

# Projet TADAM

## RAPPORT FINAL

### Section III – RÉSULTATS

#### Chapitre F.

## F. Analyse socioéconomique

### ***Analyse coûts-bénéfices comparée des traitements DAM et méthadone : l'expérience TADAM (2011-2012)***

*Rédigé par Didier Van Caillie,*

*Professeur Ordinaire, Directeur du Centre d'Etude de la Performance des Entreprises  
sur base de l'audit comptable interne et des analyses préparées par France Riguelle, Sophie Arnould et  
Rima Rouhana, Chercheuses au CEPE*

## Table des matières

<b>0. SYNTHÈSE.....</b>	<b>3</b>
0.1. Objectif du chapitre .....	3
0.2. Design de la recherche .....	3
0.3. Cadre de la recherche.....	3
0.4. Participants.....	4
0.5. Principaux indicateurs de résultats .....	4
0.6. Résultats.....	4
0.7. Conclusions.....	5
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
1.1. Le cahier des charges de l’analyse défini par le protocole de recherche .....	6
1.2. Les objectifs de l’étude .....	7
1.3. Les limites de l’étude .....	9
<b>2. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>12</b>
2.1. Paradigme dominant .....	12
2.2. Champ scientifique dominant .....	12
2.3. Perspective socio-économique adoptée : une approche coûts-bénéfices.....	13
2.4. Méthodologie analytique comptable retenue.....	18
<b>3. RÉSULTATS.....</b>	<b>21</b>
3.1. Modélisation de l’expérimentation .....	21
3.2. Les coûts observés .....	24
3.3. Les retombées sociétales valorisées.....	28
<b>4. ANALYSE ET DISCUSSION .....</b>	<b>33</b>
4.1. Analyse de sensibilité CVP de type "Coût – Volume – Profit" .....	33
4.2. Analyse de la structure de coûts observée .....	34
4.3. Analyse des inducteurs de coûts dominants .....	34
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>36</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>37</b>
<b>7. ANNEXES .....</b>	<b>38</b>
7.1. Annexe I : Tableau des indices de prix à la consommation dits "index-santé" pris en compte dans l’analyse .....	38
7.2. Annexe II : Les éléments-clés des états financiers de la Fondation Privée TADAM diffusés par la Centrale des Bilans de la Banque Nationale de Belgique.....	39
7.3. Annexe III : Détail des coûts analytiques par nature .....	39

## Section III. Résultats

### Chapitre F : Analyse socioéconomique - Analyse coûts-bénéfices comparée des traitements par diacétylmorphine et méthadone : l'expérience TADAM (2011-2012)

Le présent chapitre porte sur une analyse coûts-bénéfices comparée des traitements par diacétylmorphine et par méthadone mis en œuvre dans le cadre du projet global TADAM en 2011 et 2012, conformément au protocole de recherche "Projet pilote de traitement assisté par diacétylmorphine – Comparaison entre un traitement par diacétylmorphine et les traitements par méthadone" approuvé en juin 2010.

#### 0. Synthèse

##### 0.1. Objectif du chapitre

Ce chapitre a pour but de déterminer le niveau d'efficacité socio-économique d'un traitement par diacétylmorphine comparé à un traitement classique par méthadone dans le cas de patients sévèrement dépendants à l'héroïne de rue et qui résistent aux traitements existants.

##### 0.2. Design de la recherche

La recherche socio-économique est basée sur une analyse de type "coûts-bénéfices" adaptée au contexte spécifique du traitement expérimental TADAM et menée au départ de deux échantillons contrôlés randomisés de patients suivis durant 12 mois consécutifs durant la période [2011-2012] dans un contexte organisationnel homogène contrôlé.

##### 0.3. Cadre de la recherche

Le cadre de la recherche est le programme de traitement de patients par diacétylmorphine et par méthadone mené dans une ville unique (Liège, Belgique), dans un contexte organisationnel homogène contrôlé, supporté par le protocole de recherche validé intitulé "Projet pilote de traitement assisté par diacétylmorphine – Comparaison entre un traitement par diacétylmorphine et les traitements par méthadone" approuvé en juin 2010.

## 0.4. Participants

Les participants sont ceux de l'échantillon de 74 patients représentatifs de la population des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne de rue qui résistent aux traitements existants et qui acceptent de se déplacer entre une et trois fois par jour vers le centre de délivrance structuré mis en place pour le traitement expérimental.

