei comportamenti di dipendenza, con un significativo incremento del costo sociale della dipendenza.
2. Poiché le risorse finanziarie attualmente destinate alla lotta contro le cause e gli effetti della dipendenza sono già insufficienti, è urgente creare nuove basi giuridiche con l'obiettivo di aumentarle.
3. Le sostanze e i servizi che creano dipendenza (ASC) non sono beni di consumo ordinari e dovrebbero essere soggetti - senza eccezioni - a una tassazione speciale (accise/imposte pigionali), che avrebbe il duplice vantaggio di ridurre il consumo (aumentando il prezzo) e di fornire, attraverso l'imposta, i mezzi finanziari per coprire i costi generati.
4. La decima sull'alcol (art. 131 al. 3 Cost.), che tassa le bevande distillate e riassegna il 10% del gettito fiscale ai Cantoni per l'esclusivo scopo di "combattere le cause e gli effetti" della dipendenza, è un ottimo modello che dovrebbe essere esteso ad altre sostanze e servizi potenzialmente coinvolgenti (SSA).
5. Poiché la scelta delle sostanze o dei servizi soggetti a tassazione speciale è soprattutto una scelta politica delicata, sarebbe auspicabile istituire un gruppo di lavoro trasversale a livello federale per affrontare la questione e considerare sistematicamente tutte le opzioni possibili.

Introduction

Contexte

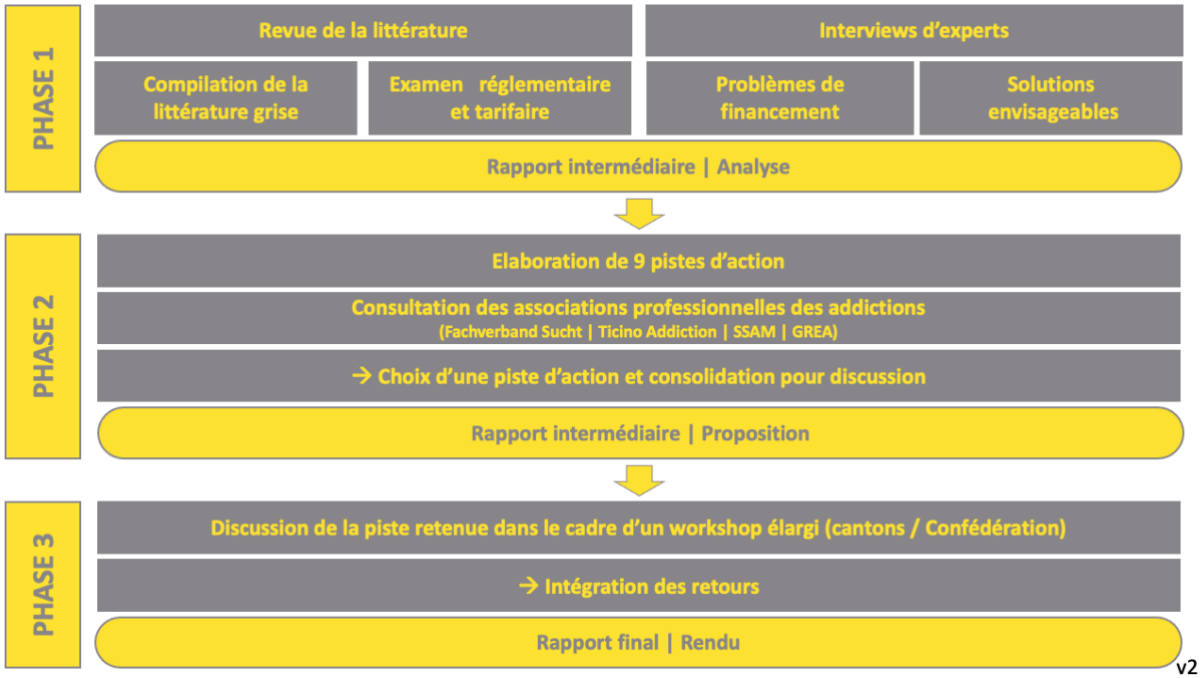
Le plan de mesures 2021-2024 de la Stratégie nationale Addictions (Conseil fédéral & OFSP, 2020) prévoit notamment que l'OFSP suive l'évolution du financement de l'aide en cas d'addictions et élabore au besoin des recommandations sur le sujet en collaboration avec les cantons. Dans son rapport « Avenir de la politique suisse en matière de drogue », le Conseil fédéral souligne l'importance de cette question et stipule que l'OFSP analyse et évalue en collaboration avec les cantons et les fournisseurs de prestations le financement de l'offre d'aide en cas d'addiction et qu'il identifie les conditions nécessaires à un financement pérenne de l'offre d'aide en cas d'addiction et élabore des recommandations en concertation avec les acteurs concernés (mesure 16).

Objectifs

Dans ce contexte, l'OFSP a mandaté le GREA afin qu'il synthétise la littérature sur le sujet et complète l'état des lieux « *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz* » dressé par le Bureau BASS (2019), en proposant des pistes d'action susceptibles de répondre, en partie du moins, aux problèmes identifiés en matière de financement de l'offre en cas d'addictions.

Démarche

Figure 1 : Étapes de la recherche



Note : Les différentes étapes de la recherche se sont déroulées entre juin 2002 et mai 2023.

Afin de répondre à cette demande, le GREA a procédé dans un premier temps à une vaste analyse de la littérature qui a été complétée, en parallèle, par des entretiens exploratoires conduits en Romandie, Suisse alémanique et au Tessin (N=15).

Sur cette base, il a été possible d'identifier les problèmes rencontrés et les solutions envisagées par la littérature, les experts et acteurs de terrain.

Dans un second temps, neuf pistes d'action ont été élaborées puis soumises aux organisations professionnelles du domaine afin qu'elles désignent, parmi celles-ci, une piste susceptible — après consolidation — d'être présentée et discutée dans le cadre d'un workshop incluant des représentants des cantons et de l'administration fédérale.

Les remarques exprimées lors du workshop ont été synthétisées et viennent compléter la piste d'action par les professionnels des addictions.

Méthodologie

La réalisation de ce mandat s'est appuyée sur la combinaison des méthodes qualitatives suivantes : Revue de la littérature, interviews, consultation et workshop.

Revue de la littérature

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) nous a communiqué un corpus de texte de base qui devait constituer le noyau de notre revue de la littérature[1]. En raison de la complexité des modalités de financement de l'offre en cas d'addiction, nous avons dû considérablement étendre le champ d'investigation bibliographique. La quasi-totalité de ce corpus est composée de littérature grise, à savoir : des études commanditées par les pouvoirs publics (confédération et cantons) ; des enquêtes et études financées et/ou produites par les organisations professionnelles ; des synthèses thématiques issues de l'administration ; des réponses du Conseil fédéral à divers postulats. Des articles publiés dans des revues professionnelles (p. ex. Bulletin des médecins suisses, Dépendances) et des prises de position complètent les sources prises en compte.

Parce ce que le financement de l'offre en cas d'addictions s'appuie sur un dédale de textes réglementaires particulièrement dense et varié, nous avons dû compléter notre revue de la littérature par un important travail d'identification et d'examen des textes législatifs et réglementaires organisant les modalités de financement propre à chaque domaine de l'offre en cas d'addiction. Une partie conséquente de cette offre étant soumise à la LAMal, nous n'avons pu faire l'économie d'un examen des systèmes de rémunération tarifaire en vigueur (TARMED / SwissDRG / TARPSY / ST Reha) comme des principales réformes envisagées au sein du système de santé.

Interviews d'experts / praticiens

Étant donné que la littérature sur le sujet risquait de ne plus être à jour, ou de ne refléter que partiellement les problématiques rencontrées par les acteurs de terrain, une approche basée uniquement sur une analyse de la littérature a été d'emblée jugée insuffisante pour refléter les enjeux actuels. Nous avons donc conduit parallèlement à celle-ci des entretiens exploratoires dans le but d'identifier les problèmes rencontrés et les solutions envisageables.

> *Pour la liste des experts interviewés, voir (→A1), pour les problèmes identifiés (→2.1.3) et les solutions envisagées par ces derniers (→3.1.3)*

Consultation des organisations professionnelles

Sur la base de l'analyse de la littérature, de l'examen réglementaire et tarifaire ainsi que des retours des experts interviewés, il nous a été possible d'élaborer neuf pistes d'action destinées à répondre, en partie du moins, aux problèmes de financement identifiés.

Les neuf pistes d'action arrêtées ont été soumises aux organisations professionnelles afin qu'elles désignent, parmi celles-ci, une piste susceptible d'être présentée et discutée dans le cadre d'un workshop.

[1] Ces sources de base ont été mises en évidence dans la bibliographie par une mise en forme en gras (→0).

Workshop

Le workshop s'est déroulé le 28 avril 2023 à Berne et a réuni 25 participants. Le choix des participants a été arrêté par l'OFSP qui s'est chargé également de l'organisation de la rencontre. Les organisations faîtières avaient la charge de l'animation.

> *Pour la liste des personnes ayant participé au workshop (→A2).*

Structure du rapport (accès rapide)

- Le chapitre liminaire (→1) fournit un aperçu des différentes offres qui existent en Suisse en matière d'aide en cas d'addictions (→1.2). Il survole le cadre légal sur lequel repose cette offre (→1.3) et présente dans le détail les modalités de financement de celle-ci (→1.4).
- Le second chapitre (→2) s'ouvre sur une synthèse des problèmes liés au financement identifiés dans la littérature et par les experts/praticiens consultés (→2.1). Il détaille les difficultés inhérentes aux systèmes tarifaires de l'AOS (→2.2) et au financement des prestations non LAMal (→2.3). Il présente ensuite les problèmes systémiques liés au financement dual de certaines prestations (→2.4) et se conclut par un survol des autres enjeux liés au financement (→2.5).
- Le troisième chapitre (→3) débute par une synthèse des solutions envisagées dans la littérature et par les experts/praticiens consultés (→3.1). Il dévoile neuf pistes d'actions (ébauches) susceptibles de résoudre, en partie du moins, certains problèmes de financement identifiés dans les chapitres précédents (→3.2). Il présente ensuite la vision à long terme d'un « Fonds national de compensation addictions (FNCA) » alimenté par une taxation pigouvienne de l'ensemble des substances et services addictifs (SSA) (→3.3). Il se conclut par une brève restitution des principaux commentaires émis lors de sa discussion dans le cadre d'un workshop (→3.4).
- Le chapitre final (→0) revient sur la nécessité, dans le contexte actuel, de disposer de nouveaux moyens financiers (→0) et d'une vision partagée pour un financement à long terme de l'aide en cas d'addiction (→0). Il se conclut par quelques recommandations à l'attention des Autorités (→0).

1 Chapitre liminaire — Aide en cas d'addictions (Suchthilfe)

Ce chapitre liminaire fournit un aperçu des différentes offres qui existent en Suisse en matière d'aide en cas d'addictions (étendue, structuration, acteurs et enjeux non financiers). Il survole le cadre légal sur lequel repose cette offre et présente dans le détail les modalités de financement de celle-ci.

1.1 Points clés du chapitre

En raison de la forte densité législative existant tant au niveau fédéral que sur les plans cantonaux et communaux, le financement de l'offre en cas d'addictions repose sur de nombreux bailleurs de fonds et modalités qui rendent sa compréhension complexe.

Une manière d'aborder le financement de l'offre en cas d'addiction est, à la suite du Bureau BASS (2012, 2019), de différencier les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), de celles qui ne le sont pas.

Prestations financées par l'AOS

Les art. 35 et 39 LAMal définissent les prestataires habilités à facturer à l'AOS : L'art. 35 al. 2, désigne les fournisseurs (professions et type d'institution) et l'art. 39 al. 1, précise que les hôpitaux doivent répondre à un besoin en termes de planification hospitalière et figurer sur la **liste cantonale des hôpitaux** pour pouvoir être financés par l'AOS.

Les principaux bailleurs de fonds sont les suivants :

- L'**AOS** (c'est-à-dire les caisses maladie) couvre l'entier des coûts liés aux prestations ambulatoires et au maximum 45 % des coûts liés aux prestations stationnaires.
- Les **cantons** participent à hauteur minimale de 55 % aux coûts stationnaires dans le cadre du « financement hospitalier dual fixe » (49a, al. 1 et 2, LAMal).

  Dans le cadre de leur compétence en matière de financement hospitalier, les cantons peuvent financer — par le biais de prestations d'intérêt général (PIG) — des offres hospitalières qui sont insuffisamment prises en compte par la LAMal, comme des services mobiles et/ou de liaison en addictologie ou des cliniques psychiatriques de jour.
- La **personne concernée** participe également, mais de manière limitée, aux coûts de sa prise en charge. Directement, via la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier. Indirectement, via ses primes d'assurances qui viennent alimenter l'AOS.

Prestations non financées par l'AOS

Depuis la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (**RPT**), en vigueur depuis 2008, les cantons sont responsables de la planification de l'offre, du pilotage et du financement de l'aide résidentielle en matière de dépendance dans les institutions non financées par la LAMal. La LStup impose aussi à ces derniers la mise en œuvre de tâches dans les domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques et de l'aide à la survie.

Les principaux bailleurs de fonds sont les suivants :

- Les **personnes concernées** par une prise en charge résidentielle sociothérapeutique sont, en principe, tenues de payer les coûts inhérents à celle-ci. Dans les faits, en raison de leur insolvabilité (quasi généralisée), ces coûts se reportent sur les **dispositifs d'aide sociale cantonale et/ou communale**. Les personnes concernées au bénéfice d'une rente de l'**assurance-invalidité**, peuvent — sous condition de ressources — bénéficier de prestations complémentaires (PC) qui sont à la charge des cantons.

- Le Code pénal (art. 60 / art. 63 CP) et la LStup (art. 19a al. 3,4) prévoient qu'une personne condamnée peut effectuer sa peine dans un centre spécialisé à titre de **mesure imposée**. La totalité des coûts est alors prise en charge par les cantons (art. 380 al.1 CP).
- En application de l'art. 74 LAI, la Confédération (**OFAS)** soutient financièrement les institutions qui contribuent à l'intégration des personnes invalides. Parmi les institutions soutenues, plusieurs d'entre elles accueillent des personnes souffrant d'addictions.
- **Les cantons et villes** financent, souvent de leur propre chef, des offres additionnelles (p. ex. habitat, réduction des risques et aide à la survie, information et conseil pour les personnes concernées et leurs proches, etc.).
- Certaines **institutions** contribuent également au financement par le biais de financements propres (collecte de fonds, vente de produits et de prestations, travail bénévole, etc.).

Financements spéciaux

Le législateur a introduit plusieurs financements qui profitent à l'offre en cas d'addictions. Il s'agit principalement de :

- La **dîme de l'alcool** qui correspond à 10 % de l'impôt sur les boissons distillées ;
- La **taxe sur la dépendance au jeu** qui correspond à 0,5 % du produit brut des jeux de loteries ;
- Un supplément sur les primes LAMal, de Fr. 4.80.— par années, destiné à **PSCH — Promotion santé suisse** (dont une partie finance les projets addictions) ;
- Une taxe de 2.6 centimes par paquet de cigarettes qui alimente le **FPT — Fonds de prévention du tabagisme**.

1.2 Offre en matière d'addictions

1.2.1 Étendue de l'offre

« L'offre de l'aide en cas d'addictions va des centres de prévention des dépendances aux centres de consultation ambulatoire en matière de dépendance (offre non médicale, psychosociale), en passant par les services ambulatoires de médecine de l'addiction, les services psychiatriques spécialisés pour les patients souffrant de problèmes de dépendance, les cliniques spécialisées dans les dépendances (établissements de thérapie résidentielle des dépendances, qui figurent sur une liste hospitalière cantonale), les institutions résidentielles sociothérapeutiques (institutions résidentielles non médicales à orientation sociothérapeutique qui ne figurent pas sur une liste hospitalière cantonale), les institutions de réduction des risques et d'aide à la survie ([…] centres de contact et d'accueil disposant en partie de locaux d'injection, travail de rue, etc.), des structures d'hébergement spécialisées pour les clientes ayant des problèmes de dépendance (foyers, logements accompagnés, places dans des familles, etc.) et des offres d'insertion professionnelle qui sont — en partie ou entièrement — spécialisées pour les clients ayant des problèmes de dépendance. Depuis quelques années, des offres de conseil et de thérapie assistées par ordinateur s'ajoutent à ces prestataires » (trad., Baumberger & Knocks, 2017)[2].

> *Pour un aperçu du type d'offre par canton, voir les résultats l'enquête réalisée par BASS en 2019 (→0).*

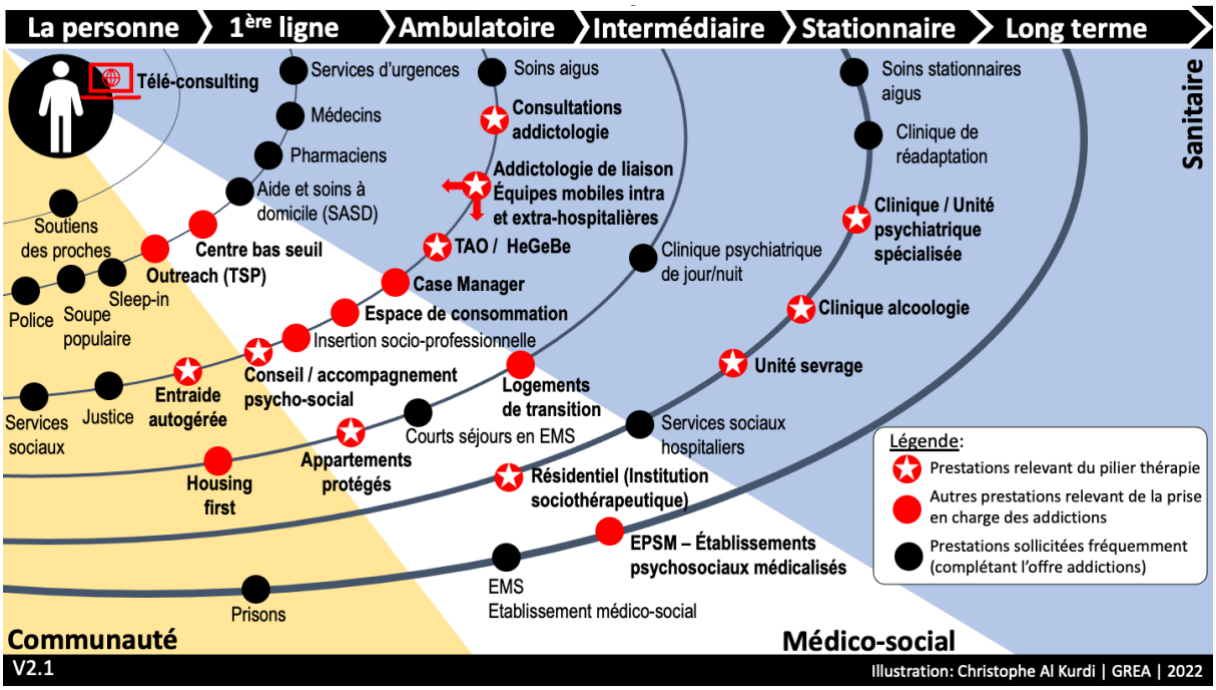
1.2.2 Structuration de l'offre et acteurs de la prise en soins

« Les différentes institutions d'aide aux personnes dépendantes se distinguent fortement les unes des autres en termes de structure, d'offre et d'étendue géographique. Elles ont en commun le fait qu'il n'y a guère d'organisations ayant des sites dans plus d'un canton et que presque toutes sont des organismes privés — le plus souvent des associations ou des fondations — qui disposent de mandats de prestations de leur canton d'implantation et parfois de communes. Les services d'addictologie des hôpitaux et des cliniques, qui appartiennent souvent aux pouvoirs publics, constituent une exception.

Les "prestataires réguliers" [voir plus bas, les points noirs sur la figure 2] complètent la palette des organisations d'aide aux personnes dépendantes. Il s'agit de prestataires qui n'appartiennent pas au système d'aide aux personnes dépendantes au sens strict, mais à des systèmes de santé, de soins et d'aide voisins : cabinets de médecins de famille, hôpitaux, pharmacies, services de travail social comme par exemple le conseil en matière d'endettement, les services sociaux et les offices AI, le travail social scolaire et le travail auprès des jeunes, le travail social de proximité, dont la clientèle comprend également des personnes ayant des problèmes de dépendance » (trad., Baumberger & Knocks, 2017).

[2] Pour une vision d'ensemble de l'offre actuel, voir la base de données www.indexaddictions.ch maintenue par la Centrale nationale de coordination des addictions (Infodrog, s. d.).

Figure 2 : Acteurs de l'aide en cas d'addictions



1.2.3 Enjeux

En raison de la multimorbidité et de la complexité des problèmes affectant les personnes en situation d'addictions, leur prise en charge requiert l'implication de nombreux professionnels de santé œuvrant à l'intérieur comme à l'extérieur des hôpitaux (médecins de premier recours, urgentistes, internistes, oncologues, virologues, addictologues, psychiatres, etc.), mais également d'acteurs agissant à l'extérieur du domaine sanitaire (service social, service de probation, office des poursuites, justice, etc.).

- **Coordination et continuité des soins** : Très logiquement, en comparaison avec d'autres patients, le parcours de soins des personnes souffrantes d'addictions se caractérise par une plus grande interdisciplinarité et interprofessionnalité. Pour ce public spécifique, les tâches de coordination (p. ex. PAP — prestations en l'absence du patient) et les dispositifs visant à améliorer la continuité des soins (p. ex. case management, équipe mobile et/ou de liaison, structures intermédiaires comme les logements de transition, les appartements protégés ou encore les structures de jour) sont particulièrement importants.
- **Prise en compte des problématiques sociales** : Au regard de la dimension sociale des problématiques addictives, la prise en compte des aspects sociaux, économiques, voire juridiques, est primordiale en vue d'obtenir une stabilisation de la situation des personnes concernées et d'éviter réhospitalisations et réadmissions aux urgences (effet tourniquet). À cet effet, une prise en charge de type sociothérapeutique, psycho/médico-sociale ainsi que des dispositifs relevant du travail social, visant le désendettement, la réinsertion professionnelle voire le développement de compétences sociales de base sont incontournables.

Par ailleurs, ces dernières années, les professionnels œuvrant dans le domaine des addictions sont confrontés à de nouveaux défis qui les obligent à adapter leurs prestations.

- **Vieillissement de public cible** : Parce que les politiques de réductions des risques et d'aide à la survie déployées depuis les années 1980 se sont avérées efficaces, de plus en plus de personnes en situation d'addictions atteignent l'âge de la retraite et sont potentiellement concernées par des prises en charge de longue durée que ce soit à domicile, dans le cadre d'EMS ou d'institutions ad hoc (quasi inexistantes pour le moment).

- **Grande précarité** : Si les scènes ouvertes ont disparu, ce n'est pas le cas de la grande précarité qui revient d'actualité. Les dispositifs à bas seuil d'accessibilité visant l'aide à la survie à travers la fourniture d'un repas ou d'un abri pour la nuit deviennent chaque jour plus indispensables. Il en est de même de l'accès à des soins de base gratuits pour les personnes ne disposant ni d'une assurance-maladie ni d'un statut légal leur permettant de prétendre à une aide sociale.
- **Nouvelles substances et services** : Enfin, chaque année, de nouvelles substances psychoactives sont développées et de nouveaux services de nature potentiellement addictive sont mis sur le marché (p. ex. Loot boxes dans les jeux vidéo). Ils requièrent également des réponses adaptées.

1.3 Cadre légal

1.3.1 Droit international

La Suisse a ratifié de nombreux accords internationaux qui sont applicables sur le plan national et priment sur le droit interne. Parmi ceux-ci, certaines normes internationales ayant trait aux droits humains (RS 0.10) ou à la santé (RS 0.81) sont importantes dans la perspective du développement d'une offre en cas d'addictions aussi bien qu'en termes d'accès à celle-ci (p. ex. en cas de privation de liberté).

- **CEDH**[3] — Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (RS 0.101).
- **PIDESC** — Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (RS 0.103.1).
- **Conventions contre la torture** — Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (RS 0.105.1) | Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (RS 0.106).
- **CDPH** — Convention relative aux droits des personnes handicapées (RS 0.109).
- **Conventions sur les stupéfiants**[4] — Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole du 25 mars 1972 (RS 0.812.121) | Convention sur les substances psychotropes (RS 0.812.121.02).

1.3.2 Constitution et droit fédéral

La Constitution fédérale (RS 101) garantit à chacun, dans le cadre des possibilités de l'État, le droit à l'aide s'il est en situation de détresse (art. 12 Cst.) et oblige l'État à prendre des mesures de protection de la santé (art. 118 Cst.). Elle attribue aussi à la Confédération la tâche d'élaborer un cadre social à l'assurance-maladie et à l'assurance-accident (art. 117 Cst.). La Confédération et les cantons assument tous deux la responsabilité des soins médicaux de base suffisants et accessibles à tous (art. 117a Cst.). Des lois spécifiques définissent les questions liées aux stupéfiants, à l'alcool, au tabac et aux jeux d'argent. Au niveau fédéral, les conditions-cadres supplémentaires sont par ailleurs définies dans la loi sur l'assurance-maladie LAMal, la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) et le Code pénal (CP) (NAS-CPA, 2017).

- **CP** — Code pénal (RS 311.0) : L'art. 60 CP, « traitement des addictions », permet à un tribunal d'ordonner un traitement institutionnel « dans un établissement spécialisé ou, si besoin est, dans un hôpital psychiatrique » (lettre d).
- **LSu** — Loi sur les subventions (RS 616.1).
- **LStup** — Loi sur les stupéfiants (RS 812.121) : La LStup impose aux cantons la mise en œuvre de plusieurs tâches dans les domaines de la prévention (art. 3 b), de la thérapie (art. 3d), et de la réduction des risques et de l'aide à la survie (art. 3g).

[3] En tant que Partie à la CEDH, la Suisse doit respecter la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, notamment l'arrêt Wenner c. Allemagne (62303/13) qui – s'appuyant sur l'art. 3 de la CEDH lequel interdit la torture comme les autres traitements inhumains et dégradants – estime que c'est à l'État, qui entend refuser l'accès à la méthadone en prison, de prouver – sur la base d'une expertise indépendante – qu'une approche médicale autre que celle fondée sur un médicament agoniste aurait de sérieuses chances de succès dans le traitement de la dépendance du patient en cause (voir: Junod et al., 2016).

[4] En tant que Partie aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, la Suisse est tenue de proposer des services de traitement aux personnes dépendantes. L'art. 38 de la Convention de 1961 et l'art. 20 de la Convention de 1971 lui imposent « toutes les mesures possibles pour prévenir [l'abus des stupéfiants / des substances psychotropes] et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la post-cure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées ; elles coordonneront leurs efforts à ces fins».

- **OEp** — Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (RS 818.101.1) : Selon l'art. 30 al. 2 let. d de l'ordonnance sur les épidémies, les établissements de privation de liberté doivent garantir aux personnes dont ils ont la charge l'accès à des mesures appropriées de prévention des maladies transmissibles, notamment l'accès à des mesures adéquates de réduction des risques.
- **LPGA** — Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1).
- **LAVS** — Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.10).
- **LAI** — Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (RS 831.20).
- **LPC** — Loi sur les prestations complémentaires (RS 831.30).
- **LIPPI** — Loi sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (RS 831.26) : Certains cantons fondent l'organisation de l'aide cantonale en matière d'addictions sur la LIPPI, en appliquant la définition de l'invalidité également aux personnes souffrant d'une maladie de la dépendance (HSLU-SA et al., 2022).
- **LAMal** — Loi sur l'assurance-maladie (RS 832.10) : L'art. 35 al. 2 désigne les fournisseurs de prestations habilités à facturer à l'AOS et l'art. 39 al. 1, les précise pour ce qui concerne les hôpitaux.
- Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (832.102.5) : Base réglementaire pour TARMED (1.09).
- **OCP** — Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (RS 832.104).
- **OPAS** — Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (832.112.31).
- **LAS** — Loi fédérale en matière d'assistance (RS 851.1).
- **LJAr** — Loi fédérale sur les jeux d'argent (RS 935.51) : D'après l'art. 85 LJAr, les cantons sont tenus « de prendre des mesures de prévention contre le jeu excessif et d'offrir des possibilités de conseil et de traitement aux personnes dépendantes au jeu ou exposées à un risque de dépendance ainsi qu'à leur entourage ».

1.3.3 Dispositions intercantonales

Plusieurs accords intercantonaux sont importants, car ils permettent aux cantons qui ne disposent pas des ressources nécessaires (p. ex. en raison d'une taille critique insuffisante) de collaborer avec leurs homologues.

- **CIIS — Convention intercantonale relative aux institutions sociales** (RSB 862.71-1)[5] : Grâce à la CIIS, les cantons qui ne disposent pas de leurs propres établissements sociothérapeutiques spécialisés ont la possibilité de faire appel à des établissements extracantonaux. Actuellement, 52 établissements sociothérapeutiques, sis dans 14 cantons, sont intégrés à la liste C de la CIIS (thérapie / réadaptation dans le domaine des addictions)[6].
- **CJA — Concordat sur les jeux d'argent au niveau suisse** (RSB 945.4-1) : L'art. 66 CJA[7] institue une taxe de 0,5 % du revenu brut des jeux d'argent de loterie et paris qui est

[5] Le lien renvoie sur le recueil systématique du canton de Berne qui est bilingue (la convention est disponible sur d'autres recueils cantonaux)

[6] Pour les détails, voir la base de données CIIS (CDAS, s. d.) : https://sodk.ch/fr/ciis/ciis-base-de-donnees/?q=department::c&&per_page=100&o=-canton_aberrative

[7] Art. 66 Part «prévention»

1 La part «prévention» s'élève à 0,5 pour cent du produit brut des jeux annuel des loteries et des paris sportifs.

2 Le produit de la part «prévention» ne peut être utilisé que pour les mesures définies à l'article 85 LJAr.

attribuée aux cantons. Selon l'art. 85 LJAr, le produit de cette taxe doit être alloué spécifiquement à la prévention, au conseil et au traitement du jeu excessif.

- **Concordats sur l'exécution des peines**[8] : Les cantons ont formé trois concordats pour l'exécution des peines et mesures (Suisse latine / orientale / centrale et du Nord-Ouest) dans le but d'accomplir des tâches communes.

1.3.4 Dispositions cantonales et communales

Les soins et le financement dans le domaine des addictions sont régis entre autres par les lois cantonales de la santé, du financement hospitalier, de l'aide sociale et de l'aide à la jeunesse, ainsi que par les lois cantonales d'exécution des peines et mesures (NAS-CPA, 2017).

- **Législations sociales et sanitaires** : Selon l'enquête conduite par BASS en 2019, le financement de l'aide aux personnes dépendantes est réglementé dans la majorité des cantons à la fois dans la législation sanitaire et dans la législation sociale. Certains cantons réglementent le financement de l'aide aux personnes dépendantes avant tout dans la législation sur la santé (ZH, ZG, SG), d'autres dans la législation sociale (GL, SO, AI, VS).

  > *Pour une liste commentée des législations cantonales, dressée par BASS (→A4).*

- **Aide sociale** : L'aide sociale est régie au niveau fédéral par l'art. 12 Cst. et la LAS (RS 851.1), mais son application relève de la compétence des cantons qui, le plus souvent, délèguent l'organisation de celle-ci aux communes. La mise en œuvre de l'aide sociale peut s'avérer dès lors très différente d'un canton à l'autre, voire d'une commune à l'autre. Les normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS)[9] jouent un rôle important dans la perspective d'une application la plus homogène possible.

- **Stratégies et plan de mesures en matière d'addictions** : Le développement de politiques cantonales en matière d'addictions (p. ex. plan stratégique / programme de mesure) joue un rôle important dans le développement d'une offre variée tout comme dans le financement de celle-ci[10].

Les communes, plus précisément **les villes d'une certaine taille**, dans lesquelles les populations vulnérables sont surreprésentées et qui sont directement impactées par les conséquences sociales des conduites addictives (p. ex. « apéro géant » sur la voie publique / utilisation des WC publics par des utilisateurs de drogue injectable), sont également des acteurs importants dans le développement et le financement d'offres non prises en charge par l'AOS, en particulier dans les domaines de la réduction des risques (RdR) et de l'aide à la survie.

3 Il est réparti entre les cantons, qui sont tenus de l'employer conformément à l'alinéa 2 ci-dessus, en fonction du produit brut des jeux réalisé dans ceux-ci.

4 La CSJA édicte des recommandations sur l'utilisation de la redevance.

[8] Voir : https://www.skjv.ch/fr/execution-des-sanctions-penales/organisation

[9] Accessibles via : https://rl.skos.ch/lexoverview-home/lex-RL_A_1

[10] **Zone d'ombre** : Il n'existe aucun inventaire des initiatives cantonales et communales prises en la matière.

1.3.5 Autres dispositions légales

En plus des bases légales énumérées plus haut, le législateur a introduit plusieurs **financements spéciaux** qui profitent à l'offre en cas d'addictions. Il s'agit principalement de :

- La **dîme de l'alcool** qui correspond à 10 % de l'impôt sur les boissons distillées (art. 131 al. 1 let. b, al. 3 Cst.), LAlc (RS 680), OAlc (RS 680.11) ;
- La **taxe sur la dépendance au jeu** qui correspond à 0,5 % du produit brut des jeux de loteries (art. 66 CJA / art. 85 LJAr) ;
- Un supplément sur les primes LAMal, de Fr. 4.80.— par années, destiné à **PSCH — Promotion santé suisse** (art. 19 LAMal et art. 20 LAMal) ;
- Une taxe de 2,6 centimes par paquet de cigarettes vendu qui alimente le **FPT — Fonds de prévention du tabagisme** (OFPT, RS 641.316).

> *Pour une estimation des montants recueillis sur la base de ces dispositions légales, →1.4.10 ; pour une critique des modalités de taxation, →3.3.2.*

Il est important de noter que les cantons sont autorisés à prélever tous les impôts que la Confédération ne se réserve pas exclusivement[11]. Quant aux communes, elles ne peuvent percevoir des impôts que dans les limites de l'autorisation qui leur est accordée par le canton (CSI & AFC, 2021, p. 57).

[11] A titre d'exemple, les *gains* de loterie sont imposés dans tous les cantons suisses, séparément (à l'aide d'un barème spécial), ou additionnés aux autres revenus du contribuables.

1.4 Modalités de financement de l'aide en cas d'addiction

En raison de la forte densité législative tant au niveau fédéral que sur les plans cantonaux et communaux, le financement de l'offre en cas d'addictions repose sur de nombreux bailleurs de fonds, dispositifs et modalités qui rendent sa compréhension complexe. Avant de mettre en évidence les lacunes de financement et des réponses envisageables, il est donc important de clarifier dans un premier temps les différentes logiques qui sont mises en œuvre. Cette démarche est l'objet de ce point.

1.4.1 Une grande diversité

La NAS signale pêle-mêle les sources de financements suivantes (NAS-CPA, 2017) :

- La LAMal par le biais de TARMED avec des prestations individuelles
- La LAMal par le biais des forfaits par cas selon le système DRG et (…) le TARPSY en stationnaire
- L'aide sociale pour des cas individuels ou par rapport à l'objet (aide sociale institutionnelle)
- Des contributions provenant de la dîme de l'alcool, de l'imposition du tabac, de la taxe sur la dépendance au jeu ainsi que des contributions à la promotion de la santé dans le cadre de la LAMal (art. 19)
- Des réglementations contractuelles comportant des contributions par habitant au sein de regroupements communaux
- Les prestations d'intérêt général (PIG) dans le cadre des lois cantonales de financement hospitalier
- Les contributions à la détection et l'intervention précoce dans le cadre de la prévention
- Partiellement des contributions de clients pour des problèmes de consommation de substances dans le trafic routier
- Des prestations de l'assurance-invalidité
- Des contributions de caisses maladie ou des cantons pour les séjours en clinique et en hôpital
- Des dons

1.4.2 Financements LAMal et non LAMal

À la suite du Bureau BASS (2012, 2019), une première manière d'aborder le financement de l'offre en cas d'addictions est de différencier les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), de celles qui ne le sont pas.

Tableau 1 : Prestations facturables et non facturables à l'AOS (selon BASS 2019)

	Type de prestations	Financement LAMal	Financement non LAMal
a.	Traitement de substitution (TAO et HeGeBe)	X	
b.	Traitement résidentiel des addictions (selon inscription sur la liste cantonale des hôpitaux)	X	X
c.	**Prise en charge ambulatoire** des problèmes d'addiction, prévention et traitement	X	X
d.	**Traitement semi-hospitalier** (clinique psychiatrique de jour / accueil communautaire)	X	X
e.	Offres spécifiques de **proximité / mobiles** pour personnes dépendantes (addictologie de liaison / travail social d'outreach)	***X**	X
f.	**Prise en charge,** offres de **logement / foyers**, structures **d'emploi** / **de jour** pour personnes dépendantes		X
g.	**Intégration professionnelle** (programmes spécifiques pour personnes dépendantes),		X
h.	**RdR** — Offres et institutions dans le domaine de la **réduction des risques** (p. ex., centres d'accueil de jour, échange de seringues, drug-checking, etc.),		X
i.	**CM** — Gestion / coordination de cas (**Case management**) pour personnes dépendantes		X

Note : (*) BASS ne mentionne pas d'offre de proximité / mobile financée par la LAMal. Ceci est vrai si on comprend l'offre financée entièrement (c.-à-d. à 100 %) par la LAMal, mais s'avère inexact pour des offres financées partiellement. À titre d'exemple, il existe au CHUV une Équipe de liaison et de mobilité en addictions (ELMA) qui est fiancée à la fois par la LAMal (selon le tarif TARMED) et majoritairement par des prestations d'intérêt général (PIG).

Sources données : (BASS et al., 2019, p. IX)

1.4.3 Financements dans le cadre des « institutions de santé » (LAMal)

Principes de base

Les art. 35 et 39 de la LAMal définissent les prestataires habilités à facturer à l'assurance obligatoire des soins (AOS) : L'art. 35 al. 2, désigne les fournisseurs (professions et type d'institution) et l'art. 39 al. 1, précise que les hôpitaux doivent répondre à un besoin en termes de **planification hospitalière** et figurer sur la **liste cantonale des hôpitaux**[12] pour pouvoir être financés par l'AOS.

Encadré 1 : Fournisseurs de prestations habilités à facturer à l'AOS

L'art. 35 al. 2 LAMal, désigne les fournisseurs de prestations habilités à facturer à l'AOS. Parmi eux figurent, entre autres, « les médecins, les pharmaciens, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux (EMS), les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins ».

L'art. 39 al. 1 LAMal, précise que « 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 s'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 adéquate (lettre d) ;
- figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (lettre e).

Prestations concernées (selon BASS)

a. Traitement de substitution (TAO / HeGeBe)

b. Traitement stationnaire, p. ex. dans une clinique spécialisée en alcoologie ou une unité psychiatrique dévolue aux addictions (institutions figurant sur la liste des hôpitaux)

c. Prise en charge ambulatoire (institutions figurant sur la liste des hôpitaux et/ou opérées par des fournisseurs habilités à facturer à la LAMal comme les médecins en cabinet privé)

d. Traitement semi-hospitalier (p. ex. clinique de jour dans le domaine de la psychiatrie)

e. Offres spécifiques de proximité / mobiles pour personnes dépendantes (p. ex. addictologie mobile et/ou de liaison)

Principaux bailleurs de fonds

- L'**AOS** (les caisses maladie) couvre l'entier des coûts liés aux prestations ambulatoires et au maximum 45 % des coûts liés aux prestations stationnaires.
- Les **cantons** participent à hauteur minimale de 55 % aux coûts stationnaires dans le cadre du « financement hospitalier dual fixe » (art. 49a al. 2ter LAMal).

  Dans le cadre de leur compétence en matière de financement hospitalier, les cantons peuvent financer — par le biais de **prestations d'intérêt général** (**PIG**)[13] — des offres hospitalières qui sont insuffisamment remboursées par la LAMal, comme des services mobiles et/ou de liaison en addictologie ou des cliniques psychiatriques de jour.

[12] La CDS tient à jour périodiquement un inventaire des listes hospitalières cantonales. Il est accessible sous : https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification > listes hospitalières (CDS, 2022)

[13] Selon l'OBSAN, « en sus des prestations de soins aux patients, de la recherche et formation universitaire, les cantons peuvent confier aux hôpitaux sis sur leur territoire d'autres tâches au titre de prestations d'intérêt général (PIG) et les rémunérer pour celles-ci (art. 49 al. 3 LAMal). En font partie le maintien des capacités pour des raisons de politique régionale et d'autres tâches pour lesquelles il n'existe à l'heure actuelle pas de définition exhaustive. (…) la loi et l'ordonnance ne disent pas quelles prestations les cantons peuvent prendre en charge au titre des prestations d'intérêt général. Par voie de conséquence, les cantons prennent en charge différentes prestations d'intérêt général et affichent aussi des montants globaux très différents » (OBSAN et al., 2018, p. 41).

- La **personne concernée** participe également, mais de manière limitée, aux coûts de sa prise en charge. Directement, via la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier. Indirectement, via ses primes d'assurances qui viennent alimenter l'AOS.

Encadré 2 : Systèmes de rémunération tarifaires dans le cadre de la LAMal

Selon l'art. 44 al. 1 LAMal (protection tarifaire), les fournisseurs de prestations autorisés peuvent prétendre à une rémunération de leurs services uniquement sur la base des tarifs fixés ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée. Les tarifs sont fixés selon le principe de la liberté contractuelle (art. 43 al. 4 LAMal), principalement dans le cadre des conventions tarifaires (art. 46, LAMal) entre les assureurs et les fournisseurs de prestations qui doivent être approuvées par l'autorité compétente.

Actuellement, il existe en Suisse quatre principaux systèmes tarifaires de rémunération des prestations médicales :

- **TARMED**[14] est le tarif à la prestation applicable aux **prestations médicales ambulatoires** fournies dans toute la Suisse. Entré en vigueur dans l'AOS en 2004 et comprenant plus de 4600 positions, il attribue des points tarifaires aux différentes prestations. En règle générale, les conventions tarifaires cantonales fixent la valeur du point. Après déduction de la participation aux coûts, les prestations médicales ambulatoires sont intégralement prises en charge par l'assureur maladie. Le montant de la tarification des différentes prestations dépend de leur durée, de l'infrastructure nécessaire et de la complexité de l'acte. Le tarif TARMED se compose de prestations médicales (PM) et techniques (PT) auxquelles des points tarifaires sont attribués. Ces points tarifaires traduisent en chiffres la prestation fournie par le professionnel de santé. L'entretien pendant la consultation fait partie des prestations médicales, tandis que les salaires des assistantes médicales et l'équipement se classent, par exemple, parmi les prestations techniques. Le montant perçu par les médecins pour leurs prestations varie d'un canton à l'autre. Il est négocié par les assureurs et les médecins (santésuisse, s. d.).

  Depuis la disparition du concept de traitement « semi-hospitalier », de la LAMal, en 2009, les prestations fournies dans le cadre des **structures intermédiaires** (p. ex. clinique de jour / sont assimilées à des prestations ambulatoires (art. 5 OCP) et facturées comme telles (BASS, Stocker, et al., 2018).
- **SwissDRG**[15] : La rémunération des traitements hospitaliers stationnaires est soumise à des forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse (art. 49, al. 1, LAMal). Le tarif pour les forfaits par cas dans **le domaine des hôpitaux de soins aigus** est structuré en fonction des groupes de diagnostics ou Diagnosis Related Groups (DRG). Chaque traitement stationnaire est attribué à un groupe de cas et rémunéré sous forme de forfait sur la base de critères tels que le diagnostic principal, les diagnostics secondaires, les traitements et le degré de gravité (KPMG AG & Walder Wyss Rechtsanwälte et al., 2018, p. 13).
- **TARPSY** : Appliquée depuis 2018, la structure tarifaire couvre tous les domaines de prestations **stationnaires de la psychiatrie**. Elle prend en compte les charges et les prestations assumées par les hôpitaux et répartit les cas dans des groupes de coûts psychiatriques en fonction du diagnostic principal, de l'âge, du degré de sévérité de la maladie et des diagnostics secondaires. La tarification se fait sur la base de forfait journalier dont la valeur diminue avec le temps (tarif journalier dégressif).
- **ST Reha** : Appliquée depuis 2022, ST Reha est la nouvelle structure tarifaire uniforme au niveau suisse servant à rémunérer les séjours de **réadaptation stationnaire**. Cette structure tarifaire fonctionne sur un mode similaire aux SwissDRG, à la différence qu'elle ne génère pas de forfaits par cas, mais des forfaits par jour. Les cas sont regroupés selon l'atteinte de critères prédéfinis, en suivant une logique d'arbre de décision. Les données issues du codage médical (CIM 10 et CHOP) déterminent une classification dans des RCG « readaptation cost groups » (PLATEFORME-REHA.CH, s. d.).

Réformes en cours[16]

- **TARDOC** : Ces dernières années, plusieurs tentatives de révision visant à simplifier le tarif médical ambulatoire TARMED ont été menées, mais faute d'entente entre partenaires

[14] Voir la page de l'OFSP sur le sujet : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html (OFSP, 2022c)

[15] Voir la page de SwissDRG SA qui développe le système : https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg

[16] De très nombreuses modifications de l'assurance-maladie sont en cours : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte.html. Certaines, citées sous ce point, sont susceptibles de modifier de manière importante la

tarifaires, elles ont toutes échoué. Le Conseil fédéral est intervenu à deux reprises, en 2014, puis en 2018, par voie d'ordonnance pour imposer une révision de TARMED (version 1.09) (cf. OFSP, 2017 b). Courant 2021, il a rejeté une nouvelle mouture « TARDOC », celle-ci n'étant pas soutenue par l'ensemble des acteurs (cf. Conseil fédéral & OFSP, 2021).

- **Forfaits ambulatoires et organisation tarifaire nationale** : Suite aux nombreux blocages dans le domaine ambulatoire, le 1er volet de mesures visant à maîtriser les coûts[17], entré en vigueur au 1er janvier 2022, introduit deux modifications importantes : 1) les partenaires tarifaires seront légalement tenus (art. 47a LAMal) de mettre en place, comme pour le domaine stationnaire, une organisation tarifaire nationale qui sera responsable des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires ; 2) les tarifs forfaitaires par patient liés à des prestations ambulatoires devront reposer sur une structure tarifaire uniforme au niveau national. Les forfaits auront la priorité sur les tarifs à la prestation (TARMED) lorsqu'ils seront convenus par les partenaires tarifaires.
- **Projets pilotes** (**art. 59b P-LAMal**) : Le 1er volet introduit une base légale pour la mise en œuvre de projets pilotes qui sera vraisemblablement appliquée dès 2023. « L'idée est de permettre dorénavant aux cantons et aux assureurs de mettre au point des mesures et des projets qui peuvent déroger aux dispositions de la LAMal et de ses ordonnances. Ainsi serait-il envisageable de supprimer l'obligation de contracter, de limiter les admissions, d'introduire des rémunérations forfaitaires dans le domaine ambulatoire, de supprimer le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient ou d'instituer un financement uniforme des prestations imputables à l'assurance maladie sociale » (DFI / Groupe d'experts, 2017) (cf. Conseil fédéral, 2019).

  > *Pour une solution basée sur ce point : Projet pilote →3.2.6.*

- **Réseau de soins coordonnés** : Le 2e volet[18] de mesures visant à freiner la hausse des coûts propose de créer dans la LAMal les bases légales permettant aux professionnels de santé de s'unir au sein d'une équipe de prise en charge interprofessionnelle et interdisciplinaire, et de se présenter aux assureurs comme étant **une nouvelle forme de fournisseur de prestations** [art. 35 LAMal]. Un réseau de soins coordonnés facture ensuite aux assureurs toutes les prestations qu'il fournit comme s'il s'agissait d'un seul fournisseur de prestations. Les prestations du réseau de soins coordonnés seront rémunérées par des forfaits, définis dans les conventions tarifaires avec les assureurs. Celles-ci régleront aussi, notamment, la charge induite par la coordination des prestations (DFI, 2020, p. 79).

  > *Pour une solution basée sur ce point : Projet pilote →3.2.6.*

- **EFAS** : Depuis 2009 déjà, avec l'initiative parlementaire 09.528 « financement moniste des prestations de soins », des voix se sont élevées pour demander une réforme visant un « financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires » (EFAS). Il s'agit de la réforme de santé la plus importante de ces dernières décennies. Elle est encore en discussion et selon la variante choisie, pourrait intégrer les soins de longues durées, voire les soins d'assistance, non couverts actuellement par l'AOS (→1.4.9).

---

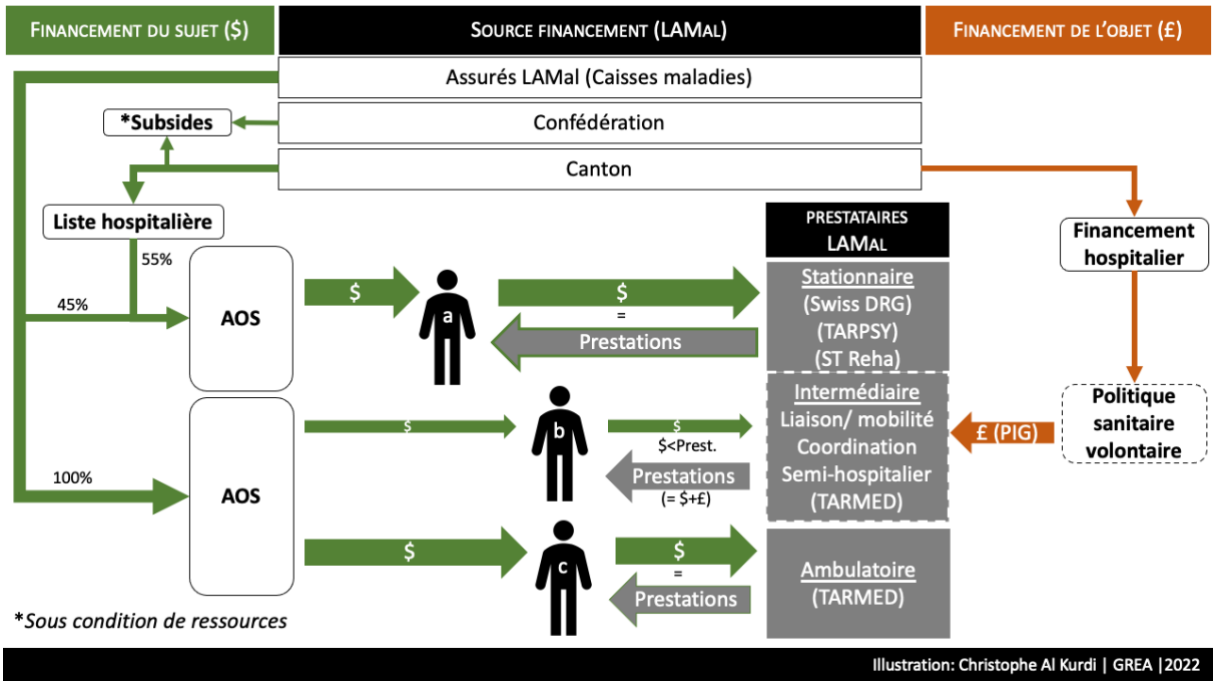
répartition du financement entre l'AOS et les cantons, de déboucher sur une refonte des systèmes tarifaires en vigueurs et partant de modifier les modalités de financement de l'aide en cas d'addictions.

[17] https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html. (OFSP, 2022b)

[18] https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2.html. (OFSP, 2022a)

Flux financiers

Figure 3 : Flux financiers (LAMal)



Légende : Cette figure illustre les flux financiers qui s'appliquent en cas de prestations facturables à la LAMal et différencie trois cas : (a) achat de soins stationnaires ; (b) achat de soins intermédiaires ; (c) achat de soins ambulatoires. Les subsides, évoqués ici, font référence aux réductions individuelles de prime qui permettent à la LAMal de fonctionner[19].

Commentaire : La figure 3 illustre trois modalités de financement pour l'achat de prestations facturables à la LAMal.

- On remarque que le financement des sujets (a) (via la LAMal et indirectement le canton) et (c) (via LAMal) couvre entièrement l'achat des prestations stationnaires et ambulatoires fournies. On parle alors de **financement du sujet parfait**.
- À l'inverse, on peut observer que le financement du sujet (b) est insuffisant à la vue des prestations fournies dans le cadre des structures intermédiaires (la facturation TARMED couvrant insuffisamment les coûts). Dans ce cas de figure, le canton doit adjoindre au financement du sujet (b) un financement complémentaire à destination des institutions, c'est-à-dire un **financement de l'objet** « structure intermédiaire ». Dans ce cas de figure, on peut parler de **financement mixte.**

  Parce que les structures intermédiaires sont fréquemment associées à des hôpitaux (universitaires), leur financement se fait généralement sur la base des législations cantonales sur le financement des hôpitaux et par le biais de prestations dites d'intérêt général (**PIG**).

> *La **terminologie** pour évoquer les différentes modalités de financement (financement de l'objet / financement du sujet imparfait / financement du sujet parfait / formes mixtes /etc.) est développée dans les annexes (→A5).*

[19] Actuellement, le financement du sujet via l'AOS, n'est possible qu'en raison d'une politique massive de réduction individuelle des primes qui s'élevait à près de 4,5 milliards en 2016 (Confédération 2'481 millions / cantons 2'015 millions) (cf. Conseil fédéral, 2018, p. 24).

1.4.4 Financements dans le cadre des « institutions sociales » (non LAMal)

Principes de base

Depuis la réforme de la **péréquation financière**[20] et de la **répartition des tâches entre la Confédération et les cantons** (**RPT**[21]), en vigueur depuis 2008, les cantons sont responsables de la planification de l'offre, du pilotage et du financement de l'aide résidentielle en matière de dépendance dans les institutions non financées par la LAMal (BASS et al., 2019, p. 15). La LStup impose aussi à ces derniers la mise en œuvre de tâches dans les domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques et de l'aide à la survie (voir l'encadré suivant). Parce que l'AOS n'entre pas en ligne de compte pour les institutions non référencées sur la liste cantonale des hôpitaux, une grande partie des coûts liés à une prise en charge résidentielle sociothérapeutique sont à la charge des personnes concernées et, comme celles-ci sont dans leur grande majorité insolvables, le financement se reporte principalement sur les dispositifs d'aide sociale (→2.4.1).

Encadré 3 : Tâches relevant des cantons selon la LStup

Section 1 — Prévention | Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (art. 3b LStup)

[1] Les cantons encouragent l'information et le conseil en matière de prévention des troubles liés à l'addiction et de leurs conséquences médicales et sociales. Ils accordent à cet égard une importance particulière à la protection des enfants et des jeunes. Ils mettent en place les conditions-cadres adéquates et créent les organismes nécessaires ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis.

Section 2 — Thérapie et réinsertion : Prise en charge et traitement (art. 3d LStup)

[1] Les cantons pourvoient à la prise en charge des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou psychosocial ou des mesures d'assistance en raison de troubles liés à l'addiction.

[2] Ces traitements ont pour objectif la prise en charge thérapeutique et l'intégration sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, l'amélioration de leur santé physique et psychique ainsi que la création des conditions permettant l'abstinence.

[3] Les cantons favorisent la réinsertion professionnelle et sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction.

[4] Ils créent les institutions nécessaires au traitement et à la réinsertion ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis

Section 3 — Réduction des risques et aide à la survie | Tâches des cantons (art. 3g LStup)

Les cantons prennent des mesures de réduction des risques et d'aide à la survie en faveur des personnes ayant des troubles liés à l'addiction afin de prévenir ou d'atténuer la dégradation de leurs conditions médicales et sociales. Ils créent les institutions nécessaires à cet effet ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis.

Ici, il est important de relever que **nombre de cantons n'appliquent pas la LStup en tous points**. Par exemple, certains cantons n'offrent pas de traitement sociothérapeutique, alors que d'autres n'ont ni mesures de réinsertions sociales ni offre de réduction des risques, etc. (cf. Tableau 4 BASS et al., 2019, p. 8). Le législateur n'ayant pas prévu de financement ou de sanctions en cas de manquement, l'application de la LStup dans le cadre du fédéralisme d'exécution s'apparente parfois, au sein des cantons, à des **politiques volontaristes en matière d'addictions**.

Prestations concernées (selon BASS)

b. Traitement résidentiel des addictions dans le cadre d'institutions sociothérapeutiques (ne figurant pas sur la liste des hôpitaux)

c. Prise en charge ambulatoire de type psychosocial, socioéducative ou sociothérapeutique (opérée par un fournisseur non reconnu par la LAMal)

d. Traitement « semi-résidentiel »

[20] Voir AFF : https://www.efv.admin.ch/efv/fr/home/themen/finanzausgleich/aktuell.html (AFF, 2022)

[21] Voir les objets parlementaires : 01.074, 05.070, 12.3412, 13.3363 (Curia Vista, 2001, 2005, 2012, 2013) et rapports explicatifs (Conseil fédéral, 2002, 2005b).

e. Offres spécifiques de proximité / mobiles pour personnes dépendantes (p. ex. travail social de proximité / hors murs, travail d'outreach)

f. Prise en charge, offres de logement / foyers, structures d'emploi / de jour pour personnes dépendantes

g. Intégration professionnelle (programmes spécifiques pour personnes dépendantes)

h. RdR — Offres et institutions dans le domaine de la réduction des risques (p. ex., centres d'accueil de jour, échange de seringues, drug-checking, etc.)

i. CM — Gestion / coordination de cas (Case management) pour personnes dépendantes

Principaux bailleurs de fonds

- Les **personnes concernées** par une prise en charge résidentielle sociothérapeutique sont, en principe, tenues de payer les coûts inhérents à celle-ci.

  Dans les faits, en raison de leur insolvabilité (quasi généralisée), ces coûts se reportent sur les **dispositifs d'aide sociale cantonale et/**ou **communale** qui financent la prise en charge. Les personnes concernées qui sont au bénéfice d'une rente de l'**assurance-invalidité**, peuvent — sous condition de ressources — obtenir **des prestations complémentaires (PC)** afin de couvrir les coûts de leur prise en charge résidentielle et/ou d'activités visant à améliorer leur intégration (→2.4.1). Les PC spécifiquement destinées à couvrir les frais d'invalidité et de maladie tout comme les PC destinées à couvrir les frais supplémentaires liés au séjour dans un home sont entièrement à la charge **des cantons** (art. 14 LPC) (→1.4.8).

- En cas de prise en charge contrainte, qui se substituerait à une incarcération, celle-ci est entièrement à la charge du canton en vertu du Code pénal (→1.4.5).

- En application de l'art. 74 LAI, la Confédération (**OFAS)** soutient financièrement les institutions qui contribuent à l'intégration des personnes invalides. Parmi les institutions soutenues, plusieurs d'entre elles accueillent des personnes souffrant d'addictions. La subvention à ces institutions est, en grande partie, corrélée au nombre de ses clients ayant bénéficié d'une prestation individuelle AI (→1.4.7).

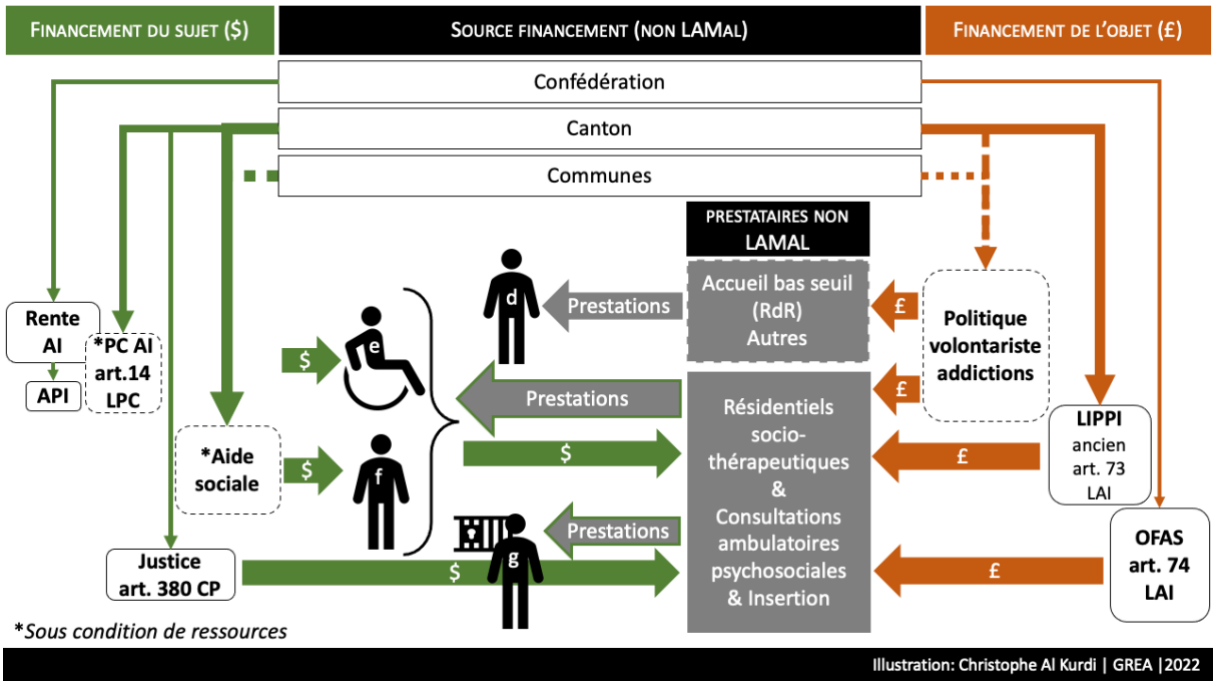
- Suite à la RPT et en application de la **LIPPI**, les cantons doivent financer les institutions résidentielles sociothérapeutiques (→1.4.6).

- En application de politique volontariste en matière d'addictions, **certaines villes et certains cantons** financent des offres additionnelles (p. ex. habitat, réduction des risques et aide à la survie, information et conseil pour les personnes concernées et leurs proches, etc.).

- Les **institutions** contribuent également parfois à leur financement par le biais de financements propres (collecte de fonds, vente de produits et de prestations, travail bénévole, etc.) (Herrmann et al., 2006, p. 6).

Flux financiers

Figure 4 : Flux financiers (non LAMal)



Légende : Cette figure illustre les principaux flux financiers qui s'appliquent en cas de prestations non facturables à la LAMal et différencie quatre cas : (d) accès gratuit à des prestations financées sur la base d'une politique volontariste en matière d'addictions ; (e) achat de prestations à l'aide d'un financement AI ; (f) achat de prestations à l'aide d'un financement de l'aide sociale ; (g) achat de prestations de la part de la justice du canton concerné pour une prise en charge contrainte.

Commentaire : La figure illustre quatre modalités de financement de prestations non facturables à la LAMal. Elle n'épuise pas l'ensemble des cas, mais permet de mettre en évidence plusieurs caractéristiques importantes :

- Le système est extrêmement complexe, il mêle financement du sujet et financement de l'objet et s'appuie, pour fonctionner, sur de nombreux régimes et bailleurs de fonds différents (rente AI, PC AI, aide sociale, code pénal (CP), LAI, etc.) ;
- Seules quelques prestations sont accessibles gratuitement (voir cas d). Ici, cette gratuité pour l'« usager » est possible parce que le canton couvre, sur une base volontaire, les coûts de fonctionnement de l'institution prestataire (p. ex. « structure d'accueil à bas seuil d'accessibilité »). Dans ce cas de figure, on peut parler de **véritable financement de l'objet** ;
- L'accès à la majorité des prestations est conditionné à un financement catégoriel du sujet basé sur le statut de la personne qui requiert une assistance, à savoir dans le cas présent : l'« invalide » (e), le « pauvre » (f), le « délinquant » (g) ;
- En sus de l'apport financier des « clients » (e, f, g), les prestataires bénéficient de subventions supplémentaires des cantons (basées sur leur « politique addictions » et/ou la LIPPI) et de la confédération (basée sur l'art. 74 LAI). Dans bien des cas, l'indemnisation ne porte pas sur la charge moyenne (frais) de l'institution, mais dépend du besoin des utilisateurs et utilisatrices et couvre la part qui ne peut être financée par ceux-ci (on parle alors de **financement du sujet imparfait**[22]).

[22] Auparavant, avec l'art. 73 LAI, la majorité des institutions bénéficiaient d'un financement axé sur les coûts de fonctionnement (indépendamment des prestations) qui était assorti d'une garantie de couverture des déficits : on pouvait évoquer alors un véritable financement de l'objet. Avec le new public management, et la loi sur les

1.4.5 Financement de l'aide « sous contrainte »

Le Code pénal (art. 60 / art. 63 CP) et la LStup (art. 19a al. 3,4) prévoient qu'une personne condamnée peut effectuer sa peine dans un centre spécialisé à titre de **mesure imposée**. La totalité des coûts est alors prise en charge par les cantons (art. 380 al.1 CP) et la personne concernée n'a rien à payer — cela, quel que soit le type d'établissement (médical ou sociothérapeutique) dans lequel la mesure est appliquée.

Une autre forme d'aide sous contrainte est le « **placement à des fins d'assistance** » (**PAFA**). Il est régi par les art. 426 à 439 du Code civil (CC) et prévoit qu'une personne souffrant de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou se trouvant dans un grave état d'abandon peut être placée dans une institution appropriée si l'assistance ou le traitement nécessaire ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. Lorsque les PAFA sont effectués dans le cadre d'institutions médicales (p. ex. clinique psychiatrique), ils sont logiquement financés par la LAMal. Lorsqu'ils sont effectués dans des institutions non médicales (foyer, EMS, résidentiel sociothérapeutique), il semblerait[23] qu'en l'absence de loi fédérale ou de directive intercantonale réglant la question du financement lors de placement dans des institutions non soumises à la LAMal, la personne concernée doive payer sa prise en charge. Pour plus de détails sur l'importance des PAFA (→A6).

1.4.6 Financements des institutions destinées à promouvoir l'intégration des invalides (LIPPI / art.73 LAI abrogé)

Pour des raisons historiques, une partie des institutions résidentielles actives dans le domaine des dépendances ont été financées à partir des années 1970-80 sur la base de l'art. 73 LAI (pour une archive →A7) qui visait à soutenir — via des subventions collectives — la construction et l'exploitation d'institutions servant à l'intégration des personnes invalides (cf. Nussbaumer, 1999). Dès le milieu des années 1990[24] et suite au frein à l'endettement de 2001, les critères pour bénéficier de cette subvention de l'OFAS sont devenus de plus en plus restrictifs (cf. Simon Darioli & Frédéric Pralong, 2003). Cette limitation des subventions fédérales a eu comme conséquence un important report de charges sur les cantons et les communes. À titre d'exemple, en 1997 l'assurance-invalidité couvrait 21 % des coûts, contre 4 % en 2005. À la même période, la part du financement des cantons et des communes est passée de 57 % à 77 % (cf. Infodrog, 1999 ; Herrmann et al., 2006) (pour le détail des chiffres →A8).

Une partie des cantons et communes ne pouvant, ou ne voulant pas assumer cette nouvelle charge financière, cela a conduit à de nombreuses fermetures de structures résidentielles durant cette période (pour une liste, cf. Infodrog, 2018) et sous la pression du Parlement au lancement par le Conseil fédéral d'un grand chantier intitulé « **Financement des thérapies résidentielles de la dépendance** » (**FiDé**), destiné à trouver de nouvelles formes de financement pour ces structures.

---

subventions (LSu, RS 616.1), cette pratique a laissé la place, la plupart du temps, à des financements ancrés juridiquement dans des **mandats/conventions de prestations**. Au travers ces derniers, le financement des institutions ne se fonde plus uniquement sous les coûts mais prend la forme « d'une indemnisation qui dépend du besoin des utilisateurs et couvre la part qui ne peut être financée par ceux-ci » (Jaggi, 2008). Pour désigner cet état de fait, les spécialistes se réfère à la notion de « **financement du sujet imparfait** » (→A5).

[23] **Zone d'ombre** : En dépit du nombre important de personnes concernées par les PAFA en Suisse, nous n'avons pu trouver une loi fédérale ou une directive intercantonale qui règle cette question du financement des *séjours contraints* dans le cadre d'institutions non soumises à la LAMal.

[24] Dans une circulaire de février 1996 adressée aux institutions subventionnées, l'OFAS indiquait au point 1.6 que « pour les personnes séjournant dans ces institutions, l'OFAS demande une attestation confirmant qu'elles sont invalides au sens de l'art. 4 LAI. » Selon le Tribunal fédéral des assurances (TFA), «la toxico-dépendance en soi ne constitue pas une invalidité. Dans le cas où aucune mesure individuelle de l'AI n'aurait été prise, un certificat médical attestant une atteinte à la santé relevant de l'AI doit être annexé à la demande de subvention pour chaque personne concernée ». En clair, cette disposition, insérée dans une circulaire de 5 pages, excluait les établissements pour personnes toxicodépendantes du subventionnement par l'OFAS, la plupart d'entre eux n'atteignant pas le taux de 50% de pensionnaires reconnus par l'AI pour être subventionnés sur la base de l'art. 73 LAI (Simon Darioli & Frédéric Pralong, 2003).

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 »(COSTE et al., 2003, p. 23).

Trop complexe, le modèle — établi sous l'égide de l'OFSP par la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE et al., 2003) — a été rejeté aussi bien par les professionnels que les cantons.

Avec l'entrée en vigueur de la RPT au 1er janvier 2008, les tâches dévolues jusqu'alors à la Confédération ont été transférées entièrement aux cantons (art. 112b Cst.), l'art. 73 LAI a été abrogé et une loi-cadre, la **LIPPI** (RS 831.26), a été édictée afin d'établir des règles générales auxquelles ces derniers devaient se plier.

À partir de cette date, l'obligation des cantons comprend :

- les domaines définis comme résidentiels ou partiellement résidentiels, le logement provisoire ou permanent (pour les enfants, les adolescents et les adultes, avec ou sans possibilité d'occupation à l'intérieur de l'institution) [c'est-à-dire **les homes**], le séjour d'adolescents et d'adultes dans un **centre de jour** ainsi que le travail d'adolescents et d'adultes dans un **atelier pour handicapés** (occupation ou production, centrale ou décentralisée) (Conseil fédéral, 2005b, p. 5810).

Encadré 4 : Principales bases légales fédérales pour le financement des institutions pour invalides

Encouragement de l'intégration des invalides (art. 112b Cst.)

[1] La Confédération encourage l'intégration des invalides par des prestations en espèces et en nature. Elle peut utiliser à cette fin les ressources financières de l'assurance-invalidité.

[2] Les cantons encouragent l'intégration des invalides, notamment par des contributions destinées à la construction et à l'exploitation d'institutions visant à leur procurer un logement et un travail.

[3] La loi fixe les objectifs, les principes et les critères d'intégration des invalides.

Principe (art. 2 LIPPI)

Chaque canton garantit que les personnes invalides domiciliées sur son territoire ont à leur disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins.

Institutions (art. 3 LIPPI)

[1] Sont réputées institutions :

a. les ateliers qui occupent en permanence dans leurs locaux ou dans des lieux de travail décentralisés des personnes invalides ne pouvant exercer aucune activité lucrative dans des conditions ordinaires ;

b. les homes et les autres formes de logement collectif pour personnes invalides dotées d'un encadrement ;

c. les centres de jour dans lesquels les personnes invalides peuvent se rencontrer et participer à des programmes d'occupation ou de loisirs.

[2] Sont assimilées aux institutions les unités d'un établissement qui fournissent les prestations visées à l'al. 1.

Participation aux coûts (art. 7 LIPPI)

[1] Les cantons participent aux frais de séjour dans une institution reconnue de telle manière qu'aucune personne invalide ne doive faire appel à l'aide sociale en raison de ce séjour.

[2] Si une personne invalide ne trouve pas de place répondant adéquatement à ses besoins dans une institution reconnue par son canton de domicile, elle a droit à ce que ledit canton participe, dans la mesure définie à l'al. 1, aux frais de séjour dans une autre institution satisfaisant aux conditions fixées à l'art. 5, al. 1.

La production d'un cadre stratégique cantonal en matière de handicap et la mise en œuvre d'une politique coordonnée avec les autres cantons figuraient, entre autres obligations, parmi les dispositions transitoires de ce désenchevêtrement des tâches entre cantons et Confédération (art. 10 LIPPI / art. 197 Cst., Chap. 4). Ceci a conduit d'une part à une **révision totale de la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS)**[25] et d'autre part, à la production de **plans**

[25] La CIIS remplace la CII de 1984, elle prévoit des compétences renforcée les domaines de la planification et de la coordination et intègre les institutions de lutte contre la « toxicomanie » dans la Convention (cf. Conseil fédéral, 2002, p. 2302)

stratégiques en matière de handicap qui, selon les cantons, englobaient, ou non, les « handicapés toxicodépendants »[26].

Encadré 5 : CIIS

La CIIS est un concordat des cantons qui a pour objectif d'assurer sans difficulté le séjour de personnes ayant des besoins spécifiques en matière de soins et d'encadrement dans des institutions appropriées même si elles se trouvent en dehors de leur canton de domicile. Concrètement, les cantons qui ont adhéré au concordat garantissent aux institutions situées en dehors de leur territoire la prise en charge des frais pour les clients qui n'ont pas leur domicile légal dans le canton où se trouve l'institution (cf. l'exception prévue à l'art. 5 CIIS). Dans une perspective financière, cette garantie facilite pour les institutions sociales l'accueil des clients domiciliés hors du canton. Le concordat CIIS s'applique aux quatre domaines suivants : les institutions à caractère résidentiel pour enfants et adolescents (domaine A), les institutions pour adultes invalides (le domaine B), **les institutions à caractère résidentiel de thérapie et réhabilitation dans le domaine de la dépendance (domaine C)** et les institutions d'enseignement spécialisé (domaine D).

Source : (Ecolplan & Moll, 2010)

En raison de la latitude des cantons en la matière, certains d'entre eux ont conservé le financement des institutions accueillant les personnes souffrant d'addictions dans le cadre du domaine du handicap (via leur loi cantonale d'exécution de la LIPPI), alors que d'autres — si cela n'avait pas déjà été effectué par le passé — ont ancré ce financement dans leurs lois sur l'action sociale, la santé ou encore dans un cadre réglementaire ad hoc dévolu aux addictions.

Réforme(s) en cours

- **Nouvelles formes de logement** : La ratification en 2014 et la mise en œuvre de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) ont renforcé la tendance à favoriser, lorsque cela est possible, les formes de logement plus autonomes que le home (von Bergen et al., 2020). Ainsi l'offre de logement destinée aux personnes en situation de handicap n'a cessé de se moduler et de se diversifier au cours des dernières années. Même si des structures de home classiques continuent d'exister, de nombreuses institutions ont fait évoluer leur offre vers des structures décentralisées, de type appartement, intégrées dans des ensembles résidentiels, au sein desquels des prestations de soutien d'intensité diverse sont proposées (cf. Fritschi et al., 2019).

  Cette tendance à des formes plus diversifiées de logement s'observe également au sein des institutions destinées spécifiquement aux personnes souffrant d'addictions. Ces dernières années, de nombreuses offres, très diversifiées, voient le jour[27]. Le dernier monitorage d'Infodrog a répertorié pour la première fois **l'offre de logements accompagnés** (habitats protégés et appartements supervisés) rattachée à des institutions de thérapie résidentielle des addictions et l'estime, pour 2020, à 384 places — contre 1'184 places « traditionnelles » (cf. Infodrog et al., 2021).

- **Financement du sujet** : Parallèlement à cette évolution de l'offre de logements, en application de la CDPH, de la LHand et dans la perspective de favoriser l'**autodétermination** des personnes en situation de handicap, plusieurs cantons ont envisagé la possibilité de passer d'un financement de l'objet à un financement du sujet. Ainsi le canton de Soleure a introduit, dès 2008, un système de *financement du sujet parfait* pour ses homes. Le canton de Berne va cesser le subventionnement des homes et

[26] Selon une circulaire de l'OFAS sur la planification des besoins pour les ateliers et les homes/centres de jour au sens de l'art. 73, l'offre de places doit être structurée selon les critères suivants: 1. Groupes cibles: handicapés physiques, handicapés psychiques, handicapés mentaux, handicapés sensoriels et handicapés toxicodépendants (Groupe de travail RPT (GRAS), s. d.).

[27] **Zone d'ombre** : A notre connaissance, aucun recensement systématique n'a été effectué à ce jour qui permettrait de mettre en évidences la variété et la quantité de cette offre. « Le monitorage d'Infodrog se concentre sur les offres rattachées aux institutions résidentielles addictions. Les autres offres d'appartements supervisés ou d'habitats protégés sont répertoriées dans différentes catégories, par exemple, dans le domaine de la psychiatrie, des offres bas-seuil ou encore dans les offres de suivi ambulatoire [**art 74 LAI**] et celles-ci ne font pas partie de cette statistique » (Infodrog et al., 2021, p. 2).

introduire d'ici 2024 un système entièrement basé sur le financement des sujets invalides (BE-DSSI, 2022).

Sur le plan fédéral, l'OFAS a lancé dès 2006 un projet pilote intitulé « **Budget d'assistance** » auquel trois cantons (Bâle-Ville, Saint-Gall et Valais) ont participé. Il s'agissait de proposer aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent (API) — désirant vivre à domicile — de la remplacer par un forfait d'assistance correspondant à leur degré d'impotence, ainsi qu'un budget d'assistance individuel destiné à *acheter des services d'assistance* qui leur permettrait de ne pas vivre en institution (OFAS, 2005, 2007). Suite aux projets pilotes, l'assurance-invalidité à intégrer, dès 2012, **la contribution d'assistance** (**CA**) (→1.4.8).

1.4.7 Financement des organisations faîtières d'aides aux invalides (art. 74 LAI)

Parallèlement à l'attribution de subventions en vertu de l'art. 73 LAI (voir pt précédent), l'OFAS accordait et accorde encore de nos jours, en vertu de l'art. 74 LAI, des aides financières visant à soutenir et à promouvoir l'intégration des personnes invalides.

L'étendue des aides, tout comme les exigences liées aux subventions délivrées en vertu de l'art. 74 LAI, a évolué dans le temps. Dès 2001, suite à un contrôle des Commissions de gestion du Parlement, les modalités d'attribution ont été entièrement revues par l'OFAS : mise en place de contrats de prestations ; controlling en vue d'harmoniser la saisie des données relatives aux prestations, aux usagers et aux coûts ; subventionnement lié à des exigences de qualité et à une preuve du besoin pour l'ensemble des prestations (cf. Baumgartner et al., 2009). De plus, à cette date, afin de faciliter les vérifications, les organisations faîtières sont devenues les seuls récipiendaires[28] de ces subventions et se sont retrouvées en charge de leur redistribution auprès de leurs membres.

Encadré 6 : Prestations subventionnées par l'OFAS en vertu de l'art. 74 LAI

Organisations d'aide aux invalides (art. 74 LAI)

[1] L'assurance alloue des subventions aux organisations faîtières de l'aide privée aux invalides (aide spécialisée et entraide) actives à l'échelle nationale ou dans une région linguistique, en particulier pour l'exercice des activités suivantes :

a. conseiller et aider les invalides ;

b. conseiller les proches d'invalides ;

c. favoriser et développer l'habileté des invalides en organisant des cours spéciaux à leur intention ;

d. soutenir et encourager l'intégration des invalides.

Prestation considérée (art. 108bis RAI)

[1] Des subventions sont accordées pour financer les prestations suivantes (…) :

e. accompagnement à domicile pour les invalides (selon l'al. 3, il est limité à quatre heures d'aide par personne handicapée et par semaine).

Circulaire de l'OFAS (CSOAPH 2020-2023)

La Circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées (CSOAPH) décrit dans le détail, au chap. 3, les prestations subventionnées. Dans la version actuelle, celles-ci sont réparties en trois groupes : les prestations spécifiques à l'individu (3001), les prestations spécifiques aux groupes (3002) et les prestations non destinées à des bénéficiaires/personnes (PROSPREH 3003-3007). Les prestations suivantes sont, entre autres, nommément signalées :

- **Individu** : Conseil aux personnes en situation de handicap et à leurs proches ; Mise en relation avec des services d'aide.
- **Groupes** : Développement, élaboration et diffusion de matériel d'information et médias ; Service d'information et de documentation ; Cours destinés aux personnes en situation de handicap et à leurs proches (avec ou sans nuitée) ; Cours « Aide à l'entraide », promouvant l'autonomie des clients ; Cours « Contacts sociaux — loisirs et sport » ; Lieux d'accueil pour les personnes en situation de handicap et leurs proches.

[28] Le nombre d'organisation percevant directement des subventions est passé de 600 en 1998 (cf. Baumgartner et al., 2009) à 50 organisation faîtières représentant 469 institutions en 2020 (cf. OFAS, 2022a).

–	**PROSPREH** : Tâches générales d'information et de relations publiques ; Encouragement de l'entraide. *Pour un aperçu plus détaillé des prestations de la CSOAPH (→A9)*

S'agissant des institutions œuvrant dans le domaine des addictions, on sait peu de chose si ce n'est que sur les 50 organisations faîtières percevant des subventions de l'OFAS, un peu plus d'un tiers d'entre elles (17) disent prendre en charge des personnes dont l'invalidité a un rapport aux addictions (« **Sucht-behinderung** »). Sur les 154,4 millions alloués pour l'exercice 2020-2023), il n'est pas possible — à partir des données publiques de l'OFAS — d'estimer les montants alloués à ce public spécifique (cf. OFAS, 2022a).

Selon une estimation produite le Büro Vatter, sur la période 2004-2014, la proportion de personnes dont l'invalidité a un rapport aux addictions ne dépassait pas 1 % de l'ensemble des ayants droit aux prestations art. 74 LAI (cf. tableau 3-2 Büro Vatter et al., 2016, p. 26).

On relèvera que six organisations faîtières soutenues en vertu de l'art. 74 LAI offrent des « **logements accompagnés (Begleitetes Wohnen)** »[29] **dans le cadre d'un suivi ambulatoire**. En 2016, sur les 1858 places recensées, 70 étaient proposées par la *Fondazione STCA — INGRADO*[30], laquelle est un centre de compétence tessinois spécialisé dans les problématiques d'addictions (cf. Fritschi et al., 2019, p. 45-47).

Réforme(s) en cours

- **Développement continu de l'AI**[31] : La dernière réforme « Développement continu de l'AI » (17.022), entrée en vigueur le 1er janvier 2022, n'a pas modifié la teneur des articles d'application (art. 108-110 RAI) relatifs à l'art. 74 LAI, mais va, sans aucun doute, se traduire par un réaménagement des directives de l'OFAS pour le prochain exercice (CSOAPH 2024-2027).
- **Cantonalisation de l'art. 74 LAI** : Dix ans après la RPT, le Conseil fédéral a publié un rapport qui aborde 33 tâches pour lesquelles la responsabilité et/ou le financement sont partagés entre la Confédération et les cantons. Parmi les tâches analysées figurent les subventions aux organisations privées d'aide à la vieillesse et aux invalides délivrées en vertu de l'art. 74 LAI (pt 10). Parce que la RPT a transféré aux cantons la responsabilité des offres à destination des invalides, qu'elles soient stationnaires ou semi-stationnaires, les cantons estiment que « la responsabilité de la Confédération en matière de services ambulatoires spécialisés ne se justifie plus » et « qu'il y a lieu d'examiner la possibilité de confier aux cantons les prestations (ambulatoires) spécialisées du domaine de l'assistance et de l'occupation ». Pour le Conseil fédéral, en partie d'accord avec la proposition des cantons, « il convient d'opérer une distinction pour les prestations fournies dans le cadre de l'aide aux invalides (art. 74 LAI) : le financement des prestations de conseil dispensées aux invalides et à leurs proches ainsi que des cours par la Confédération a fait ses preuves, alors qu'une cantonalisation des prestations de suivi (en particulier pour les logements avec encadrement médico-social) permettrait des gains d'efficience ». Et conclut que « les compétences relatives aux prestations de suivi fournies aux personnes invalides seront examinées dans le cadre d'un éventuel projet Répartition des tâches II » (cf. Conseil fédéral, 2018, p. 44-45).

[29] « Dans le cadre de l'art. 74 LAI, les organisations de l'aide privée aux invalides reçoivent des aides financières pour des prestations spécifiques aux personnes (conseils, mise en relation avec des services d'assistance, cours, lieux de rencontre, etc.) ainsi que pour des prestations non spécifiques aux personnes (travail avec les médias et relations publiques, travaux de fond sur des thèmes spécifiques, promotion de l'entraide). L'une des prestations spécifiques aux personnes est également ce que l'on appelle le "logement accompagné", dans le cadre duquel les personnes handicapées reçoivent un soutien ponctuel. Elles vivent dans leur propre appartement avec leur propre contrat de location » (cf. Fritschi et al., 2019, p. 45-47).

[30] https://www.ingrado.ch/

[31] Pour plus d'information : https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/reformen-revisionen/weiterentwicklung-iv.html (OFAS, 2022c)

Pour une solution basée sur ce point : Transfert de compétence art. 74 LAI →3.2.3.

- **Projet pilote** (**art. 68quater LAI**) : depuis la 5e révision AI, en vigueur depuis le 1er juillet 2007, la LAI contient une disposition stipulant que « l'OFAS peut autoriser des projets pilotes de durée limitée dérogeant ou non à la loi dans la mesure où ils poursuivent un objectif de réadaptation ». L'OFAS vient de publier, en septembre 2022, un document intitulé « Projets pilotes au sens de l'art. 68quater LAI : Concept » qui décrit le but des PP. Ils « servent à améliorer la réadaptation. Ils sont l'occasion de développer et de tester concrètement : a) des mesures, des instruments ou des façons de procéder qui sont nouveaux ou ne sont pas prévus par la LAI ; b) des améliorations ou extensions de mesures, d'instruments ou de façons de procéder dans le cadre légal existant (cf. OFAS, 2022d).

Pour une solution basée sur ce point : Projet pilote →3.2.6.

1.4.8 Financements des sujets « invalides »

Les personnes en situation d'addictions qui bénéficient d'une rente de l'assurance-invalidité[32] peuvent obtenir, sous condition de ressources, des prestations complémentaires (PC) qui leur permettent de financer un traitement résidentiel sociothérapeutique. Théoriquement, une partie des personnes concernées pourrait bénéficier, en raison d'un état de santé particulièrement dégradé, d'une allocation pour impotent (API[33]) et d'une contribution d'assistance (CA). Les cas semblent toutefois être particulièrement rares.

- Les **prestations complémentaires** (**PC**) à la rente AI sont versées par la Confédération et les cantons. Les PC sont des prestations sous condition de ressources qui couvrent les coûts minimaux de la vie, dans la mesure où la rente et le revenu ne suffisent pas à cet effet (on parle de « prestations sous condition de ressources »). Depuis 2020, on peut distinguer trois catégories de PC en regard de leur financement :
  - les PC annuelles/périodiques[34] qui servent à garantir le minimum vital et sont prises en charge à 5/8 par la Confédération et à 3/8 par les cantons (art. 13 LPC) ;
  - les PC qui permettent de couvrir les frais supplémentaires liés au séjour dans un home sont entièrement à la charge des cantons (art. 14 LPC) ;
  - les PC qui couvrent les frais liés à la maladie et à l'invalidité sont entièrement à la charge des cantons (art. 14 LPC).

  Pour les personnes qui vivent à domicile, l'intégralité des PC périodiques sert à garantir le minimum vital. Dans le cas des pensionnaires de home, pour déterminer la part du minimum vital, on calcule quel serait le montant des PC si la personne vivait à domicile. La Confédération assume 5/8 du minimum vital. La part qui ne sert pas à la couverture des besoins vitaux — c'est-à-dire les frais supplémentaires liés au séjour dans un home — est financée par les cantons (OFAS, 2022b, p. 7).

[32] **Zone d'ombre** : Les statistiques disponibles sur le site de l'OFS « STAT-TAB – tableaux interactifs » (https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/fr/) ne permettent pas de connaitre le nombre de bénéficiaires d'une rente AI obtenue en raison d'une problématique addictives (comme trouble psychique secondaire ou, à partir de 2019, comme trouble primaire). Les catégories retenues étant : infirmités congénitales, maladies psychiques, systèmes nerveux, os et appareil locomoteur, autres maladies, accident.

[33] L'API est destinée à quiconque est tributaire, en raison d'une atteinte à sa santé, de l'aide d'autrui ou nécessite une surveillance personnelle. L'allocation pour impotent n'est pas octroyée comme les PC « sous condition de ressources » et peut être utilisée librement.

[34] En 2021, 5'442.8 millions ont été consacrés aux PC. Parmi les PC versées périodiquement, 2'835.6 millions (52%) l'étaient pour garantir le minimum vital et 2'073.5 millions (38%) pour les frais supplémentaires liés au séjour dans un home. Enfin, 533.8 millions (10%) étaient accordés pour couvrir les frais liés à la maladie et à l'invalidité (cf. Tableau 5 OFAS, 2022b).

- **L'allocation pour impotent (API)**[35] : Cette prestation sert à couvrir les frais de l'assuré qui, en raison d'une atteinte à la santé, doit recourir à l'aide régulière de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, manger, faire sa toilette, etc.), pour faire face aux nécessités de la vie ou pour entretenir des contacts sociaux. Les montants versés, sous forme de forfaits, dépendent du degré d'impotence et du type d'hébergement (home ou à domicile). L'AI distingue trois degrés d'impotence (faible, moyenne, grave) et alloue des indemnités plus élevées aux personnes vivant chez elles que pour celles séjournant en institution. En 2021, les montants s'échelonnaient de Fr. 120.— (pour une impotence faible et un assuré vivant dans un home) à Fr. 1'912.— (pour une impotence grave et un assuré vivant chez lui). Le droit à l'API existe indépendamment des moyens financiers personnels. L'API est entièrement financée par la Confédération (art. 77 LAI).
- **La contribution d'assistance (CA)**[36] : La 6e révision de l'AI (2012) a introduit cette prestation qui permet aux assurés qui ont droit à une allocation pour impotent et qui disposent du degré d'autonomie nécessaire d'engager de leur propre chef une ou plusieurs personnes pour les prestations d'aide dont ils ont individuellement besoin. La CA se monte à Fr. 33.50 par heure (Fr. 50.20 si l'assistant doit disposer de qualifications particulières). Le montant pour les prestations de nuit s'élève à 89.30 francs au maximum.

Encadré 7 : Incapacité de gain, invalidité et impotence (selon la LPGA)

Incapacité de gain (art. 7 LPGA)

[1] Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

[2] Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable

Invalidité (art. 8 LPGA)

[1] Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

[3] Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7, al. 2, est applicable par analogie.

Impotence (art. 9 LPGA)

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Réforme(s) en cours

- **Droit aux prestations AI en cas de dépendances** : Le 11 juillet 2019, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence concernant le droit aux prestations de l'AI en cas de toxicomanie : il convient dorénavant d'appliquer, afin de clarifier si la dépendance impacte sur la capacité de travail, la « procédure structurée d'administration des preuves » également aux personnes dépendantes de substances addictives, comme c'est le cas pour d'autres affections psychiques (ATF 145 V 215 . Auparavant, selon la jurisprudence constante rendue jusqu'ici (cf. ATF 8C_608/2018), les toxicomanies en tant que telles (lesdites toxicomanies primaires) ne justifiaient pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) et ne donnaient par conséquent pas droit à une rente de l'AI (Inclusion Handicap & Kern, 2019 ; cf. Dupont, 2019). Cela signifie

[35] **Zone d'ombre** : Cette prestation est signalée par le Bureau Bass (BASS et al., 2019; BASS, Kilian, et al., 2018). Cependant, selon nos informations, elle ne concernerait que quelques rares cas. En l'état, nous ne disposons pas d'une évaluation chiffrée du nombre de personnes en situation d'addictions au bénéfice d'une API. Pour plus de détails sur cette prestation, voir : https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidit%C3%A9-AI/Allocation-pour-impotent#qa-1234 et mémento 4.13 (Centre d'information AVS/AI, 2021)

[36] Voir : https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidit%C3%A9-AI/Contribution-dassistance#qa-1238 et mémento 4.14 (Centre d'information AVS/AI, 2022)

désormais que la toxicomanie ne peut plus être simplement rejetée comme non invalidante, mais il faut clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée, adaptée au cas particulier et dont le résultat est ouvert, si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influe sur la capacité de travail de la personne concernée, comme c'est le cas pour les maladies psychiques (Office AI Canton de Berne, 2019). Ce renversement de la jurisprudence, contribue à la déstigmatisation des personnes utilisatrices de substances psychoactives et devrait rendre les expertises médicales plus claires et conformes à la réalité clinique (Junod et al., 2020).

Le Tribunal fédéral souligne toutefois que l'obligation de limiter le préjudice s'applique également en cas de toxicomanie. On peut donc par exemple demander à une personne concernée de participer activement à des traitements médicaux raisonnablement exigibles. Si elle ne remplit pas cette obligation de limiter le préjudice et qu'elle permet ainsi le maintien de son état pathologique, cela peut entraîner, selon l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), une réduction ou un refus de prestations (Inclusion Handicap & Kern, 2019). De plus, selon un arrêt plus récent, du 7 juin 2021 (ATF 147 V 234), mis en exergue dans une lettre circulaire de l'AI (nº 395), la nouvelle jurisprudence ne constitue pas en soi un motif permettant de revenir sur une décision entrée en force, ni au titre d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, ni au titre de l'adaptation à une modification de la jurisprudence (OFAS, 2021; Inclusion Handicap & Kern, 2021).

Bien que l'ATF 145 V 215 rétablisse un minimum d'égalité de traitement envers les personnes utilisatrices de substances psychoactives et ouvre sur une meilleure collaboration entre AI et domaine des addictions, on peut penser que celui-ci n'aura qu'un très faible impact sur le nombre de rentes octroyées (cf. Bach, 2021) et conséquemment sur le financement des institutions sociothérapeutiques via l'assurance-invalidité[37].

1.4.9 Financement dans le domaine des soins de longue durée (EMS / service d'aide et soins à domicile)

Les soins de longue durée relèvent de la compétence des cantons et des communes, qui doivent par ailleurs également assumer les PC destinées à couvrir les coûts de ces soins (pt précédent). Le financement des soins à domicile et en EMS est réglementé, depuis 2011, par la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751) et les révisions partielles afférentes de la LAMal, de la LAVS et de la LPC (cf. Despland, 2011 ; Conseil fédéral, 2016b).

Depuis cette date, l'AOS verse une contribution pour certaines prestations de soins (cf. art. 7 al. 2 OPAS) délivrées en ambulatoire (à domicile) et en EMS — pour autant qu'elles soient délivrées par des prestataires de soins reconnus (infirmiers, SASD — service d'aide et de soins à domicile agréé par le canton et EMS figurant sur la liste cantonale des établissements médico-sociaux) (cf. Pro Infirmis, s. d.).

La rémunération des soins pris en charge par l'AOS est précisée dans l'OPAS et se déroule, de manière générale[38], ainsi :

- **Les prestations de soins à domicile sont rémunérées selon un tarif au temps consacré dont le taux dépend du type de prestation** (évaluation / conseils et

[37] En automne 2022, le GREA et le Fachverband Sucht ont mené un sondage, non représentatif, auprès de plus de 150 organisations du domaine des addictions. Sur la centaine d'organisation qui a répondu « il ressort que l'application de la jurisprudence semble connaître des destins différents en fonction des régions. **Seulement 7% des personnes sondées estiment que l'arrêt est appliqué dans leur canton**. Un tiers des répondants disent qu'il est partiellement appliqué. Pour 16%, il ne serait pas appliqué du tout. Une majorité, 45% des personnes sondées, ne sait pas si la jurisprudence permet aux personnes en situation d'addiction d'être aidée par des mesures de l'AI » (GREA, 2022b)

[38] Exception : les **soins aigus et de transition (SAT)** qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 25a al. 2 LAMal).

coordination / soins de traitement / soins de base). Pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination, l'AOS paie actuellement 76,90 francs de l'heure, pour les soins de traitement 63 francs de l'heure et pour les soins de base 52,60 francs de l'heure (art. 7a al. 1 OPAS).

- **La contribution de l'AOS aux prestations de soins en EMS est forfaitaire**. Son montant dépend des besoins en soins du résident. L'art. 7a al. 3 OPAS distingue douze niveaux. Jusqu'à 20 minutes de soins requis par jour, l'AOS paie actuellement 9,60 francs sur les coûts des prestations de soins, la contribution la plus élevée est de 115,20 francs par jour pour plus de 220 minutes de soins requis.

Toutefois, parce que l'AOS ne couvre pas l'ensemble des coûts de soins, les personnes concernées doivent verser une contribution plafonnée à 20 % au plus du montant maximal de la contribution aux soins de l'AOS (c'est-à-dire Fr. 21.60 par jour en EMS et Fr. 15.95 par jour pour les SASD). Les **coûts résiduels** (coûts bruts des soins moins la part de l'assurance-maladie et la part de la personne requérant des soins) doivent être pris en charge par les **communes et/ou canton**[39].

Il est important de comprendre que les prestations prises en compte par l'AOS n'incluent pas, l'ensemble des soins professionnels prodigués (p. ex. soins infirmiers d'assistance) et ne couvrent pas la totalité des coûts générés (p. ex. coûts d'hôtellerie)[40]. De ce fait, **les coûts d'hôtellerie et d'assistance sont à la charge des personnes concernées** qui, dans leur majorité, ne peuvent pas les assumer : environ 60 % des personnes requérant des soins en EMS doivent avoir recours à des prestations complémentaires pour le financement des coûts de l'hôtellerie et d'assistance (cf. CURAVIVA Suisse, 2021). Autrement dit, la Confédération, les cantons et les communes participent indirectement au financement des coûts des soins par le biais d'aides liés aux besoins, comme les prestations complémentaires (**PC**), les allocations pour impotent (**API**) de l'assurance-vieillesse et survivants (**AVS**) et de l'assurance-invalidité (**AI**) et, le cas échéant, l'**aide sociale**.

Réforme(s) en cours

- **Assurance obligatoire des soins** : Dans son message de 2005 sur les soins, le Conseil fédéral évoque, parmi les éléments non retenus, une assurance des soins (cf. Conseil fédéral, 2005a, p. 1950-1951). En 2016, en réponse à plusieurs postulats (12.3604 / 14.3912 / 14.4165), il revient sur cette idée et développe trois variantes : a) couverture des coûts d'assistance ; b) couverture des prestations de l'AOS ; c) combinaison des modèles a et b (cf. pt 2.1 Conseil fédéral, 2016b, p. 62-68). Pour une illustration des variantes proposées (→A10).

  > *Pour une solution basée sur ce point : Assurance des soins →3.2.4.*

- **Intégration des soins dans l'EFAS** : Suite aux postulats (16.3352 / 19.3002 CSSS-CN) et à la volonté des cantons[41] d'intégrer les soins (de longue durée) à l'EFAS[42], le Conseil fédéral a présenté plusieurs variantes dont l'assurance des soins (cf. pt 2.4.1 Conseil

[39] Environ un tiers des cantons assurent la totalité du financement résiduel, les autres prennent en charge ce financement conjointement avec les communes ou ont délégué ce financement entièrement aux communes (DFI, 2018, p. 5). Pour plus de détails : (INFRAS, Landolt Rechtsanwälte & Careum Forschung et al., 2018; INFRAS, 2018)

[40] A titre d'exemple, sur un coût mensuel moyen de 9'483 francs pour une prise en charge en EMS, seuls 3'969 francs (42%) sont à charge de l'AOS. Les coûts d'hôtellerie (Fr. 3'894 / 41%), d'assistance (Fr. 1'463 / 15,4%) et autres (Fr. 155.8 / 1,6%) ne sont pas pris en charge (cf. CURAVIVA Suisse, 2021).