## 0.5. Principaux indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats retenus sont :

- Les coûts réels observés durant la période [2011-2012] induits par le traitement des patients sous revue, que ces coûts soient fixes ou variables par nature.
- Les bénéfices sociétaux mesurés par la différence entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle issue de la différence comptable entre les recettes sociétales induites durant la période d'observation de l'expérimentation et les coûts sociétaux induits durant cette même période, identifiés sur base de déclarations auto-rapportées par les participants et récoltées de manière systématique durant la période de traitement.

## 0.6. Résultats

Le coût journalier de traitement par patient dans le groupe expérimental s'élève à 133,33 EUR par jour en moyenne en 2011 et à 176,55 EUR par jour en 2012.

Compte tenu de l'extrême variabilité des situations, tant en termes de traitement médicamenteux que d'accompagnement, nous estimons le coût journalier d'un patient soumis au groupe de contrôle à 9 EUR, avec un maximum de 14 EUR pour les cas extrêmes.

Les résultats suivants sont par ailleurs observés :

- un coût moyen annuel de traitement du patient médian de l'expérimentation de 23 127,37 EUR,
- un coût moyen annuel estimé d'un patient médian du groupe de contrôle traité par méthadone de 3 285 EUR,
- et donc un surcoût estimé généré par le traitement expérimental par rapport au traitement de contrôle de 19 842,37 EUR.

Le bénéfice sociétal additionnel généré par le groupe expérimental par rapport au groupe de contrôle est de 81 298 EUR si l'on tient compte des recettes sociétales générées mais aussi des inévitables coûts sociétaux additionnels induits par une réinsertion rapide des patients du groupe expérimental dans la vie sociale et dans un processus de suivi médical traditionnel. Il s'élève à 150 992 EUR si l'on ne tient compte que des recettes sociétales additionnelles

générées au sein du groupe expérimental durant la période d'inclusion de chaque patient (soit 4 441 EUR par patient), dont près de 71 % est imputable à la diminution des coûts judiciaires.

## 0.7. Conclusions

Le coût journalier de traitement par patient dans le groupe expérimental s'élève à 133,33 EUR, sur base des résultats observés pendant l'année 2011 que nous considérons comme année de référence, et le traitement par diacétylmorphine induit un surcoût annuel observé par patient de 19 842,37 EUR en regard d'un traitement type par méthadone.

Dans la mesure où le montant des retombées sociétales annuelles additionnelles auto-rapportées par les patients du groupe expérimental durant leur période d'inclusion dans le projet s'élève entre 2 391 EUR par patient (si l'on inclut tant les recettes sociétales que les coûts sociétaux incrémentaux) et 4 440 EUR par patient (si l'on inclut que les recettes sociétales incrémentales), le traitement par diacétylmorphine s'est avéré moins efficace économiquement que le traitement par méthadone dans le cadre précis de cette étude contrôlée randomisée ayant inclus 74 patients.

Toutefois, la durée d'observation limitée des retombées sociétales induites par le traitement par diacétylmorphine conduit à sous-estimer significativement l'ampleur finale de ces retombées sociétales.

## 1. Introduction

### 1.1. Le cahier des charges de l'analyse défini par le protocole de recherche

Le protocole de recherche "*Projet pilote de traitement assisté par diacétylmorphine – Comparaison entre un traitement par diacétylmorphine et les traitements par méthadone*" tel qu'approuvé en juin 2010 décrit en détail les finalités, la nature et la mise en œuvre du traitement expérimental TADAM.

Il définit les contours de l'analyse économique à mener comme suit : "*L'objectif de l'analyse économique consiste à évaluer les coûts relatifs des traitements par diacétylmorphine et par méthadone, tel qu'ils seront pratiqués, sans les coûts de la recherche, ni les coûts ponctuels liés au lancement du projet. Il s'agit d'une analyse au niveau sociétal qui prend en compte les différents coûts et bénéfices pour le patient et la société dans son ensemble (en calculant notamment les bénéfices liés à une éventuelle diminution de la criminalité). Elle aura également comme objectif secondaire de proposer des améliorations destinées à diminuer les coûts du traitement par héroïne*" (p. 87).

Au plan méthodologique, ce même protocole de recherche précise que, "*pour permettre une comparaison de cette analyse avec celles réalisées aux Pays-Bas et en Allemagne dans le cadre du traitement assisté par héroïne (Dijkgraaf et al., 2005 ; Schulenburg, 2006), les mêmes outils de base seront utilisés : l'EuropASI et l'European Quality of Life 50 (EQ-5D ou EuroQOL) de l'EuroQOL Group. Pour compléter ces outils, des questions sont rajoutées à l'EuropASI.*" (p. 88).