[41] La CDS exige explicitement que le financement uniforme comprenne les prestations de soins des organismes d'aide et soins à domicile et des EMS : https://www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/financement (CDS, s. d.)

[42] « Les cantons demandent l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme. Ils soulignent qu'avec le système actuel, les charges qu'ils assument dans le domaine des prestations de soins augmentent plus fortement que celles que supportent l'AOS et les patients. Pour que les parts de financement des cantons et de l'AOS restent constantes pour toutes les prestations selon la LAMal, il faudrait un financement uniforme de toutes les prestations » (DFI, 2020, p. 8)

fédéral, 2020) et le DFI a effectué un important travail de clarification sur le sujet (cf. chap. 2 DFI, 2020, p. 8-33) (→A10).

- **Logement protégé** : Dans le domaine de l'habitat et des soins aux personnes âgées, l'importance de l'habitat protégé (habitat avec services/prestations) a augmenté au cours de ces dernières années, en tant que troisième forme d'habitat entre l'habitat à la maison, avec soins ambulatoires et assistance, et l'habitat avec soins stationnaires dans une institution. Une tendance similaire s'observe pour les personnes en situation de handicap, allant de l'habitation en institution vers une habitation la plus autonome possible, avec un soutien individuel[43].

1.4.10 Financements spéciaux

Le législateur a introduit plusieurs **financements spéciaux** destinés spécifiquement à la promotion de la santé et à la prévention[44].

- **Impôt sur les boissons distillées** : En 2020, les recettes nettes de l'impôt se sont élevées à CHF 267 millions. Elles sont attribuées à raison de 90 % aux assurances sociales AVS et AI. Les cantons reçoivent les 10 % restants (CHF 26 millions). Ils sont tenus d'utiliser ces fonds pour combattre les causes et les effets de l'abus de substances engendrant la dépendance (**dîme de l'alcool**) (CSI & AFC, 2021, p. 55).
- **Taxe sur la dépendance au jeu** : Les cantons perçoivent une taxe sur la dépendance au jeu de 0,5 %, qui est prélevée sur les revenus bruts des jeux de loteries réalisés sur leur territoire (CHF 5,3 millions en 2021). Ils sont tenus d'utiliser ces fonds pour la prévention et la lutte contre la dépendance au jeu.
- **Promotion santé suisse (PSCH)** : En vertu des art. 19 LAMal et art. 20 LAMal, la fondation de droit privé Promotion Santé Suisse a pour but de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé. Le financement est assuré par un supplément de prime annuelle, qui s'inscrit à 4,80 francs depuis 2018 (CHF 42,3 millions en 2021)[45].
- **Fonds de prévention du tabagisme (FPT)** : Ce fonds finance différents projets pour empêcher le début de la consommation de tabac, promouvoir son arrêt et protéger la population du tabagisme passif. Il est alimenté par une taxe de 2,6 centimes par paquet de cigarettes vendu (CHF 14 millions par an). Il s'agit d'une partie infime de **l'impôt sur le tabac** (qui s'élevait à 2,1 milliards en 2020).

La dîme sur l'alcool[46], comme la taxe sur la dépendance au jeu[47], est principalement utilisée par les cantons pour le financement d'institutions cantonales actives dans le domaine de la prévention ou de programmes intercantonaux poursuivant un but identique[48]. Quant à Promotion santé suisse

[43] Voir à ce propos le dossier de CURAVIVA Suisse : https://www.curaviva.ch/Informations-specialisees/Habitat-protege/PvPGZ/ (CURAVIVA Suisse, s. d.)

[44] Voir : (Conseil fédéral, 2018, p. 36; CSI & AFC, 2021, p. 50-55)

[45] Le Plan de mesures 2021-2024 de la Stratégie nationale Addictions 2017-2014 mentionne que « les fonds à disposition pour la période 2018 à 2024 se montent à 6,1 millions de francs par an » (Conseil fédéral & OFSP, 2020, p. 43). Il s'agit vraisemblablement des fonds destinés à la Prévention dans le domaine des soins (PDS) et aux Programmes d'action cantonaux (PAC) dont bénéficie, en partie, le domaine des addictions.

[46] Les rapports d'utilisation de la dîme par les cantons sont disponibles sur le site web de l'OFDF : https://www.bazg.admin.ch/bazg/fr/home/themes/alcohol/praevention_jugendschutz/alkoholzehntel/berichte_der_kantone.html

[47] Les rapports sur l'utilisation par les cantons de la taxe sont disponibles sur le site web de l'autorité intercantonale de surveillance des jeux d'argent (Gespa / anciennement Comlot) : https://www.gespa.ch/fr > publications

[48] A titre d'exemple, une partie de la taxe sur la dépendance au jeu (introduite en 2005 par la CILP – Convention intercantonale sur la surveillance, l'autorisation et la répartition du bénéfice de loteries et paris) est redistribuée par les cantons romands dans le cadre du Programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu (PILDJ).

(PSCH) et au Fonds de prévention du tabagisme (FPT), ils financent essentiellement des projets, c'est-à-dire des activités limitées dans le temps, ayant un début et une fin bien identifiables.

Réforme(s) en cours

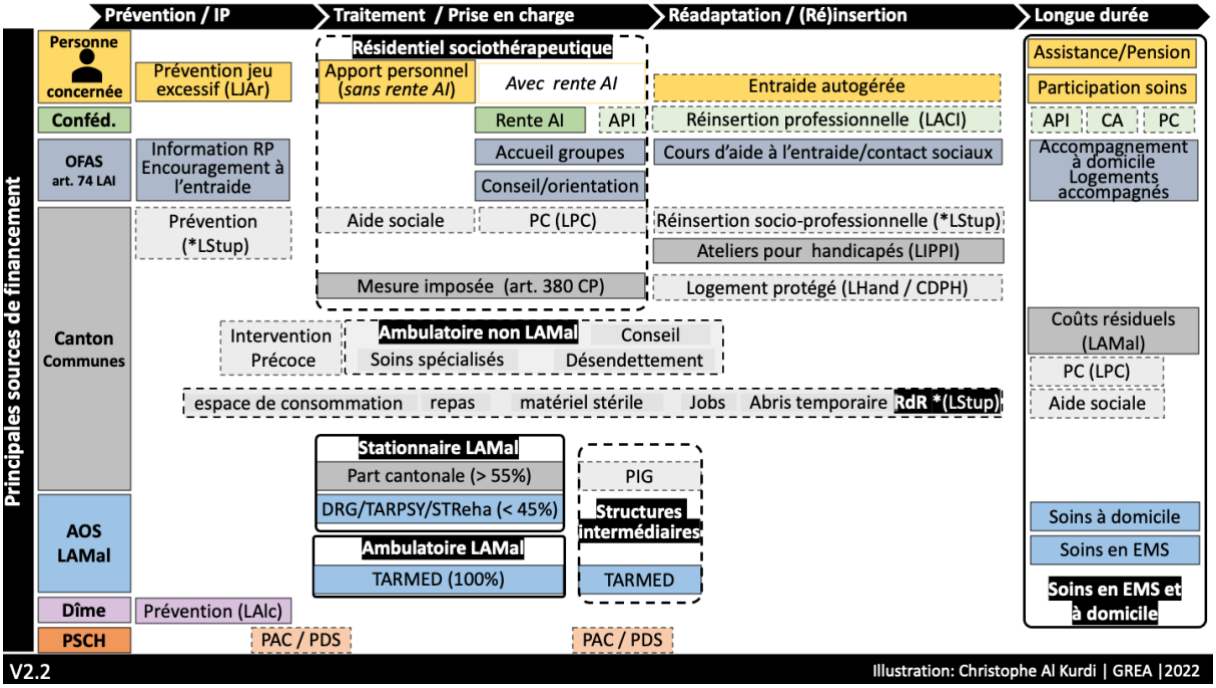
- Les organisations faîtières du domaine des addictions se sont à maintes reprises prononcées pour un élargissement de la liste des substances/comportements potentiellement addictifs qui devrait être soumis à une imposition spéciale destinée à la prévention ou plus globalement à la lutte contre les causes et les effets des addictions.

> *Pour une solution basée sur ce point : Fonds national addictions →0 et Fonds national de compensation addictions (FNCA) →3.3.*

1.5 Synthèse

1.5.1 Centralité des cantons et communes dans le financement de l'offre

Figure 5 : Principales sources de financement de l'offre en cas d'addictions



Légende : Cette figure doit être interprétée comme un tableau : les « colonnes » désignent des « familles de prestations » (p. ex. prévention / traitement / réadaptation / soins de longue durée) mises en œuvre dans le cadre de l'aide en cas d'addictions et les « lignes » indiquent les bailleurs de fonds (la personne concernée, la Confédération, le canton et les communes, l'AOS, etc.). Les pointillés signalent des prestations dont le financement est soumis à conditions et/ou qu'on ne retrouve pas dans l'ensemble des cantons.

Commentaire : Cette figure illustre le nombre important de dispositifs et de bailleurs de fonds impliqués dans l'aide en cas d'addictions. On peut y observer :

- **La centralité des financements cantonaux et communaux** : À l'exception du secteur ambulatoire LAMal (entièrement financé par l'AOS), les cantons et dans une moindre mesure les communes occupent un rôle central dans le financement de l'ensemble des prestations en cas d'addictions.

  Ils complètent les apports existants en matière de : prévention ; traitement (résidentiel sociothérapeutique, stationnaire LAMal et dans le cadre des structures intermédiaires) ; réadaptation/réinsertion (insertion socioprofessionnelle et logement) ; soins de longue durée (coûts résiduels).

  Ils prennent en charge entièrement : l'ambulatoire non LAMal ; la réduction des risques et l'aide à la survie ; les mesures imposées dans un cadre sociothérapeutique ; les ateliers et les logements protégés/accompagnés.

- Les **villes** dans lesquelles les populations vulnérables sont surreprésentées jouent un rôle de premier plan dans le développement d'offres complémentaires à celles qui sont mises en place par les cantons.

1.5.2 Principales sources de financement par type d'offre

Tableau 2 : Organismes payeurs/financeurs — les plus cités — pour les différents types d'offres en matière d'addictions (BASS 2019)

	AMBULATOIRE			STATIONNAIRE		SEMI-STATIONNAIRE			Outreach Offres mobiles	Habitat Foyers	Travail Intégration	TAO	RdR	CM
	LAMal	Non-LAMal	Mixte	LAMal	Non-LAMal	LAMal	Non-LAMal	Mixte						
Canton en fonction du sujet	3	3	1	9	10	3	5	2	3	6	7	5	1	4
Commune en fonction du sujet	1	2	1	1	7	1	1	1	1	4	4	2	2	2
LAMAL	16	0	5	14	0	7	0	2	1	1	1	14	1	2
Justice	4	4	1	2	6	1	1	1	1	3	1	0	0	2
Client(e)	5	2	2	3	4	2	1	2	1	3	1	3	1	1
Canton en fonction de l'objet	10	17	5	7	5	3	3	1	8	10	5	8	9	7
Commune en fonction de l'objet	2	6	2	1	2	1	1	1	5	5	2	2	6	3
ONG sans financement public	2	4	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	3	2
Dîme de l'alcool, taxe sur le tabac, etc.	4	13	1	0	0	0	0	0	3	3	0	1	5	0

Remarques :

- « en fonction du sujet » = financement lié au client (forfaits par cas/prestations ou autres)
- « en fonction l'objet » = financement lié à l'exploitation (contributions aux investissements et à l'exploitation)
- Justice (p. ex. exécution des mesures)
- Client(e) (fonds propres, consommation de la fortune, contributions du client en dehors de la franchise LAMal et de la quote-part)
- ONG sans financement public (fondations, dons, etc.)

Légende : Par type d'offre : = financeur le plus souvent cité dans la comparaison ; = deuxième financeur le plus souvent cité dans la comparaison ; = troisième financeur le plus souvent cité dans la comparaison

Source tableau (traduit) : BASS — Enquête en ligne auprès des autorités, des fournisseurs de prestations et des services spécialisés, 2019 (n=20 cantons) | (BASS et al., 2019, p. 24)

2 Problèmes liés au financement

Ce chapitre s'ouvre sur une synthèse des problèmes liés au financement identifiés dans la littérature et par les experts/praticiens consultés. Il détaille les difficultés inhérentes aux systèmes tarifaires de l'AOS et au financement des prestations non LAMal. Il présente ensuite les problèmes systémiques liés au financement dual de certaines prestations et se conclut par un survol des autres enjeux liés au financement.

2.1 Problèmes identifiés par la littérature et les experts

2.1.1 Points clés

Quatre principaux types de problèmes liés au financement des prestations ont été identifiés dans la littérature et par les experts/praticiens interviewés :

- **Manque de moyens financiers** en raison d'une couverture tarifaire ou d'une allocation de ressource insuffisante ou inexistante.
- **Création d'incitatifs négatifs** en raison des modalités de financement (p. ex. manque de cohérence entre les systèmes tarifaires LAMal ou dispositifs d'indications qui se confondent avec les bailleurs de fonds).
- Financement conditionné à de très fortes **contraintes administratives**.
- **Iniquité d'accès** aux prestations pour les personnes concernées.

Prestations financées par l'AOS

- Les **rémunérations insuffisantes** sont inhérentes aux limitations à la facturabilité des différents systèmes de rémunération tarifaire en vigueur (TARMED / SwissDRG / TARPSY / ST Reha). Elles concernent essentiellement : les échanges entre professionnels (requis dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire), le travail aux intersections pour les problèmes sociaux (argent, logement, travail), le travail dans les centres spécialisés, les prestations en l'absence du patient (PAP), les prestations psychosociales, les tâches de coordination, la gestion des cas, la prise en charge semi-hospitalière (p. ex. clinique de jour), les offres de proximité/mobiles (qui doivent être cofinancées par des prestations d'intérêt général — PIG).
- Les **contraintes** s'expriment par : des charges administratives importantes liées à la tarification et la justification des choix médicaux auprès des caisses maladie ainsi qu'à la pression de ces dernières sur la durée des traitements.
- Les **incitatifs négatifs** découlent essentiellement d'incohérences entre les différents systèmes de rémunération tarifaires. À titre d'exemple, lorsqu'un acte médical n'est pas suffisamment rétribué en ambulatoire (au tarif TARMED), mais permet de dégager des profits en stationnaire (tarification SwissDRG), cet acte sera effectué dans un cadre stationnaire indépendamment du fait qu'il puisse coûter deux fois plus cher à la collectivité (vice versa). Un autre exemple d'incitatif négatif pourrait être une sortie précipitée d'un hôpital psychiatrique ou d'un service de réadaptation en raison d'une tarification dégressive (TARPSY et ST Reha) qui, à partir d'une certaine durée, ne couvre plus les coûts réels de la prise en charge du patient.

Prestations non LAMal

- L'**allocation insuffisante de ressources** concerne essentiellement : la prise en charge (offres semi-résidentielles, de proximité/mobile, de conseil), les mesures d'intégration professionnelle (spécifiques aux personnes dépendantes), la prévention, la réduction des risques et l'aide à la survie ainsi que l'offre postcure.

- Les **contraintes** liées au financement concernent, avant tout, le temps passé à satisfaire les exigences liées au controlling lors de la mise en œuvre de contrats de prestations initiés soit par l'OFAS (dans le cadre de l'art. 74 LAI) soit par les cantons (qui sont les principaux bailleurs de fonds des prestations non facturables à la LAMal).
- Les **incitatifs négatifs** découlent du fait que, dans certains cas, les instances de placement se confondent avec les instances de financement. Partant, afin d'éviter des coûts qui peuvent être importants en cas de prise en charge résidentielle sociothérapeutique, celles-ci sont susceptibles d'orienter les personnes concernées vers des établissements financés par la LAMal, en privilégiant ainsi les considérations économiques au détriment des considérations thérapeutiques.

Système

- Les **iniquités d'accès** découlent de l'existence d'un financement dual de l'offre résidentielle qui s'articule, encore de nos jours et dans de nombreuses régions, autour la légalité des substances concernées : la prise en charge des problèmes d'alcool et de tabac se faisant dans des institutions dont les prestations sont remboursées par la LAMal alors même que pour les drogues illégales, les prestations sont payantes. En raison des coûts élevés (pouvant atteindre plusieurs centaines de francs par jour), la plupart des personnes concernées doivent, pour pouvoir débuter leur traitement, solliciter l'aide sociale afin d'obtenir une garantie de prise en charge des frais. Dans plusieurs cantons, cette aide « sous condition de ressources » est remboursable. De plus, en vertu de la Loi fédérale sur les étrangers et l'intégration (LEI), l'octroi d'une aide sociale peut, sous certaines conditions, déboucher sur un non-renouvellement d'une autorisation de séjour voire une révocation d'une autorisation d'établissement. Partant, de telles contraintes peuvent conduire les personnes concernées à ne pas entreprendre leur traitement.

Autres problèmes

- La médicalisation (au sens d'une **LAMalisation**) d'une partie des prestataires qui auparavant s'occupaient des aspects sociaux de l'addiction a comme conséquence que la prise en charge de ces derniers (non rémunérée dans le cadre de la LAMal, mais indispensable à une stabilisation des personnes concernées) se reporte sur des dispositifs à forte composante de travail social dont les financements ne sont, également, pas assurés.
- Parce que les cantons sont les principaux bailleurs de fonds de l'offre en cas d'additions, les **politiques d'austérité** (financières) à l'œuvre mettent en péril de nombreuses offres financées par ces derniers.
- Les critères EAE (art. 32 LAMal) tout comme les modalités de financement dans le cadre des contrats de prestations ne sont favorables ni à l'agilité des institutions ni à leur **capacité à innover**.

2.1.2 Apport de la littérature

Tableau 3 : Tableau de synthèse de problèmes évoqués dans la littérature

Domaine	**Problèmes** (références)
LAMal	– **Rémunération insuffisante de la LAMal** ○ Des échanges entre professionnels requis dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire (NAS-CPA, 2017) ○ Du travail aux intersections pour les problèmes sociaux (argent, logement, travail) (NAS-CPA, 2017) ○ Du travail dans les centres spécialisés (NAS-CPA, 2017) ○ Des PAP — prestations en l'absence du patient (NAS-CPA, 2017) ○ Des prestations psychosociales (NAS-CPA, 2017) ○ Des tâches de coordination / gestion des cas (BASS et al., 2019 ; NAS-CPA, 2017) ○ De la prise en charge semi-hospitalière (clinique de jour) (BASS et al., 2019)

	○ Des offres de proximité/mobiles (BASS et al., 2019) ○ Des centres HeGeBe (SSAM, 2022) – **Pression des caisses maladie sur la durée des traitements** (BASS et al., 2019)
Non-LAMal	– **Manque de moyens alloués** ○ Pour les prises en charge semi-résidentielles (BASS et al., 2019) ○ Pour les offres de proximité/mobile (BASS et al., 2019) ○ Pour le conseil (ambulatoire non LAMal) (BASS et al., 2019) ○ Pour les mesures d'Intégration professionnelle (spécifiques aux personnes dépendantes) (BASS et al., 2019) – **Accès payant aux offres résidentielles sociothérapeutiques** (BASS et al., 2012 ; FVS, 2018 ; BASS et al., 2019 ; HSLU-SA et al., 2022) ○ Report sur l'aide sociale (BASS et al., 2012) ○ Endettement des personnes en raison d'une prise en charge (Herrmann et al., 2006 ; BASS et al., 2012 ; FVS, 2018 ; BASS et al., 2019) – **Hétérogénéité de la répartition des coûts de prise en charge sociothérapeutique (splitting) entre communes et canton** (BASS et al., 2012, 2019 ; FVS, 2018) – **Bailleurs de fonds = structure d'indication** (BASS et al., 2012, 2019) ○ Orientation des personnes vers une prise en charge LAMal en raison des coûts (à la charge des communes et/ou cantons) et non pas sur la base de critères thérapeutiques (BASS et al., 2012, 2019 ; FVS, 2018) ○ Difficulté à obtenir des garanties de prise en charge (BASS et al., 2012, 2019 ; BASS, Kilian, et al., 2018 ; Herrmann et al., 2006) – **Placements intercantonaux** ○ CIIS — Placements intercantonaux complexes à mettre en œuvre (Ecolplan & Moll, 2010) ○ Méconnaissance de l'offre hors canton (BASS et al., 2012) – **Autres problèmes** ○ Subvention OFAS (art. 74 LAI) — Charges administratives trop importantes (Baumgartner et al., 2009) ○ Absence d'ancrage juridique (Herrmann et al., 2006) ○ Déspécialisation de l'offre (BASS et al., 2012)
Système	– **Financement dual des substances légales et illégales** (BASS et al., 2012 ; FVS, 2018 ; HSLU-SA et al., 2022) ○ Production d'incitatifs négatifs (indication vers institutions LAMal, différer l'entrée jusqu'à ce que la justice s'en mêle…) (BASS et al., 2012 ; FVS, 2018) ○ Distorsion économique (offre LAMal plus attrayante que le résidentiel sociothérapeutique) (BASS et al., 2012) ○ Iniquité / problème d'égalité des chances (FVS, 2018 ; HSLU-SA et al., 2022) – **Glissement d'un financement de l'objet vers un financement du sujet** ○ La LAMalisation de l'offre conduit à une uniformisation du système de soins et à un manque de diversité dans la palette d'offres (FVS, 2018) ○ Prestations insuffisamment rétribuées dans le cadre de la LAMal (NAS-CPA, 2017) – **Inexistence de centre d'indication ou structure d'indication qui se confonde avec les bailleurs de fonds** (BASS et al., 2012) ○ Indication pour des raisons financières et pas professionnelles/thérapeutiques (BASS et al., 2012, 2019 ; FVS, 2018 ; NAS-CPA, 2017) – **Les problèmes chroniques d'addiction, tiraillés entre soins médicaux et aide sociale** (NAS-CPA, 2017) – **Décharge des patients chroniques de la LAMal vers l'aide sociale** (NAS-CPA, 2017)
Autres	– **Pas d'étude sur les coûts à long terme des différents types de prise en charge** (FVS, 2018) – **Méconnaissance de l'offre globale LAMal et non LAMal** (FVS, 2018) – **Manque de moyens pour l'innovation / le développement des offres** (BASS et al., 2019) – **Manque de moyens pour des offres pour groupes cibles spécifiques** (BASS et al., 2019) – **Prise en compte insuffisante de la population vieillissante** (Da Cunha et al., 2010)

Sources : (Herrmann et al., 2006 ; Baumgartner et al., 2009 ; Da Cunha et al., 2010 ; Ecolplan & Moll, 2010 ; BASS et al., 2012 ; NAS-CPA, 2017 ; FVS, 2018 ; BASS et al., 2019 ; HSLU-SA et al., 2022 ; SSAM, 2022)

2.1.3 Apport des experts interviewés

Tableau 4 : Problèmes évoqués par les experts lors des entretiens

Domaine	Problèmes
LAMal	– **Absence de rémunération et rémunération insuffisante de la LAMal** o Conseil aux collègues peu ou pas rétribué o Coordination peu ou pas rétribuée o Assistants sociaux (rattachés à des hôpitaux) pas rétribués o Complexité de la facturation o Conseils aux collègues (intra et extrahospitalier) et colloque d'équipe peu ou pas rétribuée o Infirmiers trop peu rétribués o Limites de la facturation des prestations en l'absence du patient (PAP) o Prestations nécessaires, mais pas ou insuffisamment prises en charge par la LAMal – **Problèmes pour l'assuré** o Absence d'assurance LAMal : seules les prises en charge urgentes peuvent être effectuées (p. ex. pas de TAO) o Franchise LAMal et quote-part peuvent être très importantes pour certains assurés – **Caisses maladie** o Négociations difficiles avec les assureurs o Charges administratives importantes o Pression des caisses maladie sur la durée des traitements o Réhospitalisation suite à des séjours trop courts – Proportion importante de factures impayées
Non-LAMal	– **Institutions résidentielles sociothérapeutiques :** o Les personnes concernées doivent payer ou s'inscrire à l'aide sociale o Peut provoquer un endettement (l'aide sociale et remboursable dans certains cantons et il existe des frais cachés en raison de la complexité des divers règlements communaux /cantonaux) – **Importance des politiques cantonales pour le financement des offres** o Manque généralisé de financement o Sous-financement de la réduction des risques et de l'aide à la survie o Sous-financement de la prévention o *Sous-financement de l'offre postcure o Importance des dons (absence de financement cantonal) – **Importance de garantir la gratuité de certaines prestations (accès)** – **Contrats de prestations (au lieu de garantie de déficit)** o Forte asymétrie entre mandant (le canton) et prestataires (les institutions) o Bureaucratie o Prima des taux d'occupation – **LAMalisation** o Homogénéisation de l'offre o Infirmiers font du « travail social » – **Financement conditionné à de très fortes contraintes administratives** o Art. 74 LAI (subventions de l'OFAS) o Contrats de prestations des cantons – **Application non homogène de la CIIS**
Système	– **Modalités de financement encore liées aux substances (légales = LAMal, illégales = aide sociale)** o Grande hétérogénéité des sources de financement o Accès inéquitables entre les offres – **Travail en silo** – **Homogénéisation de l'offre (à travers sa LAMalisation)** – **Attention portée à la rentabilité plutôt qu'au bien-être des personnes**

	– **Intrusion des bailleurs de fonds** – **L'addiction en tant que phénomène bio-psycho-social ne peut pas être prise en compte dans le système actuel (taylorisation/morcellement des soins)** – **Manque de financement pour la prise en compte des problèmes sociaux** – **Médicalisation des addictions pour des raisons financières (au détriment du travail socioéducatif et psychosocial)**
Autres	– **Les impôts sur les produits psychotropes n'ont qu'une justification fiscale, mais pas de santé publique** – **Peu de flexibilité financière pour les nouveaux projets (freins à l'innovation)** – **Vieillissement du public cible**

Sources : Experts/Praticiens interviewés lors de l'étude. Pour la liste des experts interviewés (→A1) et *recherche en cours du GREA et FVS

2.2 Problèmes de financement des prestations LAMal

Dans le domaine des prestations prises en charge par la LAMal, les problèmes de financement concernent prioritairement la couverture tarifaire des activités par les différents systèmes de rémunération mis en place cette dernière décennie. Les critiques portent également sur les contraintes inhérentes aux différents systèmes tarifaires (p. ex. lourdeur des charges administratives, pression sur la durée des traitements) et les incitatifs négatifs créés par leur cohabitation.

N.B. Il est important de noter que ces systèmes de rémunération tarifaire ont été conçus, du moins pour ce qui concerne les soins stationnaires (SwissDRG / TARPSY / ST Reha), pour être évolutifs (cf. Rufer, 2021). De ce fait, les critiques exposées sous ce point sont susceptibles d'être, en partie du moins, résolues au travers des itérations futures.

Tableau 5 : Systèmes de rémunération tarifaires (LAMal)

	Soins ambulatoires	**Soins stationnaires**		
		Soins somatiques aigus	Soins psychiatriques	Réadaptation
Système de tarification	TARMED	SwissDRG	TARPSY	ST Reha
Spécificités	Tarif à l'acte	Forfait par cas	Forfait journalier (dégressif) lié à la prestation	
Année de mise en œuvre	2004	2012	2018	2022
Coûts à charge de l'AOS	100 %	max. 45 %	max. 45 %	max. 45 %
Coûts à charge du canton	–	min. 55 %	min. 55 %	min. 55 %
Coûts à charge du patient	Franchise Quote-part	Franchise Quote-part Contribution aux frais de séjour (CHF 15.- / jour)		

2.2.1 Couverture tarifaire insuffisante

Tâches de coordination (TARMED[49])

Les personnes en situation d'addictions souffrent le plus souvent d'un cumul d'affections psychiques, somatiques et de problématiques sociales qui requiert l'intervention de très nombreux intervenants spécialisés[50]. Pour ce public, plus que tout autre, les tâches de coordination et les dispositifs destinés à assurer la continuité des soins sont les pierres angulaires d'une bonne prise en charge. Partant, le financement de ceux-ci est une question centrale.

[49] La plupart des critiques portant sur TARMED, ont été exprimées lors de prises de position à l'encontre de la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance maladie (TARMED 1.09), entrée en vigueur en 2018. Nombre d'entre-elles ont été corroborées par les experts interviewées. Pour un aperçu condensé des principales modifications par rapport à la version antérieure voir : (Kessler & Müller, 2017). Pour une explication plus approfondies des modifications proposée et un aperçu des prises de positions lors de la consultation, voir le rapport explicatif (OFSP, 2017a), sa fiche d'information (OFSP, 2017b) et les résultats de la consultation (OFSP, 2017c). Voir également : (CDS, 2017; FMH, 2017; FMPP, 2017; Médecine Universitaire Suisse, 2017; NAS-CPA, 2017; SMHC, 2019; SVM, 2017). Une synthèse détaillée des critiques à l'encontre de TARMED (1.09) est disponible dans les annexes (→A11 et →A12)

[50] La conséquence pour les personnes concernées est qu'elles sont amenées à transiter entre de très nombreux prestataires. Ces allers-retours contribuent non seulement à renforcer chez les personnes concernées leur sentiment de « perte de maîtrise » (déjà au centre de leur problématique addictive), mais sont également susceptibles de déboucher sur des effets iatrogènes importants (p. ex. sevrage involontaire, prescription médicamenteuse inappropriée, prise en charge insuffisante de la douleur, attitudes stigmatisantes du personnel soignant, etc.).

Or, comme le relevait déjà en 2017 la Coordination politique des addictions (NAS-CPA), nombre d'activités indispensables au travail en réseau et à l'échange entre professionnels sont insuffisamment couvertes par les modèles médicaux définis par la LAMal.

Avec l'introduction, en 2018, de la version 1.09 de TARMED qui, entre autres, réduit drastiquement **la facturabilité des prestations en l'absence du patient (PAP)**[51], la situation s'est encore péjorée. Les limitations aux PAP ont été vertement critiquées par nombre d'acteurs lors de la consultation de 2017 et relevées par plusieurs experts interviewés. Encore d'actualité, celles-ci :

- compliquent la prise en charge coordonnée en particulier pour les patients polymorbides et les patients atteints de maladies chroniques (CDS, 2017) ; Compromettent une prise en charge adéquate en psychiatrie, en particulier dans le cadre de l'approche socio-psychiatrique (CDS, 2017) ; Entravent les discussions interdisciplinaires (OFSP, 2017c, p. 20) ; Torpillent le rôle de coordination centrale et de gestion du cas dévolu aux médecins de famille (OFSP, 2017c, p. 21) ; Conduisent au non-remboursement des prestations qui servent explicitement au travail en réseau et avec l'entourage des patients (à savoir la prise de renseignements auprès de tiers, l'information des proches, les discussions avec des thérapeutes, le transfert à des médecins consultants) (OFSP, 2017c, p. 21) ; Ignorent les prestations de coordination et le travail en réseau (ou travail avec l'entourage des patients) Pour le détail de ces critiques (→A11).

> *Pour une solution répondant à ces enjeux : Aménagement de TARMED →3.2.2*

Structures intermédiaires (TARMED et PIG)

Les structures intermédiaires contribuent à une meilleure continuité des soins en amenant l'expertise là où il y en a besoin (**équipes mobiles et/ou de liaison**), en coordonnant les dispositifs existants (**case management**) et en proposant des dispositifs pouvant accueillir pour des séjours de courte durée (**cliniques de jour ou de nuit**) des personnes en situation de crise pour lesquelles ni les structures hospitalières, ni le résidentiel, ni l'ambulatoire n'ont de solution.

Cependant, comme nous le signale le bureau BASS[52], les traitements correspondants sont principalement facturés comme des prestations ambulatoires, c'est-à-dire au tarif TARMED. Les prestations suivantes sont de ce fait, insuffisamment, voire pas du tout prises en compte dans TARMED :

- « les prestations de base fixes (p. ex. permanence, déplacements), indispensables pour assurer les interventions de crise ; les prestations de soins après la quatrième heure (TARMED ne prévoit que quatre heures de soins médicaux ou infirmiers par semaine) ; la thérapie sociale ou thérapie de milieu, c'est-à-dire le soutien dans les activités de la vie quotidienne, ainsi que d'autres formes de thérapies usuelles dans le domaine de la psychiatrie sociale ; les frais de coordination entre les médecins et le personnel soignant ; les prestations de professionnels qui ne font pas partie du personnel médical ou soignant, telles que les prestations de mise en réseau, les prestations ambulatoires du service social, les prestations de mise en réseau des conseillers en orientation professionnelle et des case manager (gestion de cas) ; les prestations de conseil aux proches » (Conseil fédéral, 2016a, p. 36).

[51] Les **PAP** (TARMED : 00.0140 / 02.0070 / 02.0160 / 02.0260) ont été subdivisées en énoncés plus précis (p. ex. « étude de dossier » / « obtention d'informations auprès de tiers » / « renseignements donnés aux proches » / etc.), et regroupées en groupes de prestations (GP-4 / GP-5) qui mentionnent une limitation sur le nombre de minutes facturables tous les 3 mois, deux fois inférieure à la version précédente (p. ex. 30 min. au lieu de 60 min.).

[52] Il n'existe aucune base légale spécifique pour le financement des offres « intermédiaires » (p. ex. services mobiles ou cliniques de jour). « Le concept des traitements «stationnaires partiels» a été supprimé de la LAMal le 1.1.2009. Les traitements correspondants sont principalement facturés comme les prestations ambulatoires ; les séjours récurrents en cliniques de jour ou de nuit ont depuis valeur de traitement ambulatoire (art. 5 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)) » (BASS, Stocker, et al., 2018, p. 13).

Cette rémunération insuffisante de l'AOS a comme conséquence que la survie des structures intermédiaires repose entièrement sur un financement additionnel de la part des cantons. Cet apport financier qui se fait généralement sous la forme de **prestations d'intérêt général** (**PIG**), n'est pas garanti. Il existe dès lors de très grandes disparités régionales en la matière.

Soins spécialisés (TARMED)

Comme le souligne la Coordination politique des addictions (NAS-CPA), « le tarif pour les prestations médicales ambulatoires **TARMED est conçu pour le travail dans les cabinets médicaux »**.

- Cependant, « le traitement des addictions et en particulier une grande partie des traitements dispensés dans des institutions d'aide aux personnes dépendantes ont lieu dans des centres spécialisés. Le financement par le biais de TARMED ne couvre pas suffisamment les prestations dispensées dans ces centres » (NAS-CPA, 2017).
- La SSAM dénonce le sous-financement des centres HeGeBe et appelle à « la conclusion d'une convention tarifaire nationale avec des forfaits adéquats » (SSAM, 2022).
- Swiss Mental Healthcare précise que « dans le système de santé suisse, la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques graves [p. ex. en cas de comorbidité entre un trouble de l'usage des substances et une schizophrénie] dépend du financement supplémentaire public par les cantons à cause de l'indemnisation insuffisante prévue dans TARMED. Ce n'est que de cette façon que les coûts engagés dans les hôpitaux peuvent être couverts (dans une certaine mesure) aujourd'hui » (SMHC, 2019, p. 13).

2.2.2 Contraintes

Catalogue limité en matière de prestations psychosociales (TARMED)

En raison de la nature bio-psycho-sociale des problématiques addictives, la prise en compte des problèmes sociaux, économiques, voire juridiques est indispensable en vue d'obtenir une stabilisation de la situation des personnes concernées et d'éviter réhospitalisations et réadmissions aux urgences. Cependant, comme le souligne la NAS-CPA :

- « le traitement ambulatoire des personnes atteintes d'une maladie liée à l'addiction, financé par le biais du système TARMED, se situe dans un cadre défini par un catalogue de prestations élaboré par le corps médical et les assureurs. Or ce catalogue est limité en ce qui concerne la réalisation de prestations non-médicales ou psychosociales, qui sont souvent de mise chez les personnes atteintes chroniquement de maladies liées à l'addiction » (NAS-CPA, 2017).

La prise en charge des aspects sociaux de l'addiction, indispensable à une stabilisation des personnes concernées, doit donc être réglée majoritairement à l'extérieur du système de santé (AOS), soit dans le cadre d'institutions sociothérapeutique, soit via des dispositifs ad hoc visant le désendettement, la réinsertion professionnelle, le développement de compétences sociales de base, etc.

Fortes charges administratives (SwissDRG)

Les résultats des premières études concomitantes[53] à l'introduction des DRG commanditées par la FMH indiquent :

[53] La recherche concomitante (Begleitforschung) vise à détecter suffisamment tôt les imperfections du système de santé et à les corriger. A cette fin, depuis 2011, la FMH fait régulièrement analyser les effets des systèmes tarifaires et des mesures politiques sur les conditions-cadres régissant l'activité médicale. Les rapports (en allemand) et les articles y relatifs sont disponible sur le site web de la FMH > THEMES > TARIFS HOSPITALIERS > RECHERCHE CONCOMITANTE (https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-hospitaliers/recherche-concomitante.cfm).

- « une augmentation de la charge administrative dans les hôpitaux[54], une concurrence accrue pour les cas lucratifs et un glissement des prestations et des coûts vers les secteurs en aval comme celui des soins de longue durée » (Sax, 2020).

Intrusion des caisses maladie

En matière de prise en charge stationnaire des addictions, le bureau BASS nous signale que la caisse maladie prescrit une durée de séjour maximale qui, dans le cas du centre de traitement résidentiel des dépendances, est fixée à 180 jours. Il ajoute :

- « Cela constitue un problème, car certains client(e)s souffrent de problèmes liés à l'alcool qui, d'un point de vue thérapeutique, nécessitent une durée de séjour plus longue. Dans de tels cas, il y a lieu d'obtenir auprès de la caisse maladie compétente une autorisation exceptionnelle, qui n'est pas toujours accordée » (BASS et al., 2012, p. 29). Plus récemment, BASS relate « des problèmes liés au refus des garanties de prise en charge par les assurances-maladie » et précise que : « des déclarations (…) font état de charges financières élevées pour les clients en raison de garanties de prise en charge des coûts refusées ou de durées de traitement trop courtes qui auraient nécessité des traitements supplémentaires » (cf. pt 5.2, BASS et al., 2019).

Autres contraintes fréquemment relevées (TARMED)

- **Consultation téléphonique** : La version 1.09 de TARMED introduit une limite fixée à 20 minutes pour la consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie (02.0060). Comme le mentionne la FMH, « dans la psychiatrie moderne, les téléphones ou les séances en ligne font partie d'un traitement psychiatrique. Dans des situations de crise, ils durent souvent plus de 20 minutes et permettent une intervention thérapeutique rapide et efficace » (FMH, 2017).

  Pour la Fédération suisse des médecins psychiatres-psychothérapeutes, cette limitation de la durée de la consultation téléphonique constitue, au même titre que les limitations des PAP, à « un rationnement de la prise en charge psychiatrique en Suisse » (FMPP, 2017).

- **Rendez-vous manqués** : Les rendez-vous manqués ne sont pas facturables à l'AOS (TARMED – IG 8). Or, dans le domaine de la prise en charge des addictions, ils sont très fréquents et dans la plupart des cas, en raison de la situation financière des personnes concernées, il est impossible de reporter les coûts engendrés sur celles-ci (entretiens avec les experts) : Pour les hôpitaux, cela signifie des pertes financières qui peuvent être absorbées dans les frais généraux des départements concernés ; Pour les médecins libéraux, les problèmes de facturation peuvent se traduire, à terme, par un refus de prendre en charge les personnes souffrant d'addictions.

- **Absence d'assurance** : En cas d'absence d'assurance, seuls les soins d'urgence sont assurés. Dans le domaine des addictions, cela signifie que les personnes seront prises en charge lors de surdoses et/ ou de décompensation psychiatrique susceptible de mettre leur vie en danger. Par contre, il ne sera pas possible d'initier un traitement par agonistes opioïdes, ni de proposer une prise en charge du VIH ou de l'hépatite C.

[54] Pour un aperçu des critiques formulées à l'encontre de la charge administrative liées aux systèmes de rémunération hospitalier (→A13), du temps consacré à diverse tâches (→A14), du l'évolution temps consacré au dossier du patient entre 2011-22 (→A15).

2.2.3 Incitatifs négatifs

En cas de maladie chronique et complexe

Comme le souligne la NAS-CPA (2017), « le financement des sujets [dans un cadre LAMal] atteint ses limites tout particulièrement dans les cas de maladies chroniques et complexes en lien avec l'addiction » :

- « Sous l'effet généralisé de pression sur les coûts, notamment dans le système des traitements médicaux, on constate une diminution de la disposition à financer le traitement des personnes atteintes de maladies chroniques sur le long terme et de manière globale » (NAS-CPA, 2017).
- Erwin Carigiet et Tom Rezny expliquent cette situation, entre autres, par le fait que les « cas médicalement complexes » et les « cas socioéconomiquement complexes » ne sont pas suffisamment rémunérés par SwissDRG (Carigiet & Rezny, 2020).

Raccourcissement des soins psychiatriques stationnaire (TARPSY[55])

Avant l'introduction de TARPSY, en 2018, les professionnels des addictions ont exprimé leur inquiétude :

- « la durée de séjour pour la thérapie stationnaire pourrait être considérablement raccourcie par ce système tarifaire basé sur les prestations par rapport à aujourd'hui. En conséquence, il faut s'attendre à ce qu'une grande partie des clientes sortent de la thérapie avec un besoin plus important de soutien ultérieur qu'auparavant. L'introduction de TARPSY n'est donc pas seulement importante pour les cliniques spécialisées dans les addictions. Elle modifiera également les tâches des services de postcure et leur imposera de nouvelles exigences » (trad., Baumberger & Knocks, 2017).

Les quelques données que nous avons sur la durée des séjours semblent leur donner raison. À titre d'exemple, dans le canton de fribourg, la durée du séjour (en unité hospitalière du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)) est passée après l'introduction de TARPSY de 60 à 30 jours (FR-Service du Médecin Cantonal, 2021, p. 55).

Sorties prématurées des soins stationnaires aigus et report de coûts (Swiss DRG[56])

Selon l'évaluation de l'OFSP de la révision LAMal dans le domaine du financement hospitalier, « les hôpitaux de soins aigus en particulier ressentent une pression financière croissante en raison des forfaits par cas liés aux prestations ». De plus, les résultats montrent que :

- « la pression financière exercée sur les soins somatiques aigus entraîne des transferts plus nombreux et plus précoces vers les hôpitaux des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation, de même que vers les structures non hospitalières de suivi (soins ambulatoires, établissements médico-sociaux, hospices, p. ex.). Selon ces dernières, ce phénomène provoque une hausse des coûts, puisqu'elles sont contraintes d'engager davantage de personnel qualifié » (OFSP, 2019, p. XV).

---

[55] Dans le cadre de l'application de TARPSY, chaque séjour hospitalier dans un hôpital ou service psychiatrique est affecté à un groupe de cas (psychiatric cost group - PCG) sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et l'âge, puis associé à un cost weight journalier. Le cost-weight effectif résulte de la multiplication du costweight journalier et de la durée de séjour. Le montant de la rémunération est finalement obtenu en multipliant le costweight effectif par un taux de base (ou baserate) en vigueur dans l'hôpital, défini lors de la négociation tarifaire (SwissDRG SA, 2021). Pour une plus ample explication du système TARPSYet une critique de celui-ci (→A17)

[56] Dans le secteur stationnaire des hôpitaux de soins aigus, le système tarifaire forfaitaire de SwissDRG est en vigueur depuis 2012. Pour calculer des forfaits par cas, les patients sont affectés à un groupe de cas en fonction de leur diagnostic et d'autres caractéristiques, telles que l'âge et les besoins en soins. Les hôpitaux reçoivent un montant fixe par cas, calculé à partir des coûts moyens de traitement du groupe de cas concerné (pondération des coûts) et du tarif négocié entre les hôpitaux et les organismes payeurs (prix de base). Pour une plus ample explication du système SwissDRG et une critique de celui-ci (→A16).

Pression sur la durée du séjour (ST Reha[57])

Comme pour TARPSY avec « ST Reha, le lien aux prestations ne se fait pas sous la forme de forfaits par cas, mais sous la forme de forfaits journaliers liés aux prestations, dont le montant varie en fonction du degré de gravité de la maladie, avec une dégressivité en fonction de la durée de l'hospitalisation » (OFSP, 2019).

- **Pression sur la durée du séjour :** Les cost-weights journaliers (CWJ) du Readptation cost group (RCG) « TR18Z — réadaptation psychosomatique » donne un bon exemple de la pression financière qui peut être exercée sur la durée des séjours. Du 1er au 3e jour, le CWJ est de 1,302 ; du 4e au 25e jour, il baisse à 0,838 ; à partir du 26e jour, il n'est plus que de 0,630, c'est-à-dire 48,39 % de sa valeur initiale (cf. Trezzini & Meyer, 2021).

[57] Pour une plus ample explication du système ST Reha et une critique de celui-ci (→A18)

2.3 Problèmes de financement des prestations non LAMal

L'**allocation insuffisante de ressources** concerne essentiellement la prévention, la réduction des risques et l'aide à la survie, la prise en charge (offres semi-résidentielles, de proximité/mobile, de conseil), et les mesures d'intégration professionnelle (spécifiques aux personnes dépendantes).

2.3.1 Allocation insuffisante de ressources

Prévention

La prévention des addictions recoupe de très nombreuses activités qui n'ont, à ce jour, été l'objet d'aucun inventaire systématique ni étude du point de vue de son financement.

Les seules données chiffrées que nous avons datent de 2000 et concernent la répartition des coûts économiques entre les quatre piliers de la politique drogue. Avec une proportion de 4,3 % de l'ensemble des coûts directs (1'412,4 millions) dévolue à la prévention et à la recherche (60,7 millions), celle-ci constitue le parent pauvre de la lutte contre les drogues illégales (cf. Jeanrenaud et al., 2005).

L'abandon des programmes nationaux alcool et tabac et des paquets de mesures visant à lutter contre les drogues illégales (ProMeDro) au profit de la stratégie nationale addictions n'a vraisemblablement pas contribué à augmenter les ressources financières à destination de la prévention, étant donné que celle-ci n'est pas contraignante à l'égard des communes/cantons et n'institue aucune nouvelle source de financement.

De fait, en dépit de l'existence de financements spéciaux ancrés dans la législation fédérale, d'initiatives cantonales, communales et privées, plusieurs experts/praticiens interviewés ont mis en évidence :

- une dotation clairement insuffisante en matière de prévention — au regard de la disponibilité croissante des substances psychoactives, des services potentiellement addictifs (p. ex. jeux d'argent, jeux vidéo, réseaux sociaux, etc.) et de l'existence d'un contexte qui incite de plus en plus à la consommation, voire à la perte de maîtrise[58].

Réduction des risques et aide à la survie

À l'instar de la prévention, la réduction des risques et l'aide à la survie n'a été l'objet d'aucun inventaire systématique ni étude du point de vue de son financement.

La seule estimation à notre disposition est issue de l'étude précitée de Jeanrenaud, Widmer, et Pellegrini (2005) qui porte uniquement sur les drogues illégales et chiffre à 4,9 % (69,2 millions) la part dévolue à la réduction des risques et l'aide à la survie. S'agissant des acteurs de son financement, nous ne disposons que d'un sondage effectué, en 2014, auprès des institutions romandes œuvrant spécifiquement dans le domaine de la RdR (cf. Dietrich, 2015) qui désigne les cantons et les communes comme ses principaux bailleurs de fonds.

Plusieurs experts/praticiens interviewés ont relevé une dotation très insuffisante en matière de réduction des risques et d'aide à la survie, principalement pour quatre raisons :

- En raison des succès rencontrés dans le domaine des drogues illégales ces dernières décennies, le champ d'action de la RdR s'est étendu de celui-ci aux autres substances psychoactives (comme la nicotine p. ex., en favorisant l'utilisation de la vape au lieu de la cigarette) et services potentiellement addictifs (p. ex. en permettant de monitorer son temps de jeux).
- À la suite du changement de paradigme intervenu ces dernières années dans le domaine du traitement — qui a vu la notion d'abstinence être remplacée par celle de rétablissement

[58] Voir à ce propos les notions de « société addictogène » et de « capitalisme limbique »

— la RdR est devenue une composante à part entière de la plupart des prises en charge thérapeutiques actuelles.

- Par ailleurs, cette dernière décennie est marquée par un retour en force de la grande précarité. De plus en plus de personnes se retrouvent à la rue, sans travail ni logement ce qui, à terme, péjore non seulement leur santé physique et mentale, mais est susceptible de renforcer voire de créer des conduites addictives. Parallèlement, en raison de ce contexte socio-économique peu favorable, un nombre toujours plus important de personnes en situation d'addictions, subit une précarisation de leur condition d'existence (cf. Labhart et al., 2021). Alors que seuls certains consommateurs de drogues illégales semblaient être confrontés à la grande précarité il y a quelques années, celle-ci peut concerner aujourd'hui aussi bien des personnes qui consomment trop d'alcool que des joueurs trop passionnés.
- Un dernier aspect, relevé par des personnes interviewées, a trait à la fragilité du financement de la RdR qui est soumis aux aléas budgétaire et politique[59].

Une des conséquences de ce retour de la grande précarité est la nécessité de développer aux côtés de la réduction des risques sanitaires classiques (p. ex. échange de matériel stérile), une réduction des risques axée sur les risques sociaux (p. ex. perte d'emploi, sans-abrisme, violence, etc.) et de réactiver la composante « aide à la survie » (p. ex. en fournissant un repas, un abri, des soins de santé de base gratuits, etc.)

Subventions au sens de l'art. 74 LAI[60]

Depuis plusieurs années, les modalités d'attribution des subventions au sens de l'art. 74 LAI sont l'objet de critiques récurrentes de la part des organisations de l'aide privée aux invalides. Certaines institutions œuvrant dans le domaine des addictions, qui sont au bénéfice de ces mêmes subventions, partagent une partie des préoccupations de leurs homologues.

- L'étude de référence « Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG » (Büro Vatter et al., 2016) fait ressortir une couverture quantitative insuffisante du besoin de prestations, au sens de l'art. 74 LAI.
- De plus, plusieurs organisations constatent que les prestations remboursées par contrat ne couvrent pas les besoins réels des personnes en situation d'handicap. De fait, elles fournissent, en plus du volume convenu par contrat, des prestations selon l'art. 74 LAI qui ne sont pas remboursées par l'AI (prestations supplémentaires). Récemment, Inclusion Handicap a mandaté le bureau Vatter afin qu'il estime le volume total des prestations supplémentaires. Celui-ci est très important et se montrait pour la période 2015-2019 à presque 50 millions de francs (cf. Büro Vatter et al., 2022).

Au regard de ce contexte, les organisations de l'aide privée jugent particulièrement inopportun le souhait exprimé par l'OFAS de les voir mettre en œuvre — pour la période 2024-2027 — des éléments de la CDPH, sans pour autant prévoir de nouveaux moyens financiers à cette fin[61].

[59] A titre d'exemple, évoquant les institutions à bas seuil d'accessibilité, Schicker et Inauen (2021) notent que « le financement par les pouvoirs publics est soumis à des examens récurrents des prestations et à d'éventuelles mesures d'économie. Ainsi, en 2016, les contributions cantonales à la ville de Zurich pour l'aide décentralisée aux toxicomanes ont été supprimées (…) Depuis lors, les coûts des trois centres de contact et d'accueil de la ville de Zurich sont entièrement pris en charge par la commune » (trad.).

[60] Pour le détail des critiques formulées à l'encontre des modalités de subventionnement selon l'art. 74 LAI (→A19)

[61] Avant toute nouvelle période contractuelle, l'OFAS organise des échanges avec les organisations faîtières concernant les modifications et les priorités. Cet échange se déroule à l'enseigne du « groupe de suivi de l'art. 74 LAI », dans le cadre duquel des membres des organisations faîtières peuvent présenter la position des fournisseurs de prestations ou des partenaires contractuels.

Autres difficultés et lacunes en matière de financement (selon BASS 2019)

Dans le cadre de l'enquête par questionnaire conduite par le bureau BASS en 2019 (pt 5.4), il a été demandé aux participants de signaler les domaines (au maximum 4 sur 16) qui étaient confrontés à des difficultés et/ou lacunes majeures de financement dans leur canton. Les réponses obtenues aboutissent au classement suivant[62] :

1. Offre de proximité/mobile (non LAMal)
2. Résidentiel sociothérapeutique (non LAMal)
3. Foyers d'hébergement / occupation / structure de jour (offre de transition non LAMal)
4. Accompagnement ambulatoire non LAMal
5. Intégration professionnelle (non LAMal)
6. Accompagnement semi-résidentiel (non LAMal)
7. Gestion/coordination des cas (Case management)

Les trois difficultés et lacunes de financement les plus souvent citées concernaient les domaines « offres de proximité / offres mobiles », « résidentiel sociothérapeutique (non LAMal) » et « prise en charge, logement (foyers) et/ou occupation / structure de jour pour les personnes dépendantes ». En revanche, les domaines « traitement de substitution (méthadone, Subutex, etc.), traitement avec prescription d'héroïne » ou « traitement stationnaire des dépendances (LAMal) » ont été les moins souvent cités.

On remarquera que les domaines dont le financement est perçu comme étant le plus problématique ne bénéficient pas d'un financement de l'AOS, mais relèvent majoritairement d'une allocation de ressources de la part des cantons et/ou communes. De fait, leurs financements peuvent être soumis aux aléas budgétaires et/ou politiques qui sont de mises ces dernières années.

2.3.2 Contraintes

Lourdeur des contraintes administratives liées aux contrats de prestations[63]

Selon de nombreux auteurs et aux dires de plusieurs personnes interviewées, les contrats de prestations contribuent à l'augmentation des contrôles et à une bureaucratisation des activités des salariés. La charge administrative liée aux processus de planification et de reporting augmente de manière significative (cf. AvenirSocial, 2021 ; Giauque, 2020 ; M. Meyer, 2020 ; Tabin, 2002).

Lourdeur des contraintes administratives liées aux subventions de l'OFAS

Depuis longtemps déjà, les organisations de l'aide privée aux invalides se plaignent des modalités d'attribution des subventions au sens de l'art. 74 LAI, en particulier de la charge administrative liée au subventionnement et du temps passé à satisfaire les exigences liées au controlling.

- En 2009, presque les trois-quarts des personnes interrogées (72 %) par Baumgartner et collègues jugeaient excessif le « temps nécessaire à la justification des prestations et des coûts » (cf. pt 6.4, Baumgartner et al., 2009, p. 58-61).

Par ailleurs, en raison de spécificités du travail dans le domaine des addictions (comme p. ex. l'importance de la confidentialité ou l'évolution rapide des substances et comportements potentiellement addictifs) les institutions œuvrant dans ce domaine se retrouveraient, selon les dires de plusieurs personnes interviewées, face à des exigences de l'OFAS particulièrement difficiles à remplir.

- **Exigences administratives difficilement réalisables** : À titre d'exemple, il est demandé aux institutions de fournir à l'OFAS des *listes nominatives* (chap. 1021 CSOAPH) des personnes recevant du conseil social « qui au cours des dix dernières années ont bénéficié d'une prestation individuelle de l'AI au sens du chapitre 3 de la LAI » (chap. 1004

[62] Pour le détail des réponses par groupe de répondants (→A20).

[63] Pour un survol des critiques à l'encontre des contrats/mandats de prestations (→A21)

CSOAPH). De telles demandes, qui font fi de la culture professionnelle en place[64], compliquent non seulement la tâche des professionnels impliqués (surcharge administrative) et sont susceptibles de déboucher sur une rupture de confiance entre les professionnels et les usagers.

- **Financements figés en dépit de besoins accrus** : L'art 108quater al. 1 RAI stipule que « la subvention versée au partenaire contractuel pour une période contractuelle déterminée correspond au maximum à la subvention accordée pour la période contractuelle précédente ». Autrement dit, les subventions accordées aux institutions œuvrant dans le domaine des dépendances ne sont pas susceptibles d'augmenter, alors même les problématiques addictives concernent chaque jour une proportion croissante de la population affectée par de nouveaux produits et/ou comportements.

2.3.3 Incitatifs négatifs

Le tri des publics comme conséquence des mandats de prestation

Matthias Meyer nous met en garde sur les conséquences fâcheuses de la mise en œuvre de contrats de prestations axés sur l'efficacité. Il souligne le fait que :

- « l'accent mis sur les résultats peut conduire au développement d'offres pour des "cas faciles". De telles offres permettent de bons résultats à moindre effort et sont faciles à documenter ». Il ajoute « in fine et à l'extrême, les situations plus complexes (qui ont davantage besoin de l'aide (…) ne trouveront plus d'aide » (M. Meyer, 2020).

[64] En raison de la nature illégale des produits consommés et de la stigmatisation associée aux addictions, de nombreuses prestations du domaine se sont développées autour d'une application stricte du principe de confidentialité. A titre d'exemple, dans les domaines de l'accueil à bas seuil d'accessibilité, de la réduction des risques et de l'aide à la survie, cette attention à la confidentialité s'est traduite par la volonté des professionnels de ne pas tenir à jour de dossier nominatif mais de travailler à l'aide de pseudonymes communiqués par les personnes concernées.

2.4 Problèmes de financement systémique

2.4.1 Financement dual et iniquité d'accès aux offres résidentielles

Un accès particulièrement difficile aux traitements résidentiels sociothérapeutiques

Lorsqu'une personne s'engage dans une thérapie délivrée par une structure figurant sur la liste des hôpitaux de son canton (il s'agit principalement de cliniques psychiatriques ou de centres spécialisés en alcoologie), la quasi-totalité des coûts est prise en charge conjointement par le canton et par les caisses maladie. Lorsque cette même personne désire prendre part à un programme délivré dans le cadre d'une institution ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux (typiquement un centre résidentiel sociothérapeutique ou un foyer d'hébergement spécialisé dans les substances illégales), celle-ci devra (théoriquement) payer de sa poche la quasi-totalité des coûts inhérents à son séjour, lesquels peuvent s'élever à plusieurs centaines de francs par jour.

- Si cette personne dispose de moyens financiers (salaire, indemnités journalières de maladie, économies, propriété du logement) ou en hérite, elle devra les investir dans le traitement (cf. FVS, 2018).
- Si cette personne a la « chance »[65] d'être au bénéfice d'une rente invalidité, elle pourra l'affecter à son traitement et, ayant prouvé qu'elle n'avait pas d'économie, compléter cet apport de base par des *prestations complémentaires* (accordées sous condition de ressources).
- Enfin, si cette personne n'est pas au bénéfice d'une rente AI et ne dispose pas d'une fortune personnelle lui permettant de s'offrir un séjour si onéreux, elle pourra se tourner vers l'aide sociale pour quémander une *garantie de prise en charge des frais.*

  Dans ce dernier cas de figure, le plus courant qu'il soit, cette garantie peut, bien entendu, lui être refusée[66]. Acceptée, elle peut, dans certains cantons, être assortie d'un devoir de remboursement du requérant, voire de sa parenté (cf. pt 4.8, BASS et al., 2019).

  Dans les faits, les refus de garantie de prise en charge sont fréquents, surtout de la part de petites communes alémaniques qui, selon les dispositions en matière d'assistance en vigueur dans leur canton, doivent assumer seules les coûts de la prise en charge prévue (p. ex. SO, BS, SZ, GR).

Financement dual

Encore de nos jours et dans de nombreuses régions, la prise en charge résidentielle des problèmes d'alcool se fait principalement dans des institutions dont les prestations sont remboursées par la LAMal (institution figurant sur la liste des hôpitaux). À l'inverse, la prise en charge des problèmes de drogues illégales se fait principalement dans le cadre d'institutions résidentielles sociothérapeutiques (ne figurant pas sur la liste des hôpitaux), dont les prestations ne sont pas remboursées par la LAMal et dont les coûts se reportent sur les personnes concernées, ou de manière subsidiaire, sur l'aide sociale.

- Comme le souligne le Fachverband Sucht, cette répartition correspond à une conception historique, mais techniquement dépassée et conduit à **des iniquités d'accès à une prise en charge** pour les personnes concernées.
- Pour le bureau BASS, ce financement dual peut provoquer des effets pervers tant sous l'angle de l'efficacité que de l'efficience (voir plus bas sous incitatifs négatifs)

[65] En dépit d'une nouvelle jurisprudence, l'obtention d'une rente AI pour une personne souffrant d'additions n'est absolument pas garanti (→1.4.8)

[66] Le bureau BASS (2019), nous signale que la décision d'octroyer, ou non, une *Garantie de prise en charge des frais* dépend soit du canton (GE, VD, FR, VS, BL, BS, LU, NW, TI, SG) soit de la commune de résidence des personnes concernées (BE, SO, SZ, ZH, TG, GR).

Iniquité d'accès aux offres résidentielles

Alors même que la Suisse a ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et s'est engagée à reconnaitre « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (art. 12 PIDESC), la coexistence de ces deux régimes de financement est particulièrement dérangeante, car elle institutionnalise, sur la base de la légalité des substances consommées, une discrimination profonde entre les personnes ayant besoin d'un traitement en raison d'une addiction.

- En effet, pour les uns, dont le principal problème est l'alcool, l'accès au traitement est basé sur le **droit** (assurantiel), tandis que pour les autres, il est basé sur **l'assistance**, c'est-à-dire sur le bon vouloir des cantons et/ou communes à garantir — via l'aide sociale — les coûts liés à une prise en charge résidentielle sociothérapeutique.
- On le comprend aisément, ce financement dual soulève non seulement des questions éthiques (en termes d'égalité des chances), mais pourrait, à terme, déboucher sur une saisine de la Cour européenne des droits de l'Homme (pour violation de l'art. 12 PIDESC).

> *Pour une solution qui permettrait un financement global de la part des cantons : Fonds national addictions →0 et Fonds national de compensation addictions (FNCA) →3.3.*
>
> *Pour une solution qui répond en partie à cet enjeu : LAMalisation →3.2.7.*

2.4.2 Contraintes

Pour les personnes concernées

En matière de traitement résidentiel sociothérapeutique, les contraintes financières concernent avant tout les personnes qui désirent entreprendre un tel traitement et qui doivent pour cela, soit le payer de leur poche, soit quémander une aide octroyée sous condition de ressources (aide sociale ou PC AI).

- **Non-traitement** : Ces modalités de financement particulièrement contraignantes peuvent déboucher sur la décision des personnes concernées de ne pas entreprendre de traitement. En effet, comme le relève le bureau BASS : « dans le cas de personnes encore bien intégrées sous l'angle socio-économique, qui ne reçoivent pas d'aide sociale, le coût élevé du traitement résidentiel [sociothérapeutique] des dépendances peut se traduire par une décision de non-traitement. Dans ce cas, le processus de dégradation risque de se poursuivre jusqu'au moment où l'aide sociale sera finalement contrainte de prendre en charge le coût de la thérapie » (BASS et al., 2012, p. 35).
- **Endettement :** Par ailleurs, la décision de prendre part à un traitement peut aboutir, dans certains cas, à péjorer la situation financière de la personne concernée. En effet, dans certains cantons dans lesquels l'aide sociale est (encore) remboursable[67], une prise en charge sociothérapeutique peut déboucher sur un endettement des personnes concernées, voire de sa parenté, à l'égard de son canton ou de sa commune de résidence. Par ailleurs, en raison de la complexité de l'attribution — sous condition de ressources — de l'aide sociale ou des PC AI, les personnes concernées peuvent être confrontées à de mauvaises surprises (p. ex. le non-paiement du loyer de leur appartement par l'aide sociale durant leur séjour résidentiel, l'obligation de payer/rembourser à la suite de la prise en charge des faux-frais non identifiés, etc.)
- **Non renouvellement de l'autorisation de séjour et révocation de l'autorisation d'établissement[68] :** En vertu des articles 62 al. 1 let. e et 63 al. 1 let. c LEI, une autorisation

[67] Pour le détail des cantons et communes qui exigent des (anciens) bénéficiaires de l'aide sociale / PC AI le remboursement des frais occasionnés par l'aide en cas d'addictions, voir la figure élaborée par BASS (→A22).

[68] Point ajouté suite au workshop.

de séjour peut ne pas être renouvelée[69] et une autorisation d'établissement peut notamment être révoquée si le ressortissant étranger ou une personne dont il a la charge dépend durablement et dans une large mesure de l'aide sociale. Ce risque, bien réel, peut conduire des personnes concernées à ne pas entreprendre un traitement sociothérapeutique financé par l'aide sociale.

Pour les cantons et les communes

Les modalités de répartition des coûts de la prise en charge sociothérapeutique au sein des dispositifs cantonaux d'aide sociale sont primordiales, car elles sont susceptibles de produire des incitatifs négatifs importants.

- Selon BASS (2019), trois cantons (GE, VD, TI) prennent à leur charge l'entier des coûts. À l'inverse, dans quatre quantons (SO, BS, SZ, GR), ce sont les communes de résidence qui prennent à leur charge entièrement les coûts. Dans la plupart des autres cantons (FR, VS, BL, LU, ZG, ZH, GL, SG), le canton et la commune de résidence prennent chacun en charge une partie des frais occasionnés.
- Comme le fait remarquer le FVS (2018), la manière dont les coûts sont répartis entre le canton et la commune de résidence varie d'un canton à l'autre. Certains cantons prennent par exemple en charge deux tiers des coûts (p. ex. SG), d'autres un tiers (p. ex. ZH). Dans le canton de Lucerne, un pool de communes finance jusqu'à 90 % des coûts.

2.4.3 Incitatifs négatifs

Renvoi de la LAMal vers l'aide sociale (vice versa)

Comme le souligne la NAS-CPA (2017), « les sources de financement du système de santé ont tendance à pousser les personnes atteintes de maladies liées à l'addiction et de problèmes psychosociaux durables vers l'aide sociale. À l'opposé, les communes tentent de déplacer les mêmes personnes de l'aide sociale vers le système de santé. Chacun cherche donc à faire assumer le financement des soins à l'autre système ».

- « Il en résulte une tendance qui divise en deux l'encadrement et le traitement des problèmes et maladies liées à l'addiction : les problèmes aigus d'addiction sont pris en charge médicalement, alors que les problèmes chroniques sont déplacés vers les offres de l'aide sociale ».

Indication sur la base de critères économique et non thérapeutique

« Il arrive que l'instance de placement se confonde avec l'instance de financement. Dans les plus petites communes, aux ressources financières limitées, cet environnement peut biaiser l'objectivité des diagnostics. Les coûts d'un traitement résidentiel ont sur le budget d'une petite commune un effet disproportionné, qui peut l'inciter, lors d'une décision de placement, à privilégier les considérations économiques à court terme au détriment des considérations thérapeutiques et économiques à long terme » (Conseil fédéral, 2012, p. 9).

- Concrètement, « la commune prescriptrice du placement peut être tentée d'orienter les toxicomanes vers des établissements financés par la LAMal, même si un traitement dans un établissement sociothérapeutique est le plus indiqué[70]. Compte tenu de la participation

[69] L'ordonnance du DFJP concernant l'approbation, spécifie que la prolongation des autorisations de séjour doit être soumise au Secrétariat d'État aux migrations pour approbation si l'aide perçue durant les trois dernières années est égale ou dépasse CHF 80'000.- pour un ménage et CHF 50'000.- pour une personne seule (cf. Art. 4 let. g OA-DFJP, en vigueur depuis le 1er janvier 2021).

[70] A ce propos, Forster et collègues nous disent que « les services sociaux financés par les communes sont de moins en moins disposés à prendre en charge le financement de ces coûts. Si l'on considère qu'un séjour stationnaire à casa fidelio dure en moyenne un an, les services sociaux cherchent souvent d'autres solutions, plus avantageuses à court terme. Il peut s'agir d'un séjour stationnaire en clinique, dont les frais peuvent être pris

des assureurs maladie dans les coûts du traitement résidentiel des dépendances au sein de cliniques spécialisées, les centres de diagnostic cantonaux peuvent également être soumis à la même tentation » (Conseil fédéral, 2012, p. 7).

Entraves au traitement

« Dans de nombreux cantons, les communes qui prescrivent le placement doivent prendre en charge une quote-part substantielle du coût de la thérapie, alors que dans le cas d'une mesure judiciaire, c'est la justice du canton qui prend en charge ce coût. Dans ce cas, les communes qui prescrivent un placement pourraient être exposées à la tentation, dans certains cas, de compliquer l'accès à une thérapie volontaire, voire d'attendre que la personne dépendante tombe dans la délinquance, auquel cas la thérapie passerait par le circuit judiciaire et serait financée par le canton[71] » (Conseil fédéral, 2012, p. 8).

Distorsions de la concurrence

Selon BASS (2012), « sur le plan institutionnel, le système dual de financement crée des inégalités de marché (distorsions de la concurrence). Les institutions financées par la LAMal sont à même d'attirer plus facilement des patient(e)s — même dépendant(e)s de la drogue — que celles qui bénéficient d'un autre financement ».

en charge par l'assurance maladie et le canton, ou de se concentrer sur une thérapie de courte durée, dans laquelle le client passe en moyenne trois mois en thérapie stationnaire. Toutefois, le succès de telles mesures est souvent très limité et non durable » (trad. Forster et al., 2021).

[71] Pour rappel, le Code pénal (art. 60 / art. 63 CP) et la LStup (art. 19a al. 3,4) prévoient qu'une personne condamnée peut effectuer sa peine dans un centre spécialisé à titre de **mesure imposée**. La totalité des coûts est alors prise en charge par les cantons (art. 380 al.1 CP)

2.5 Autres problèmes de financement

2.5.1 Austérité financière

Le financement d'un nombre très important de prestations de l'aide en cas d'addictions dépend des cantons et, dans une moindre mesure, des communes. Bien que ces financements reposent sur des bases légales, ils se caractérisent par une certaine fragilité du fait qu'ils sont soumis aux aléas budgétaires et/ou politiques sur les plans cantonaux et communaux.

Comme le relèvent de très nombreux observateurs, dont le Conseil fédéral lors de sa réponse au postulat Rechsteiner, « par mesure d'économie, des offres ont de plus en plus souvent été sacrifiées ces dernières années **»** (Conseil fédéral, 2021, p. 48).

En raison de la centralité des financements cantonaux et communaux pour l'ensemble de prestations de l'aide en cas d'addictions (→1.5), la perspective de la mise en œuvre de politiques d'austérité au niveau local est particulièrement effrayante pour de nombreuses institutions.

- À ce propos, on signalera que seule une petite minorité (48 %) des personnes interrogées par le bureau BASS en 2019 était d'accord avec l'affirmation suivante : « *Le financement par objet, c'est-à-dire le subventionnement direct des institutions d'aide aux personnes dépendantes, ne pose guère de problèmes dans notre canton* ». Les autorités cantonales et municipales n'y voyant (de manière attendue) guère de problèmes (79 % d'approbation), contrairement aux associations spécialisées (seulement 31 % d'approbation).

Il est important de comprendre que le déploiement de mesures d'économie sur le plan cantonal n'affecte pas uniquement les institutions et prestations entièrement à la charge des cantons, mais peut également avoir des conséquences négatives sur des prestations co-financées par ces derniers (typiquement les structures intermédiaires LAMal).

2.5.2 Agilité et innovation

Une des thématiques qui est revenue à plusieurs reprises durant nos entretiens a trait à la difficulté qu'il y a à mettre en place de nouvelles prestations dans le cadre des financements existants.

- **Critères EAE (LAMal)** : Ceci est vrai pour le domaine soumis à la LAMal dans lequel, pour être financées, toutes nouvelles prestations doivent obéir aux triples critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. En effet, comme le soulignent KPMG AG & Walder Wyss Rechtsanwälte « les traitements nouveaux ou contestés peuvent être exclus de la rémunération jusqu'à ce qu'ils aient passé avec succès une vérification méthodique des critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) (art. 33, al. 3, LAMal)[72]. Le DFI désigne les prestations remplissant ces critères EAE. En outre, le fournisseur de prestations doit toujours s'assurer du respect de ces derniers dans les cas concrets. Par conséquent, cet article contient une règle générale qu'il convient d'observer en tout temps » (KPMG AG & Walder Wyss Rechtsanwälte et al., 2018, p. 12). On le comprend, les critères EAE constituent de véritables freins à l'agilité des institutions soumises à la LAMal.
- **Contrat de prestations comme carcan à l'innovation (non LAMal) :** Dans le domaine des addictions, le contrat de prestations est devenu la principale, si ce n'est la seule, modalité de financement des activités non soumise à la LAMal. Parce que les mandats de prestations s'inscrivent dans le contexte d'un pilotage orienté résultats[73]. Parce ce qu'ils

[72] « L'efficacité d'une prestation médicale est approuvée lorsque cette dernière est objectivement appropriée pour concourir à l'utilité médicale visée. L'adéquation doit essentiellement permettre de choisir entre différentes mesures médicales possibles (calcul de l'utilité médicale par rapport aux risques). L'économicité implique, lorsque plusieurs mesures dont l'utilité médicale est comparable se présentent, de choisir la mesure la meilleur marché ». cf. ATF 130 V 532, consid. 2.2 p. 535 ss ; ATF 127 V 43, consid. 2b p. 46 ss ; ATF 124 V 196, consid. 3 p. 200 ss ; ATF 121 V 216, consid. 2a/bb p. 220 f » (KPMG AG & Walder Wyss Rechtsanwälte et al., 2018, p. 12).

[73] L'approche suisse du New Public Management est fréquemment appelée gestion administrative axée sur les résultats ou, en allemand, Wirkungsorientierte Verwaltungsführung (WoV).

prescrivent de manière contraignante les objectifs, les méthodes de travail, les responsabilités et parce ce qu'ils définissent précisément le type, le volume et la qualité des prestations convenues ainsi que les modalités applicables à leur financement et à leur évaluation, les mandats de prestations ne laissent que peu de place à l'innovation[74].

> *Pour une solution qui répond à cet enjeu : Projet pilote →3.2.6.*

2.5.3 Médicalisation et aspects sociaux des addictions

Selon Savary et al., « la médicalisation de l'aide aux personnes dépendantes permet de facturer de plus en plus de prestations via les systèmes d'assurance et leurs catalogues de prestations. Grâce à ce transfert de coûts, les cantons peuvent économiser de l'argent. Mais pour les institutions sociales, cela a de plus en plus pour conséquence qu'elles ne peuvent agir que sur prescription médicale ». Parce que, « la LAMal reconnaît les prestations aux individus, mais pas à la collectivité. Le travail en réseau, le travail des centres de contact et d'accueil à bas seuil, mais aussi les activités non thérapeutiques — d'un point de vue médical — ne peuvent pas être couverts. Le travail social et communautaire a donc subi de profonds changements. Il a dû s'adapter, créer de nouveaux rôles et répondre aux nouveaux besoins qui en ont résulté. La médicalisation de l'aide aux personnes en situation d'addiction apporte des solutions, mais la réduction des autres prestations entraîne également des difficultés (trad. J. Savary et al., 2021).

- Autrement dit, la médicalisation (au sens d'une LAMalisation) d'une partie des prestataires qui auparavant s'occupaient des aspects sociaux de l'addiction a comme conséquence que la prise en charge de ces derniers (non rémunérée dans le cadre de la LAMal, mais indispensable à une stabilisation des personnes concernées) se reporte sur des dispositifs à forte composante de travail social dont les financements ne sont, également, pas assurés (p. ex. travail social d'outreach, office de désendettement, dispositifs d'insertion socioprofessionnelle, etc.).
- Selon plusieurs personnes interviewées, la LAMalisation des prestataires œuvrant dans les domaines sociothérapeutiques et/ou psychosociaux conduit à une homogénéisation de l'offre en cas d'addiction qui ne règle en rien le financement de la prise en charge de la dimension sociale des addictions.

2.5.4 Glissement d'un financement d'objet vers un financement de sujet

Durant de nombreuses années, les établissements d'aide aux personnes dépendantes étaient financés par des fonds publics, par l'assurance-invalidité ou avec une garantie de déficit (→1.4.6).

Selon la NAS-CPA, « un glissement s'est opéré ces dernières années, de ce financement des objets à un financement presque exclusivement destiné aux sujets. Le financement des sujets ne couvre que les prestations qui touchent directement le patient ou le client. C'est un grand défi pour les institutions qui doivent négocier les tarifs de leurs prestations de telle manière que les sources de financement couvrent bel et bien l'entier des coûts. Sous la pression croissante sur les coûts, la durée des traitements tend à diminuer et davantage d'offres ambulatoires et de cliniques de jour se sont développées. Cela représente, d'une part, un développement réjouissant vers une aide flexible et moderne aux personnes dépendantes qui favorise chez ces personnes l'autonomie et l'efficacité personnelle. Pour les cas lourds et chroniques en revanche, il en résulte souvent une prise en charge insuffisante. Les fournisseurs de prestations sont donc contraints à développer davantage d'offres stationnaires adaptées aux besoins, flexibles en termes de durée, de contenu

[74] Discutant cette problématique de l'innovation, AvenirSocial (2021, p. 12) insiste sur la nécessité de « modalités différentes, plus participatives » à celles du contrat de prestation et évoque un processus qui placerait « tous les acteurs sur un pied d'égalité » dans lequel mandants et prestataires seraient « impliqués à parts égales dans la conception du mandat ». Reprenant une idée avancée par econcept, l'association propose de remplacer les contrats de prestations par des « **conventions de collaboration** ». Selon ces derniers « la convention de collaboration, qui définit les modalités de la coopération entre deux partenaires indépendants dans un but commun, est moins exhaustive qu'une convention de prestations. Elle est aussi moins axée sur l'aspect fourniture des prestations contre financement et davantage sur les droits et devoirs mutuels dans le cadre d'une relation fondée sur le partenariat » (econcept et al., 2018, p. 6).

et d'intensité (et par là, acceptables du point de vue du financement), offres qui peuvent être financées par diverses sources dans la logique du financement mixte »

> *Pour une solution qui s'inspire du dernier paragraphe : Diversification →3.2.8.*

2.5.5 Pression sur les institutions à travers la création d'une concurrence artificielle

Pour Binswanger, « dans de nombreux domaines de la société, il n'existe pas de marchés ou seulement des marchés fonctionnant de manière incomplète. En revanche, il existe une concurrence artificiellement créée ou orchestrée. Cela concerne surtout les domaines de l'éducation, de la santé ou de l'action sociale, prétendument rendus efficaces par la concurrence. L'impression prévaut que de cette façon, des ressources ou des prestations peuvent être allouées de manière efficace. Mais une concurrence artificiellement orchestrée peut finir par fournir des incitations perverses qui, logiquement, débouchent sur des résultats pervers » (Binswanger, 2020).

- **Benchmarking et pression sur les prix (LAMal)** : Ce constat s'applique de manière évidente au domaine hospitalier et à son système de tarification SwissDRG qui, selon David Giauque, s'apparente à un « aiguillon concurrentiel ». À son propos, il explique « ce mécanisme tarifaire permet aux autorités politiques de comparer les établissements hospitaliers, en fonction de leur capacité à délivrer les prestations sur la base des tarifs prévus. Un "quasi-marché" est ainsi créé et une concurrence peut donc se développer entre établissements hospitaliers » (Giauque, 2020). Commentant l'introduction de ST Reha 1.0, *PricewaterhouseCoopers* est encore plus explicite dans son analyse. Pour ces spécialistes de l'audit « il faut, en outre, s'attendre à des négociations tarifaires plus difficiles au fil du temps, car un benchmarking est désormais possible. Une pression accrue sur les prix est donc probable, comme cela a été observé pendant un certain temps après l'introduction de SwissDRG et de TARPSY » (PwC, 2021, p. 24).
- **Pseudomarché (non LAMal)** : S'appuyant sur les constations de Binswanger, l'*Association professionnelle suisse du travail social* relève le hiatus qui existe entre d'une part la mise en concurrence de prestataires et d'autre part, le fait qu'« un seul organisme alloue des fonds pour ces tâches ». En raison de ce « monopole du côté des mandants », l'association conclut qu'il ne s'agit pas « d'une concurrence au sens économique classique du terme », mais (…) d'une « concurrence de façade », voire d'un « pseudo-marché ».

2.5.6 Financement de projets de promotion de la santé dans le domaine des soins (PDS)

Selon INTERFACE, « pour la plupart des offres de PDS[75], le financement à long terme pose de nombreux défis. Dans certains cas, il n'existe simplement pas de solution de financement pérenne du fonctionnement, de la diffusion et du développement des services au-delà de la période de soutien par Promotion Santé Suisse. Des lacunes de financement s'observent en particulier pour certaines activités et facteurs de coûts. Les coûts liés à la collaboration interprofessionnelle, au travail de coordination, à la formation du personnel ou aux services de conseil particuliers, qui sont importants pour le bien-être des patients et la prévention de l'évolution défavorable des maladies, n'ont jusqu'à présent été remboursés ni par l'assurance de base ni par d'autres sources de financement durables » (INTERFACE et al., 2021, p. 15). Le financement des services de PDS par l'AOS est considéré par de nombreux responsables des services de PDS comme une solution souhaitable et durable. Cependant, les services fournis par les services de PDS dépassent souvent le cadre de l'assurance-maladie obligatoire (INTERFACE et al., 2021, p. 16).

- Par ailleurs, et à une tout autre échelle, on notera que plusieurs experts/praticiens interviewés ont mis en évidence l'importance des ressources humaines et temporelles nécessaires au dépôt d'une requête auprès de Promotion Santé Suisse dont le processus de demande exclurait de facto les petites organisations.

[75] Voir le dossier de l'OFSP consacré à la promotion de la santé dans le domaine des soins : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html

> *Pour une solution qui répond à cet enjeu : Abaissement du seuil d'exigence de PSCH →3.2.5.*

2.5.7 Financement des prestations d'accompagnement dans le cadre des soins de longue durée (aide à domicile / EMS)

« Depuis la mise en place du nouveau régime de financement des soins entré en vigueur en 2011, les prestations de soins et les prestations d'accompagnement sont dissociées ; elles sont donc saisies et facturées séparément. Les prestations de soins font l'objet d'une participation financière des caisses maladie, les collectivités (cantons et parfois communes) pourvoyant au financement résiduel. Le financement des prestations d'accompagnement n'est pratiquement pas réglementé. Il est assuré en grande partie par les ménages privés, comme le montre une étude récente, avec de fortes variations d'un canton à l'autre. Cette situation a des conséquences graves. Elle défavorise les personnes les plus fragiles et les expose à des risques de santé » (Curia Vista, 2019).

- Avec le vieillissement de la population des personnes concernées par les conduites addictives, un nombre toujours plus important de personnes sera directement concerné par cette problématique.

> *Pour une solution qui répond à cet enjeu : Assurance des soins →3.2.4.*

3 Pistes d'action (solutions)

Ce chapitre débute par une synthèse des solutions envisagées dans la littérature et par les experts/praticiens consultés. Il dévoile neuf pistes d'actions (ébauches) susceptibles de résoudre, en partie du moins, certains problèmes de financement identifiés dans les chapitres précédents. Il présente ensuite la vision à long terme d'un fonds national de compensation addictions (FNCA) alimenté par une taxation pigouvienne de l'ensemble des substances et services addictifs (SSA). Il se conclut par une brève restitution des principaux commentaires émis lors de sa présentation.

3.1 Solutions envisagées par la littérature et les experts/praticiens

3.1.1 Points clés

La plupart des solutions évoquées dans la littérature ou par les experts/praticiens interrogés peuvent être résumées par ces deux propositions :

- augmenter les revenus et/ou
- améliorer la coordination.

Prestations financées par l'AOS

- Dans le domaine LAMal, l'**augmentation des revenus** est envisagée d'une part grâce à des aménagements de TARMED (p. ex. élargissement du catalogue aux prestations de coordination, augmentation de la valeur des points tarifaires, levée des limitations de facturation) et d'autre part, à travers un renforcement des financements cantonaux (p. ex. augmentation des PIG, élargissement du rôle de formation des hôpitaux).
- Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, tel qu'il est prévu dans le cadre de l'EFAS, est perçu comme pouvant réduire les incitatifs négatifs et **améliorer la coordination**.

Prestation non LAMal

- Dans le domaine non-LAMal, la LAMalisation des institutions résidentielles sociothérapeutiques (p. ex. par leur inscription sur la liste cantonale des hôpitaux, la médicalisation d'une unité, le recrutement de professionnels pouvant facturer leur prestation à la LAMal), la diversification de leur offre en fonction des financements cantonaux existants, le retour à une politique de garantie de déficit de la part des cantons, un financement systématique de la part de l'aide sociale ou encore la création d'un fonds cantonal (hors LAMal et aide sociale) qui financerait les coûts de traitement en institutions sociothérapeutiques sont perçus comme des moyens **d'augmenter leurs revenus.**
- L'**amélioration de la coordination** passe par des échanges renforcés entre les cantons qui seraient facilités par l'adhésion (obligatoire) de tous les cantons au domaine C de la CIIS, l'élaboration de directives conjointes (Confédération / CDS / CDAS) pour le financement des traitements résidentiels sociothérapeutiques, la mise en œuvre d'une péréquation (compensation des charges) en faveur des cantons et/ou des villes qui proposent une offre plus importante (ou plus coûteuse) et par le maintien d'un catalogue global des prestations stationnaires LAMal et résidentielles sociothérapeutiques.

Système

- La taxation de l'ensemble des produits psychotropes et comportements potentiellement addictifs et la réallocation de 10 % du produit de l'impôt aux cantons sur le modèle de la dîme sur l'alcool sont évoquées comme des moyens d'**augmenter les revenus** destinés à la lutte contre les addictions.

- **L'amélioration de la coordination** serait rendue possible en optimisant le processus d'indication et de placement de manière à ce que la répartition des coûts entre les diverses sources de financement n'ait plus d'influence sur la décision de placement (p. ex. par la création de centres d'indication supra-cantonaux compétents à la fois dans le domaine des dépendances à l'alcool et aux substances illégales), en améliorant le pilotage, en renforçant la collaboration supracantonale ou encore en offrant plus de place aux villes dans les processus décisionnels.

3.1.2 Apport de la littérature

Tableau 6 : Solutions évoquées dans la littérature (synthèse)

Domaine	Solutions
LAMal	— Mettre en place un financement du sujet avec une tarification adaptée de l'ensemble des prestations à fournir dans le domaine psychosocial, tous domaines confondus et intégrant les intersections entre disciplines (NAS-CPA, 2017)
Non-LAMal	**Augmenter les revenus** — LAMalisation — Intégration des institutions sociothérapeutiques à la liste cantonale des hôpitaux (BASS et al., 2012) — Financement des institutions sociothérapeutiques par le biais de l'aide sociale (BASS et al., 2012) — Création d'un fonds cantonal (hors LAMal et aide sociale) qui financerait les coûts de traitement en institutions sociothérapeutiques (BASS et al., 2012) — Affectation des sommes saisies aux trafiquants de drogue (Conseil fédéral, 2012) **Améliorer la coordination et l'échange entre cantons** — Adhésion de tous les cantons au domaine C de la CIIS (Ecolplan & Moll, 2010) — Élaboration de directives conjointes (Confédération, CDS, CDAS) pour le financement du traitement résidentiel des dépendances (BASS et al., 2012) — L'OFSP élabore et maintien d'un catalogue global des prestations stationnaires LAMal et résidentielles sociothérapeutiques (FVS, 2018)
Système	**Augmenter les revenus dédiés à l'offre en cas d'addictions** — « Fonds national des dépendances » qui alimente un budget global pour la politique en matière de dépendances (Spinatsch M, Hofer S., 2004) — Taxation de l'ensemble des produits psychotropes et comportements potentiellement addictifs et réallocation de 10 % aux cantons sur le modèle de la dîme sur l'alcool (J. — F. Savary, 2018) — Régulation et taxation du cannabis afin de financer la prévention, la promotion de la santé, la détection et l'intervention précoces, la réduction des risques, les traitements et thérapies ainsi que la recherche (NAS-CPA, 2022) — Redistribuer 10 % du produit de l'impôt sur le tabac sous forme de subside aux primes d'assurance-maladie (GREA, 2022a) — Reverser 10 % du produit de l'impôt sur le tabac aux cantons pour financer les politiques de prévention et de réduction des risques (GREA, 2022a) **Limiter les coûts pour les personnes concernées** — Indépendamment du statut de l'institution (LAMal ou non-LAMal), les clients paient une part personnelle des frais au sens d'une quote-part raisonnable (FVS, 2018) o Les pouvoirs publics et les assureurs (assurance-invalidité, caisses maladie et autres assureurs) prennent en charge les frais de traitement dans tous les cas (FVS, 2018) o Dans la mesure où les communes doivent assumer le financement des thérapies sociales résidentielles, elles sont déchargées par une répartition des charges qui fonctionne au sein du canton. (FVS, 2018) **Faire plus avec moins (améliorer la coordination/indication)** — Harmoniser les mécanismes de financement — la répartition des coûts doit être indépendante du statut de l'institution (BASS et al., 2012) — Optimiser le processus d'indication et de placement — pour que la répartition des coûts entre les diverses sources de financement n'ait plus d'influence sur la décision de placement (BASS et al., 2012) o Création de centres d'indication régionaux (supra-cantonaux) compétents à la fois dans le domaine des dépendances à l'alcool et aux substances illégales (BASS et al., 2012) o Mettre en réseau plus étroitement les fournisseurs de prestations à orientation médico-psychiatrique et ceux du domaine médico-social et psychosocial, au lieu de les diviser par des conditions-cadres financières (HSLU-SA et al., 2022) **Autres** — Prise en compte de l'addiction dans l'AI (Stucki et al., 2019)
Autres	— Combinaison entre un financement de l'objet et un financement du sujet (NAS-CPA, 2017)

Sources : (Ecolplan & Moll, 2010 ; BASS et al., 2012 ; NAS-CPA, 2017 ; FVS, 2018 ; J. — F. Savary, 2018 ; Stucki et al., 2019 ; HSLU-SA et al., 2022 ; NAS-CPA, 2022 ; GREA, 2022a)

3.1.3 Apport des experts interviewés

Tableau 7 : Solutions évoquées par les experts lors des entretiens

Domaine	Solutions
LAMal	**Augmenter les revenus** — Tarifs plus élevés (TARMED / TARPSY) — Prise en compte par l'AOS de nouvelles prestations (de type social) — Élargissement du catalogue TARMED — Renforcement des prestations d'intérêt général (rémunération LAMal insuffisante) — Renforcement de la mission de formation des hôpitaux (rémunération LAMal insuffisante) — Pay-for-coordination (PFC) (rémunération LAMal insuffisante) **Améliorer la coordination** — Uniformisation des financements entre ambulatoire et stationnaire (incitatifs négatifs) **Autres** — Simplification de la facturation des activités de coordination (LAMal) — Promotion de l'innovation au travers de projets pilotes (art. 59b LAMal)
Non-LAMal	**Augmenter les revenus** — LAMalisation : Inclusion des institutions résidentielles sociothérapeutique à la liste cantonale des hôpitaux — Plus de financement de la part des cantons (austérité actuelle) — Retour à un système de garantie des déficits (contrat de prestations) — Diversification de l'offre en fonction des financements existants — Économie de marché étendue aux substances illégales (possibilité de vendre des prestations de drug-checking p. ex.) **Améliorer la coordination** — Application homogène de la CIIS (domaine C) par les cantons
Système	**Augmenter les revenus** — Financement global de l'ensemble des prestations à travers un élargissement de la taxation des psychotropes — Gratuité des prestations (mandat de santé publique) **Coordination** — Péréquation (compensation des charges) en faveur des cantons/villes qui proposent une offre plus importante (ou plus coûteuse) — Financement équivalent des 3 domaines bio-pycho-social — Abolition du système de financement dual entre substances légales et illégales — Approche globale non basée sur les substances
Autres	— Autodétermination : La personne décide de sa prise en charge indépendamment de sa situation financière — Élaboration de directives de la part de la Confédération / OFSP — Catalogue de prestations supracantonal — Mise en réseau des acteurs et des institutions — Maintenir une offre diversifiée — Traitement adéquat indépendamment de la substance ou de la commune de résidence — Conserver une offre diversifiée

Sources : Experts interviewés dans le cadre de la recherche (pour la liste →A1)

3.2 Pistes d'action

Ci-dessous, nous présentons brièvement une dizaine de pistes d'action (ébauches) susceptibles de résoudre, en partie du moins, certains problèmes de financement évoqués précédemment dans ce rapport.

Celles-ci ont été soumises en décembre 2022 aux Comités des associations faîtières pour qu'ils désignent, parmi les 9 pistes proposées, une piste susceptible d'être présentée et discutée dans le cadre d'un workshop[76].

Ces pistes se focalisent sur les aspects financiers et ont été élaborées du (seul) point de vue des prestataires de l'offre en cas d'addiction.

- Exclusion : Les pistes proposées ne prennent pas en compte des solutions qui reposeraient sur une réorganisation de l'offre de l'aide en cas d'addictions (p. ex. introduction de structures d'indication supra-cantonales). De plus, elles n'ont pas vocation à corriger les problèmes induits par certaines modalités actuelles de financement de l'offre en cas d'addiction (incitatifs négatifs comme les refus de garantie financière de la part de petites communes en charge de l'aide sociale / iniquité d'accès aux offres LAMal et aux offres non LAMal).

Les pistes proposées sont très hétérogènes. Afin que le lecteur puisse plus aisément identifier leur portée, nous avons signalé dans leur titre le niveau auquel elles sont positionnées.

- **Niveau macro** : la piste concerne potentiellement l'ensemble des acteurs actifs dans le domaine des addictions.
- **Niveau méso** : la piste se situe au niveau d'un système de financement spécifique à un groupe de prestataires (par ex. les récipiendaires de subventions de l'OFAS (art. 74 LAI), les institutions ambulatoires soumises à la tarification TARMED et/ou les institutions tributaires d'une politique cantonale volontariste[77]).
- **Niveau micro** : la piste d'action se situe au niveau du financement des institutions, comprises individuellement.

[76] Finalement, lors du workshop qui s'est déroulé le 28 avril 2023 à Berne, l'ensemble des pistes d'action qui figurent sous ce point a été discuté. Les précisions et commentaires des participants ont été ajoutés sous forme de notes de bas de page qui en identifient clairement la source par l'expression « Commentaire recueilli lors du workshop ».

[77] Fait allusion à l'application à géométrie variable de la LStup de la part des cantons, telle qu'exposée dans le chapitre liminaire (→1.4.4).

3.2.1 Piste retenue : Fonds national addictions (niveau macro)[78]

Contexte :

Le législateur a introduit plusieurs financements destinés spécifiquement à la santé publique. La plupart de ces financements reposent sur une **imposition spéciale** de produits/comportements potentiellement addictifs (jeu d'argent / alcool / tabac) et la redistribution aux cantons et à la Confédération d'une part variable du produit de l'impôt, assortie d'une obligation de l'utiliser à des fins de lutte contre les addictions (→1.4.10).

La majorité des revenus provenant de ces impositions spéciales toutefois n'est pas utilisée à des fins de santé publique, mais est destinée à remplir les caisses de l'AVS ou la caisse générale de la Confédération et des cantons.

Dans les faits, seulement 1,3 % des taxes prélevées sont redistribuées en direction des cantons (0,8 %) et de la Confédération (0,5 %) à des fins de lutte contre les causes et les effets des addictions[79].

Principe(s) de base :

- Création d'un fonds national addictions unique[80] qui remplace les fonds existants (FPT, dîme sur l'alcool, taxe sur le jeu) et étend les impositions spéciales à de nouveaux produits/comportements.
- Il s'agirait, sur le modèle de la dîme alcool et de l'art. 131 al. 3 Cst, de reverser 10 % du produit de l'impôt aux cantons pour financer contre les causes et les effets des addictions.
- Cette redistribution de l'impôt serait assortie d'un contrôle strict de la mise en œuvre de la part des cantons, a minima, des dispositions contenues dans la LStup.

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
– Permet une allocation des ressources financières nécessaires à une mise en œuvre homogène, sur l'ensemble du territoire de la lutte contre les causes et les effets des addictions. – Provoque une augmentation significative des prestations financées par les taxes en direction des citoyens qui paient ces taxes. – L'idée est simple. Elle pourrait être imposée par le biais d'une initiative.	– Requiert des modifications législatives importantes – Mise en œuvre pourrait s'avérer extrêmement longue : nécessite des phases.

Autres remarques :

- En 2004 déjà, le rapport Spinatsch évoquait un « **fonds national des dépendances** » qui alimenterait un budget global pour la politique en matière de dépendances (Spinatsch M, Hofer S., 2004, p. 83). (Pour plus de détail →A23).
- En 2018, cette proposition a été reprise et développée par J.-F. Savary (ex-secrétaire général du *GREA*) dans la revue Dépendances dans un article intitulé « Financement des prestations : Réformons les taxes sur les produits psychotropes ! ». L'auteur y déplore les taxations actuelles qui, en allouant la majorité des taxes sur les produits

[78] Il s'agit de la piste retenue par les organisations faîtières du domaine des addictions. Elle a été revisitée et consolidée en vue d'une discussion élargie à d'autres acteurs (→3.3)

[79] Le tableau original est disponible dans les annexes (→A24), mais il contient des erreurs. Sa version retouchée se trouve plus loin (→3.3.2)

[80] Commentaire recueilli lors du workshop : Certains participants ont relevé les risques, dans le contexte politique actuel, à vouloir regrouper les fonds existants. Ces derniers risquant d'être démantelés.

psychotropes/comportements addictifs aux caisses AVS, transgressent le **principe de l'équivalence fiscale**. Il montre que le respect de ce principe et l'extension de la logique de redistribution de la dîme sur l'alcool à d'autres produits permettraient aux cantons de bénéficier de presque CHF 350 millions. C'est-à-dire près de 15 fois plus que les montants actuels qui ne suffisent pas, et de loin, à couvrir les coûts occasionnés par les conduites addictives (cf. J.-F. Savary, 2018).

- Plus récemment, le *Fachverband Sucht* a soutenu, lors de sa prise de position sur la révision partielle de la Loi sur l'imposition du tabac, une **« taxe de prévention »** (**Präventionsabgabe**) « sur toutes les substances légales présentant, un potentiel de dépendance est nécessaire comme base d'une prévention englobant toutes les substances et formes de dépendance ». L'association faîtière des institutions alémaniques œuvrant dans le domaine des addictions précise que « la Confédération doit créer les bases légales nécessaires à cet effet. Les fonds existants pour la prévention du tabagisme et des jeux de hasard et la dîme de l'alcool doivent être réunis en un **fonds global et pouvoir être complétés par des taxes sur d'autres substances/formes de dépendance**. Le fonds à affectation spéciale doit permettre à l'avenir de financer les mesures d'une politique de prévention englobant toutes les substances et formes de dépendance » (trad., FVS, 2022).

3.2.2 Aménagement de TARMED (niveau méso)

Contexte :

La modification de TARMED, version 1.09, imposée par le Conseil fédéral en 2018, a débouché entre autres sur une refonte des positions tarifaires relatives aux prestations en l'absence du patient (PAP — 00.0140 / 02.0070 / 02.0160 / 02.0260).