Dans le cadre du présent chapitre, l'expression "traitement expérimental TADAM" fait référence à l'ensemble des tâches mises en œuvre pour assurer l'exécution conforme de ce protocole de recherche. Cet ensemble de tâches se décompose en deux volets :

- Le volet "recherche scientifique" englobe l'ensemble des tâches liées à la bonne exécution du volet purement scientifique du protocole. Il ne fait pas l'objet d'une évaluation dans le cadre du présent chapitre, puisque situé hors du champ de l'évaluation économique préconisée.
- Le volet "traitement" englobe l'ensemble des tâches liées au traitement médical et médicamenteux et à l'accompagnement psycho-social des patients suivis dans le cadre du protocole de recherche. Il fait l'objet de l'évaluation économique menée dans le cadre du présent chapitre.

## 1.2. Les objectifs de l'étude

- ***La question de recherche principale***

La question de recherche principale posée dans le cadre de la présente évaluation socio-économique découle directement du protocole du traitement expérimental : "Sous quelles conditions l'expérimentation menée, à savoir le traitement par diacétylmorphine, s'avère-t-il efficace économiquement en regard du traitement alternatif par méthadone ?" <sup>1</sup>.

Cette question de recherche se décline en 3 composantes successives complémentaires les unes des autres :

1. Une évaluation des coûts induits par les traitements par diacétylmorphine et par méthadone tels qu'ils sont mis en œuvre dans le contexte défini par le protocole qui fixe les contours du traitement expérimental TADAM, en les isolant des coûts induits par le volet "recherche scientifique" ainsi que des coûts éteints <sup>2</sup> et des coûts liés à la terminaison <sup>3</sup> de l'expérimentation.
2. Une évaluation des retombées sociétales induites durant la période d'inclusion de chaque participant par le suivi du traitement qui lui est propre, tel que encadré par le protocole expérimental TADAM. Ces retombées sont observées tant du point de vue du patient en lui-même que de la collectivité dans son ensemble et sont évaluées au terme du traitement au niveau de chaque patient intégré à celle-ci. La valeur incrémentale des retombées sociétales propres aux patients du groupe expérimental en regard de la valeur des retombées sociétales propres aux patients du groupe de contrôle constitue le bénéfice sociétal observé estimé lié spécifiquement au traitement expérimental TADAM.
3. Une analyse coûts-bénéfices du traitement expérimental TADAM menée dans une perspective d'efficacité économique <sup>4</sup>, basée sur une comparaison des coûts réels

---

<sup>1</sup> D'un point de vue socio-économique comptable, le raisonnement sous-jacent est de ce fait un raisonnement incrémental en coûts et recettes marginales par rapport aux coûts et recettes du traitement alternatif.

<sup>2</sup> Les coûts éteints (ou "sunk costs") correspondant à l'ensemble des coûts réalisés préalablement à la réalisation d'un investissement ou au lancement d'un projet et dont les effets dépassent les contours de la période ou fenêtre d'évaluation, soit qu'ils correspondent à des investissements qui ne sont plus exploités par la suite (ce qui est le cas, en l'espèce), soit qu'ils correspondent à des investissements qui sont abandonnés pour des raisons purement stratégiques par l'organisation qui les a réalisés (Van Caillie, 2005) (De Rongé, 2003).

<sup>3</sup> Les coûts de terminaison (ou "termination costs") correspondent à l'ensemble des coûts induits par l'arrêt d'un investissement ou la fin d'un projet à durée limitée et imputables uniquement à cet arrêt (Van Caillie, 2005) (Drury, 2012). Ils englobent notamment les frais liés au licenciement et au dédommagement éventuel du personnel, les frais de remise en état d'origine des infrastructures utilisées et les frais de démantèlement des ressources techniques utilisées dans le cadre du projet. A titre d'information, soulignons que le montant de ces frais ne sera connu qu'après la mi-juillet 2013.

<sup>4</sup> Une étude comptable analytique menée dans une perspective d'efficacité économique consiste à transposer, dans le champ de comptabilité interne d'une organisation ou d'un projet, le raisonnement économique traditionnel

observés durant le traitement expérimental et des bénéfices sociétaux incrémentaux générés par celui-ci. Cette comparaison est menée dans une perspective de mesure de l'efficacité économique de projets de soins de santé telle que définie et décrite par le "*WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*" (World Health Organization, 2003)<sup>5</sup>.