Ces limitations impactent négativement nombre d'activités nécessaires à la prise en charge des personnes multimorbides, notamment des personnes souffrant à la fois d'un TUS, de troubles psychiatriques et d'atteintes somatiques (HIV / cirrhose / etc.). Les tâches de coordination entre prestataires de soins, la participation à des réseaux/colloque d'équipe/consiliums, tout comme l'intégration de l'environnement dans le cadre d'approches sociopsychiatriques sont mises en péril.

Principe(s) de base :

- Réintroduire dans TARMED 1.10 plus de temps pour les prestations en l'absence du patient
- Ajouter une catégorie pour les activités de soins intermédiaires (séjours répétés dans une clinique de jour, accueil de nuit, activités de liaison et de mobilité) ou supprimer les limitations pour ce type d'activité ou augmenter la valeur des points tarifaires

Avantage et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
— Une coalition très large peut être construite autour d'augmentation du temps consacré aux PAP[81]	— Ce n'est pas le cas pour les autres options qui concerne uniquement un secteur de l'addictologie ou de la psychiatrie

Autres remarques :

- La structure TARMED actuelle est avant tout axée sur le traitement en cabinet médical et elle est plus ancienne que le « nouveau » financement hospitalier. En 2009, les séjours

[81] Commentaire recueilli lors du workshop : Plusieurs participants ont mis en avant l'intérêt qu'il y aurait à aborder les problèmes de financement des activités de coordination avec d'autres acteurs actifs en dehors du domaine des addictions. En effet, la question du financement des activités de coordination est centrale dans tout système basé sur la spécialisation des tâches. Une discussion interdisciplinaire autour du modèle « Pay-for-coordination (PFC) » pourrait constituer un point de départ intéressant.

répétés en cliniques psychiatriques de jour ont été rattachés au secteur ambulatoire via la modification de l'OCP, mais cela n'a pas été pris en compte dans la structure tarifaire TARMED (CDS, 2017).

- Les activités de liaison et de mobilité ont véritablement pris leur essor dans le domaine psychiatrique et addictologique après cette date.

3.2.3 Transfert de compétence de l'art. 74 de la Confédération aux cantons (niveau méso)

Contexte :

Lors de la RPT de 2008, la Confédération a transféré aux cantons la responsabilité du financement des offres stationnaires, ou semi-stationnaire, dans le domaine du handicap (art. 73 LAI), tout en conservant ses prérogatives en matière de services ambulatoires spécialisés (art. 74 LAI). Dans ce cadre, c'est l'OFAS qui est chargé de subventionner, via leur institution faîtière et selon les principes formulés dans la Circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées (CSOAPH)[82], les institutions du domaine du handicap qui œuvrent notamment à l'accompagnement de personnes en situation de handicap « par suite de dépendance » (chap. 1020 CSOAPH).

Les cantons estiment que « la responsabilité de la Confédération en matière de services ambulatoires spécialisés ne se justifie plus » et « qu'il y a lieu d'examiner la possibilité de confier aux cantons les prestations (ambulatoires) spécialisées du domaine de l'assistance et de l'occupation ». Le Conseil fédéral n'est pas contre le principe, mais précise que cette question sera examinée dans le cadre d'un éventuel projet Répartition des tâches II. Autant dire, pas de sitôt (cf. Conseil fédéral, 2018, p. 44-45).

Principe(s) de base :

- La Confédération transfert aux cantons les sommes actuellement allouées par l'OFAS aux institutions (environ 150 millions de francs par année).
- Les cantons se chargent de l'application de l'art. 74 LAI.

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
— La cantonalisation de l'art. 74 LAI contribuerait au désenchevêtrement des tâches entre Confédération et cantons. — Ces derniers sont plus à même que l'OFAS de comprendre les besoins régionaux. — Le controlling et les charges administratives pourraient être allégés.	— La cantonalisation de l'art. 74 LAI pourrait mettre en péril le financement à destination des organisations faîtières. — Un régime transitoire devrait impérativement être mis en place.

Autres remarques :

- L'OFAS a mandaté un projet de recherche intitulé « financement du sujet et subventions au titre de l'art. 74 LAI » (www.aramis.admin.ch > Projet C21_05). Actuellement en cours, il est consacré à la question de savoir si passer d'un financement de l'objet, tel qu'il est appliqué actuellement, à un financement du sujet est susceptible d'améliorer l'autonomie des personnes handicapées (Curia Vista, 2022). Bien que susceptible de renforcer l'autodétermination des personnes concernées, un financement du sujet pourrait, en creux, mettre en péril les subventions accordées aux associations faîtières.

[82] https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/11822/download

- Les ressources allouées au titre de l'art. 74 LAI sont peu susceptibles d'évoluer dans le temps (cf. art 108quater al. 1 RAI). Il en est de même pour les bénéficiaires de ces subventions (cf. art. 108 al. 1bis RAI).

3.2.4 Assurance des soins incluant l'accompagnement sociothérapeutique (niveau méso)

Contexte :

Avec le vieillissement démographique, la question des soins de longue durée va se poser avec de plus en plus d'acuité. La part consacrée aux soins dans le budget global de la LAMal ne va cesser de croitre, tout comme les charges supportées par les collectivités publiques (coûts résiduels / PC / API / aide sociale). Il en sera de même pour les personnes ayant des troubles addictifs.

Dans son message de 2005 relatif au nouveau régime de financement des soins, le Conseil fédéral a évoqué parmi les éléments non retenus une assurance obligatoire des soins (cf. Conseil fédéral, 2005a, p. 1950-1951). En 2016, dans son rapport sur les soins de longue durée, il revient sur cette proposition et développe trois variantes : a) couverture des coûts d'assistance ; b) couverture des prestations de l'AOS ; c) combinaison des modèles a et b (cf. pt 2.1 Conseil fédéral, 2016b, p. 62-68). (→A10).

Cette intégration des tâches d'assistance (qui font partie des soins infirmiers usuels (Care), mais ne sont pas pris en charge par la LAMal) à une assurance sociale constituerait une avancée importante susceptible d'entrouvrir la porte à l'inclusion d'autres activités non reconnues actuellement par la LAMal.

Principe(s) de base :

- Il est important pour les professionnels des addictions de suivre ce dossier de près et selon les opportunités, qu'ils tentent d'assimiler certains actes sociothérapeutiques à des tâches d'assistance (en vue de leur couverture par une assurance des soins).

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
– Permettrait d'étendre la couverture assurantielle à une partie des prestations des centres sociothérapeutique	– Calendrier inconnu – Possibilité de succès faible

Autres remarques :

- aucune

3.2.5 Abaissement du seuil d'exigence pour les requêtes de subventions auprès de PSCH (niveau méso)[83]

Contexte :

La Fondation promotion santé suisse (PSCH) est devenue ces dernières années un bailleur de fonds incontournable pour le financement de projets dans les domaines des maladies non transmissibles (NMT) et des addictions. Cependant, de par son processus de sélection, l'accès à un financement reste délicat pour nombres de petites organisations (qui, il est vrai, ne sont pas le public cible de PSCH).

En effet, lors d'une requête à PSCH, le requérant doit déposer un quasi « plan de projet » qui peut, selon la complexité du projet, occuper une personne à plein temps de deux à quatre semaines. Du

[83] Commentaire recueilli lors du workshop : nous avons appris que PSCH allait entièrement réviser ses modalités d'attribution des soutiens financiers et qu'en conséquence, ce point n'était plus d'actualité.

fait de l'importance de la charge de travail relative au dépôt de requête, les petites organisations (qui ne disposent pas de ressources humaines suffisantes) sont de facto exclues du processus de sélection.

Principe(s) de base :

- Le Conseil de fondation de PSCH est invité à revoir son processus de sélection des projets de manière à le rendre plus accessible (abaissement du seuil d'exigence).
- PSCH pourrait se positionner, dans un premier temps, sur la base d'une « esquisse de projet » (plus simple à rédiger qu'un « plan de projet »). En cas d'intérêt, PSCH financerait dans un deuxième temps la rédaction d'un « plan de projet », ce qui permettrait aux petites institutions d'engager, si nécessaire, une ressource externe pour la rédaction de celui-ci. Ce n'est que dans un troisième temps, sur la base du plan de projet réalisé, que PSCH prendrait sa décision définitive.

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
– Les petites organisations ont accès à l'offre de financement PSCH – Elles peuvent développer des prestations innovantes	– Charge de travail supplémentaire importante pour le tri des esquisses (la livraison du plan de projet/le peu d'ergonomie du logiciel utilisé jusqu'alors agissant comme des « Gate Keepers » (pour PSCH) – Les esquisses acceptées, mais les plans de projet refusés entraînent des fonds perdus (pour PSCH)

Autres remarques :

- Aucune

3.2.6 Projet pilote d'un réseau de soins *médico-sociaux* coordonnés (niveau méso)[84]

Contexte :

Afin de faciliter la mise en œuvre des soins coordonnés (qui sont une mesure centrale de la Stratégie Santé2030, « le 2e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts propose de créer dans la LAMal les bases légales permettant aux professionnels de santé de s'unir au sein d'une équipe de prise en charge interprofessionnelle et interdisciplinaire, et de se présenter aux assureurs comme étant une nouvelle forme de fournisseur de prestations. Un réseau de soins coordonnés facture ensuite aux assureurs toutes les prestations qu'il fournit comme s'il s'agissait d'un seul fournisseur de prestations. Les prestations du réseau de soins coordonnés seront rémunérées par des forfaits, définis dans les conventions tarifaires avec les assureurs. Celles-ci régleront aussi, notamment, la charge induite par la coordination des prestations » (DFI, 2020, p. 79).

Principe(s) de base :

- Tels que projetés, les « réseaux de soins coordonnés » permettront à des acteurs LAMal, relevant actuellement de systèmes de rémunération différents (TARMED / TARPSY / SwissDRG), de facturer à l'AOS leurs prestations de manière combinée.
- Il s'agirait d'étendre le modèle projeté à d'autres acteurs (un tabou ayant déjà été brisé), de manière à créer un « réseau de soins médico-sociaux coordonnés ». Celui-ci inclurait par ex. : ambulatoire non-LAMal > sevrage en unité psychiatrique > résidentiel

[84] Commentaire recueilli lors du workshop : Il a été relevé qu'en l'état de la LAMal il n'y avait aucune chance de des prestations de type social soient remboursées.

sociothérapeutique > insertion socioprofessionnelle > logement avec service > soins à domicile.

- Les acteurs intéressés pourraient s'appuyer sur l'**art. 59b P-LAMal** qui devrait introduire, courant 2023, la possibilité de déroger aux obligations de la LAMal dans le cadre de projets pilotes.

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
– Meilleure complémentarité entre prises en charge sociale et médicale – Meilleure continuité des soins – Prise en charge possible des cas « socioéconomiquement » complexes	– Risque de s'adresser uniquement aux « gros joueurs », les acteurs du domaine des addictions pourraient en être exclus

Autres remarques :

- Un tel projet pilote permettrait de tester à petite échelle, à l'intérieur du réseau coordonné, de nouvelles modalités de financement

  Pour un survol de modèles de rémunération innovants (→A25)

- Si le projet pilote inclut un objectif de réadaptation (p. ex. à travers la mise en œuvre de cours/mesures d'insertion socioprofessionnelle), il pourrait se fonder sur l'**art. 68quater LAI** (Projets pilotes favorisant la réadaptation)**.**

3.2.7 LAMalisation et proto-LAMalisation des prestations (niveau micro)

Contexte :

À l'instar des institutions pour personnes en situation de handicap, les institutions résidentielles sociothérapeutiques ne font pas partie des fournisseurs de prestations habilités à facturer des prestations à l'AOS (cf. art. 35 al. 2 / art 39 al. 1 LAMal).

Elles ont toutefois plusieurs possibilités de devenir des fournisseurs de prestations habilités à facturer (LAMalisation) ou de collaborer avec de tels fournisseurs (proto-LAMalisation).

Principe(s) de base :

- Devenir un prestataire autorisé à facturer à la LAMal
- Collaborer avec un prestataire habilité à facturer à la LAMal
- Embaucher des professionnels pouvant facturer à la LAMal (p. ex. docteur)

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
– Voir le document de synthèse rédigé par CURAVIVA Suisse – Selon variante choisie (voir ci-dessous)	– Critères EAE (à l'art. 32, LAMal, figure une clause générale fixant les critères devant être satisfaits pour qu'une prestation soit remboursée par l'AOS : celle-ci doit être efficace, appropriée et économique) – Conduit à une homogénéisation de l'offre de traitement sans régler la question de la prise en charge des aspects sociaux des addictions

Autres remarques :

- Un document de synthèse, élaboré en 2019 par CURAVIVA Suisse pour les institutions œuvrant dans le domaine du handicap, présente six options potentiellement transposables

au domaine des addictions non-LAMal : 1) Obtention de la reconnaissance en tant qu'EMS ; 2) Obtention de la reconnaissance comme groupe d'habitation médicalisé ; 3) Collaboration avec un établissement de soins ; 4) Fonder sa propre organisation d'aide et de soins à domicile ; 5) Collaboration avec une organisation d'aide et de soins à domicile ; 6) Mandat à une infirmière diplômée indépendante. Le document met en lumière les avantages et les inconvénients liés à chacune des options (cf. CURAVIVA Suisse, 2019).

> *Pour un aperçu des avantages et inconvénients pour chacune des options proposées par CURAVIVA Suisse (→0)*

- Étant donné que la facturation à l'AOS décharge les cantons financièrement, les institutions pourraient bénéficier d'un appui du canton dans lequel elles sont établies. Les cantons accueillent d'ailleurs plus favorablement cette idée que les prestataires non LAMal œuvrant dans le domaine des addictions (cf. pt 5.5 BASS et al., 2019).
- La LAMalisation d'une partie des prestataires qui auparavant s'occupaient des aspects sociaux de l'addiction a comme conséquence que la prise en charge de ces derniers (non rémunérée dans le cadre de la LAMal, mais indispensable à une stabilisation des personnes concernées) se reporte sur des dispositifs à forte composante de travail social dont les financements ne sont, également, pas assurés.

3.2.8 Diversification des activités des institutions sociothérapeutique (niveau micro)

Contexte :

Actuellement, les institutions résidentielles ne se résument plus à la fourniture d'un logement collectif et d'un accompagnement socioéducatif/psychosocial. Afin de rendre leur offre plus attractive et en adéquation avec les besoins des personnes concernées, plusieurs d'entre elles ont diversifié leur offre de prestations.

Principe(s) de base :

- Diversifier ses activités en se basant sur les possibilités offertes par le droit fédéral (cours d'aide à l'entraide / accompagnement à domicile selon l'art. 74 LAI / mesures de réinsertion professionnelle LACI) et le droit cantonal.

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
– Élargissement de l'assise du financement institutionnel – Permet de répondre mieux aux besoins des usagers (p. ex. vieillissement / lieu de vie autonome). Partant, rend son offre plus attractive.	– Les possibilités de se diversifier sont inhérentes aux politiques « sociales / addictions » déjà en place dans les cantons – Multiplication des charges administratives liées à l'exécution des multiples mandats de prestations / facturation. – « Tout le monde fait tout » et « plus personne ne propose une offre très spécialisée »

Autres remarques :

- Un très bon exemple de mise en œuvre de cette stratégie de diversification est donné par la Fondation du Levant[85], sise dans le canton de Vaud. Depuis plusieurs années déjà, celle-ci complète son offre résidentielle « classique » par d'autres prestations/entités

[85] https://www.levant.ch/

organisationnelles (p. ex. pôle ambulatoire, réinsertion socioprofessionnelle, double diagnostic, EPSM[86], housing first, soins à domicile, etc.).

3.2.9 Solliciter la fondation FL2PA (niveau micro)

Contexte :

Alors que l'ordonnance sur les épidémies stipule que « les établissements de privation de liberté doivent garantir à toutes les personnes dont ils ont la charge l'accès à des mesures de prévention appropriées » (art. 30 al. 1 OEp), notamment à « du matériel d'injection stérile » (art. 30 al. 2 let c), à peine une douzaine d'établissements sur un total de 113 proposait, en 2016, du matériel d'injection stérile à leurs détenus (cf. IUMSP et al., 2017).

La Fondation latine « Projets pilotes — Addictions » (FL2PA)[87] soutient depuis 2012 toutes actions qui « visent à réduire les problèmes objectifs des personnes, de leur entourage, de la communauté pénale et de la collectivité ; elles ne doivent pas avoir forcément l'abstinence pour but, mais peuvent aussi promouvoir des mesures de réduction des dommages, comme la diminution de la transmission de maladies infectieuses, la consommation contrôlée, le renforcement des compétences sociales et des facteurs de protection, ainsi que la réduction des risques de récidives ou tout autre comportement pénalement répréhensible » (FL2PA, 2016). Malgré les besoins bien réels, celle-ci n'est que peu sollicitée.

Principe(s) de base :

- Les organisations actives dans le domaine des addictions, soucieuses d'améliorer concrètement le sort des personnes mises sous main de justice, peuvent déposer une requête à la Fondation.

Avantages et inconvénients :

Avantages	Inconvénients
— Jusqu'à CHF 100'000.— par projet	— Seules les institutions ayant leur siège dans un canton latin (Suisse romande + Tessin) et reconnues par les autorités cantonales sont habilitées à déposer une requête

Autres remarques :

- Suite à la ratification de traités internationaux en matière de droits humains (PIDESC / CEDH / Convention contre la torture), la Suisse a été plusieurs fois rappelée à l'ordre de la part d'agences onusiennes, respectivement d'ONG, à propos des manquements constatés en matière d'équivalence des soins et/ou de réduction des risques en milieu carcéral (cf. Conseil fédéral, 2021, p. 46-47).
- Le design d'une requête peut être facilité par l'existence de collectifs qui partagent ces préoccupations comme Le *Groupe Infoprisons*[88] ou la *plateforme prison du GREA*[89].

[86] Les établissements psychosociaux médicalisé (EPSM) du canton de Vaud regroupent tous les lieux d'hébergement psychiatrique. Cela recouvre à la fois les établissements médico-sociaux avec une mission de psychiatrie adulte et les établissements socio-éducatifs hébergeant des personnes souffrant de handicap psychique.

[87] https://www.cldjp.ch/fondation-latine/

[88] https://infoprisons.ch/

[89] https://www.grea.ch/plateformes/prisons

3.3 Piste d'action retenue pour une discussion : Taxation pigouvienne et fonds national de compensation addictions

Une seule piste a été plébiscitée par les organisations professionnelles œuvrant dans le domaine des addictions pour une discussion élargie à d'autres acteurs, il s'agit de la création d'un fonds national addictions associé à une taxation de l'ensemble des psychotropes (→0).

3.3.1 Vison à long terme

Ci-dessous nous reformulons brièvement cette piste d'action en vue d'une discussion. Elle peut être résumée par cette vision à long terme :

- **La taxation pigouvienne des substances et services addictifs (SSA) commercialisés en Suisse permet d'alimenter un fonds à hauteur d'un montant égal aux coûts engendrés par les externalités générées par leur commercialisation. Suivant une logique de compensation, le produit de cette taxe est redistribué aux acteurs qui en assument le coût social.**

3.3.2 Rappel du problème

En l'état, les impositions spéciales portant sur des substances et services de nature addictive (SSA) ne semblent avoir qu'une justification fiscale, l'immense majorité du produit de celle-ci (98,7 %) n'étant pas affecté à la santé publique, autrement dit à la lutte contre les causes et les effets des addictions (cf. J.-F. Savary, 2018).

De plus, ces impositions spéciales, tout comme leur redistribution, manquent de cohérence :

a. L'ensemble des SSA ne sont pas soumis à une imposition spéciale (p. ex. vin, microtransaction dans le cadre des jeux vidéo)

b. Parmi les SSA soumis à une imposition spéciale, la détermination de la charge fiscale semble aléatoire : elle n'est basée ni sur la dangerosité de ceux-ci ni sur les coûts collectifs qu'ils génèrent (voir plus bas, l'encadré sur le coût social).

c. La redistribution du produit de ces taxations ne respecte pas le principe d'équivalence fiscale : moins d'un quart des recettes sont redistribuées aux cantons alors même qu'ils supportent la grande majorité des coûts générés par les SSA.

d. Le produit de l'imposition spéciale de certains SSA, comme la bière et les casinos, n'est pas du tout affecté à la lutte contre les addictions.

e. La redistribution du produit de ces taxations ne s'inscrit pas dans une logique compensatoire qui, pourtant, devrait constituer la base même d'une imposition spéciale : seul 1,3 % du produit de cette imposition spéciale est affecté, dans une logique de santé publique, à la lutte contre les addictions.

Tableau 8 : Ressources provenant des addictions, en 2016 (Savary 2018)

(en millions CHF)	Recettes	AVS/AI	Confédération (non affectées)	Confédération (pour prévention)	Cantons (non affectées)	Cantons (pour prévention)
Tabac	2158,8	2131	13,9	13,9	0	0
Spiritueux	277,5	224,4	26	2,2	0	24,9
Bières	112,6	0	112,6	0	0	0
Loteries	633,2	0	0	0	630	3,2
Casinos	323	276	0	0	47	0
Total	**3505,1**	2631,4	152,5	**16,1**	677	**28,1**
Répartition	**100,0 %**	75,1 %	4,4 %	**0,5 %**	19,3 %	**0,8 %**

N. B. Les pourcentages et totaux ont été recalculés (erreur de l'auteur). La part attribuée à la lutte contre les addictions n'est pas modifiée (1,3 %)

Source tableau : Savary, Jean-Félix. 2018. « Financement des prestations : Réformons les taxes sur les produits psychotropes ! » Dépendances n°63 (septembre) : 11-14. (J. — F. Savary, 2018)

3.3.3 Le Fonds national de compensation addictions (FNCA)

- **But** : Le Fonds national de compensation addictions (FNCA) a comme objectif de compenser les charges générées auprès des collectivités publiques par la commercialisation de substances et services de nature addictive (SSA).
- **Mécanismes** :
  1. Le fonds est alimenté via une taxation généralisée des substances et services addictifs (SSA) ;
  2. Le produit de la taxe est redistribué, en priorité, aux cantons — à des fins (exclusives) de lutte contre les causes et les effets des addictions.

La justification du fonds repose sur l'application de deux principes déjà partiellement mis en œuvre actuellement dans le domaine des addictions, à savoir :

- **Le principe d'une taxation pigouvienne** est d'internaliser le coût externe, de sorte que les décisions des individus et des entreprises reflètent le coût social total plutôt que les seuls coûts privés (principe du pollueur-payeur). Cette manière de faire a le double avantage de diminuer la consommation (en augmentant le prix) et de fournir, via la taxe, des moyens financiers pour couvrir les coûts générés.

  Pour une explication plus détaillée de ce principe de taxation (→A27)

- **Le principe d'équivalence fiscale** postule que l'unité qui bénéficie d'une prestation (le bénéficiaire), l'unité qui assume les coûts (l'unité d'imputation) et l'unité qui prend la décision doivent être identiques. Ce principe s'applique d'une manière générale chaque fois que des biens ou des services recouvrent une zone bénéficiaire géographique spécifique. Il est entériné par les al. 2 et 3 de l'art. 43a Cst.[90] (cf. pt 2.2 Conseil fédéral, 2014).

[90] Art. 43a Cst. al. 2 : Toute collectivité bénéficiant d'une prestation de l'Etat prend en charge les coûts de cette prestation ; al. 3 : Toute collectivité qui prend en charge les coûts d'une prestation de l'Etat décide de cette prestation.

3.3.4 Variantes sur la hauteur et l'affectation de la taxation

Encadré 8 : Coût social des addictions

Selon Jeanrenaud, le coût social correspond à l'ensemble des conséquences négatives pour la communauté de la consommation de [substances et services addictifs] ainsi qu'aux dépenses engagées pour les prévenir ou les corriger. Le coût social comprend les traitements médicaux, les thérapies résidentielles, l'aide à la survie, les dépenses de prévention et de répression (coûts directs), la production actuelle ou future non réalisée (coûts indirects) ainsi que la détérioration de la qualité de vie des [personnes souffrant d'addictions] et de leurs proches (coûts humains) (Jeanrenaud et al., 2005).

- **Coût social = coûts directs** (dépense des politiques publiques) **+ coûts indirects** (estimation de la perte de productivité) **+ coûts humains** (estimation de la perte de qualité de vie)

On notera qu'il existe une très grande variété d'approches destinées à calculer le coût social des addictions. Les controverses concernent aussi bien la définition des objectifs poursuivis que la détermination des coûts à inclure dans l'analyse et des méthodes de mesure de ces coûts (INSERM, 2008).

À titre d'exemple, le dernier rapport publié en Suisse sur la question (Polynomics et al., 2020) — dont nous reprenons plus bas l'estimation du coût social — ne prend pas en compte les « coûts humains » pour le calcul de celui-ci et utilise la méthode des « coûts de friction » pour le calcul des coûts indirects alors que les études antérieures utilisaient la « méthode du capital humain ». Selon la méthode utilisée, le coût social diffère de près de 50 %, passant respectivement **de 7,9 à 11,5 milliards de francs par année**.

Dans la publication de Polynomics, la composition du coût social est la suivante :

- **Coût social** [**7,9**] = **Coûts directs** (coûts de santé [**3,8**] + autre coûts [**0,7**]) **+ coûts indirects** [**3,4**]

Pour plus de détail sur la composition du coût social et un rappel des études antérieures (→A28)

Hauteur de la taxation

- **Taxe option 1 — Taxation actuelle (TA)** : Dans cette variante la taxation continue à se faire selon les modalités actuelles.

  Le produit total de cette imposition spéciale est de 3,51 milliards. Il est décrit, plus bas, dans le tableau 7.

- **Taxe option 2 — Taxation pigouvienne standard (TPS)** (= coût social des addictions) : Cette variante applique à la lettre le principe de la taxation pigouvienne. Le produit de la taxe est égal au coût social généré par la commercialisation de l'ensemble des substances et services addictifs (SSA) en Suisse.

  Une estimation, réalisée en 2020 (cf. Polynomics et al., 2020), portant sur l'alcool, le tabac, les drogues illégales et partiellement sur les jeux d'argent, situe cette valeur entre 7,9 milliards (méthode des coûts de friction) et 11,5 milliards de francs (méthode du capital humain), c'est-à-dire entre 1,1 % et 1,6 % du PIB.

  Par rapport à la situation actuelle, le produit de l'impôt augmente considérablement (+133,9 %) passant de 3,51 à 7,86 milliards.

- **Taxe option 3 — Taxation pigouvienne partielle (TPP)** (= coûts directs des addictions) : Cette variante prend en compte uniquement les coûts directs des addictions, c'est-à-dire les charges supportées actuellement par les collectivités publiques par la mise en œuvre de politiques publiques visant à lutter contre les addictions.

  Le montant obtenu est de 4,5 milliards de francs. Par rapport à la situation actuelle, le produit de l'impôt augmente d'un tiers (+33,4 %), passant de 3,51 à 4,48 milliards.

Tableau 9 : Recette fiscale, coûts des addictions et recettes affectées actuellement à la lutte contre les addictions

	Coûts directs			Coûts indirects	Coût social	Recettes	
(En millions CHF)	Coûts directs de santé	Autres coûts directs	Coûts directs total			Produit de l'imposition	Part affectée à la lutte contre les addictions
Drogues illégales	274	467	741	181	922	0	0
Tabac	3044	0	3044	833	3877	2158,8	13,9
Spiritueux	477	215	692	2151	2843	277,5	27,1
Bières						112,6	0
Loteries	3,1	_	3,1	218	221,1	633,2	3,2
Casinos						323	0
Total	**3798,1**	**682**	**4480,1**	**3383**	**7863,1**	**3505,1**	**44,2**

Sources données : Recettes : (J. — F. Savary, 2018), Coûts : (Polynomics et al., 2020).

Affectation de la taxe

- **Affectation option 1 — modalités actuelles (AA)** : Dans cette variante l'affectation de la taxe continue à se faire selon les modalités actuelles (décrites plus haut dans le tableau 7).

  1,3 % du produit de l'impôt est affecté aux cantons (0,8 %) et à la Confédération (0,5 %) à des fins de lutte contre l'addiction (LA). Le solde non affecté à des fins de lutte contre les addictions (NA) est réparti comme actuellement : 75,1 % pour l'AVS/AI, 4,1 % pour la caisse générale de la Confédération et 20,9 % pour les caisses générales des cantons.

- **Affectation option 2 — modèle de la dîme de l'alcool (AD)** : Dans cette variante, l'affectation de la taxation se fait selon le modèle de la dîme de l'alcool.

  10 % de la taxation sont alloués aux cantons et ces derniers sont tenus, comme c'est déjà le cas actuellement, « d'utiliser ces fonds pour combattre les causes et les effets de l'abus de substances engendrant la dépendance (art. 131 al. 3 Cst.) ».

  Afin de compenser cette augmentation de 9,2 % en faveur des cantons (de 0,8 à 10 %), les transferts vers l'AVS/AI[91] sont réduit de la même proportion et passent ainsi de 75,1 % à 69,9 %.

- **Affectation option 3 — modèle du pollueur-payeur (APP)** : Dans cette variante, la taxation est destinée à compenser les dommages générés par la consommation de SSA. L'intégralité du produit de celle-ci est redistribuée exclusivement à cette fin. Quant aux bénéficiaires de l'affectation de la taxation, ils sont identiques à ceux qui en supportent les coûts.

  Autrement dit, dans ce modèle l'affectation de la taxation se calque le plus exactement possible sur la composition du coût social des addictions et de la valeur de chacune de ses composantes. Il s'agit de l'option la plus cohérente et la seule à être véritablement équitable.

  Nous pouvons l'illustrer de la manière suivante :

  > **Coût social = Coûts directs (santé + autres) + Coûts indirects**
  > **Autres coûts directs = Coût social — (Coûts de santé + Coûts indirects)**

[91] Le choix de l'AVS/AI est motivé ici par le fait qu'il s'agit du plus gros bénéficiaire actuel. Il pourrait également sur constat que les personnes qui paient le plus d'impôts, nommément les personnes dépendantes, « ont une espérance de vie plus basse et sont donc les moins susceptibles de les toucher » (J.-F. Savary, 2018).

Ou sous la forme d'un tableau :

Tableau 10 : Composition du coût social des addictions et de la compensation des dommages

Composition du coût social	Compensation des dommages	Montants (en millions)
Coût social des addictions	Produit de l'impôt (a)	7 863,1
– Coûts directs de santé	– Rétrocession aux assurés LAMal (sous forme de subsides) (b)	– 3 798,1
– Coûts indirects (perte de productivité)	– Affectation à l'AVS/AI (c)	– 3 383,0
Autres coûts directs	Solde pour les cantons à des fins exclusives de lutte contre les addictions (d)	682,0

Commentaires :

(a) Le produit de l'impôt est égal au coût social des addictions, il est affecté au fonds de compensation (FNCA).

(b) Afin d'éviter les doubles dividendes, l'intégralité des taxes destinées à compenser les coûts directs de santé est rétrocédée aux assurés LAMal (p. ex. sous forme de subsides).

(c) Les montants perçus à titre compensatoire pour la perte de productivité (coûts indirects) sont alloués, comme c'est déjà le cas, aux fonds de compensation AVS/AI (les « bénéficiaires » d'une perte de productivité étant difficiles à identifier).

(d) Le solde est attribué aux cantons et ces derniers sont tenus d'utiliser ces fonds pour combattre les causes et les effets des substances et services de nature addictive (SSA).

N. B. Une partie du produit de l'impôt pourrait et devrait être réservée et affectée à la Confédération pour financer des activités de recherche, de coordination et de contrôle de l'utilisation des fonds par les cantons (pas pris en compte dans le tableau 10, page suivante).

Points clés des 9 variantes

Tableau 11 : *Variantes pour le financement des addictions*

(en millions CHF)	Produit impôt	Affectation actuelle (AA)		Affectation modèle dîme (AD)		Affectation modèle pollueur-payeur (APP)	
Taxation actuelle (TA)	**3 505,1 (a)**	**A) Situation actuelle**		**B) Étape intermédiaire**		**C)**	
Cantons (LA) ou Solde pour cantons (CD)		28,1	0,8 %	350,5	10,0 %	-293,0	Solde TA
Confédération (LA)		16,1	0,5 %	16,1	0,5 %		
Assurés LAMal (coûts directs de santé) (CD)						3 798,1	Coûts santé
AVS/AI (NA) ou Coûts indirects (CD)		2 631,4	75,1 %	2 308,9	65,9 %	0,0	Coûts indirects
Confédération (NA)		152,5	4,4 %	152,5	4,4 %		
Canton (NA)		677,0	19,3 %	677,0	19,3 %		
Compensation des dommages (CD)						3 505,1	
Lutte addictions (LA)		44,2	1,3 %	366,6	10,5 %		
Non affecté (NA)		2 783,9	98,7 %	3 138,4	89,5 %		
Cantons (LA+ NA)		705,1	20,1 %	1 027,5	29,3 %		
Taxation pigouvienne standard (TPS)	**7 863,1 (b)**	**D)**		**E)**		**F) Vision à long terme**	
Cantons (LA) ou Solde pour cantons (CD)		63,0	0,8 %	786,3	10,0 %	682,0	Solde Coût social
Confédération (LA)		36,1	0,5 %	36,1	0,5 %		
Assurés LAMal (coûts directs de santé) (CD)						3 798,1	Coûts santé (b)
AVS/AI (NA) ou Coûts indirects (CD)		5 903,1	75,1 %	5 179,7	65,9 %	3 383,0	Coûts indirects (b)
Confédération (NA)		342,1	4,4 %	342,1	4,4 %		
Canton (NA)		1 518,7	19,3 %	1 518,7	19,3 %		
Compensation des dommages (CD)						7 863,1	
Lutte addictions (LA)		99,2	1,3 %	822,4	10,5 %		
Non affecté (NA)		6 245,2	98,7 %	7 040,5	89,5 %		
Cantons (LA+ NA)		1 581,8	20,1 %	2 305,0	29,3 %		
Taxation pigouvienne partielle (TPP)	**4 480,1 (b)**	**G)**		**H)**		**I)**	
Cantons (LA) ou Solde pour cantons (CD)		35,9	0,8 %	448,0	10,0 %	682,0	Solde Coûts directs
Confédération (LA)		20,6	0,5 %	20,6	0,5 %		
Assurés LAMal (coûts directs de santé) (CD)						3 798,1	Coûts santé
AVS/AI (NA) ou Coûts indirects (CD)		3 363,4	75,1 %	2 951,2	65,9 %	0,0	Coûts indirects
Confédération (NA)		194,9	4,4 %	194,9	4,4 %		
Canton (NA)		865,3	19,3 %	865,3	19,3 %		
Compensation des dommages (CD)						4 480,1	
Lutte addictions (LA)		56,5	1,3 %	468,6	10,5 %		
Non affecté (NA)		3 558,3	98,7 %	4 011,4	89,5 %		
Cantons (LA+ NA)		901,2	20,1 %	1 313,3	29,3 %		

Note :

(a) (J. — F. Savary, 2018), (b) (c) (Polynomics et al., 2020).

(AA) : les pourcentages sont fixes, ils reflètent la situation actuelle (voir tableau 1)

(AD) : sur le modèle de la dîme de l'alcool, 10 % sont affectés aux cantons à des fins exclusives de lutte contre les causes et les effets des addictions. La différence de de 9,2, est imputées à l'AVS/AI

(APP) : À la différence des deux options précédentes d'affectation (AA et AD), le modèle du pollueur-payeur (APP) s'inscrivant dans une logique compensatoire, nous n'avons pas fait reposer son fonctionnement sur des proportions (%). Lorsque le modèle de taxation n'incluait pas les coûts directs (TA / TPP), nous ne les avons pas pris en compte lors de l'affectation (variante C et I)

Commentaire sur le modèle d'affectation du pollueur-payeur (APP) :

Variante F (TPS oAPP) : Dans le cas d'une taxation pigouvienne standard (**TPS**), qui viserait à la fois à compenser les coûts directs (coûts de santé et autres coûts) et la perte de productivité (coûts indirects), le fonds de compensation rétrocèderait :

- aux assurés LAMal (p. ex. sous la forme de subsides), les montants remboursés par la LAMal pour la prise en charge médicale des addictions et d'une partie des problèmes somatiques et psychiques relatifs à une consommation excessive (c'est-à-dire les coûts de santé qui se montent 3 798,1 millions) ;
- quant aux montants perçus à titre compensatoire pour la perte de productivité (coûts indirects de 3 383 millions), ceux-ci pourraient être alloués, comme c'est déjà le cas, aux fonds de compensation AVS/AI (les « bénéficiaires » d'une perte de productivité étant difficiles à identifier).

Les cantons disposeraient du solde (682 millions) pour financer les thérapies sociothérapeutiques (non prise en charge par la LAMal), les structures intermédiaires (insuffisamment remboursée par la LAMal), la promotion de la santé, la prévention, la détection et l'intervention précoces, la réduction des risques et l'aide à la survie, mais également toutes autres composantes qui auraient été prises en compte lors du calcul de la taxe (ou du coût social, les deux étant dans ce modèle équivalent).

Variante I (TPP oAPP) : Dans le cas d'une taxation pigouvienne partielle (**TPP**), qui viserait à compenser uniquement les coûts directs, aucune allocation ne se ferait en direction de l'AVS/AI (celle-ci étant censée compenser les coûts indirects). Seuls les assurés LAMal et les cantons en seraient les bénéficiaires.

Variante C (TA oAPP) : L'application de ce modèle dans le cas de la taxation actuelle (**TA**), conduirait à un endettement annuel de près de 300 millions pour les cantons : les coûts de santé étant plus élevés que le produit de la taxation actuelle. Cette variante ne fonctionne pas, elle est toutefois intéressante d'un point de vue didactique.

3.3.5 Mise en œuvre : court, moyen et long terme

- La variante F se rapproche le plus de la vision à long terme exprimée en début de chapitre, cependant sa mise en œuvre ne saurait se faire du jour au lendemain.
- Une étape entre la situation actuelle (variante A) et la variante F, pourrait être la mise en œuvre d'une affection basée sur le modèle de la dîme de l'alcool (variante B). D'autres chemins existent.

Exemple de chemin :

Court terme

- Constitution du fonds national de compensation addictions (FNCA)
- Attribution de 10 % des impôts n'ayant actuellement qu'une justification fiscale au FNCA (p. ex. bière / Casinos)
- Élargissement des substances et services soumis à la taxation pigouvienne (p. ex. vin, microtransaction dans les jeux vidéo, cigarette électronique, en cas de régulation cannabis, etc.) et attribution à 100 % au FNCA.
- …

Moyen terme

- Harmonisation du taux de redistribution en direction des cantons (Variante B)
- Taxation différentiée en fonction de la dangerosité et/ou du coût social des SSA

Long terme

- Équilibre entre les revenus de la taxation pigouvienne et coûts sociaux des addictions
- Attribution de 100 % du produit de la taxation aux acteurs qui supportent les coûts (Variante F)

3.4 Bref retour sur le workshop

3.4.1 Préambule

À l'origine, il était prévu de discuter, dans le cadre du workshop, uniquement la version consolidée (→3.3) de la piste retenue par les organisations professionnelles œuvrant dans le domaine des addictions (→0). À la demande de notre mandant, l'ensemble des pistes a été présenté et faute de temps il n'a pas été possible d'avoir une discussion systématique sur la création d'un fonds alimenté par une taxation pigouvienne de l'ensemble des substances et services addictifs (proposition consolidée). À défaut d'une telle discussion, nous avons demandé aux participants qui le souhaitaient de nous rendre un retour par écrit. Sur les 25 personnes présentes lors du workshop, seuls trois participants se sont prêtés à l'exercice.

En dépit de la faiblesse du taux de retour et malgré le fait que l'ensemble des pistes n'aient pas été discutées de manière approfondie, nous avons décidé :

1) De rendre compte, sous ce point, des remarques ayant trait à la création d'un « Fonds national de compensation addictions » (FNCA), alimenté par une taxation pigouvienne ;
2) D'incorporer au point précédent (Pistes d'action, →3.2), sous forme de notes de bas de page clairement identifiables, les remarques et précisions glanées lors du workshop[92].

3.4.2 Le principe d'une taxation pigouvienne

Au centre de la proposition amenée pour discussion par les organisations faîtières du domaine des addictions se trouve le principe d'une taxation pigouvienne de l'ensemble des substances et services addictifs (SSA).

Pour rappel, l'application « standard » de ce principe — qui vise une imposition à hauteur des coûts sociaux générés — requerrait une augmentation considérable du produit de l'imposition (+133,9 %) qui passerait de 3,51 milliards (produit actuel de l'impôt) à 7,86 milliards (estimation du coût social des addictions). Dans le cadre d'une application « partielle », ne visant qu'à compenser les coûts directs (4,48 milliards), l'augmentation de l'imposition serait nettement plus limitée (+33,4 %).

Indépendamment de la variante discutée et du fardeau fiscal y relatif :

- Plusieurs participants au workshop ont accueilli froidement cette proposition en la qualifiant d'irréaliste au regard des rapports de force se jouant actuellement au Parlement ;
- Certains ont expliqué que toutes augmentations d'imposition (aussi minimes soient-elles) étaient impossibles à mettre en œuvre au vu du contexte post-COVID dans lequel nous nous trouvions actuellement ;
- Enfin, d'autres ont tempéré ces propos en rappelant que **s'il était difficile de toucher aux impôts existants, il n'était pas impossible d'en créer de nouveaux** (p. ex. le cannabis en cas de réglementation, les smartphones au vu de leur « dangerosité », les sodas, etc.).

3.4.3 La part de l'impôt affectée à la lutte contre les addictions

Actuellement, seuls 43,3 millions — sur un total de 3'505 millions — sont alloués à la Confédération et aux cantons à des fins exclusives de lutte contre les causes et les effets des addictions. Un deuxième aspect de la proposition avait trait à l'augmentation de cette part infime (1,2 %) du produit de l'impôt affectée à la lutte contre les addictions.

Pour rappel, deux variantes ont été proposées. La première, basée sur le modèle de la dîme de l'alcool, postulait une augmentation de 0,8 % à 10 % de la part de l'impôt attribuée aux cantons. Ces derniers verraient ainsi leur revenu passer de 28,1 millions à 350,5 millions. Afin de financer cette augmentation substantielle, le modèle proposait une réduction dans les mêmes proportions

[92] D'autres remarques et/ou précisions utiles ont été intégrées au corps du rapport.

de la part de l'impôt transférée vers l'AVS/AI qui passerait de 75,1 % à 69,9 % (-9,2 %). La seconde variante, basée sur une application stricte du modèle du pollueur-payeur, visait à compenser le plus exactement possible les dommages générés par la consommation de SSA en allouant l'intégralité de l'impôt aux collectivités qui en supportent le coût social en se calquant sur la composition de celui-ci.

- La mise en évidence dans le cadre de ce rapport de la très faible proportion de l'impôt (1,2 %) consacrée à la lutte contre les addictions a été unanimement saluée par les participants au workshop comme une donnée utile à de futures discussions sur l'imposition des substances et services addictifs.
- Les modalités proposées pour renforcer cette proportion n'ont pas été accueillies avec le même enthousiasme et plusieurs voix critiques se sont fait entendre :
  - Les plus fortes d'entre elles ont porté sur l'impossibilité absolue de toucher aux transferts des revenus fiscaux en direction de l'AVS/AI, le sujet étant bien trop sensible politiquement.
  - D'autres voix, plus ténues, ont relevé les difficultés à calquer la redistribution de l'impôt sur la composition du coût social, la hauteur de celui-ci tout comme sa composition se prêtant (encore et pour longtemps) à discussion.

3.4.4 La création d'un fonds unique de lutte contre les addictions

Un dernier aspect de la proposition avait trait à la création d'un fonds unique, « le Fonds national de compensation addictions (FNCA) », qui remplacerait les divers fonds et mécanismes existants.

- Bien que les modalités légales sur lesquelles serait créé ce fonds n'aient pas été l'objet d'une discussion dans ce rapport ni lors du workshop, plusieurs participants ont relevé le danger qu'il y avait à vouloir mettre tous ses œufs dans le même panier.
- Ils ont mis en doute la solidité d'un tel fonds sur la durée et laissé entendre qu'il était plus aisé de démanteler un seul gros mécanisme (un futur FNCA) plutôt que plusieurs petits (les fonds actuels).

Remarques conclusives

Après cette plongée en profondeur dans les rouages du financement de l'offre en cas d'addictions, nous nous permettons de prendre un peu de hauteur et rappelons, dans un premier temps, les raisons pour lesquelles il est plus nécessaire que jamais de disposer de nouveaux moyens financiers pour maintenir et consolider l'offre en cas d'addictions. Nous revenons ensuite sur les outils à disposition et affirmons la nécessité de disposer d'une vision partagée pour un financement à long terme de l'aide en cas d'addictions. Enfin, nous concluons ce rapport sur quelques recommandations à l'attention des Autorités.

Discussion

La place grandissante des addictions dans notre société

Chaque année, en Suisse, la commercialisation de substances et services addictifs (SSA) génère de gros profits, mais également des externalités, c'est-à-dire des coûts à charge de la société dans son ensemble, se situant entre 7,9 et 11,5 milliards. Bien qu'astronomiques, ces estimations ne reflètent que partiellement la réalité. En effet, avec l'essor des nouvelles technologies, en particulier du big data, l'« industrie de l'addiction »[93] s'étend tous les jours à de nouveaux territoires.

Initialement confinée aux seules substances (alcool et tabac), cette industrie englobe désormais les comportements. Si pour le moment, seuls les jeux d'argent et les jeux vidéo ont fait leur entrée officielle dans le DSM et/ou la CIM, il est certain que d'autres activités suivront. Pour s'en convaincre, il suffit de feuilleter la presse généraliste qui chaque jour relate les dangers d'une nouvelle (soi-disant) addiction : aux smartphones, aux réseaux sociaux, aux séries, aux achats, à la pornographie, à internet, etc. Il ne s'agit pas uniquement d'abus de langage, mais bien d'indices que notre monde est en train de changer. Pour décrire cette véritable mutation sociétale, Jean-Pierre Couteron évoquait en 2012 déjà le spectre d'une « société addictogène » (Couteron, 2012), c'est-à-dire d'une société qui produit de l'addiction, de la perte de contrôle de soi. Plus récemment, en 2019, pour expliquer ce phénomène, David Courtwright (Courtwright, 2019) a développé le concept de « capitalisme limbique », c'est-à-dire d'un système commercial qui, en ciblant le cerveau limbique (le siège du plaisir et du système de la récompense), encourage la consommation excessive et l'addiction. D'autres auteurs, plus éloignés du domaine des addictions, évoquent le concept plus connu d'« économie de l'attention ».

Quel que soit le concept auquel on se réfère, on comprend qu'en l'absence de tout encadrement efficace de cette nouvelle économie qui se caractérise par la monétisation à l'échelle industrielle de nos cerveaux, un nombre toujours croissant de personnes sera concerné par les problématiques addictives et qu'a fortiori le coût social des conduites addictives, qui se situe actuellement entre 7,9 et 11,5 milliards, augmentera considérablement ces prochaines années.

Des ressources insuffisantes aujourd'hui, insignifiantes demain

Les cantons et communes jouent un rôle central dans le financement de l'offre en cas d'addictions. Ceci est particulièrement vrai pour les villes d'une certaine taille qui ont tendance à concentrer les problématiques engendrées par les conduites addictives que ce soit dans le domaine du sans-abrisme, de la sécurité publique, de la voirie, etc. En raison des politiques d'austérité financière appliquées depuis les premiers freins à l'endettement à tous les échelons administratifs, un pan entier de l'offre en cas d'addiction souffre d'un manque chronique de moyens financiers. Des offres utiles, soumises à l'arbitrage budgétaire des cantons et des communes, disparaissent. De nouvelles offres, pourtant nécessaires, ne voient jamais le jour.

[93] L'expression est de Peter J. Adams (cf. Adams, 2013; Adams & Livingstone, 2015)

Et pourtant de l'argent, il y en a. Chaque année, les impôts levés sur les SSA, c'est-à-dire les principaux responsables des problèmes que les cantons et les communes doivent actuellement gérer, rapportent 3,5 milliards de francs.

Le hic, c'est que seule une part infime, de 0,8 % de ces impôts (28,1 millions) est actuellement allouée aux cantons à des fins de lutte contre les addictions. 28,1 millions, c'est clairement insuffisant pour changer cette dynamique. Pour s'en convaincre, il suffit de les comparer au coût social des addictions qui se situerait entre 7,9 à 11,5 milliards.

Avec le développement et la commercialisation de nouveaux services addictifs, le décalage existant entre l'ampleur des conséquences délétères engendrées par la commercialisation des SSA et les moyens alloués pour les combattre ne va cesser de croitre. Et pourtant, les injonctions à faire plus avec moins continuent à se multiplier chaque année : Il suffirait de mieux se coordonner, de mettre en place des instances suprarégionales, ou encore de faire jouer un peu plus la concurrence, etc.

Force est de constater qu'avec 28,1 millions alloués à la lutte d'un problème dont l'ampleur est estimée au bas mot à 11'500 millions, le meilleur modèle organisationnel d'allocation des ressources ne suffit plus à combler leur faible importance. Autrement dit, et c'est une des raisons pour lesquelles la partie consacrée aux pistes d'action n'a volontairement pas pris en compte des solutions qui reposeraient sur une réorganisation de l'offre, il est illusoire de penser qu'une meilleure organisation des ressources actuellement dédiées à la lutte contre les addictions suffise à accompagner cette transformation historique. Les moyens sont déjà insuffisants aujourd'hui. Ils seront devenus insignifiants demain.

La taxation pigouvienne comme moyen d'augmenter les revenus

Une manière cohérente d'augmenter les moyens dédiés à la lutte contre les addictions, tout en respectant le principe d'équivalence fiscale, résiderait dans l'application du modèle du pollueur-payeur couplé à une meilleure réallocation des revenus issus de l'imposition actuelle des SSA vers les cantons, les communes et les villes, c'est-à-dire en direction des collectivités publiques qui sont confrontées directement ou indirectement aux externalités générées par ceux-ci.

La taxation pigouvienne (ou taxes d'accises) a le double avantage de diminuer la consommation (en augmentant le prix) et de fournir, via la taxe, des moyens financiers pour couvrir les coûts générés.

L'art. 131 de la Constitution, qui a instauré la possibilité d'une imposition fédérale spéciale du tabac, des boissons distillées et de la bière, constitue une base solide pour l'extension des droits d'accises à de nouvelles substances et services potentiellement addictifs (SSA). Toutefois, cet article constitutionnel n'est que de peu d'utilité, dans la perspective d'une réallocation des revenus vers les collectivités qui en ont besoin, sans son alinéa 3 qui stipule qu'« un dixième du produit net de l'impôt sur les boissons distillées est versé aux cantons » et précise que ces derniers « utilisent ces fonds pour combattre les causes et les effets de l'abus de substances engendrant la dépendance » (art. 131 al. 3 Cst.). Bien qu'imparfait, parce qu'il ne fait référence ni aux communes ni aux villes et s'applique aux seules boissons distillées (la fameuse dîme de l'alcool), cet alinéa 3 est fondamental dans l'optique d'une meilleure réallocation des ressources.

Techniquement, l'alinéa 3 de l'art. 131 Cst. pourrait d'ores et déjà englober le tabac et à la bière ce qui, dit en passant, multiplierait par neuf le montant à disposition des cantons à des fins de lutte contre les addictions (de 28,1 à 255,4 millions[94]). Cependant, dans les faits, comme l'ont relevé plusieurs participants au workshop, cette réallocation vers les cantons est un sujet tabou, car les impôts de consommation spéciale du tabac et de la bière alimentent actuellement l'AVS/AI.

Resterait donc, en l'état des rapports de force, l'inclusion de nouvelles substances ou services addictifs à l'art. 131 Cst. ou, à l'instar de ce qui a été fait pour les jeux d'argent, la rédaction de nouvelles lois spéciales.

[94] Voir tableau 7, →3.3.2.

Substances et services

Du côté des substances, le vin semble être à première vue un candidat idéal pour une inscription à l'art. 131 de la Constitution et une inclusion à son alinéa 3. Toutefois, il échappe depuis des années à une taxation spéciale et la situation ne devrait pas évoluer. D'autres candidats plus atypiques, comme le sucre voire les sodas, mériteraient au regard des problèmes de santé publique qu'ils provoquent et de leur nature hautement addictive, d'être l'objet d'une taxation spéciale. Mais, comme le vin, son imposition se heurte à de très nombreuses résistances. Le sort de la vape est actuellement en discussion. Certains voudraient l'imposer aussi lourdement que le tabac, alors que d'autres, du fait qu'il s'agit d'un outil de réduction des risques irremplaçable pour les fumeurs, voudraient la maintenir à un prix concurrentiel face au tabac en l'imposant moins que celui-ci. Face à ces atermoiements, de nombreux acteurs attendent énormément d'une future réglementation du cannabis. L'« or vert » est parfois vu comme la panacée qui permettra — via une taxation très importante couplée à une redistribution très importante — de grossir les revenus affectés à la lutte contre les addictions. Mais là encore, rien n'est simple. À vouloir trop taxer, on prend le risque de créer un marché parallèle qui, comme c'est le cas à l'heure actuelle, n'est soumis à aucune imposition.

Du côté des services, les jeux d'argent semblent intouchables du fait qu'ils sont déjà l'objet d'une taxation spéciale arrêtée dans la LJAr. Restent les jeux vidéo qui, suite à leur intégration dans la CIM et aux débats récents sur le danger des Loot boxes, ont retenu l'attention des parlementaires. Une imposition spéciale semble envisageable sur les microtransactions. Avec l'essor de l'économie de l'attention, de nombreux autres services potentiellement addictifs voient le jour. Il n'est pas utile d'attendre leur inscription dans la CIM et/ou le DSM pour les considérer d'ores et déjà comme des biens de consommation non ordinaires qui mériteraient d'être l'objet d'une imposition spéciale. Dès aujourd'hui, ils doivent retenir toute notre attention.

Quel que soit la substance ou le service concerné par une nouvelle imposition spéciale, il est important de garder à l'esprit que les revenus générés s'exposent au risque d'être confisqués à d'autres fins que la lutte contre les causes et les effets des addictions. Ce risque est d'autant plus grand si les professionnels de la branche et/ou les cantons arrivent en ordre dispersé avec chacun sa revendication.

En guise de conclusion

Lorsque l'argent vient à manquer, chacun se met à prêcher pour sa propre paroisse. Plus le système est complexe et plus la cacophonie est grande. Dans ce brouhaha généralisé, le réflexe naturel est de tirer la corde à soi plutôt que de faire émerger, par un dialogue devenu impossible, des intérêts communs.

Dans un tel contexte, toutes solutions partielles aux problèmes sont perçues immédiatement comme partiales, voire partisanes, étant donné qu'immanquablement elles privilégient les uns par rapport aux autres. A contrario, seule une solution globale, qui profiterait directement ou indirectement à l'ensemble des acteurs concernés, est susceptible de créer l'adhésion.

C'est dans cet esprit d'une résolution qui se voulait globale des problèmes de financement de l'offre en cas d'addictions que les organisations faîtières du domaine ont mis en discussion le principe d'une taxation pigouvienne de l'ensemble des substances et services addictifs couplée à une réallocation des revenus en direction des cantons (→3.3).

Bien entendu, une telle proposition n'entend pas changer la situation du jour au lendemain. Elle vise avant tout à doter les acteurs concernés d'une vision partagée sur le long terme qui les aide, en dépit des problèmes actuels de financement, à regarder dans la même direction : condition sine qua non pour pouvoir agir ensemble et tirer à la même corde.

Recommandations

À défaut d'une feuille de route qui présenterait les jalons d'une taxation pigouvienne de l'ensemble des substances et services addictifs (SSA) à hauteur de leur coût social et de sa redistribution en direction des cantons (→3.3), nous clôturons ce rapport par quelques recommandations. Elles sont précédées d'un bref rappel chiffré de la problématique.

Rappel

- L'estimation actuelle du coût social des addictions qui le situe entre 7,9 et 11,5 milliards ne prend pas en compte les externalités produites par la commercialisation des nouvelles technologies de l'attention. Dans les faits, le coût social des conduites addictives est bien plus important et augmentera considérablement ces prochaines années.
- Les revenus de l'imposition spéciale des substances psychoactives et des jeux d'argent qui avoisinent les 3,5 milliards de francs ne constituent qu'une fraction de l'ordre de 30 à 44 % des coûts à charge de la société.
- Sur ces 3'505 millions de revenu fiscal, seuls 44,2 millions (1,2 %) sont affectés actuellement à la lutte contre les causes et les effets des addictions.
- Sur ces 44,2 millions, 28,1 millions sont destinés aux cantons qui, avec les villes et les communes, font partie des principaux bailleurs de fonds de l'aide en cas d'addiction.

Recommandations

1. Les autorités doivent être conscientes qu'en raison du développement de l'« économie de l'attention » les conduites addictives vont se multiplier, ce qui va se traduire par une augmentation significative du coût social des addictions.
2. Les moyens financiers affectés actuellement à la lutte contre les causes et les effets des addictions étant déjà insuffisants, il est urgent de créer de nouvelles bases légales dans le but de les augmenter.
3. Les substances et services addictifs (SSA) ne sont pas des biens de consommation ordinaire, ils doivent être soumis — sans exception — à une imposition spéciale (taxe d'accise / pigouvienne) qui aurait le double avantage de diminuer la consommation (en augmentant le prix) et de fournir, via la taxe, des moyens financiers pour couvrir les coûts générés.
4. La dîme de l'alcool (art. 131 al. 3 Cst.), qui impose les boissons distillées et réalloue 10 % des revenus de l'impôt aux cantons à des fins exclusives de « lutte contre les causes et les effets » des addictions, est un très bon modèle qui mériterait d'être étendu à d'autres substances et services potentiellement addictifs (SSA).
5. Parce que le choix des substances ou services soumis à imposition spéciale est avant tout un choix politique délicat, il serait souhaitable de constituer, au niveau fédéral, un groupe de travail interpartis qui se saisisse de cette question et envisage de manière systématique toutes les options possibles.

Sources

Adams, P. J. (2013). Addiction Industry Studies : Understanding How Proconsumption Influences Block Effective Interventions. *American Journal of Public Health*, *103*(4), e35-e38. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301151

Adams, P. J., & Livingstone, C. (2015). Addiction surplus : The add-on margin that makes addictive consumptions difficult to contain. *International Journal of Drug Policy*, *26*(1), 107-111. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.018

AFF. (2022, juin 13). *Péréquation financière*. Administration fédérale des finances. https://www.efv.admin.ch/efv/fr/home/themen/finanzausgleich/aktuell.html

AvenirSocial. (2021). *Document de travail relatif au financement des organisations dans le domaine du travail social en Suisse*. Association professionnelle suisse du travail social. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2022/05/2021_Document_de_travail_financements_organisations_travail_social_FR_DEF.pdf

Bach, R. (2021). Assurance invalidité et addictions : Contexte général et perspectives spécifiques. *Dépendances*, *n°69*, 6-8.

BASS, Gehrig, M., Künzi, K., & Stettler, P. (2012). *Financement du traitement résidentiel des dépendances : Situation actuelle, nécessité d'intervenir et possibilités d'action* (p. 78). Büro für arbeits und sozialpolitische Studien. https://www.infodrog.ch/files/content/finanzierung_fr/bag_2012_finanzierung_stat_suchttherapie_schlussbericht_f.pdf

BASS, Kilian, K., Jolanda, J., & Mario, M. (2018). *Finanzierung und Organisation der stationären Suchthilfe im Kanton Thurgau* (p. 57). Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien. https://gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/73514/2018.11_TG_AnalyseSuchthilfe_Schlussbericht_def.pdf

BASS, Künzi, K., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019). *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe : Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz* (p. 71). Büro für arbeits und sozialpolitische Studien. https://www.prevention.ch/files/publicimages/BAG_Ist-Zustand_FinanzierungSuchthilfe_def2_Zf_f-i-d.pdf

BASS, Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Critères de réussite des services psychiatriques mobiles. Rapport final* (p. 77). Büro für arbeits und sozialpolitische Studien. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/postulat-staehelin/Schlussbericht_mobile_Dienste.pdf.download.pdf/OFSP_Services_Psychiatriques_Mobiles_BASS_28.02.2018_def_fr.pdf

Baumberger, P., & Knocks, S. (2017). Suchthilfe in der Schweiz : Gestern, heute und morgen. *SuchtMagazin*. https://doi.org/10.5169/SEALS-800149

Baumgartner, E., & Uebelhart, B. (2009). Evaluation des subventions aux organisations de l'aide privée aux invalides. *Sécurité sociale CHSS*, *3*, 172-176.

Baumgartner, E., Uebelhart, B., Baur, R., Berger, D., von Fellenberg, M., Lage, D., & Wegener, R. (2009). *Evaluation des subventions aux organisations de l'aide privée aux invalides visées par l'art. 74 LAI* (Nº 2/09 ; Aspect de la sécurité sociale, p. 142). Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz & OFAS. https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungspublikationen/_jcr_content/par/externalcontent_130482312.bitexternalcontent.exturl.pdf/aHR0cHM6Ly9mb3JzY2h1bmcuc296aWFsZS1zaWNoZXJoZWl0LW/Noc3MuY2gvd3AtY29udGVudC91cGxvYWRzLzA3MjMxX2ZyLnBk/Zg==.pdf

BE-DSSI. (2022). *CP : Présentation au Grand Conseil de la loi sur les prestations de soutien aux personnes en situation de handicap*. Canton de Berne. https://www.be.ch/fr/start/dienstleistungen/medien/medienmitteilungen.html?newsID=e3582a68-8cc4-4a77-869e-caad2b0651c9

Binswanger, M. (2020). Indicateurs et concurrence artificiellement orchestrée. In Jean-Michel Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, & U. Tecklenburg (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (p. 267-269). Seismo Verlag. https://seismoverlag.ch/fr/daten/dictionnaire-de-politique-sociale-suisse/

Büro Vatter, Bolliger, C., & Ganzeboom, M. (2022). **Prestations supplémentaires des organisations contractantes selon l'art. 74 LAI, entre 2015 et 2019 : Enquête mandatée par Inclusion Handicap [non-publié]* (p. 23). Büro Vatter AG.

Büro Vatter, Bolliger, C., Rüefli, C., & Berner, D. (2016). *Bedarfs— und Angebotsanalyse der Dienstleistung nach*

Art. 74 IVG (Forschungsbericht Nr. 15/16; Aspect de la sécurité sociale, p. 198). Büro Vatter AG & OFAS. https://www.buerovatter.ch/pdf/2016-Angebot%20und%20Bedarf%20an%20Leistungen%20nach%20Art74%20IVG.pdf

Carigiet, E., & Rezny, T. (2020). Hôpitaux. In Jean-Michel Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, & U. Tecklenburg (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (p. 260-262). Seismo Verlag. https://seismoverlag.ch/fr/daten/dictionnaire-de-politique-sociale-suisse/

CDAS. (s. d.). *CIIS Base de données—CDAS*. Consulté 24 août 2022, à l'adresse https://sodk.ch/fr/ciis/ciis-base-de-donnees/?q=department::c&&o=canton_aberrative&per_page=100

CDS. (s. d.). *Assurance-maladie > Financement uniforme (EFAS)*. Consulté 29 juin 2022, à l'adresse https://www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/financement

CDS. (2017). **Prise de position relative à la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (révision TARMED / physiothérapie)*. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/sn-gdk_tarmed_eingriff_br_20170518_f.pdf

CDS. (2022). *Inventaire des listes hospitalières cantonales et des tarifs hospitaliers (9.0)*. Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spitaltarife.pdf

Centre d'information AVS/AI. (2021). *Allocations pour impotent de l'AI (mémento 4.13)*. https://www.ahv-iv.ch/p/4.13.f

Centre d'information AVS/AI. (2022). *Contribution d'assistance de l'AI (mémento 4.14)*. https://www.ahv-iv.ch/p/4.14.f

Collège de France. (2016). *Quelles sont les principales défaillances du marché ?* Campus de l'innovation pour les lycées. https://campus-innovation-lycees.fr/wp-content/uploads/2022/12/Classe-de-premiere-Chapitre-3.pdf

Conseil fédéral. (2002). *Message (01.074) concernant la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 14 novembre 2001*. FF 2002 2155. https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2002/316/fr

Conseil fédéral. (2005a). *Message (05.025) relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins*. FF 2005 1911. https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2005/237/fr

Conseil fédéral. (2005 b). *Message (05.070) sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 7 septembre 2005*. FF 2005 5641. https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2005/976/fr

Conseil fédéral. (2012). *Financement du traitement résidentiel des dépendances et affectation au traitement de toxicomanes de l'argent saisi dans le trafic de drogue (10.3007)* (p. 15). Confédération suisse. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/bundesratsberichte/2012/10.3007.pdf.download.pdf/10.3007f.pdf

Conseil fédéral. (2014). *Respect des principes de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) : Réponse au postulat 12.3412*. Confédération suisse. https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20123412/Bericht%20BR%20F.pdf

Conseil fédéral. (2016a). **Avenir de la psychiatrie en Suisse. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)*. Confédération suisse. https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2010/20103255/Bericht%20BR%20F.pdf

Conseil fédéral. (2016 b). *Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée (réponse aux postulats 12.3604, 14.3912, 14.4165)* (p. 115). Confédération suisse. https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20123604/Bericht%20BR%20F.pdf

Conseil fédéral. (2018). *Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (réponse à la motion 13.3363)* (p. 113). Confédération suisse. https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2013/20133363/Bericht%20BR%20F.pdf

Conseil fédéral. (2019). *Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet)* (FF 2019 5765 ; p. 104). Confédération suisse. https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2019/2216/fr

Conseil fédéral. (2020). *Financement des soins : Intégration dans un financement uniforme ou adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts (16.3352 / 19.3002)* (p. 47). Confédération suisse. https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2016/20163352/Bericht%20BR%20F.pdf

Conseil fédéral. (2021). **Avenir de la politique suisse en matière de drogue : Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Rechsteiner (17.4076)* (p. 72). Confédération suisse. https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2017/20174076/Bericht%20BR%20F.pdf

Conseil fédéral & OFSP. (2020). *Plan de mesures 2021-2024 de la Stratégie nationale Addictions 2017-2014* (p. 53). Office fédéral de la santé publique. https://interventionprecoce.ch/wp-content/uploads/2021/02/OFSP-2020-Plan-de-mesure-addictions.pdf

Conseil fédéral & OFSP. (2021). *CP : TARDOC : le Conseil fédéral demande aux partenaires tarifaires de travailler ensemble à sa refonte*. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-84250.html

COSTE, Burkhard, P., Egli, T., Simmel, U., & Dietrich, N. (2003). *FiSu/FiDé : Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances. Manuel* (p. 222). Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE).

Courtwright, D. T. (2019). *The age of addiction : How bad habits became big business*. The Belknap Press of Harvard University Press.

Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction. *Le sociographe*, *39* (3), 10-16.

CSI & AFC. (2021). *Le système fiscal suisse (éd. 2021)*. Conférence suisse des impôts & Administration fédérale des contributions. https://www.estv.admin.ch/dam/estv/fr/dokumente/estv/steuersystem/schweizer-steuersystem/ch-steuersystem_2021.pdf.download.pdf/ch-steuersystem_2021.pdf

CURAVIVA Suisse. (s. d.). *Habitat protégé (dossier)*. Consulté 4 novembre 2022, à l'adresse https://www.curaviva.ch/Informations-specialisees/Habitat-protege/PvPGZ/

CURAVIVA Suisse. (2019). ***Facturation de prestations de soins par les institutions pour personnes en situation de handicap*. https://www.curaviva.ch/files/16Q85RT/facturation_de_prestations_de_soins__curaviva_suisse__2019.pdf

CURAVIVA Suisse. (2021). *Fiche d'information : Financement des soins en Suisse*. https://www.curaviva.ch/files/W5TJANH/financement_des_soins_en_suisse__fiche_dinformation__curaviva_suisse__2021.pdf

Curia Vista. (2001, novembre 15). *01.074 | Réforme de la péréquation financière (RPT)*. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20010074

Curia Vista. (2005, septembre 7). *05.070 | RPT. Législation d'exécution*. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20050070

Curia Vista. (2012, mai 29). *12.3412 | Vérification du respect des principes régissant la RPT*. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20123412

Curia Vista. (2013, avril 12). *13.3363 | Séparation des tâches entre la Confédération et les cantons*. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20133363

Curia Vista. (2019, décembre 17). *19.4455 | Il faut regrouper de nouveau les soins et l'accompagnement*. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20194455

Curia Vista. (2022, mars 18). *22.3331 | Transférer aux cantons les tâches prévues par l'article 74 LAI ?* https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20223331

Da Cunha, A., Caprani, I., Martins, E., Schmid, O., & Stofer, S. (2010). **Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social* (p. 162). Observatoire universitaire de la ville et du développement durable (OUVDD). https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_3AB0C643CD1F.P001/REF

Despland, B. (2011). *Le nouveau régime de financement des soins*. Dossier du mois de l'ARTIAS. https://artias.ch/wp-content/uploads/2011/03/Dossier_Mars_11.pdf

DFI. (2018). *Avis du Département fédéral de l'intérieur (DFI) concernant l'évaluation du nouveau régime de financement des soins*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/e-f/evalber-kuv/2018-evaluation-neuordnung-pflegefinanzierung-stellungnahme.pdf.download.pdf/2018-avis-dfi-evaluation-nouveau-regime-financement-soins-f.pdf

DFI. (2020). *Rapport sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires* (p. 122). Département fédéral de l'intérieur. https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/bericht-09-528-edi-2020-11-30-f.pdf

DFI / Groupe d'experts. (2017). *Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins : Rapport du groupe d'experts*. Département fédéral de l'intérieur. https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/50085.pdf

Dietrich, N. (2015). Qui finance la réduction des risques ? *Dépendances*, *54*, 31-33.

Dupont, A.-S. (2019). *La dépendance, une maladie psychique comme les autres. Analyse de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018*. RCAssurances.ch. https://libra.unine.ch/export/DL/Anne-sylvie_Dupont/44227.pdf

Ecolplan, & Moll, K. (2010). *Évaluation de la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS)*. https://ch-sodk.s3.amazonaws.com/media/files/7652e246/5e1b/485e/8333/f4920eabf67b/2010.01.19_1er_%C3%A9tape_RF_Ecoplan.pdf

econcept, Neukomm, S., & Bock, S. (2018). *Conventions de prestations entre les organismes de la sécurité sociale et les entreprises d'intégration sociale et professionnelle (EISP) : Guide à l'intention des organes d'exécution de l'aide sociale, de l'assurance-chômage et de l'assurance-invalidité*. econcept AG & OFAS. https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED881B1EFA0D0BBB1A0.pdf

Ferrari, P., Mebarkia, A., Garcia, C., Valloton, S., & Wrobel, D. (2016). **Soins de transition après l'hôpital psychiatrique. *REISO Revue d'information sociale*, *12*. https://www.reiso.org/articles/themes/soins/457-soins-de-transition-apres-l-hopital-psychiatrique

FL2PA. (2016). *Concept d'octroi d'aides*. Fondation latine « Projets pilotes — Addictions ». https://www.cldjp.ch/wp-content/uploads/2016/09/Concept-doctroi-daides.pdf

FMC. (2017). *Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 (Matière à réflexion N° 3)* (Matière à réflexion N° 3, p. 40). forum suisse des soins intégrés. https://www.fmc.ch/_Resources/Persistent/3f849dba86bba8822a39a40ac70cf81cf99bb704/Denkstoff_No3_fr.pdf

FMH. (2017). **Prise de position relative à la consultation sur l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie*. https://www.fmh.ch/files/pdf19/Intervention_tarifaire_Prise_de_position_de_la_fmh.pdf

FMPP. (2017). *L'intervention tarifaire : Le séisme annoncé TARMED* [Fédération suisse des médecins psychiatres-psychothérapeutes]. https://www.psychiatrie.ch/fr/fmpp/lintervention-tarifaire/

Forster, P., Müller, F., & Villard, M. (2021). Soziale Arbeit – Dreh- und Angelpunkt der stationären Suchttherapie Arbeitsfeld Stationäre Sozialtherapie. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Éds.), *Soziale Arbeit und Sucht : Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (p. 97-111). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6_6

Fritschi, T., von Bergen, M., Müller, F., Bucher, N., Ostrowski, G., Kraus, S., & Luchsinger, L. (2019). *Bestandesaufnahme des Wohnangebots für Menschen mit Behinderungen* (Forschungsbericht 7/19; p. 160). Bundesamt für Sozialversicherungen & BFH/ Evaluanda / Interface. https://insieme.ch/wp-inside/uploads/2021/03/studie_bestandesaufnahme-wohnangebot_2019_d-1.pdf

FR-Service du Médecin Cantonal. (2021). *Etat des lieux : Problèmes d'addiction chez les personnes âgées dans le canton de Fribourg* (p. 80). Direction de la santé et les affaires sociales. https://www.fr.ch/sites/default/files/2021-12/etat-des-lieux---problemes-daddiction-chez-les-personnes-agees-dans-le-canton-de-fribourg--smc-2021.pdf

FVS. (2018). *Leitlinien zur Finanzierung der sozialtherapeutischen Stationären Suchthilfe*. Fachverband Sucht. https://fachverbandsucht.ch/download/689/181108_Leitlinien_Finanzierung.pdf

FVS. (2022). **Vernehmlassung zur Teilrevision des Tabaksteuergesetzes (TStG)*. Fachverband Sucht. https://fachverbandsucht.ch/de/news/vernehmlassung-zur-teilrevision-des-tabaksteuergesetzes-tstg

Giauque, D. (2020). Contrat de prestations. In Jean-Michel Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, & U. Tecklenburg (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (p. 118-120). Seismo Verlag. https://seismoverlag.ch/fr/daten/dictionnaire-de-politique-sociale-suisse/

GREA. (2022a). *Prise de position : Révision de la Loi fédérale sur l'imposition du tabac (LTab)*. https://www.grea.ch/sites/default/files/20220315_ltab_grea.pdf

GREA. (2022 b, novembre 16). *NEWS : Addiction et AI : quelles évolutions ?* https://www.grea.ch/publications/addiction-et-ai-quelles-evolutions

Groupe de travail RPT (GRAS). (s. d.). *Principes communs des plans stratégiques latins*. Groupement Romand des chefs de service de l'action sociale (GRAS). http://docplayer.fr/159751577-Principes-communs-des-plans-strategiques-latins.html

Herrmann, H., Simmel, U., Chisholm, A., Dietrich, N., & Keller, A. (2006). **Financement des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse : Enquête nationale menée auprès des institutions de thérapie résidentielle des dépendances pour les années 2004 et 2005* (p. 33). Infodrog. https://www.infodrog.ch/files/content/finanzierung_fr/50-11475_herrmann_financement_therapies_residentielles_fr_2006-10.pdf

HSLU-SA, Lischer, S., Eder, M., Stremlow, J., Wyss, S., Knecht, D., & Haefeli, B. (2022). *Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die Analyse der Steuerung der Suchthilfeangebote in den*

Kantonen : Synthesebericht mit Thesen zu Entwicklungspotentialen (rapport Stremlow | version aout) (p. 38). Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Inclusion Handicap, & Kern, P. (2019). *Changement de pratique du Tribunal fédéral : Droit à la rente AI également en cas de toxicomanie*. Inclusion Handicap. https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file_fr/552/droit-et-handicap-09_2019_droit-a-la-rente-ai-egalement-en-cas-de-toxicomanie_26092019.pdf

Inclusion Handicap, & Kern, P. (2021). *AI : un changement de jurisprudence concernant les toxicomanies n'est pas un motif de révision*. Inclusion Handicap. https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file_fr/552/droit-et-handicap-09_2019_droit-a-la-rente-ai-egalement-en-cas-de-toxicomanie_26092019.pdf

Infodrog. (s. d.). *Indexaddictions.ch — Répertoire des offres d'aide en Suisse*. Consulté 31 juillet 2020, à l'adresse http://www.indexaddictions.ch/

Infodrog. (1999). *Rapport sur les résultats de la consultation FiDe/FiSu 1999*. https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/05.00-015_fisu-fide_99_rapportresultats.pdf

Infodrog. (2018). *Liste des institutions résidentielles fermées depuis 1999*. https://www.infodrog.ch/files/content/therapie_de/2018-06-01_liste-geschlossene-stationaere-suchthilfeinstitutionen.pdf

Infodrog, Guillaume, M., & Lozano, A. (2021). *Monitorage des institutions de thérapie résidentielle des addictions* (p. 12). Centrale nationale de coordination des addictions. https://www.infodrog.ch/files/content/statistik_fr/infodrog_rapportmonitoringinstitutionstherapiesresidentielles2021.pdf

INFRAS. (2018). *Évaluation du nouveau régime de financement des soins (Synthèse)* (p. 11). INFRAS. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/e-f/evalber-kuv/2018-evaluation-neuordnung-pflegefinanzierung-executive-summary.pdf.download.pdf/2018-executive-summary-evaluation-nouveau-regime-financement-soins-f.pdf

INFRAS, Landolt Rechtsanwälte & Careum Forschung, Trageser, J., Gschwend, E., Von Stokar, T., Landolt, H., Otto, U., & Hegedüs, A. (2018). *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung Schlussbericht* (p. 191). INFRAS. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/e-f/evalber-kuv/2018-evaluation-neuordnung-pflegefinanzierung-schlussbericht.pdf.download.pdf/2018-schlussbericht-evaluation-neuordnung-pflegefinanzierung-d.pdf

INSERM, I. national de la santé et de la recherche médicale. (2008). Coût social. In *Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions* (p. 253-267). INSERM. http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1

INSOS Suisse. (2008). ***Recommandations d'INSOS Suisse : Financement de l'objet / du sujet*. http://docplayer.fr/146862692-Financement-de-l-objet-du-sujet-resultats-de-la-consultation-effectuee-aupres-des-commissions-specialisees-rapport.html

INTERFACE, Cornel Kaufmann, Sophie K. Brandt, Vanessa Gut, Anna Nicolet, Joachim Marti, & Nicolas Senn. (2021). *Analyse der (hybriden) Finanzierungslage von präventiven Angeboten in der Gesundheitsversorgung (PGV)*. INTERFACE. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/pgv/analyse-hybride-finanzierung-pgv.pdf.download.pdf/Bericht_PGV_Finanzierung.pdf

IUMSP, Bize, R., Samitca, S., & Stadelmann, S. (2017). *Inventaire et description des modalités de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral en Suisse. Situation en 2016* (Raisons de santé 266a ; p. 48 p.). Institut universitaire de médecine sociale et préventive,. https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/publications/raisons-sante/raisons-sante-266a

Jaggi, K. (2008). **Evolution des systèmes de financement du sujet dans le domaine du handicap : Documentation pour la mise en œuvre de la RPT dans les cantons*. CDAS & the move consulting ag.

Jeanrenaud, C., Widmer, G., & Pellegrini, S. (2005). *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final* (p. 143). Institut de recherches économiques et régionales. http://www2.unine.ch/webdav/site/irene/shared/documents/cout-social-drogue-rapport.pdf

Joosten, R. (2019, janvier 27). Tarpsy : Des patients poussés à la porte ? *Le Courrier*. https://lecourrier.ch/2019/01/27/tarpsy-des-patients-pousses-a-la-porte/

Junod, V., Hatam, S., Colomb, E., Khazaal, Y., Savary, J.-F., Haemmig, R., & Simon, O. (2020). Rente AI et addiction : Du mieux ? *Bulletin des médecins suisses*, *101* (2930), 913-915. https://doi.org/10.4414/bms.2020.18670

Junod, V., Wolff, H., Gravier, B., Chatterjee, B., Haemmig, R., & Simon, O. (2016). Méthadone ou torture ? *Schweizerische Ärztezeitung. Bulletin des médecins suisses. Bollettino dei medici svizzeri*, *97*, 1659-1662.

Kallbekken, S. (2013). Public Acceptability of Incentive-Based Mechanisms. In J. F. Shogren (Éd.), *Encyclopedia of Energy, Natural Resource, and Environmental Economics* (p. 306-312). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375067-9.00013-9

Kessler, T., & Müller, P. (2017). Deuxième intervention du Conseil fédéral dans le TARMED. *Bulletin des médecins suisses*, *98* (47), 1568-1571. https://doi.org/10.4414/bms.2017.06219

KPMG AG & Walder Wyss Rechtsanwälte, Giger, M. — A., Häusler, E., Sander, M., & Staffelbach, D. (2018). *Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés* (p. 40). Office Fédéral de la Santé Publique. https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED890C351330DAE32CE.pdf

Labhart, F., Maffli, E., & Notari, L. (2021). *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction : Conception d'un système d'indicateurs pour le Monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM)* (Rapport de recherche Nº 131 ; p. 89). Addiction Suisse. https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2021/La-situation-sociale-des-personnes-touchees-par-une-problematique-d-addiction.pdf

Médecine Universitaire Suisse. (2017). **Réponse à la consultation unimedsuisse sur la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie*. https://www.unimedsuisse.ch/application/files/4915/8512/5199/20170621_StN_unimedsuisse_Tarmed_f.pdf

Meyer, B., Golder, L., & Longchamp, C. (2012). Les médecins redoutent encore plus de bureaucratie. *Bulletin des médecins suisses*, *93* (0102), 9-10. https://doi.org/10.4414/bms.2012.16567

Meyer, B., Golder, L., & Longchamp, C. (2014). Forte identification professionnelle malgré l'augmentation de la bureaucratie. *Bulletin des médecins suisses*, *95* (0102). https://doi.org/10.4414/bms.2014.02204

Meyer, B., Rohner, B., Golder, L., & Longchamp, C. (2016). *Hausse continue des tâches administratives. *Bulletin des médecins suisses*, *97* (01). https://doi.org/10.4414/bms.2016.04287

Meyer, M. (2020). New Public Management. In J. — M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, & U. Tecklenburg (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (p. 340-342). Seismo Verlag. https://seismoverlag.ch/fr/daten/dictionnaire-de-politique-sociale-suisse/

NAS-CPA. (2017). *Synthèse sur le financement de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse* (p. 2). Coordination politique des addictions. http://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/2017_Financement_de_l%E2%80%99aide_aux_personnes_d%C3%A9pendantes.pdf

NAS-CPA. (2022). *Pour une protection de la jeunesse forte dans un marché du cannabis réglementé*. Coordination politique des addictions (CPA). https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/Pour_une_protection_de_la_jeunesse_forte_dans_un_march%C3%A9_du_cannabis_r%C3%A9glement%C3%A9_NAS-CPA.pdf

Nussbaumer, B. (Éd.). (1999). Le financement des traitements résidentiels. *Dépendances*, *9*, 10-13.

OBSAN. (2018). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance (Obsan Bulletin 2/2018)*. Observatoire suisse de la santé (Obsan). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2019/obsan_bulletin_2018-02_f.pdf

OBSAN. (2020, novembre 20). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance*. https://www.obsan.admin.ch//fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance

OBSAN, Daniela Schuler, Alexandre Tuch, & Claudio Peter. (2020). *La santé psychique en Suisse : Monitorage 2020* (Nº 15/2020 ; p. 116). Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2020/obsan_15_2020_rapport.pdf

OBSAN, Pellegrini, S., & Roth, S. (2018). *Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier* (Rapport 73 ; p. 76). Observatoire suisse de la santé (Obsan).

OFAS. (2005). *Projet pilote « Budget d'assistance » : Description de projet*. Office fédéral des assurances sociales. https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/fr/dokumente/iv/Pilotversuche/Assistenzbudget/pilotversuch_assistenzbudgetprojektbeschrieb.pdf.download.pdf/projet_pilote_budgetdassistancedescriptiondeprojet.pdf

OFAS. (2007, décembre 21). *CP : Le projet pilote « Budget d'assistance » pour personnes handicapées est évalué*. https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-16370.html

OFAS. (2021). *Lettre circulaire AI no 395 — Procédure structurée d'administration des preuves pour les syndromes de dépendance et règles en matière de traitements de sevrage*. Office fédéral des

assurances sociales. https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/12502/download

OFAS. (2022a). *Aperçu des contrats aides financières art. 74 LAI, période 2020 – 2023 (XLSX)*. https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/fr/dokumente/iv/uebersichten/vn-uvn-vp-2020-2023.xlsx.download.xlsx/Liste%20M-SC_PC%202020-23.xlsx

OFAS. (2022 b). *Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI : Rapport annel 2021*. https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/22805078/master

OFAS. (2022 c, juin 28). *Réformes & révisions > Développement continu de l'AI*. https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/reformen-revisionen/weiterentwicklung-iv.html

OFAS. (2022 d). *Projets pilotes au sens de l'art. 68quater LAI : Concept*. Office fédéral des assurances sociales. https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/fr/dokumente/iv/Pilotversuche/pilotprojekte-art.68quater-ivg-konzept.pdf.download.pdf/Projets%20pilotes%20au%20sens%20de%20l'art.%2068quater%20LAI_Concept.pdf

Office AI Canton de Berne. (2019). *Modification de la jurisprudence en cas de toxicomanie — Quelles en sont les implications pour les bénéficiaires de l'aide sociale ?* https://www.ivbe.ch/dam/jcr:2b5aff44-4b77-42eb-8a49-2014b03e0845/Modification%20de%20la%20jurisprudence%20en%20cas%20de%20toxicomanie.pdf

OFSP. (2017a). *Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie : Modifications au 1er janvier 2018 (Teneur des modifications et commentaire)*. Office fédéral de la santé publique. https://www.fmh.ch/files/pdf22/teneur_et_commentaire_du_18_10_17_fr_.pdf

OFSP. (2017 b). *Fiche d'information : Adaptation du tarif médical TARMED*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/rev-tarifstruktur-in-der-krankenversicherung/faktenblatt-anpassungen-des-aerztetarifs-tarmed-18-oktober-2017.pdf.download.pdf/faktenblatt-tarmed-18-10-2017-fr.pdf

OFSP. (2017 c). *Rapport sur les résultats de la consultation — Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie*. Office fédéral de la santé publique. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/rev-tarifstruktur-in-der-krankenversicherung/bericht-ueber-die-ergebnisse-der-vernehmlassung.pdf.download.pdf/ergebnisbericht-komplett-fr-sauber.pdf

OFSP. (2019). *Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : Rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral* (p. 101). Office fédéral de la santé publique. https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=50225&Load=true

OFSP. (2020). *Référentiel QuaTheDA (Révision 2020)* (p. 118). Office Fédéral de la Santé Publique. https://www.quatheda.ch/files/content/quatheda/fr/BAG_NCD_referenzsystem%20FR_print_page%20simple.pdf

OFSP. (2022a, mars 25). *Modification de la LAMal : 2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts*. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2.html

OFSP. (2022 b, mars 25). *Modification de la LAMal : 1er volet de mesures visant à maîtriser les coûts*. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html

OFSP. (2022 c, mai 18). *Système tarifaire TARMED*. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html

OFSP. (2022 d, mai 25). *Evaluation de la révision de la LAMal, financement hospitalier*. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html

OFSP — Unité de direction Assurance-maladie et accidents. (2014, mars 28). *Révision de la LAMal, financement hospitalier — éléments principaux*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/e-f/evalber-kuv/kvg-spitalf/2014-kvg-revision-spitalfinanzierung-kernelemente-foliensatz.pdf.download.pdf/2014-praesentation-kvg-revision-spitalfinanzierung-bag-fr.pdf

PLATEFORME-REHA.CH. (s. d.). *La tarification*. Consulté 11 juillet 2022, à l'adresse https://plateforme-reha.ch/activites/#tarification

Polynomics, Fischer, B., Mäder, B., & Telser, H. (2020). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht*. Polynomics AG. https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Polynomics_Volkswirtschaftliche_Kosten_Sucht_Schlussbericht-2020-09-25_NEU.pdf

Pro Infirmis. (s. d.). *Le financement des soins par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité*. Consulté 5 septembre 2022, à l'adresse https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/assistance/le-financement-des-soins-par-lassurance-maladie-lassurance-accidents-et-lassurance-invalidite.html

PwC. (2021). *Hôpitaux suisses : Santé financière 2020* (p. 60). PricewaterhouseCoopers SA. https://www.pwc.ch/fr/insights/hopitaux-suisse-2021.html

Rufer, M. (2021). Evolution active du tarif par le dépôt de propositions. *Bulletin des médecins suisses*, *102* (21), 684-686. https://doi.org/10.4414/bms.2021.19791

santésuisse. (s. d.). *Tarifs & prestations > Prestations ambulatoires > Médecins*. Consulté 14 septembre 2022, à l'adresse https://www.santesuisse.ch/fr/tarifs-prestations/prestations-ambulatoires/medecins

Savary, J., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durgnat, H., & Periard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus : Die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Éds.), *Soziale Arbeit und Sucht : Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (p. 261-278). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6_16

Savary, J.-F. (2018). Financement des prestations : Réformons les taxes sur les produits psychotropes ! *Dépendances*, *n°63*, 11-14.

Sax, A. (2020). Dépenses de santé. In Jean-Michel Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, & U. Tecklenburg (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (p. 142-144). Seismo Verlag. https://seismoverlag.ch/fr/daten/dictionnaire-de-politique-sociale-suisse/

Schicker, F., & Inauen, N. (2021). Von umstrittenen Pionierprojekten zum Erfolgsmodell. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Éds.), *Soziale Arbeit und Sucht : Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (p. 193-208). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6_12

Simon Darioli & Frédéric Pralong. (2003). *FiDé : Comment garder la foi*. ARTIAS — les Dossiers du mois. https://artias.ch/wp-content/uploads/2008/08/Dossier_avril_2003.pdf

SMHC. (2019). *Le « modèle de prescription coordonné » : Prise de position du Swiss Mental Health Care (SMHC) sur la consultation du Conseil fédéral concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS)*. Swiss Mental Health Care. https://swissmentalhealthcare.ch/smhc/wp-content/uploads/2019/09/SMHC-Positionspapier-KAM_2019-08-31_final_FR_13199-mots-cibles.pdf

Spinatsch M, Hofer S. (2004). *Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse ? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances.* (p. 200). Office fédéral de la santé publique (OFSP). http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02066/02339/index.html?lang=fr&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEdn92f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

SSAM. (2022). *Die Finanzierung und der Betrieb der HeGeBe in der Schweiz ist in Frage gestellt – Offener Brief an die Krankenversicherer, das BAG und die kantonalen Gesundheitsdirektionen*. Société Suisse de Médecine de l'Addiction. https://www.ssam-sapp.ch/service/detail/die-finanzierung-und-der-betrieb-der-hegebe-in-der-schweiz-ist-in-frage-gestellt-1 ?

Stucki, S., Esseiva, P., & Zobel, F. (2019). *Mise en œuvre de la loi sur les stupéfiants (LStup) : Expériences des cantons et perspectives pour l'avenir* (p. 107). Addiction Suisse & École des Sciences Criminelles de l'Université de Lausanne. https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/10_Mise_en_oeuvre_LStup_Cantons_f.PDF

SVM. (2017). **Prise de position sur la Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (TarMed)*. Société Vaudoise de Médecine. https://www.svmed.ch/ggvaud/wp-content/uploads/sites/11/2019/04/les-medecins-denoncent-une-medecine-a-deux-vitesses-et-un-rationnement-des-soins.pdf

SwissDRG SA. (2021). *TARPSY — La structure tarifaire de psychiatrie stationnaire : Informations de base pour les professionnels de la santé*. https://www.swissdrg.org/application/files/8816/3999/9723/211027_TARPSY-f_homepage.pdf

Tabin, J.-P. (2002). Travail social et nouvelle gestion publique. *Dépendances*, *16*, 4-7.

Trezzini, B., & Meyer, B. (2019). L'ambulatoire avant le stationnaire : Mise à l'épreuve des listes. *Bulletin des médecins suisses*, *100* (19), 637-640. https://doi.org/10.4414/bms.2019.17807

Trezzini, B., & Meyer, B. (2021). ST Reha 1.0 : Le nouveau système tarifaire pour la réadaptation hospitalière. *Bulletin des médecins suisses*, *102* (17), 563-566. https://doi.org/10.4414/bms.2021.19766

Trezzini, B., & Meyer, B. (2022). Qualité des soins élevée malgré des tendances problématiques. *Bulletin des*

médecins suisses, *103* (42), 34-38. https://doi.org/10.4414/bms.2022.21133

Trezzini, B., Meyer, B., Ivankovic, M., Jans, C., & Golder, L. (2020). Les tâches administratives du corps médical continuent d'augmenter. *Bulletin des médecins suisses*, *101* (0102), 4-6. https://doi.org/10.4414/bms.2020.18482

Unger-Köppel, J. (2019). Un titre de spécialiste pour gérer les tâches administratives ? *Bulletin des médecins suisses*, *100* (03), 35-35. https://doi.org/10.4414/bms.2019.17451

von Bergen, M., Müller, F., & Fritschi, T. (2020, mars 10). Logements pour personnes en situation de handicap. *Soziale Sicherheit CHSS*. https://soziale-sicherheit-chss.ch/fr/logements-pour-personnes-en-situation-de-handicap/

Annexes

Annexes en lien avec l'introduction

A1 Listes des experts/praticiens interviewés

Nom	Domaine(s)	Rôle / titre	Institution / Organisation	Géo
Romain Bach	Transverse	Coordinateur	CRIAD	Romandie
Barbara Broers	Ambulatoire hospitalier	Professeure / Responsable de l'Unité des dépendances en médecine de premier recours (UDMPR)	Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	GE
Pascal Dubrit	Résidentiel sociothérapeutique / EMS (Home) / Soins à domicile / Insertion socioprofessionnelle / Housing first / Ambulatoire non-LAMal / …	Directeur	Fondation du Levant	VD
Cédric Fazan	Résidentiel / Accueil à bas seuil d'accessibilité / service social / insertion socioprofessionnelle / promotion santé sexuelle / réduction des risques	Directeur	Fondation du Tremplin	FR
Martin Hafen		Dozent und Projektleiter Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention	Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU)	LU
Barbara Held	Prévention / Conseil / traitement / réduction des risques / LAMal / non LAMal	Geschäftsführerin	Suchthilfe Region Basel	BS
Thomas Lüddeckens		Chefarzt und CEO	Klinik Im Hasel AG	AG
Hannes Lüthi		Geschäftsleiter Fachdienstleistungen, aha! Co-Projektleiter REAS (Geliko)	Allergiezentrum Schweiz	CH
Joachim Marti	Économie de la santé	Professeur / Responsable du Secteur Économie de la santé	Unisanté — Centre universitaire de médecine générale et santé publique	CH
Tanya Mezzera	Prévention et conseil	Bereichsleiterin	Suchhilfe ags	AG
Hans Jürg Neuenschwander	Prévention et conseil	Geschäftsführer	Suchhilfe ags	AG
Marcello Cartolano	Résidentiel sociothérapeutique	Directeur adjoint et responsable des services ambulatoires	Ingrado — Servizi per le dpendenze	TI
Gerold Pfister	Résidentiel sociothérapeutique	Leiter Betriebswirtschaft	Mühlhof – Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation	SG
Jean-Félix Savary	Politique addictions	Ex-secrétaire général	Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA)	Romandie
Olivier Simon	Ambulatoire hospitalier (addiction sans substance) / stationnaire hospitalier (psychiatrie)	Médecin associé au Centre du jeu excessif / Responsable de l'Unité hospitalière du Service de médecine des addictions (UHMA)	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	VD
Salomé Steinle	PDS	Projektleiterin PEPra	FMH — La prévention au cabinet médical fondée sur les preuves (PEPra)	CH

A2 Listes des personnes présentes au Workshop

Nom	Rôle / titre	Institution / Organisation	Géo
Irene Abderhalden	Professorin, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW	FHNW	
Christophe Al Kurdi*	Chef de projets recherche	GREA	
Romain Bach*	Co-directeur Groupement Romand d'Etudes des Adddictions	GREA	
Christian Bachmann	Membre CDCA-KKBS Amt für soziale Sicherheit	CDCA-KKBS	SO
Marcello Cartolano	Président de Ticino Addiction	Ticino Addiction	
Simona De Berardinis	Responsable de la stratégie nationale Addictions, section Stratégies de prévention	OFSP-BAG	
Franziska Eckmann	Directrice d'Infordrog Invité permanent de la CDCA-KKBS	CDCA-KKBS Infodrog	
Lucia Galgano	Collaboratrice scientifique	Infodrog	
Tanja Iff	Collaboratrice scientifique, section Stratégies de prévention Responsable du Bureau CDCA-KKBS	OFSP-BAG CDCA-KKBS	
Stefanie Knocks*	Generalsekretärin Fachverband Sucht	FVS	
Julia Joos	Mitglied der SKBS, städtische Suchtbeauftragte der Stadt Bern	CDVD-SKBS	Bern
Marcel Krebs	Dozent, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW	FHNW	
Doris Lüthi	Stv. Bereichsleiterin im Geschäftsfeld IV	OFAS-BSV	
Roger Mäder	Geschäftsstelle FOSUMOS:	FOSUMOS	SG
Alberto Marcacci	Chef de Section Prévention dans le domaine des soins et Chef suppléant de Division Prévention des MNT	OFSP-BAG	
Hans Jürg Neuenschwander	Geschäftsführer suchthilfe ags	suchthilfe ags	AG
Stefan Otto	Co-responsable de la section Prestations médicales, division Prestations de l'assurance-maladie	OFSP-BAG	
Chiara Rondi	Collaboratrice scientifique, section Prévention dans le domaine des soins	OFSP-BAG	
Thomas Schuler	Fachbereichsleiter und Zuständiger für Suchtpolitik bei der SODK Invité permanent de la CDCA-KKBS	CDCA-KKBS CDAS-SODK	
Jann Schumacher*	Collaborateur scientifique, section Prévention dans le domaine des soins	OFSP-BAG	
Thomas Siegrist	Collaborateur scientifique, section Prévention dans le domaine des soins	OFSP-BAG	
Salomé Steinle	Projektleiterin	FMH	
Joos Tarnutzer	Président CDCA–KKBS Kantonaler Suchtbeauftragter, Amt für Gesundheit	CDCA–KKBS	BL
Jonas Wenger	Stv. Generalsekretär Fachverband Sucht	FVS	
Franziska Widmer Howald	Responsable de projets PDS	PSCH	

Note (*) : animation atelier

Annexes en lien avec le chapitre liminaire

A3 Offres cantonales de l'aide en cas d'addictions (BASS, 2019)

Tableau 12 : Répartition des types de prestataires et d'offres dans le domaine des addictions par canton (trad. BASS 2019)

	Offre ambulatoire			Offre stationnaire		Offre semi–stationnaire			Offre de proximité / mobiles	Foyers	Insertion prof.	TAO	RdR	Case manage–ment	Total
	LAMal	Non-LAMal	Mixte	LAMal	Non-LAMal	LAMal	Non-LAMal	Mixte							
ZH	X	X	X	X	X	X	–	X	X	X	X	X	X	X	13
BE	X	X	–	X	X	X	–	–	X	X	X	X	X	X	11
LU	X	X	–	X	X	–	–	–	X	X	X	X	X	–	9
UR	X	X	X	–	–	X	–	X	–	–	–	X	–	–	6
SZ	X	X	X	X	X	X	X	X	–	X	–	–	X	X	11
OW															
NW	X	X	X	X	–	X	–	–	–	–	–	X	–	X	7
GL	X	X	X	X	–	X	–	–	–	X	–	X	–	–	7
ZG	X	X	–	X	X	–	–	–	X	X	–	X	X	–	8
FR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
SO	–	X	X	X	X	–	–	–	–	X	X	X	X	X	9
BS	X	X	X	X	X	X	X	–	X	X	X	X	X	X	13
BL	X	X	–	X	X	–	–	–	–	X	X	X	X	X	9
SH															
AR															
AI	X	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–	X	–	–	3
SG	X	X	–	X	X	–	–	–	X	X	X	X	X	X	10
GR	X	X	–	X	–	X	–	–	–	X	–	X	X	–	7
AG	X	X	–	X	X	–	–	X	–	X	–	X	–	X	8
TG	X	X	–	X	–	X	–	–	–	X	–	X	–	–	6
TI	X	X	X	X	X	–	X	–	X	X	X	X	X	X	12
VD	X	X	–	X	X	–	X	–	X	X	X	X	X	X	11
VS	–	X	–	–	X	–	X	–	–	–	X	X	–	–	5
NE															
GE															
JU															
Total	**18**	**20**	**9**	**17**	**14**	**10**	**6**	**5**	**9**	**16**	**11**	**19**	**13**	**12**	

Légende : X = offre existante ; — = offre inexistante ; [vide] = pas de réponse (données manquantes)
Source tableau : BASS — Enquête en ligne auprès des autorités, des fournisseurs de prestations et des services spécialisés, 2019 (n=20 cantons) | (BASS et al., 2019, p. 8)

A4 Législations cantonales sur le financement de l'aide en cas d'addictions (BASS, 2019)

Tableau 13 : Législations cantonales (trad. BASS 2019)

	Législation sanitaire	Législation sociale	Contenu
Appenzell (AR)			
Appenzell (AI)	–	X	Prise en charge des frais de séjour des personnes toxicodépendantes en tant qu'aide matérielle si l'institution a un contrat de prestations ou est reconnue par un autre canton.
Argovie	–	–	
Bâle (BL)	X	X	Traitement ambulatoire et résidentiel, en cas de toxicomanie, le canton et la commune Soutien des communes pour les thérapies résidentielles (canton 75 %, commune 25 %)
Bâle (BS)	X	X	Mesures et projets de prévention des abus et des dépendances ; si approuvés par le service des dépendances : Les frais de thérapie sont pris en compte dans le calcul des besoins vitaux.
Berne	X	X	Réglementation des cliniques spécialisées dans la toxicomanie et des hôpitaux stat. Psychiatres LAMal en relation avec. LAMal, fonds pour les problèmes de dépendance, le canton met à disposition des offres de prévention et d'aide en matière de dépendance
Fribourg	X	X	Le canton soutient des projets de prévention et de traitement des personnes souffrant d'addictions, les pouvoirs publics prennent en charge le déficit d'exploitation reconnu par l'Etat et participent aux frais d'investissement, les bénéficiaires participent aux frais de prise en charge.
Genève			
Glaris	–	X	Le canton fournit une aide sociale aux personnes menacées de dépendance, aux malades et à leurs proches, prend en charge les frais de traitement pour les traitements reconnus dans la mesure où ils ne peuvent pas être payés par les personnes concernées, coordonne les activités d'aide en matière de dépendance, gère des centres de conseil et de prise en charge et peut verser des contributions à des homes et à des institutions similaires
Grisons			
Jura			
Lucerne	X	X	Coopération avec les communes, soutien commun possible d'autres organismes d'aide sociale par des contributions financières ou autres
Neuchâtel			
Nidwald	X	X	Collaboration avec le canton de Lucerne dans le domaine de la psychiatrie et des hôpitaux cantonaux. Dans le cadre de la CIIS C, les personnes dépendantes peuvent être placées dans toutes les institutions affiliées en Suisse. Le canton prend en charge les frais de séjour et de traitement de la clientèle dépendante, en plus des prestations propres prévues par la loi.
Obwald			
Saint-Gall	X	–	Répartition des tâches entre le canton et les communes, l'ambulatoire est du ressort des communes, le stationnaire est du ressort du canton
Schaffhouse			
Schwyz	–	–	–
Soleure		X	Les communes accordent des subventions aux services de conseil, aux services ambulatoires et aux projets de l'aide reconnue en matière de dépendance (pour autant qu'elles disposent d'une autorisation) ; si la commune prend en charge les coûts d'un séjour résidentiel : facturation en tant que prestation d'aide sociale.
Tessin	X	X	Mandat de prestations décidé par le Conseil d'Etat pour les centres de thérapie, le canton peut prendre en charge les coûts de traitement et/ou d'hébergement dans des établissements résidentiels reconnus pour les personnes ayant des problèmes de drogue.
Thurgovie	X	–	Le conseil en matière de dépendance est du ressort des communes ; pour les autres mesures, les coûts sont partagés entre les communes et les cantons (en général à parts égales).

Train	X	–	Réglementation du financement entre le canton et les communes et types d'offres et de mesures
Uri	–		
Valais	–	X	–
Vaud	X	X	Prévention plutôt que traitement ; même loi que pour les personnes handicapées, le canton peut garantir une aide financière aux personnes ainsi qu'aux institutions, éventuellement des contributions supplémentaires pour les frais annexes.
Zurich	X	–	Collaboration avec les communautés, soutien des offres thérapeutiques et mesures de prévention, de thérapie et de réduction des risques.

Légende : X = oui ; — = non ; [vide] = pas de réponse (données manquantes)

Source tableau : BASS — Enquête en ligne auprès des autorités, des fournisseurs de prestations et des services spécialisés, 2019 (n=20 cantons) | (BASS et al., 2019, p. 18)

A5 Financement du sujet et/ou de l'objet (principes)

Nous reprenons ci-dessous les terminologies développées par INSOS (INSOS Suisse, 2008) et Jaggi (Jaggi, 2008)

Financement de l'objet

Lors d'un financement de l'objet**,** l'Etat et les assurances sociales indemnisent directement les prestataires et non les bénéficiaires ou utilisateurs/trices de leurs prestations. Le financement de l'objet au sens strict ne comprend absolument aucune composante subjective, telle que des taxes, car il s'effectue en fonction des charges moyennes de l'institution. Dans la pratique, ce système n'est aujourd'hui appliqué que dans le domaine du financement des ateliers protégés (INSOS Suisse, 2008).

Le **véritable financement de l'objet**[95] se joue entre l'organisme assurant le financement (…) et l'institution. Il se caractérise par la focalisation sur les coûts de l'institution. Il est conçu de telle sorte que l'institution — avec ou sans prestations propres — obtienne la couverture des frais occasionnés selon certains critères. Les modalités de financement ne se fondent pas sur certains besoins subjectifs (ou un besoin subjectif) des utilisateurs et utilisatrices, mais sur les calculs ou la charge de l'institution. Elles sont évidemment influencées par des exigences ou des objectifs qualitatifs (Jaggi, 2008).

Financement mixte

Le **financement partiel de l'objet** (« forme mixte ») est fréquemment utilisé : il est largement répandu dans le domaine des homes, des ateliers d'occupation et des services Spitex. Dans le cas d'un financement de l'objet, c'est l'Etat ou l'assurance sociale qui décide de l'« objet » à financer (INSOS Suisse, 2008).

La pratique a aussi développé des **formes mixtes** dans lesquelles le canton, par exemple, indemnise bien une partie du besoin lié au sujet (p. ex. via des PC), mais finance d'autres domaines en fonction de l'objet (p. ex. investissements). On peut partir du principe que la plupart des modèles de financement appliqués dans le futur relèveront de formes mixtes (Jaggi, 2008).

Financement du sujet

En cas de financement du sujet, l'Etat et les assurances sociales indemnisent directement la personne handicapée qui peut ainsi financer les prestations en soins, accompagnement et assistance dont elle a besoin. Les prestataires, de leur côté, facturent les prestations fournies ou se font verser un salaire (INSOS Suisse, 2008).

Le **financement du sujet parfait** dote les utilisateurs et utilisatrices des moyens financiers nécessaires à l'achat de la prestation requise correspondant à leur besoin. Il existe deux rapports juridiques : d'une part, entre le canton assurant le financement et les personnes handicapées, d'autre part entre les personnes handicapées (utilisateurs et utilisatrices) et l'institution prestataire (Jaggi, 2008).

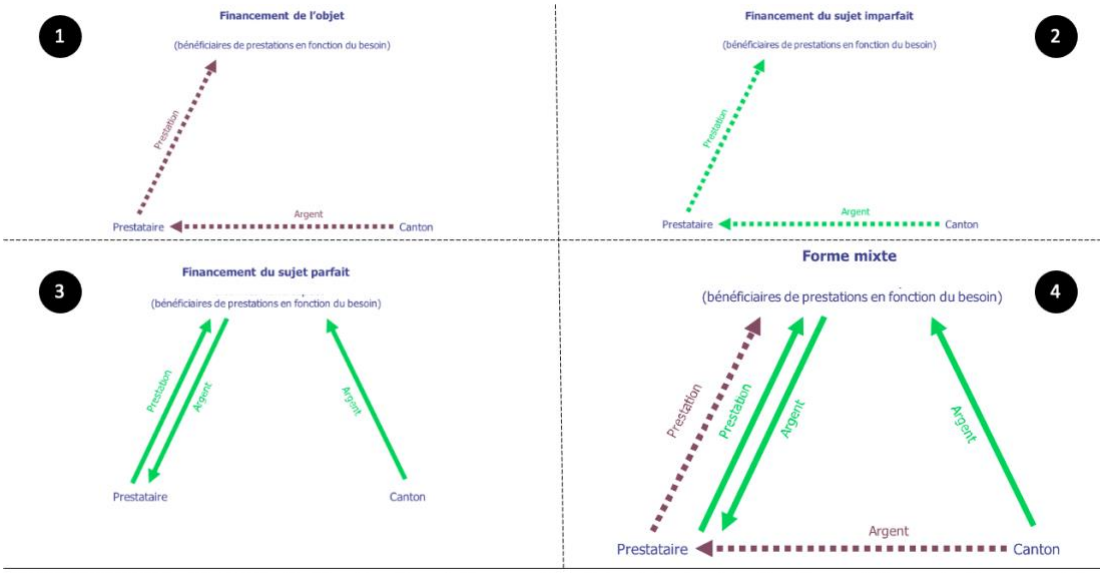
Le financement du sujet parfait n'a été que rarement appliqué jusqu'à présent, contrairement au financement partiel du sujet (ou « forme mixte »). Dans ce dernier modèle, la prestation est couverte par un financement du sujet pour une part et par un financement de l'objet pour le reste. Pour ce qui est de l'hébergement dans un home par exemple, la taxe est payée par les prestations complémentaires (financement du sujet) et le home reçoit des subventions directes (financement de l'objet). Jusqu'à présent, seul le canton de Soleure a introduit (au 1.1.2008) le système de financement du sujet parfait pour ses homes. Le modèle de budget d'assistance constitue également un financement du sujet parfait (mais il s'adresse seulement aux personnes qui ne résident pas dans un home) (INSOS Suisse, 2008).

[95] C'est le modèle qui était en vigueur pour les institutions résidentielles sociothérapeutiques avant la RPT. Alors l'assurance-invalidité (en vertu de l'art. 73 LAI) et les cantons assuraient conjointement l'entier des frais de fonctionnement des institutions.

Le **financement du sujet imparfait** se fonde sur les besoins individuels des utilisateurs/trices de l'institution : plus leurs besoins en soins, accompagnement et assistance sont grands, plus le remboursement du prestataire dans le cadre du financement de l'objet est important. Ce modèle suppose une clarification individuelle des besoins qui ne peut être faite qu'avec des instruments d'évaluation appropriés (INSOS Suisse, 2008).

Le **financement du sujet imparfait** se joue également entre le canton chargé du financement et l'institution. À la différence du financement de l'objet, il se fonde cependant sur le besoin individuel des utilisateurs et utilisatrices de l'institution. L'indemnisation ne porte pas sur la charge moyenne (frais) de l'institution, mais dépend du besoin des utilisateurs et utilisatrices et couvre la part qui ne peut être financée par ceux-ci. Cela correspond à la différence entre les coûts de la couverture individuelle des besoins et les possibilités financières des utilisateurs ou utilisatrices (Jaggi, 2008).

Figure 6 : Modalités de financement (Jaggi 2008)



Source illustration: Jaggi, Kurt. 2008. « Evolution des systèmes de financement du sujet dans le domaine du handicap : Documentation pour la mise en œuvre de la RPT dans les cantons ». Berne / Hinterkappelen: CDAS & the move consulting ag.

A6 PAFA — placement à des fins d'assistance

Le « placement à des fins d'assistance » est régi par les art. 426 ss du code civil suisse. Une personne souffrant de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou se trouvant dans un grave état d'abandon peut être placée dans une institution appropriée si l'assistance ou le traitement nécessaire ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. (…) Le placement est ordonné par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), organe qui relève de la compétence des cantons. Les cantons peuvent, en plus de l'autorité de protection, autoriser des médecins à ordonner des placements pour une durée maximale de six semaines. (…) Avant 2013, la « privation de liberté à des fins d'assistance » (PLAFA) était réglée dans le cadre du droit de la tutelle. Avec la révision du Code civil est entré en vigueur le nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, qui comporte les dispositions sur le placement à des fins d'assistance (OBSAN, 2018, p. 5).

En 2018, les institutions psychiatriques ont recensé près de 14'000 « placements à des fins d'assistance », soit un cinquième environ de toutes les hospitalisations motivées par un diagnostic psychiatrique. Des mesures limitatives de liberté (isolement, immobilisation et médication forcée, p. ex.) ont été appliquées dans 7 % environ de tous les cas psychiatriques. (OBSAN et al., 2020, p. 71)

Tableau 14 : PAFA selon groupes diagnostiques (OBSAN 2020)

Groupe diagnostic	Proportion en %	n
F0 Troubles mentaux organiques / G3 Autres affections dégénératives du système nerveux	16,9	2'466
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	16,3	2'380
F2 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	28,3	4'123
F3 Troubles affectifs	18	2'615
F4 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	9,2	1'336
F6 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	6,1	882
Autres diagnostics F	4,1	600

Autres diagnostics non-F	1,1	159

Source tableau : Placement à des fins d'assistance : https://www.obsan.admin.ch//fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance (OBSAN, 2020)

A7 Contenu de l'ancien art. 73 LAI (abrogé au 1er janvier 2008)

Encadré 9 : archive de l'art. 73 LAI

Art. 73 Établissements, ateliers et homes

1 L'assurance alloue des subventions pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'établissements et d'ateliers publics ou reconnus d'utilité publique, qui appliquent des mesures de réadaptation dans une proportion importante. Cette aide financière est exclue pour les établissements et ateliers destinés à l'application de mesures médicales en milieu hospitalier.

2 L'assurance peut allouer des subventions :

a. pour leurs frais d'exploitation aux institutions visées par l'al. 1 ;

b. pour la construction, l'agrandissement et la rénovation d'ateliers d'occupation permanente, publics ou reconnus d'utilité publique, et pour leurs frais supplémentaires d'exploitation découlant de l'occupation d'invalides. Est également réputée occupation permanente une activité qui n'a pas d'utilité économique ;

c. pour la construction, l'agrandissement et la rénovation de homes recueillant des invalides pour un séjour momentané ou à demeure ainsi que pour leurs frais d'exploitation supplémentaires ; les autres formes de logement collectif gérées par ces homes leurs sont assimilées.

3 Les subventions prévues aux al. 1 et 2 continuent à être versées pour les personnes placées qui atteignent l'âge ouvrant le droit à la rente de vieillesse de l'AVS.

4 Les subventions prévues à l'al. 2, let. b et c, sont accordées à condition qu'une planification cantonale ou intercantonale démontre un besoin spécifique. L'office approuve la planification des besoins des cantons par voie de décision, qu'il peut assortir de réserves et de charges. Il règle la procédure selon laquelle la planification doit lui être présentée et établit les critères d'approbation.

A8 Financement des institutions résidentielles

Avant et après la décision de l'OFAS d'appliquer strictement l'art. 73 LAI

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) (Infodrog, 1999).

En **2005**, le financement des institutions était principalement cantonal (48 %) et communal (assistance sociale : 29 %). Le reste des recettes provenait des prestations propres des institutions et de leurs organes responsables (8 %) et de particuliers (10 %). La Confédération a participé à hauteur de **4 % par le biais de l'assurance-invalidité**, dont les prestations relèvent de la compétence de l'OFAS. Les contributions des caisses maladie (1 %) et les autres contributions fédérales16 (< 0,5 %) ne représentent qu'une part très faible des recettes (Herrmann et al., 2006, p. 19-20).

Recettes liées aux patients et recettes liées aux institutions (Herrmann et al., 2006, p. 20-21).

Les contributions des bailleurs de fonds peuvent également être répartis en fonction du destinataire (institution ou patient). Les montants liés aux patients dépendent directement du nombre de patients et de leur durée de séjour, c'est-à-dire du nombre total de jours de traitement « facturables ». Les contributions liées aux institutions sont complètement indépendantes du nombre de patients, il s'agit de subventions forfaitaires ou liées aux prestations, qui prennent la forme de contributions d'investissement ou d'exploitation. Le rapport moyen entre les recettes liées aux patients et les recettes liées aux institutions était de deux tiers / un tiers pendant la période sous revue.

Tableau 15 : Recettes liées aux patients et aux institutions (en CHF) en 2004 et 2005 (Hermann et al. 2006)

Moyennes, médianes, totaux et parts du total

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

Les recettes liées aux patients versées par différents bailleurs de fonds représentent en moyenne 67 % des recettes totales des institutions en 2005. En 2005, les contributions cantonales liées aux patients étaient destinées aux patients sous le coup d'une mesure pénale à hauteur de 18 % et aux patients en traitement spontané à hauteur de 23 %. 83 % d'entre elles provenaient pour moitié des communes (principalement de l'aide sociale) et des cantons. Les 17 % restants provenaient de fonds privés (principalement des patients et de leurs proches) et des caisses maladie.

La part moyenne **des recettes liées aux institutions** dans les recettes totales des institutions était de 33 % en 2005. Cette même année, les recettes liées aux institutions se composaient principalement des couvertures des déficits assumées par les cantons accueillant les institutions (35 %), des subventions liées aux prestations de ces mêmes cantons (22 %) et des prestations AI de l'OFAS (13 %). Viennent s'ajouter à ces montants les prestations propres des institutions et de leurs organes responsables (22 %), qui correspondent plus ou moins aux contributions d'exploitation liées aux prestations que versent les cantons des institutions (22 %). Les autres recettes liées aux institutions ne représentaient au total que 7 % en 2005.

A9 Prestations prise en compte par l'art. 74 LAI, selon la CSOAPH

Encadré 10 : Principales prestations selon la CSOAPH (Büro Vatter et al., 2022)

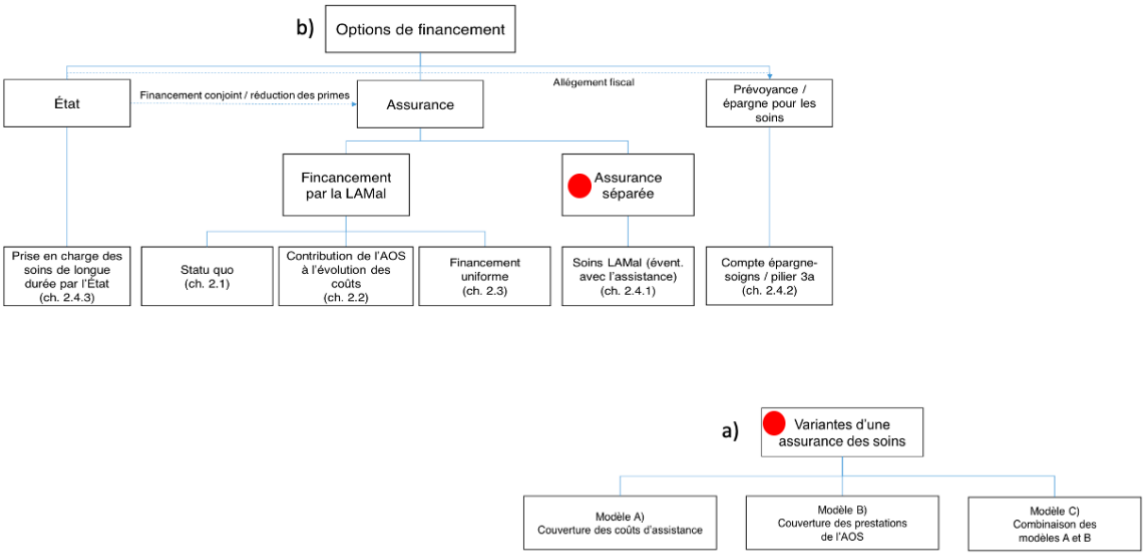
L'OFAS règle les conditions d'obtention des aides financières et les conditions-cadres pour la fourniture de prestations selon l'art. 74 LAI dans une circulaire (CSOAPH). Les principales conditions-cadres et types de prestations sont résumés ci-après :

- **Groupe de personnes autorisées** : les organisations pouvaient prétendre à des aides financières selon l'art. 74 LAI durant la période 2015-2019 pour des prestations spécifiques à la personne en faveur de personnes ayant bénéficié d'une prestation individuelle de l'AI au cours des dix dernières années (CSOAPH 2015-2018, ch. 1003). Sont considérées comme telles les mesures médicales, les moyens auxiliaires, la détection et l'intervention précoces, les mesures d'intégration, les mesures d'ordre professionnel, les indemnités journalières à titre de prestation accessoire, les rentes d'invalidité, les allocations pour impotent. Des aides financières peuvent également être accordées pour des prestations aux personnes bénéficiant d'une mesure de pédagogie spécialisée ordonnée par une autorité cantonale compétente. De même, des aides financières peuvent être accordées pour des prestations destinées aux proches et aux autres personnes de référence des personnes handicapées (ch. 1007).
- **Les prestations spécifiques à la personne** sont nommées et énumérées au ch. 2001 de la CSOAPH de manière exhaustive. En font partie le conseil aux personnes en situation de handicap et à leurs proches, le conseil en matière de construction et le conseils juridique, les mise en relation avec des services d'aide et d'interprétation, l'accompagnement à domicile, le conseil en matière de construction. Ces huit catégories de prestations constituent le « groupe de compensation A ».
- **Les prestations non destinées à des bénéficiaires/personnes** : on distingue ici le travail médiatique/relations publiques en général d'une part (« groupe de compensation B ») et le travail de fond et la promotion de l'entraide (« groupe de compensation C ») d'autre part (ch. 2001).
- **Possibilités de compensation** : les organisations peuvent, selon le ch. 2001, compenser certaines prestations insuffisantes et additionnelles par rapport aux exigences contractuelles au sein des groupes de compensation. Les prestations insuffisantes pour les prestations non spécifiques à la personne (B et C) peuvent être compensées par des prestations additionnelles pour les prestations spécifiques à la personne (A). Les autres compensations entre les groupes de compensation ne sont pas autorisées.
- **Reporting et degré de financement de l'AI** : l'indemnisation de l'OFAS s'appuie sur un reporting annuel dans lequel les organisations faîtières détaillent les prestations qu'elles fournissent dans les différentes catégories (ch. 3001 ss.). Pour chaque type de prestation, une valeur de référence est fixée par unité de prestation dans la CSOAPH. La part à indemniser (degré de financement AI) est fixée individuellement par l'OFAS avec les différentes organisations.

Source : (Büro Vatter et al., 2022)

A10 Assurance des soins (de longue durée)

Figure 7 : Variantes d'une assurance des soins (Conseil fédéral 2016, 2020)



Sources illustration: a) Conseil fédéral. 2016. « Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue». | b) Conseil fédéral. 2020. « Financement des soins : intégration dans un financement uniforme ou adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts».

Annexes en lien avec le chapitre 2 — Problèmes de financements

A11 Critiques à l'encontre de TARMED (1.09)

- **Limitations de facturation par groupe de prestation** : Pour la FMH, « l'application de limitations de facturation est extrêmement problématique ». Selon celle-ci, « avec de telles limitations, des groupes de patients importants seront sérieusement désavantagés, voire menacés. Il s'agit notamment des patients atteints de maladies rares, des enfants, des patients âgés et polymorbides, des patients souffrant de troubles psychiques ainsi que des migrants » (FMH, 2017).
- **Limitation de la facturabilité des prestations en l'absence du patient (PAP).**
  - Selon la Fédération des médecins suisses (FMH), « les prestations en l'absence du patient augmentent continuellement (…). Vu le nombre de patients polymorbides à la complexité croissante, le temps consacré à l'étude du dossier et la coordination nécessaire dans le milieu des patients augmente continuellement » (FMH, 2017).
  - Pour la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS), « la limitation de la facturabilité des prestations en l'absence du patient complique d'une manière générale les discussions souhaitables entre prestataires de soins dans le cas d'une prise en charge coordonnée, ce qui constitue un désavantage en particulier pour les patients polymorbides et les patients atteints de maladies chroniques » (CDS, 2017).
  - Pour la CDS, « la limitation de la facturabilité des prestations en l'absence du patient compromettrait une prise en charge adéquate en psychiatrie. L'approche socio-psychiatrique comprend une intégration renforcée de l'environnement et ne nécessite pas la présence du patient » (CDS, 2017).
  - Pour les cantons, ces limitations ne tiennent pas suffisamment compte des spécificités inhérentes à certains domaines médicaux dans lesquels « les exigences en discussions interdisciplinaires ou avec les proches soignants sont plus élevées et les limitations prévues pourraient entraver les discussions nécessaires à une prise en charge coordonnée » (OFSP, 2017c, p. 20).
  - Pour les régions de montagne, la limitation « mettrait en danger une couverture médicale pertinente. Elle menacerait en outre la concertation entre les différents fournisseurs de prestations requise dans le cadre de la coordination des soins et les discussions de cas interdisciplinaires parfois nécessaires » (OFSP, 2017c, p. 20).
  - Pour les organisations de patients, « ces limitations dans les prestations en l'absence du patient pourraient, notamment dans le domaine de la psychiatrie, rendre la réintégration des patients plus compliquée et plus longue » (OFSP, 2017c, p. 21).
  - Pour les sociétés de médecine la limitation « torpille le rôle de coordination centrale et de gestion du cas dévolu aux médecins de famille » (…) « entrave les efforts des médecins de famille en faveur d'une collaboration interprofessionnelle ». De plus, les sociétés de médecine considèrent que « toutes les prestations en l'absence du patient qui servent explicitement au travail en réseau et avec l'entourage des patients (à savoir la prise de renseignements auprès de tiers, l'information des proches, les discussions avec des thérapeutes, le transfert à des médecins consultants) ne seraient plus indemnisées suite à cette diminution de moitié des limitations ». Et concluent qu'« il faut s'attendre à davantage d'admissions en clinique et donc à des coûts supplémentaires » (OFSP, 2017c, p. 21).
  - Pour les représentants des hôpitaux, les limitations sont défavorables aux « groupes vulnérables (pédiatrie, oncologie, psychiatrie, gériatrie, maladies rares et/ou chroniques) pour lesquels l'interdisciplinarité est très importante et occupe beaucoup de temps pour permettre une prise en charge adéquate ». L'établissement de dossiers exhaustifs est également une partie importante du travail fait en l'absence des patients. L'augmentation du volume des prestations en l'absence des patients se justifie, entre autres, par les exigences plus élevées, p. ex. les Tumorboards pour l'oncologie » (OFSP, 2017c, p. 22).
  - Pour la SVM, « la limitation de la position "en absence du patient" à 6 x 5 minutes pour trois mois est très limitante pour l'activité du médecin en EMS, car il passe généralement beaucoup de temps à discuter en équipe de la situation du résident (colloque d'équipe) et cela posera sûrement un problème de facturation du temps réellement passé pour le résident » (SVM, 2017, p. 27).
  - Pour la SMHC, « dans le système de santé suisse, la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques graves dépend du financement supplémentaire public par les cantons à cause de l'indemnisation insuffisante prévue dans TARMED. Ce n'est que de cette façon que les coûts engagés dans les hôpitaux peuvent être couverts (dans une certaine mesure) aujourd'hui. Cette situation peu satisfaisante doit être corrigée de toute urgence avec un tarif qui couvre les coûts réels (transparence des coûts) » (SMHC, 2019, p. 13).
  - Pour Médecine Universitaire Suisse, « la limitation proposée des prestations en l'absence du patient touche en particulier la coordination des prestations de prise en charge pour les patientes et patients, alors qu'elle est aujourd'hui reconnue comme composant d'une "good practice". Cela est d'autant plus dérangeant que cette coordination est exigée par divers programmes et stratégies

nationaux. Cela inclut notamment le concept exigé par la Confédération d'une prise en charge générale intégrée entre les différents prestataires, ainsi que de prestations de coordination au sein d'un hôpital ou entre les différents prestataires intervenant auprès de groupes de patients vulnérables » (…) La limitation des prestations en l'absence du patient (…) entrave le développement de modèles de prise en charge intégrés et interdisciplinaires et empêche les efforts en matière de politique sanitaire au profit d'une prise en charge intégrée (Médecine Universitaire Suisse, 2017).

- **Suppression des indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence** : Selon la FMH, « en supprimant les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence (…), le Conseil fédéral menace la sécurité de l'offre de soins à la population et risque le transfert des cas d'urgence dans des secteurs plus chers, avec une hausse des coûts. Par cette mesure, on prive les services d'urgence ambulatoires de leur base économique. La garantie de soins médicaux d'urgence ambulatoires est d'une grande importance pour le patient et a une priorité élevée pour le corps médical ambulatoire » (FMH, 2017).
- **Rendez-vous manqués** : Les rendez-vous manqués ne sont pas facturables à l'AOS (TARMED – IG 8). Or, dans le domaine de la prise en charge des addictions, ils sont très fréquents et dans la plupart des cas, en raison de la situation financière des personnes concernées, il est impossible de reporter les coûts engendrés sur celles-ci (entretiens avec les experts) :
  - Pour les hôpitaux, cela signifie des pertes financières qui peuvent être absorbées dans les frais généraux des départements concernés ;
  - Pour les médecins libéraux, les problèmes de facturation peuvent se traduire, à terme, par un refus de prendre en charge les personnes souffrant d'addictions.

A12 Critiques à l'encontre des prestations psychiatriques de TARMED (1.09)

- **Diagnostic et thérapie psychiatriques (02.01)** : Pour Swiss Mental Health Care (SMHC), « le tarif actuel de la psychiatrie médicale dans TARMED (sous-chapitre 02.01 — Diagnostic et traitement en psychiatrie), qui s'applique à la fois à la psychothérapie médicale (Articles 2 et 3 de l'OPAS) et au traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), ne couvre pas ou seulement partiellement les coûts des dépenses et des prestations supplémentaires, qui sont nécessaires pour les patients atteints de troubles psychiques graves. En particulier, les PAP, c'est-à-dire les prestations médicales en l'absence du patient (p. ex. les discussions avec les tuteurs, les autorités, les assureurs, mais aussi la rédaction de rapports détaillés, etc.), ne sont pas décrites (tant dans la définition que dans l'interprétation des prestations) et ne sont donc pas rémunérées. (…) L'un des grands inconvénients est que cela va au-delà d'une psychothérapie pure au sens strict. Les prestations diagnostiques et thérapeutiques multimodaux très complexes, tels que la coordination des systèmes de soins médicaux et psychosociaux, ainsi que la mise en place et l'utilisation d'équipes de proximité (visites à domicile, interventions à domicile et à l'hôpital en situations de crise et d'urgence) ne peuvent être compensées autrement que comme une seule psychothérapie "spécialisée" (conformément aux articles 2 et 3 de l'OPAS) » (SMHC, 2019, p. 13).
- **Limitation de la facturabilité des prestations en l'absence du patient (PAP).**
  - Pour les psychiatres et psychologues les limitations des PAP « ne prennent pas suffisamment en compte les prestations de coordination et le travail en réseau (ou travail avec l'entourage des patients) et ces activités ne seraient plus correctement rémunérées dans le TARMED. Ils redoutent avec ces réductions un transfert croissant dans le domaine stationnaire et la génération de coûts supplémentaires dans les systèmes sociaux connexes. Ils identifient en outre des lacunes de couverture dans la gestion des situations de crise et exige par conséquent une position de consultation supplémentaire intervention de crise, qui ne serait soumise à aucune limitation » (OFSP, 2017c, p. 20-22)
  - Pour la Société Vaudoise de Médecine (SVM), en matière de psychiatrie, les prestations en l'absence du patient « ne servent pas uniquement à étudier le dossier. Elles servent aussi et surtout à rémunérer le temps passé à discuter et prendre en charge des situations complexes : contacts avec les multiples acteurs du système de santé, participation à des réseaux autour d'un patient ou d'une famille, partage d'informations entre collègues. Ceci touche tous les domaines de la psychiatrie, et particulièrement la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'âge avancé (dont le nombre de demandes va en augmentant, vu le vieillissement de la population, tendance qui va logiquement durer), ainsi que les situations psychosociales "lourdes" en psychiatrie adulte. En effet, dans ces domaines de la psychiatrie, le réseau qui entoure le patient et avec lequel nous travaillons est très large et les contacts sont essentiels dans des perspectives de soins qui vont dans le meilleur intérêt du patient et qui soient équitables, économiques et en accord avec les bonnes pratiques cliniques. Concrètement, de par cette limitation des "prestations en l'absence", c'est toute la prise en charge des situations psychologiques et sociales qui est compromise. Ce rationnement équivaut à une baisse significative de la qualité et, à terme, à un effet contraire potentiel allant plutôt vers une augmentation de la facture sociale globale » (SVM, 2017, p. 26).
- **Consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie (02.0060)** :

– Pour la FMPP, « les limitations dans le bloc des prestations en l'absence du patient, ainsi que la **fixation d'une durée des téléphones limitée à 20 minutes**, constituent un rationnement de la prise en charge psychiatrique en Suisse. Elles bloquent le travail avec l'environnement et les personnes de références — extrêmement important pour la psychiatrie des enfants et des adolescents, ainsi que pour la psychiatrie de la personne âgée et la psychiatrie sociale. La rémunération des consiliums sera également nettement plus basse, ce qui touchera particulièrement durement les services institutionnels ambulatoires et leurs départements de psychiatrie de liaison » (FMPP, 2017).
– Pour la FMH, « dans la psychiatrie moderne, les téléphones ou les séances en ligne font partie d'un traitement psychiatrique. Dans des situations de crise, ils durent souvent plus de 20 minutes et permettent une intervention thérapeutique rapide et efficace. La consultation téléphonique est un élément essentiel de la thérapie, notamment aussi pour la réintégration professionnelle des travailleurs, l'intégration scolaire des enfants ou chez les patients âgés ; la limitation à 20 minutes toucherait fortement ces groupes de patient » (FMH, 2017).

A13 Critiques de la charge administrative liées aux systèmes de rémunération hospitalier (SwissDRG / TARPSY / ST Reha)

Contexte

Chaque année depuis 2011, l'institut de recherche gfs.bern réalise des enquêtes représentatives auprès des médecins sur mandat de la FMH. Ces derniers sont interrogés notamment sur les effets du financement hospitalier et l'évolution de leur environnement de travail, par exemple en termes de tâches administratives, de qualité, de satisfaction, etc. Cette « recherche concomitante[96] » nous offre un bon aperçu des problématiques inhérentes à un financement LAMal et à la mise en place des différents systèmes de rémunération tarifaires hospitalier (SwissDRG / TARPSY / ST Reha). Nous reprenons ci-dessous quelques extraits issus des publications de la FMH y relatives[97].

Critiques

- **Charges administratives en constante augmentation** : Selon une enquête commanditée par la FMH « en 2019, les médecins en soins somatiques aigus consacrent toujours la part la plus importante de leur temps de travail aux activités médicales proches des patients (34 %) suivies, en deuxième position, par les tâches en lien avec la documentation des dossiers des patients (20 % de leur temps de travail). En soins somatiques aigus et en réadaptation, le temps dédié à la documentation a enregistré une augmentation particulièrement nette par rapport à la première enquête réalisée en 2011. À cette époque, il était de 86 minutes par jour chez les médecins en soins somatiques aigus, contre 119 minutes aujourd'hui, soit plus d'une demi-heure de plus. En réadaptation, la situation est similaire : si, en 2012, il ne fallait que 82 minutes, aujourd'hui, ce sont 118 minutes par jour qui sont nécessaires à la documentation des données du patient. Dans le domaine psychiatrique, ce chiffre est passé de 64 minutes par jour en 2011 à 76 minutes aujourd'hui. Si l'on considère la position hiérarchique des médecins interrogés, c'est chez les médecins-assistants en soins somatiques aigus que le temps consacré est de loin le plus élevé, avec 167 minutes par jour ; ces derniers passent un peu plus de 27 % de leur temps de travail à remplir les dossiers des patients et donc presque autant de temps que pour les activités proches du patient » (Trezzini et al., 2020).
- **Heures supplémentaires** : Les enquêtes ont montré que l'augmentation des charges administratives était absorbée en grande partie par des heures effectuées en plus du temps de travail usuel. À ce propos, la Cheffe de la division Tarifs et économie de la santé pour les médecins hospitaliers nous dit : « la tendance selon laquelle les médecins hospitaliers sont de plus en plus confrontés à des travaux administratifs et que leurs activités avec les patients diminuent doit être inversée. Le corps médical ne peut pas résoudre tous les problèmes par des heures supplémentaires, il faut donc des changements à moyen terme » (B. Meyer et al., 2016).
- **Mise en danger des institutions de petite taille :** Commentant la mise en œuvre de ST Reha 1.0, PricewaterhouseCoopers prédit que « la mise en œuvre du nouveau tarif sera exigeante pour les petits établissements multidisciplinaires. Ils auront besoin de logiciels spécifiques pour comparer les procédures et les diagnostics entre eux, comme lors de l'introduction de TARPSY et de DRG. Les petits établissements ne peuvent pas compter sur des économies d'échelle. En raison des exigences élevées

[96] La recherche concomitante (Begleitforschung) vise à détecter suffisamment tôt les imperfections du système de santé et à les corriger. A cette fin, depuis 2011, la FMH fait régulièrement analyser les effets des systèmes tarifaires et des mesures politiques sur les conditions-cadres régissant l'activité médicale. Les rapports (en allemand) et les articles y relatifs sont disponible sur le site web de la FMH > THEMES > TARIFS HOSPITALIERS > RECHERCHE CONCOMITANTE (https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-hospitaliers/recherche-concomitante.cfm).

[97] Voir : (B. Meyer et al., 2012, 2014, 2016; Trezzini et al., 2020; Trezzini & Meyer, 2019, 2022; Unger-Köppel, 2019)

(dans le domaine des mandats de prestations, des approbations, de l'attractivité en tant qu'employeur), ils ne peuvent que difficilement se maintenir à flot » (PwC, 2021, p. 27).

- **Bureaucratisation** : Ironisant sur l'augmentation des tâches administratives à la charge des jeunes médecins, Jürg Unger-Köppel, membre du Comité central de la FMH et responsable du département Médecine et tarifs hospitaliers, conclut que « cela pourrait donner l'impression que la formation de spécialiste devrait plutôt permettre de relever avec succès les défis bureaucratiques que d'offrir une bonne médecine aux patients » (Unger-Köppel, 2019).

A14 Temps consacré à diverses tâches dans un cadre hospitalier

Tableau 16 : Comparaison du temps consacré à différentes tâches (gfs.bern 2015)

«Si vous pensez à votre dernière journée de travail normale, combien de temps avez-vous consacré aux tâches suivantes? Veuillez fournir des réponses en minutes.» (En %, valeurs moyennes des différentes tâches pour une journée de travail complète.)

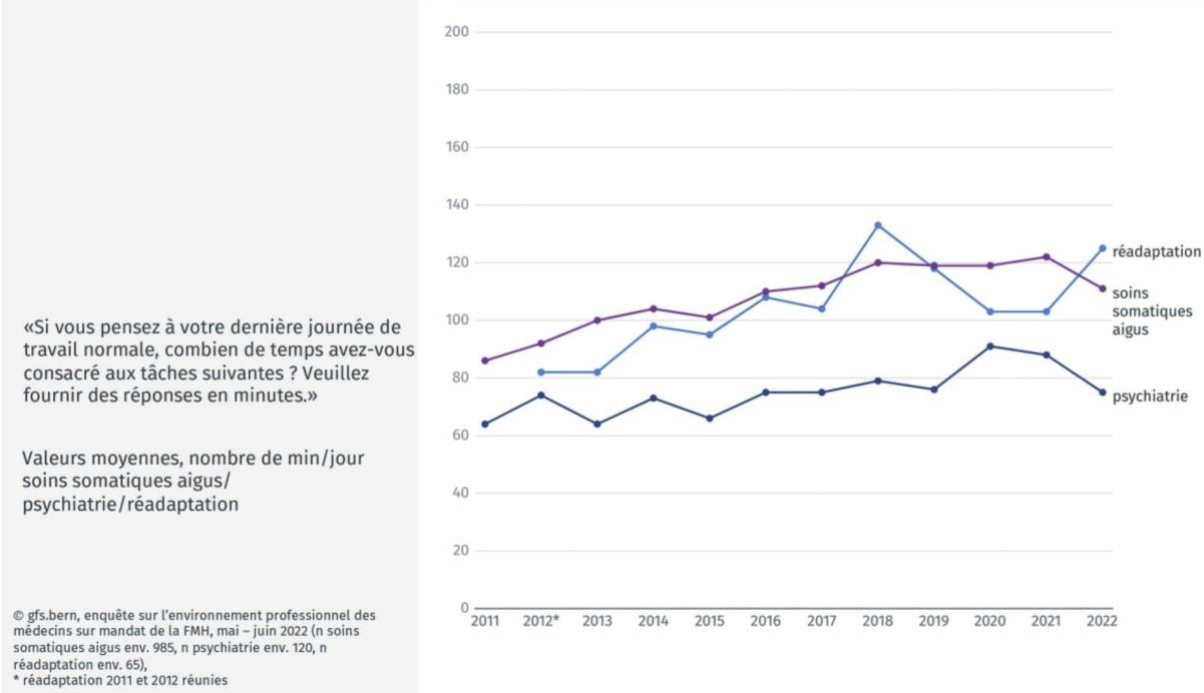
	Médecins en soins somatiques aigus	Médecins-assistants en soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation
Tâches médicales, auprès des patients	35,1	29,1	27,2	22,9
Visites	9,5	10,2	8,2	14,8
Rapports/échanges d'informations médicales / discussions de cas	9,6	10,2	10,7	8,1
Travaux liés à la documentation médicale / dossiers de patients	16,9	27,3	10,8	18,3
Codage des prestations fournies	1,9	1,8	2,9	2,3
Contrôle du codage	0,6	0,3	1,3	0,9
Répondre à des questions des caisses d'assurance-maladie / travaux administratifs avec les assurances	2,3	2,3	3,6	3,7
Demandes de garanties de prise en charge des frais	0,9	1,3	1,9	3,0
Organisation du suivi	2,4	3,3	2,5	2,8
Sans rapport avec des activités liées aux patients: activités liées à l'organisation de la clinique / correspondance	7,1	3,9	10,4	9,7
Autres travaux administratifs	4,6	3,5	6,5	5,2
Formation et formation continue, étude de littérature, formation de collègues	5,4	4,3	6,5	5,5
Travaux de recherche	1,5	1,1	1,6	0,9
Autres activités non médicales	2,1	1,4	3,8	2,0
Travaux de mise en œuvre / activités en raison du nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte	–	–	2,1	–

© gfs.bern, étude concomitante SwissDRG, ST Reha, TARPSY sur mandat de la FMH, juin–août 2015

Source tableau : Meyer, Beatrix, Barbara Rohner, Lukas Golder, et Claude Longchamp. « *Hausse continue des tâches administratives ». *Bulletin des médecins suisses* 97, nº 01 (6 janvier 2016). https://doi.org/10.4414/bms.2016.04287. (B. Meyer et al., 2016)

A15 Temps de travail documentation médicale/dossier de patients

Figure 8 : Temps de travail lié à la documentation médicale/dossier de patients. 2011—2022 (gfs.bern)



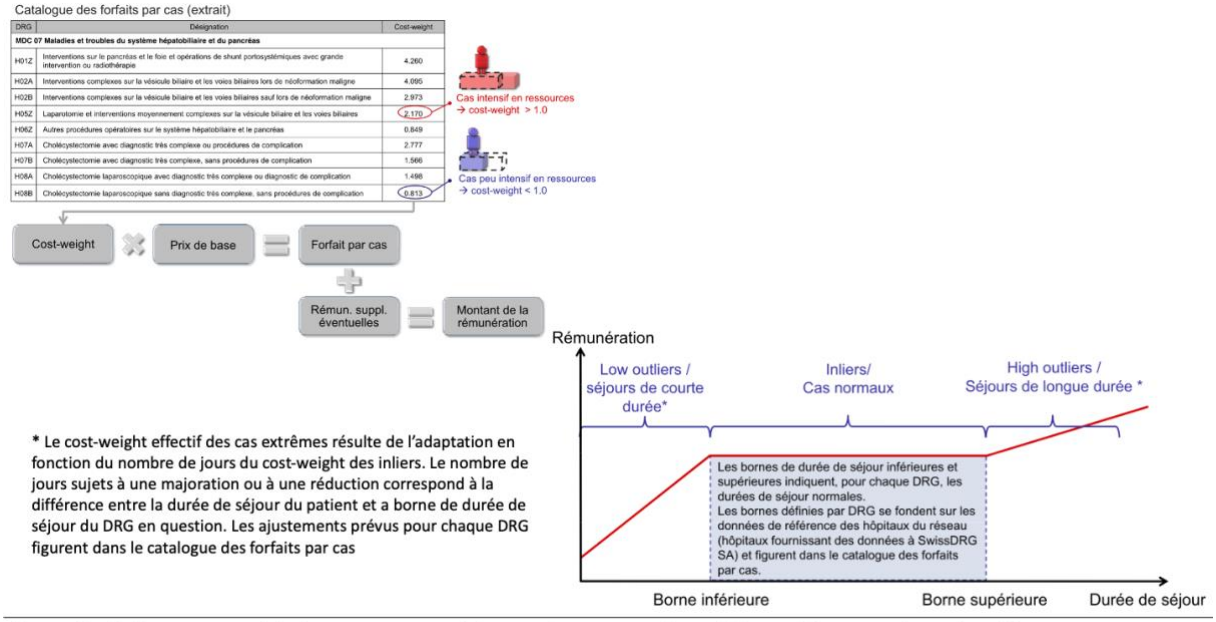
Source figure : Trezzini, Bruno, et Beatrix Meyer. « Qualité des soins élevée malgré des tendances problématiques ». *Bulletin des médecins suisses* 103, nº 42 (19 octobre 2022) : 34-38. https://doi.org/10.4414/bms.2022.21133. (Trezzini & Meyer, 2022)

A16 Critiques à l'encontre de SwissDRG

Contexte[98]

Dans le secteur stationnaire des hôpitaux de soins aigus, le système tarifaire forfaitaire de SwissDRG est en vigueur depuis 2012. Pour calculer des forfaits par cas, les patients sont affectés à un groupe de cas en fonction de leur diagnostic et d'autres caractéristiques, tels que l'âge et les besoins en soins. Les hôpitaux reçoivent un montant fixe par cas, calculé à partir des coûts moyens de traitement du groupe de cas concerné (pondération des coûts) et du tarif négocié entre les hôpitaux et les organismes payeurs (prix de base).

Figure 9 : Rémunération sous forme de forfait par cas (OFSP — Unité de direction Assurance-maladie et accidents, 2014)



Source illustration: OFSP – Unité de direction Assurance maladie et accidents. 2014. « Révision de la LAMal, financement hospitalier – éléments principaux ».

Principales critiques

- **Cas complexes insuffisamment rémunérés** : Selon Erwin Carigiet et Tom Rezny le « SwissDRG est un modèle qui, comme tous les modèles, ne reflète pas entièrement la réalité. Dans les faits, il existe des cas rentables et des cas déficitaires ; les deux sont censés s'équilibrer selon le principe des moyennes. En réalité, les "cas médicalement complexes" et les "cas socioéconomiquement complexes" ne sont pas suffisamment rémunérés. Cette situation représente une charge particulièrement lourde pour les hôpitaux universitaires et ceux des centres urbains : ils ne peuvent pas transférer les cas complexes et donc coûteux et assument ainsi une fonction de prestataires finaux. La "complexité médicale" est en partie compensée par des prestations de services publics et des taux de base plus élevés. Mais les dépenses consacrées au traitement, aux soins et au suivi individualisé ne sont pas compensées spécifiquement lorsqu'il s'agit de patient·e·s dans des situations socioéconomiques complexes tels que les personnes âgées multimorbides, celles issu·e·s de la migration, ou ayant des problèmes de dépendance ou de logement ou encore les patient·e·s célibataires très jeunes en détresse financière. En raison de la pression croissante sur les coûts, les hôpitaux publics et privés sont, de plus en plus souvent, amenés à se demander combien le traitement d'un ou d'une patiente peut leur coûter, ou combien de prestations déficitaires ils sont disposés à assumer avec leur organisme responsable » (Carigiet & Rezny, 2020).
- **Sorties prématurées et report de coûts** : Selon l'évaluation de l'OFSP de la révision LAMal dans le domaine du financement hospitalier, « les hôpitaux de soins aigus en particulier ressentent une pression financière croissante en raison des forfaits par cas liés aux prestations [SwissDRG] (…). Les résultats de l'évaluation montrent que la pression financière exercée sur les soins somatiques aigus entraîne des transferts plus nombreux et plus précoces vers les hôpitaux des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation, de même que vers les structures non hospitalières de suivi (soins ambulatoires,

[98] Pour la version actuelle, voir : https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg. Pour une évaluation du financement hospitalier qui inclut une analyse des SwissDRG de 2012 à 2019, voir les nombreuses évaluations listées sur la page de l'OFSP : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html (OFSP, 2022d).

établissements médico-sociaux, hospices, par ex.). Selon ces dernières, ce phénomène provoque une hausse des coûts, puisqu'elles sont contraintes d'engager davantage de personnel qualifié » (OFSP, 2019, p. XV).

- **Réhospitalisation** : Par ailleurs, l'OFSP précise qu'« il n'est pas possible de déterminer avec certitude si les sorties plus précoces ont eu des conséquences négatives pour les patients, qui se seraient par exemple traduites par davantage de réhospitalisations ou une détérioration de la qualité des résultats. Les données empiriques à ce sujet ne sont pas claires. De manière générale, les indicateurs disponibles ne suggèrent pas l'existence de déficits systématiques. Du point de vue des fournisseurs de prestations intervenant après une hospitalisation, il existe cependant quelques indices d'une augmentation des "effets tourniquet", c'est-à-dire de transferts de patients intervenant rapidement après leur sortie de l'hôpital » (OFSP, 2019, p. 57).

A17 Critiques à l'encontre de TARPSY

Contexte : Dans le cadre de l'application de TARPSY, chaque séjour hospitalier dans un hôpital ou service psychiatrique est affecté à un groupe de cas (psychiatric cost group - PCG) sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et l'âge, puis associé à un cost weight journalier. Le cost-weight effectif résulte de la multiplication du costweight journalier et de la durée de séjour. Le montant de la rémunération est finalement obtenu en multipliant le costweight effectif par un taux de base (ou baserate) en vigueur dans l'hôpital, défini lors de la négociation tarifaire (SwissDRG SA, 2021).

- **Forfaits journaliers dégressifs liés aux prestations** : À l'origine TARPSY devait être un simple couper/coller de SwissDRG, c'est-à-dire une mise en œuvre de « forfaits par cas » dans le domaine de la psychiatrie stationnaire. Cependant, « les acteurs de la santé mentale ont rapidement mis en évidence l'impossibilité de transposer tel quel ce système, considéré comme inapproprié pour le domaine de la psychiatrie. Selon ces derniers, en effet, la psychiatrie ne se fonde pas sur une classification diagnostique objectivable. De plus, les diagnostics n'expliquent en rien les variations des durées de séjours et leur score de prédictibilité ne dépasse pas 20 % alors qu'ils peuvent atteindre 80 % en chirurgie. D'autre part, il n'y a à ce jour pas d'évidence quant à l'efficience de l'implantation d'itinéraires cliniques en psychiatrie » (Ferrari et al., 2016, p. 6)[99]. Suite à cette levée de boucliers, la mise en œuvre de « forfaits par cas » a été abandonnée au profit de « forfaits journaliers dégressifs liés aux prestations ».
- **Raccourcissement des séjours** : Avant l'introduction de TARPSY, en 2018, les professionnels des addictions ont exprimé leur inquiétude : « la durée de séjour pour la thérapie stationnaire pourrait être considérablement raccourcie par ce système tarifaire basé sur les prestations par rapport à aujourd'hui. En conséquence, il faut s'attendre à ce qu'une grande partie des clientes sortent de la thérapie avec un besoin plus important de soutien ultérieur qu'auparavant. L'introduction de TARPSY n'est donc pas seulement importante pour les cliniques spécialisées dans les addictions concernées. Elle modifiera également les tâches des services de postcure et leur imposera de nouvelles exigences » (trad., Baumberger & Knocks, 2017). Les quelques données que nous avons sur la durée des séjours semblent leur donner raison. À titre d'exemple, dans le canton de fribourg, la durée du séjour (en unité hospitalière du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)) est passée de 60 à 30 jours (FR-Service du Médecin Cantonal, 2021, p. 55).
- **Difficultés pour les patients les plus vulnérables** : D'après Isabelle Gothuey (psychiatre et directrice du RFSM), « une frange de patients vulnérables, qui restent très longtemps à l'hôpital, risquent de souffrir du nouveau tarif. Il s'agit de personnes précarisées qui ont souvent tout perdu, y compris leur logement. Dans bien des cas, ces personnes sont placées contre leur gré en milieu hospitalier, en attendant de trouver un lieu d'hébergement plus adapté. Pour sortir de l'hôpital dans de bonnes conditions, ces patients ont besoin de reconstruire leur environnement psychosocial. Sinon, ils se retrouvent dans la rue avec une nouvelle décompensation à la clé et un retour à la case hôpital » (cité par Joosten, 2019).
- **Refus des garanties de prises en charge** : BASS relate « des problèmes liés au refus des garanties de prise en charge par les assurances-maladie. Des déclarations allant dans le même sens font état de charges financières élevées pour les clients en raison de garanties de prise en charge des coûts refusées ou de durées de traitement trop courtes qui auraient nécessité des traitements supplémentaires » (cf. pt 5.2, BASS et al., 2019).

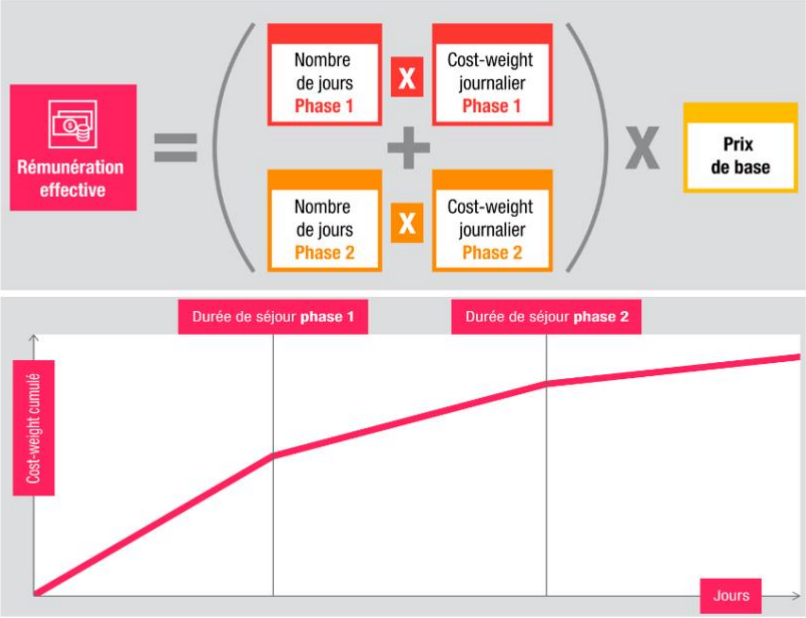
[99] Les mêmes auteurs expliquent plus loin que « les prestations pour un même type de trouble peuvent en effet différer d'un patient l'autre, en raison de leur insertion dans des contextes forts variés. Les soins psychiatriques dépassent largement le cadre biomédical et englobent des aspects psychosociaux, médico-légaux et psycho-éducatifs complexes d'ailleurs reconnus comme ayant un impact majeur sur l'apparition et l'évolution des troubles psychiatriques, voire même sur la durée des séjours sans qu'il ne soit toujours possible d'agir dessus. Parfois par exemple l'hospitalisation se prolonge en raison de placements judicaires à des fins d'assistance qui sont gérés différemment d'un canton à l'autre et qui, de ce fait, n'ont pas la même proportion en fonction du canton, voire des hôpitaux » (Ferrari et al., 2016, p. 7).

A18 Critiques à l'encontre de ST Reha

Contexte :

ST Reha 1.0 répartit les cas de patients en groupes de coûts en réadaptation (RCG) sur la base des prestations fournies (selon la classification des interventions chirurgicales CHOP), des diagnostics principaux, des diagnostics secondaires (p. ex. pour les limitations fonctionnelles) et de l'âge. Le tarif attribue différents coûts relatifs aux groupes de coûts. Au sein d'un groupe de coûts, les coûts relatifs (cost-weights) sont en outre affectés aux phases du processus de réadaptation. Chaque phase a un costweight journalier qui est le même pour chaque jour de la phase. (…) Le catalogue RCG présente les cost-weights journaliers. Le nombre de phases et leur durée respective influencent le cost-weight effectif. Pour calculer le cost-weight effectif facturable par cas de patients, le nombre de jours dans la phase correspondante est multiplié par le cost-weight journalier puis la somme est établie sur la base des phases. Ce calcul n'est actuellement nécessaire que pour les traitements divisés en trois phases. Dans tous les autres RCG (avec seulement une phase), la durée de séjour définie selon les règles de facturation est multipliée par le cost-weight journalier. En fonction du nombre de phases, les prestataires de soins sont incités à contrôler la durée du séjour, car la rémunération du traitement et les intensités diminuent avec le temps (PwC, 2021, p. 24).

Figure 10 : Méthode de calcul & indemnisation schématique selon ST Reha 1.0 (PwC 2021)



Source illustration: PwC. 2021. « Hôpitaux suisses : santé financière 2020 ». PricewaterhouseCoopers SA.

Tableau 17 : Readaptation cost groups (RCG) et leurs cost-weights journaliers (CWJ) (ST Reha 1.0)

Tableau 1: Readaptation cost groups (RCG) et leurs cost-weights journaliers (CWJ).

RCG	Désignation RCG	CWJ
TR11 Réadaptation pour enfants et adolescents		
TR11A	Réadaptation pour enfants et adolescents, âge <19 ans, avec diagnostic de complication	1,962
TR11B	Réadaptation pour enfants et adolescents, âge <16 ans	1,752
TR11C	Réadaptation pour enfants et adolescents	1,173
TR13 Réadaptation neurologique		
TR13A	Réadaptation neurologique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire élevée	1,348
TR13B	Réadaptation neurologique avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire ou avec traitement particulier	1,114
TR13C	Réadaptation neurologique	1,007
TR14 Réadaptation en médecine interne ou oncologique		
TR14A	Réadaptation en médecine interne ou oncologique coûteuse avec diagnostic de complication	1,191
TR14B	Réadaptation en médecine interne ou oncologique avec limitation fonctionnelle particulière	1,045
TR14C	Réadaptation en médecine interne ou oncologique	0,982
TR15 Réadaptation gériatrique		
TR15A	Réadaptation gériatrique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec traitement particulier	1,072
TR15B	Réadaptation gériatrique	0,973
TR16 Réadaptation musculo-squelettique		
TR16A	Réadaptation musculo-squelettique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec traitement particulier	1,077
TR16B	Réadaptation musculo-squelettique avec limitation fonctionnelle particulière	0,933
TR16C	Réadaptation musculo-squelettique	0,898
TR17 Réadaptation pulmonaire		
TR17A	Réadaptation pulmonaire coûteuse avec capacités limitées ou avec diagnostic particulier ou avec traitement particulier	1,091
TR17B	Réadaptation pulmonaire	0,979
TR18 Réadaptation psychosomatique		
TR18Z	Réadaptation psychosomatique	1,302* 0,838** 0,630***
TR19 Réadaptation cardiaque		
TR19A	Réadaptation cardiaque coûteuse avec limitation fonctionnelle particulière	0,900
TR19B	Réadaptation cardiaque	0,782
TR80 Réadaptation sans autre indication		
TR80Z	Réadaptation sans autre indication	0,782
TR96 Impossible à grouper		
TR96Z	Impossible à grouper	–

* du 1er au 3e jour; ** du 4e au 25e jour; *** à partir du 26e jour.
Source: SwissDRG SA. Catalogue RCG ST Reha 1.0/2022, 12.3.2021
(www.swissdrg.ch → Réadaptation → Système ST Reha 1.0/2022 → Catalogue RCG).

Source tableau : Trezzini, Bruno, et Beatrix Meyer. 2021. « ST Reha 1.0 : le nouveau système tarifaire pour la réadaption hospitalière ». *Bulletin des médecins suisses* 102 (17) : 563-66. https://doi.org/10.4414/bms.2021.19766. (Trezzini & Meyer, 2021)

Critiques

Comme pour TARPSY avec « ST Reha, le lien aux prestations ne se fait pas sous la forme de forfaits par cas, mais sous la forme de forfaits journaliers liés aux prestations, dont le montant varie en fonction du degré de gravité de la maladie, avec une dégressivité en fonction de la durée de l'hospitalisation » (OFSP, 2019).

- **Nombreuses craintes** : « Parmi les médecins hospitaliers en réadaptation interrogés [par gfs.bern], 26 % sont d'avis que le système tarifaire actuel (c'est-à-dire ST Reha) a plutôt un impact positif sur la transparence du traitement, alors que 15 % y voient plutôt un effet négatif. En ce qui concerne les autres aspects abordés, la part des personnes interrogées qui s'attendent plutôt à un impact négatif du système tarifaire est nettement plus élevée que la part des personnes interrogées qui ont une perception plutôt positive de cet impact. La part de réponses négatives est plus importante dans les domaines suivants : les conditions de travail en général (47 %), la satisfaction des patients (47 %), la coopération avec les assureurs maladie (45 %), la liberté thérapeutique (43 %) et la qualité (40 %). Au regard de la liberté thérapeutique notamment, il s'agit de garantir qu'à l'avenir aussi, le médecin et non pas le tarif définisse le traitement de réadaptation approprié » (Trezzini & Meyer, 2022).
- **Pression sur la durée du séjour :** Les cost-weights journaliers (CWJ) du Readptation cost group (RCG) « TR18Z — réadaptation psychosomatique » donne un bon exemple de la pression financière qui peut être exercée sur la durée des séjours. Du 1er au 3e jour, le CWJ est de 1,302 ; du 4e au 25e jour, il baisse à 0,838 ; à partir du 26e jour, il n'est plus que de 0,630, c'est-à-dire 48,39 % de sa valeur initiale (cf. Trezzini & Meyer, 2021).
- **Uniformisation des prestations vers le bas** : Pour PricewaterhouseCoopers, « ST Reha 1.0 prescrit l'intensité de la réadaptation en termes de traitement standard minimum (p. ex. nombre de thérapies par jour), et vise, ce faisant, à uniformiser la qualité et la prestation. Les établissements devront développer quelques offres de réadaptation à bas seuil afin de respecter ces prescriptions » (PwC, 2021, p. 24).

A19 Critiques à l'encontre des modalités de subventionnement de l'OFAS au sens de l'art. 74 LAI[100]

Plusieurs institutions œuvrant dans le domaine des addictions bénéficient, via l'organisation faîtière à laquelle elles sont rattachées, de subventions au sens de l'art. 74 LAI.

Encadré 11 : Principales modalités d'attribution de subventions selon l'art 74 LAI

Subventions pour l'encouragement de l'aide aux invalides (chapitre VIII RAI)

Les art. 108, 108bis, 108ter, 108quater et 110 décrivent les bénéficiaires (les associations faîtières), les prestations considérées et désignent l'OFAS comme organisme compétent pour édicter des directives sur les conditions, le calcul et montant des subventions et la procédure à suivre.

Bénéficiaires de subventions (art. 108 al. 1bis)

Ont droit à des subventions les organisations (…)

a. lorsque la moitié au moins de ses usagers sont des personnes invalides ou leurs proches ;

b. lorsqu'au moins 1000 personnes invalides et leurs proches bénéficient de ses prestations, ou

c. lorsque les coûts complets imputables aux prestations au sens de l'art. 74 LAI s'élèvent à 1 million de francs par an au moins.

Calcul et montant des subventions (108quater al. 1)

1 La subvention versée au partenaire contractuel pour une période contractuelle déterminée correspond au maximum à la subvention accordée pour la période contractuelle précédente, (…)

Directives de l'OFAS (CSOAPH)

L'OFAS décrit — de manière extrêmement détaillée — les procédures pour l'obtention d'une subvention en vertu de l'art. 74 LAI dans la circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées (CSOAPH) et ses 11 annexes (révisés tous les quatre ans), à l'aide de lettres circulaires, de lettres d'information et de formulaires et documents pour le reporting.

Remarques générales

Depuis plusieurs années, les modalités d'attribution de ces subventions (voir encadré) sont l'objet de critiques de la part des organisations de l'aide privée aux invalides. Certaines institutions œuvrant dans le domaine des

[100] Les critiques reprises sous ce point s'appuient sur une analyse des textes réglementaires (cf. encadré), le contenu de trois études, dont une étude non-publiée (cf. Baumgartner et al., 2009; Büro Vatter et al., 2016, 2022), la réponse du Conseil fédéral à la motion 13.3363 portant sur la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (Conseil fédéral, 2018) ainsi que les entretiens conduits dans le cadre de ce travail.

addictions, qui sont au bénéfice de ces mêmes subventions partagent, en partie, les préoccupations de leurs homologues. Nous les survolons brièvement ci-dessous.

- **Carcan réglementaire** : Les critères pour ouvrir un droit sont particulièrement limitatifs (cf. art. 108 al. 1bis RAI), les exigences administratives associées au controlling sont nombreuses (cf. annexes CSOAPH) et le montant des subventions est peu susceptible d'augmenter dans le temps (cf. art 108quater al. 1 RAI)[101].
- **Couverture insuffisante des financements** : L'étude de référence « Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG » (Büro Vatter et al., 2016) fait ressortir une couverture quantitative insuffisante du besoin de prestations, au sens de l'art. 74 LAI.
- **Prestations supplémentaires non remboursées** : Plusieurs organisations constatent que les prestations remboursées par contrat ne couvrent pas les besoins réels des personnes handicapées. De fait, elles fournissent, en plus du volume convenu par contrat, des prestations selon l'art. 74 LAI qui ne sont pas remboursées par l'AI (prestations supplémentaires). Récemment, Inclusion Handicap a mandaté le bureau Vatter afin qu'il estime le volume total des prestations supplémentaires. Celui-ci est très important et se montrait pour la période 2015-2019 à presque 50 millions de francs (cf. Büro Vatter et al., 2022).
- **Charges administratives trop importantes** : Depuis longtemps déjà, les organisations de l'aide privée aux invalides fustigent la charge administrative liée au subventionnement de l'OFAS, en particulier le temps passé à satisfaire les exigences liées au controlling[102]. Selon Baumgartner et Uebelhart, « elles ne comprennent pas pourquoi l'OFAS, qui ne joue qu'un rôle de contrôle, demande dans le cadre du controlling autant de données qui pourraient servir au pilotage » (Baumgartner & Uebelhart, 2009). Cette opinion, exprimée en 2009, reste d'actualité pour certains experts que nous avons interrogés.

Au regard de ce contexte, les organisations de l'aide privée jugent particulièrement inopportun le souhait exprimé par l'OFAS de les voir mettre en œuvre — pour la période 2024-2027 — des éléments de la CDPH, sans pour autant prévoir de nouveaux moyens financiers à cette fin[103].

Remarques spécifiques au domaine des addictions

En raison de spécificités du travail dans le domaine des addictions (comme p. ex. l'importance de la confidentialité ou l'évolution rapide des substances et comportements potentiellement addictifs) les institutions œuvrant ce domaine se retrouveraient, selon les dires de plusieurs personnes interviewées, face à des exigences de l'OFAS particulièrement difficiles à remplir.

- **Exigences administratives difficilement réalisables** : À titre d'exemple, il est demandé aux institutions de fournir à l'OFAS des *listes nominatives* (chap. 1021 CSOAPH) des personnes recevant du conseil social « qui au cours des dix dernières années ont bénéficié d'une prestation individuelle de l'AI au sens du chapitre 3 de la LAI » (chap. 1004 CSOAPH). De telles demandes, qui font fi de la culture professionnelle en place[104], compliquent non seulement la tâche des professionnels impliqués (surcharge administrative) et sont susceptibles de déboucher sur une rupture de confiance entre les professionnels et les usagers.
- **Financements figés en dépit de besoins accrus** : L'art 108quater al. 1 RAI stipule que « la subvention versée au partenaire contractuel pour une période contractuelle déterminée correspond au maximum à la subvention accordée pour la période contractuelle précédente ». Autrement dit, les subventions accordées aux institutions œuvrant dans le domaine des dépendances ne sont pas susceptibles

[101] En 2009, Alard du Bois-Reymond, vice-directeur de l'OFAS notait à ce sujet: « Le financement des prestations au sens de l'art. 74 LAI est par ailleurs soumis, depuis 2004, au frein à l'endettement. Il s'ensuit qu'il ne reste guère de moyens pour développer des prestations nouvelles ou complémentaires. Les finances de l'AI et celles de la Confédération contraignent l'OFAS à observer une interprétation restrictive de la notion d'invalide » (Cf. préface de Baumgartner et al., 2009).

[102] En 2009, presque les trois-quarts des personnes interrogées (72%) par Baumgartner et collègues jugeaient excessif le « temps nécessaire à la justification des prestations et des coûts ». Il en était de même, pour plus de la moitié des personnes sur les « exigences relatives à la justification des prestations et des coûts »(cf. pt 6.4, Baumgartner et al., 2009, p. 58-61).

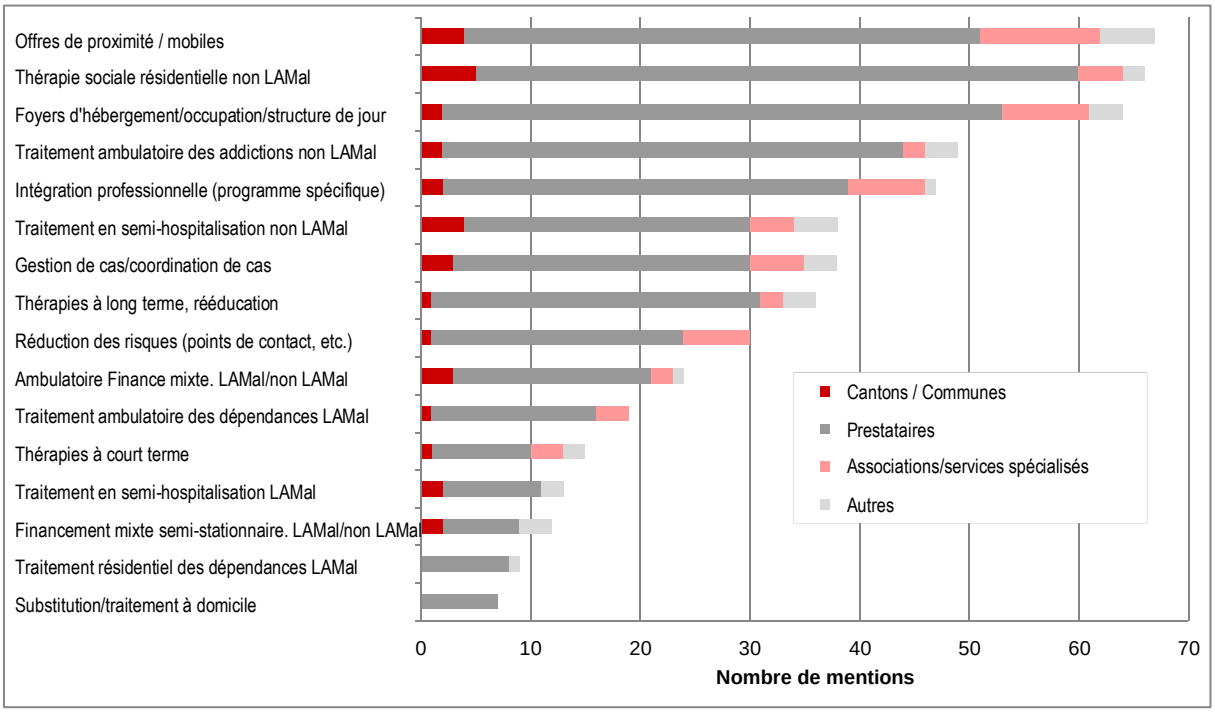
[103] Avant toute nouvelle période contractuelle, l'OFAS organise des échanges avec les organisations faîtières concernant les modifications et les priorités. Cet échange se déroule à l'enseigne du « groupe de suivi de l'art. 74 LAI », dans le cadre duquel des membres des organisations faîtières peuvent présenter la position des fournisseurs de prestations ou des partenaires contractuels.

[104] En raison de la nature illégale des produits consommés et de la stigmatisation associée aux addictions, de nombreuses prestations du domaine se sont développées autour d'une application stricte du principe de confidentialité. A titre d'exemple, dans les domaines de l'accueil à bas seuil d'accessibilité, de la réduction des risques et de l'aide à la survie, cette attention à la confidentialité s'est traduite par la volonté des professionnels de ne pas tenir à jour de dossier nominatif mais de travailler à l'aide de pseudonymes communiqués par les personnes concernées.

d'augmenter, alors même les problématiques addictives concernent chaque jour une proportion croissante de la population affectée par de nouveaux produits et/ou comportements.

A20 Principales lacunes en matière de financement (BASS 2019)

Figure 11 : Domaines dans lesquels les personnes interrogées voient des difficultés et des lacunes majeures dans le financement de l'aide en cas d'addictions dans leur canton (quatre réponses possibles) — par groupe de répondants (BASS 2019)



Source : BASS 2019 : Enquête en ligne auprès des autorités, des prestataires et des services spécialisés, 2019, (13 représentants des cantons/villes, 127 fournisseurs de prestations, 14 associations/services spécialisés, 7 autres ou sans indication de domaine, 161 total), présentation BASS (trad.)

A21 Critiques des contrats/conventions de prestations (non LAMal)

Depuis les années 1990, le « New Public Management »[105] et les contrats/conventions de prestations se sont imposés dans le paysage helvétique. Dans le domaine des addictions, le passage « d'un financement basé sur les intrants, c'est-à-dire le financement de l'organisation qui fournit ensuite certaines prestations, à un financement basé sur les résultats, c'est-à-dire le financement d'une prestation (avec des critères prédéfinis) qui est ensuite exécutée par une organisation qui obtient le mandat » (AvenirSocial, 2021) a été plus tardif et a été accompagné, en décembre 2000, de la publication du premier Référentiel QuaTheDa[106] (Qualité Thérapie Drogue Alcool). Actuellement, le contrat de prestations est devenu la norme en matière de financement des prestations dans le domaine des addictions non soumis à la LAMal.

Les principales critiques à l'encontre de ces modalités de financement sont les suivantes (cf. AvenirSocial, 2021 ; Giauque, 2020 ; M. Meyer, 2020 ; Tabin, 2002) :

- **Bureaucratisation** : Les contrats de prestations contribuent à l'augmentation des contrôles et à une bureaucratisation des activités des salariés. La charge administrative liée aux processus de planification et de reporting augmente de manière significative.
- **Perte d'autonomie professionnelle : «** ce système de gestion s'inscrit dans une tradition de "taylorisation" des activités publiques, supprimant du coup une partie de l'autonomie professionnelle des salariés qui se trouvent en contact avec les usagers et les clients » (Tabin, 2002).

[105] L'approche suisse du New Public Management est fréquemment appelée gestion administrative axée sur les résultats ou, en allemand, Wirkungsorientierte Verwaltungsführung (WoV).

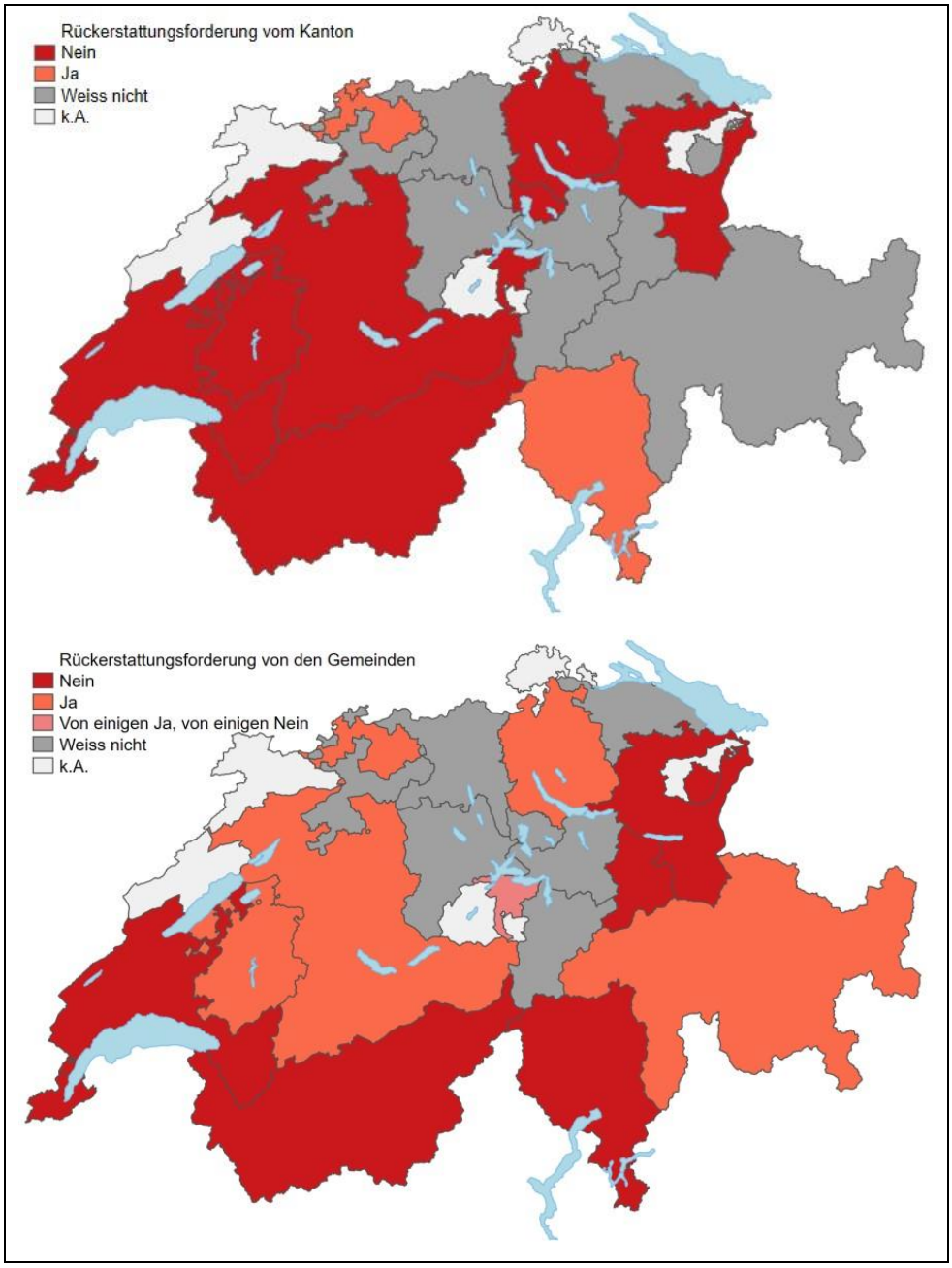
[106] Le référentiel a été révisé en 2006, 2012 et 2020. Selon l'OFSP, environ 80 institutions œuvrant dans le domaine des addictions seraient actuellement certifiées QuaTheDa (Pour plus d'infos, cf. OFSP, 2020).

- **Tri du public cible** : Matthias Meyer nous met en garde sur les conséquences fâcheuses de la mise en œuvre de contrats de prestations axés sur l'efficacité. Il souligne le fait que « l'accent mis sur les résultats peut conduire au développement d'offres pour des "cas faciles". De telles offres permettent de bons résultats à moindre effort et sont faciles à documenter ». Il ajoute « in fine et à l'extrême, les situations plus complexes (qui ont davantage besoin de l'aide (…) ne trouveront plus d'aide » (M. Meyer, 2020).
- **Tyrannie des indicateurs (« indicatocratie »)** : Jean-Pierre Tabin nous dit que « les contrats de prestations postulent que toutes les activités, y compris sociales ou éducatives, peuvent être calibrées et découpées » et ajoute que « pour pouvoir découper une activité avec précision, il faut la réduire à sa plus « simple » expression. En effet, plus un produit est simple, plus il est quantifiable et c'est ce qu'on appelle la « tyrannie des indicateurs ». En conclusion, l'auteur remarque que « les pratiques sociales ou éducatives, traditionnellement, reposent au contraire sur différentes théories et savoir-faire qui postulent que la personne doit être considérée dans sa "globalité" et qu'un travail social et éducatif ne prenant pas en compte les multiples dimensions de son développement est voué à l'échec » (Tabin, 2002).
- **Impacts difficilement évaluables** : Matthias Meyer nous rappelle que « l'évaluation probante des objectifs d'efficacité est extrêmement exigeante et donc coûteuse. Dans de nombreux cas, aucun instrument approprié n'a encore été trouvé pour définir et vérifier ces objectifs ». Il souligne le fait que « l'obtention d'un effet s'inscrit dans une perspective à long terme. Il est donc particulièrement difficile et souvent très coûteux de documenter l'atteinte d'un effet désiré. Une évaluation d'impact sérieuse sera facilement plus coûteuse que les prestations sociales fournies » (M. Meyer, 2020).

A22 Demande de remboursement (BASS 2019)

Les figures suivantes montrent dans quelle mesure les cantons et les communes exigent des (anciens) bénéficiaires de l'aide sociale et des PC AI le remboursement des frais occasionnés par l'aide en cas d'addictions.

Figure 12 : Demande de remboursement de la part des cantons et communes (BASS 2019)



Source figure : BASS 2019 : Enquête en ligne auprès des autorités, des fournisseurs de prestations et des services spécialisés, 2019 (n=21 cantons), présentation BASS

Annexes en lien avec le chapitre 3 — Pistes d'action

A23 Fonds national des dépendances (selon Spinatsch et Hofer, 2004)

Une seconde option se limite à surmonter la fragmentation actuelle uniquement au niveau du financement des différentes politiques en matière de dépendances. Il est proposé de mieux coordonner toutes les taxes liées à des fins de politique des dépendances (p. ex. la dîme de l'alcool, la taxe sur le tabac) ou de les regrouper dans un « fonds national des dépendances » qui alimentera un budget global pour la politique en matière de dépendances (Spinatsch M, Hofer S., 2004, p. 83).

Concrètement, on pourrait poursuivre les options suivantes (Spinatsch M, Hofer S., 2004, p. 97) :

- Introduction de nouvelles tâches de régulation justifiées par la politique sanitaire pour le vin et le cannabis (après dépénalisation). Les recettes seraient utilisées pour remédier aux dommages sociaux occasionnés par l'abus.
- Les impôts sur le tabac et sur la bière qui actuellement n'ont qu'une justification fiscale devraient être désormais associés à un objectif de politique sanitaire comme pour l'alcool distillé.
- Les ressources qui reviendraient à la Confédération par le biais des impôts et taxes en rapport avec les dépendances (alcool, tabac, recettes fiscales des concessions de maisons de jeu, argent de la drogue confisqué) devraient, sur l'exemple de la dîme de l'alcool, être transférées davantage vers les cantons qui supportent la majeure partie des coûts engendrés par les problèmes de dépendance.

A24 Ressources fiscales provenant et allouées aux addictions

N. B. Ce tableau est là pour information, il contient des erreurs. Sa version retouchée figure dans le corps du rapport (→3.3.2)

Tableau 18 : Ressources provenant des addictions, en 2016 (Savary 2018)

En mois CHF	Recettes	AVS/AI	Confédération (non affecté)	Confédération (pour prévention)	Cantons (non affectés)	Cantons (pour prévention)
Tabac	2131,0	2131,0	13,9	13,9	0,0	0,0
Spiritueux	277,5	224,4	26,0	2,2	0,0	24.9
Bières	112,6	0,0	112,6	0,0	0,0	0,0
Loteries	630,0	0,0	0,0	0,0	630,0	3,2
Casinos	323,0	276,0	0,0	0,0	47,0	0,0
Total	**3361,5**	**2631,4**	**152,5**	**16,1**	**701,9**	**28,1**
%	100%	78,3%	4,5%	0,5%	20,9%	0,8%

Source Tableau : Savary, Jean-Félix. 2018. « Financement des prestations : Réformons les taxes sur les produits psychotropes ! » *Dépendances* n°63 (septembre) : 11-14. (J. — F. Savary, 2018)

A25 Nouveaux modèles de rémunération

Encadré 12 : Modèles de rémunération

Capitation (*population-based payment*) : Le principe de la rémunération basée sur une population donnée s'applique à l'ensemble des habitants d'une région ou à des catégories de population précises. Il accorde la priorité aux configurations de soins (complexes) plutôt qu'à des maladies spécifiques. Ce mode de rémunération est un prolongement du principe de coresponsabilité budgétaire des réseaux de médecins, couramment appliqué en Suisse, complété par une coresponsabilité relative à la performance.

Paiement par épisode de soins (*bundled payment*) : Contrairement au précédent modèle, les paiements par épisode de soins sont axés sur des maladies ou des catégories de pathologies spécifiques, et non sur l'ensemble d'une population ou des groupes donnés. La rémunération porte sur l'ensemble des cycles de soins et de traitement (*bundles*) et englobe toutes les prestations fournies par les professionnels de santé mobilisés.

Budget global cantonal : Le budget global peut être considéré comme une variante fondamentale du modèle de rémunération basée sur une population donnée (*population-based payment*). Il concerne l'ensemble de la population d'une région donnée (p. ex. un canton) ou des catégories de population individuelles et couvre toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

Rémunération complémentaire liée à un objectif (*add-on payment*) : Les rémunérations complémentaires versées par les assureurs aux fournisseurs de prestations récompensent la réalisation des objectifs fixés avec ceux-ci. Aucun autre modèle de rémunération liée à la performance n'est aussi facile et rapide à mettre en place. Du point de vue du principe de fonctionnement, ces rémunérations complémentaires constituent la variante minimale de la rémunération liée à la performance.

Source : FMC (2017), « Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 ». Matière à réflexion N° 3. Neuägeri : forum suisse des soins intégrés (FMC, 2017).

Tableau 19 : Opportunités et risques des différents modèles de rémunération liée à la performance (FMC 2017)

Formes de base	Focalisation	Opportunités	Risques
— Capitation (population — based payment) — Budget global cantonal	— Santé et maladies — Catégories de population	— Forte orientation sur (la préservation de) la santé — Intégration de l'ensemble des soins — Accès équitable aux soins, indépendamment de la morbidité	— Accès impossible à des prestations indispensables — La mesure de la performance pour des populations entières est complexe et coûteuse.
— Paiement par épisode de soins (bundled payment) — Rémunération complémentaire liée à un objectif (add-on payment)	— Maladies — Groupes de patients	— Forte orientation sur la prévention des maladies — Intégration des processus de soins — Plus de possibilités de concurrence entre les fournisseurs de prestations (prix et performance)	— Nouvelles fragmentations créées par le principe du « bundling » — Fournisseurs de prestations trop focalisés sur certaines maladies (au détriment des autres)

Source tableau : FMC (2017), « Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 ». Matière à réflexion N° 3. Neuägeri : forum suisse des soins intégrés (FMC, 2017).

A26 Options de LAMalisation (CURAVIVA Suisse, 2019)

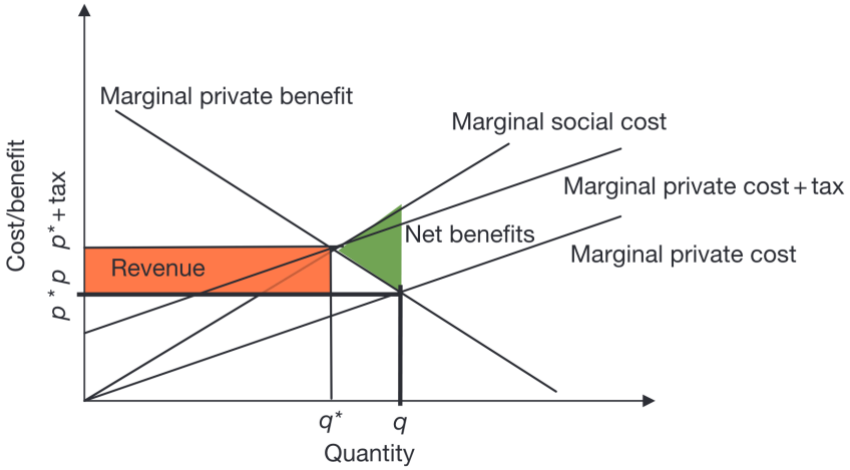
Tableau 20 : Possibilités de facturer à la LAMal pour une institution pour personnes en situation de handicap (CURAVIVA Suisse, 2019)

Option	Avantages	Inconvénients
Obtention de la reconnaissance en tant qu'EMS	— Possibilité de facturer l'ensemble des prestations de soins — L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. peuvent être conçus par l'institution elle-même — Les résidents peuvent — s'ils le souhaitent — vivre toute leur vie dans l'institution	— Coût initial très important (reconnaissance, achat de nouveaux systèmes, acquisition de savoir-faire, affiliation au dossier électronique du patient, etc.) — Coûts d'exploitation très importants (deux systèmes, deux autorités de surveillance, collecte des indicateurs de qualité médicaux, etc.)
Obtention de la reconnaissance comme groupe d'habitation médicalisé	— Possibilité de facturer des prestations de soins dans un groupe d'habitation — L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. peuvent être conçus par l'institution elle-même — Le surcoût se limite principalement aux activités du groupe d'habitation	— Coût initial très important Coûts d'exploitation importants — Peu de flexibilité en cas de variation des coûts des soins (p. ex. résidents requérant des soins plus importants ou taux d'occupation insuffisant) — Des résidents peuvent être contraints de déménager
Collaboration avec un établissement de soins	— Facturation de toutes les prestations de soins par l'établissement de soins — Le savoir-faire en matière de soins est assuré — Les résidents peuvent entrer dans un établissement de soins tenant compte de leurs besoins spécifiques en matière de soins et d'accompagnement	— Coût initial important — Coût de coordination important avec le partenaire — L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. ne sont pas conçus par l'institution elle-même — Les résidents peuvent être contraints de déménager — Éventuellement : fragmentation (au niveau du personnel) des prestations de soins et d'accompagnement — Peu de flexibilité en cas de variation des coûts des soins (p. ex. résidents requérant des soins plus importants ou taux d'occupation insuffisant)
Fonder sa propre organisation d'aide et de soins à domicile	— Facturation de toutes les prestations de soins par l'établissement de soins — L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. peuvent être conçus par l'institution elle-même — Les résidents peuvent — s'ils le souhaitent — rester où ils sont — Flexibilité en cas de variation des coûts de soins	— Coût initial très important — Coûts d'exploitation très importants — Risque de fragmentation (au niveau du personnel) des prestations de soins et d'accompagnement
Collaboration avec une organisation d'aide et de soins à domicile	— Flexibilité élevée en cas de variation des coûts des soins — Les résidents peuvent — s'ils le souhaitent — rester où ils sont — Facturation de prestations de soins clairement définies	— Coût initial important — Coût de coordination important avec le partenaire — L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. ne sont pas conçus par l'institution elle-même — Fragmentation importante (au niveau du personnel) des prestations de soins et d'accompagnement
Mandat à une infirmière diplômée indépendante	— Les résidents peuvent — s'ils le souhaitent — rester où ils sont — Facturation de prestations de soins clairement définies — Coûts modestes, en comparaison avec les autres solutions	— Flexibilité limitée — Risque d'indisponibilité / remplacement durant les vacances — Judicieux uniquement à petite échelle. En cas d'engagement de plusieurs personnes : coûts de coordination très importants

Source : CURAVIVA Suisse. 2019. « Facturation de prestations de soins par les institutions pour personnes en situation de handicap ». (CURAVIVA Suisse, 2019)

A27 Taxe pigouvienne

Figure 13 : La taxe pigouvienne standard (Kallbekken, 2013)



Source figure : Kallbekken, S. 2013. « Public Acceptability of Incentive-Based Mechanisms ». In *Encyclopedia of Energy, Natural Resource, and Environmental Economics*, édité par Jason F. Shogren, 306-12. Waltham: Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375067-9.00013-9 (Kallbekken, 2013)

Selon Kallbekken, la **figure** montre que le bénéfice privé marginal de la consommation du bien diminue avec la quantité demandée, tandis que le coût privé marginal de la fourniture du bien augmente avec la quantité fournie. Dans un marché efficient, le marché s'équilibre lorsque les avantages privés marginaux sont égaux aux coûts privés marginaux. Dans la figure, cela se produit lorsque la quantité est égale à q et que les coûts et avantages sont égaux à p. C'est l'équilibre du marché. Cependant, supposons que la consommation du bien a une externalité négative (par exemple, la consommation d'essence produit une pollution atmosphérique locale). La ligne « coût social marginal » montre le coût marginal externe ajouté au coût marginal privé de la fourniture du bien. L'externalité peut être internalisée en imposant une taxe sur les achats de chaque unité du bien (voir la ligne « coût marginal privé + taxe »), le taux de la taxe étant égal au coût marginal externe à l'optimum social. L'imposition d'une telle taxe déplacerait l'équilibre du marché vers le point p*q*. C'est socialement optimal, car l'externalité est entièrement internalisée (Kallbekken, 2013).

Commentaire : La zone verte montre le bénéfice net de l'imposition de la taxe (réduction des coûts externes moins le manque à gagner pour le consommateur). La zone rouge indique les recettes perçues. Les recettes sont beaucoup plus importantes que les avantages nets ! Il ne s'agit pas d'un artefact de la figure. Pour les taxes pigouviennes (…), les recettes sont généralement plusieurs fois supérieures aux avantages nets. Il y a toujours un gain d'efficacité, car les recettes peuvent être utilisées par le gouvernement pour améliorer le bien-être. (Kallbekken, 2013).

Selon le Collège de France, le **montant de la taxe permettant de corriger les externalités** est le suivant : Le niveau de la taxe doit être égal à la différence entre le coût marginal social et le coût marginal privé pour que la nouvelle courbe d'offre coïncide avec celle intégrant les coûts marginaux externes. Dit autrement, le montant de la taxe doit être égal à la différence entre le prix de marché (égal au coût marginal) et le prix effectivement supporté par la société (égal au coût marginal social) (Collège de France, 2016, p. 17)

A28 Coût social

Tableau 21 : Composantes prises en comptes dans l'estimation du coût social (Polynomics et al, 2020)

Direkte Kosten	Alkohol	Tabak	Drogen	Übrige Süchte
Gesundheitswesen (Krankheit, Unfälle)	✓	✓	✓	✓
Strafverfolgung	✓	-	✓	×
Sachschaden	×	×	×	×
		ungenügende Datenlage		
Admin. Aufwand bei Transferleistungen	×	×	×	×
		schwierig abzugrenzen und geringe Kosten		
Integrationsbemühungen	×	×	×	×
		schwierig abzugrenzen und geringe Kosten		
Prävention & Forschung	×	×	×	×
		keine direkten Kosten der Sucht		
Indirekte Kosten				
Direkte Produktivitätsverluste	✓	×	×	✓ (Glückspiel)
Produktivitätsverluste Morbidität	✓	✓	✓	×
Produktivitätsverluste Mortalität	✓	✓	✓	×
Informelle Pflege	×	×	×	×
		ungenügende Datenlage		
Andere unbezahlte Arbeit	✓	✓	✓	×
Gefängnisaufenthalt	×	×	×	×
		schwierig abzugrenzen und geringe Kosten		
Intangible Kosten				
Verringerte Lebensqualität Süchtige/Konsumenten	✓	✓	✓	×
		keine Berechnung der Kosten, nur DALY		
Verringerte Lebensqualität Dritter	×	×	×	×

Die Tabelle zeigt, welche Kostenkomponenten für welche Sucht in der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden. Der Fokus liegt auf den Süchten Alkohol, Tabak und Drogen.

Source tableau : Polynomics, Barbara Fischer, Beatrice Mäder, et Harry Telser. 2020. « Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht ». Olten : Polynomics AG. Page53.

Tableau 22 : Coûts liés aux addictions en Suisse en 2017 (Polynomics et al. 2020)

	Alcool	Tabac	Drogues	addiction au jeu*	Total	Part
Coûts directs	692	3 044	741	3,1	4 480	57 %
▪ Système de santé	477	3 044	274	3,1	3 798	48 %
▪ Poursuite pénale	215	0	467	-	682	9 %
Coûts indirects	2 151	833	181	218	3 383	43 %
▪ Pertes de productivité mortalité	29	83	5	-	117	1 %
▪ Pertes de productivité morbidité	614	750	176	-	1 540	20 %
▪ Pertes de productivité directes	1 508	-	-	218	1 726	22 %
Total	**2 843**	**3'877**	**922**	**221**	**7 863**	100 %

* seuls les coûts partiels sont pris en compte

En 2017, les coûts liés aux addictions en Suisse s'élevaient à 7,9 milliards de francs. Les coûts directs pour le système de santé et le système de poursuite pénale se chiffraient à 4,5 milliards de francs, tandis que les coûts indirects, calculés en utilisant la méthode des coûts de friction, étaient de 3,4 milliards de francs. La consommation d'alcool est responsable de 36 % de ces coûts, la consommation de tabac de 49 % et la consommation de drogues de 12 %.

Source tableau : Polynomics, Barbara Fischer, Beatrice Mäder, et Harry Telser. 2020. « Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht ». Olten : Polynomics AG. Page16.

Tableau 23 : Coût social des substances engendrant la dépendance en Suisse (Jeanrenaud et al. 2005)

	Drogues illégales	Alcool	Tabac
Données épidémiologiques			
Consommateurs	30 000	357 000	1 950 000
Décès à l'année de référence	322	2 137	8 300
Années de vie productive perdues	11 304	28 500	49 700
Coûts, en milliards de francs*			
Coûts directs	1,4	0,8	1,5
Coûts indirects	2,3	1,5	4,0
Coûts humains	0,4	4,4	5,2
Coût social	**4,1**	**6,7**	**10,7**
Coût en % du PIB	1,0	1,7	2,7

*Estimation 2000 pour les coûts de l'alcool et du tabac.

Tableau 24 : Coûts médicaux directs du jeu excessif en milliers de francs, 2007 (Jeanrenaud et al. 2012)

Type d'interventions	Nombre d'interventions	Coût unitaire*	Coûts médicaux directs
Médecin généraliste	2 970	235	698
Psychiatre/psychologue	1 260	960	1 210
Hôpital stationnaire	400	12 750	5 100
Centre spécialisé	540	2 715	1 466
Total			8 474

Sources : Enquête suisse sur la santé 2007, BASS 2009

* Selon BASS 2009