- ***L'objet de recherche étudié***

L'objet de recherche étudié est le patient inclus dans le traitement expérimental TADAM : il répond aux critères d'inclusion fixés par le protocole de recherche et son profil est décrit par ailleurs en détail dans le présent rapport final.

- ***Les contours de l'objet de coût étudié : fenêtre d'observation et durée d'observation***

L'objet de coût étudié est le coût de traitement généré par chaque patient durant son intégration dans le traitement expérimental TADAM. Il revêt donc deux modalités possibles exclusives l'une de l'autre : le coût de traitement expérimental par diacétylmorphine et le coût du traitement de contrôle par méthadone.

La fenêtre d'observation démarre avec l'inclusion dans le projet du premier patient, le 17 janvier 2011, et s'achève avec la sortie du dernier patient hors du périmètre de l'expérimentation, le 8 janvier 2013. Seuls les coûts relatifs à des tâches menées durant cette fenêtre d'observation et liés au volet "traitement" du traitement expérimental TADAM sont donc inclus dans la présente étude<sup>6</sup>. Quant aux bénéfices sociétaux, ils sont estimés sur base

---

d'efficacité "coûts / bénéfices" et consiste à se poser la question : "Durant la période d'observation du projet, celui-ci a-t-il généré des recettes ou des économies supérieures aux coûts qu'il a générés ?".

Elle se distingue d'une analyse menée dans une perspective d'efficacité économique (analyse par ailleurs non prévue par le protocole de recherche en tant que telle, notamment en raison des arguments mis en avant par l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2003)), analyse dont la question de recherche serait alors : "Dans quelles conditions le projet mené conduit-il à maximiser le rapport Recettes / Coûts" et qui fait alors appel largement à des concepts issus du champ de la probabilité pour estimer, sur base de données observées en nombre minimal (au moins 30 patients au profil de données complet), des intervalles de confiance autour d'un rapport "recettes/coûts" observé moyen.

<sup>5</sup> Comme le soulignent les auteurs du rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2003), "traditional <cost-benefit> analysis has focused on assessing new or additional interventions in comparison with current practice. <So>, it is difficult to use this type of "incremental" analysis to determine if the current mix of interventions represents an efficient use of resources. Secondly, for all but the richest countries, the cost and time required to evaluate the large number of interventions and identify opportunities to enhance efficiency are prohibitive. It is important to maximize the possibility of generalizing results from one setting to another. The approach of generalized CEA (GCEA) proposed in the Guide seeks to provide analysts with a method of assessing whether the current mix of interventions is efficient as well as whether a proposed new technology or intervention is appropriate. It also seeks to maximize the generalizability of results across settings. The WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis should be considered as complementary to existing guidelines on CEA. GCEA proposes the evaluation of interventions against the counterfactual of "doing nothing", thereby providing decision-makers with information on what could be achieved if they could start again to build the health system, i.e. reallocate all health resources."

<sup>6</sup> Les coûts liés au volet "recherche scientifique" sont logiquement imputés uniquement à l'objet de coût "recherche scientifique" et ne sont pas intégrés au présent chapitre. Par ailleurs, les coûts antérieurs au début de la fenêtre d'observation sont intégrés dans les coûts éteints et pris en charge au plan analytique par une charge d'usage en fonction de leur consommation réelle durant la fenêtre d'observation, alors que les coûts postérieurs à la fin de la



des faits auto-rapportés par les patients tant du groupe expérimental que du groupe de contrôle interrogés aux temps T0, T3, T6, T9 et T12 respectivement.

La durée d'observation de l'objet de coût est de 12 mois, conformément aux prescrits définis dans le protocole de recherche de l'expérimentation.

- ***L'unité de mesure retenue***

Pour permettre la comparabilité des résultats en termes de coûts entre les traitements par diacétylmorphine et par méthadone, l'unité de mesure de l'objet de coût retenue est le coût de traitement par jour par patient. Pour rendre homogène la présentation des conclusions, le coût de traitement annuel par patient est aussi utilisé.

L'unité de mesure retenue pour l'évaluation des retombées sociétales est quant à elle la valeur globale actualisée au terme de la fenêtre d'observation <sup>7</sup> (donc, au 8 janvier 2013) des retombées sociétales auto-déclarées par les patients conformément au protocole du traitement expérimental et valorisées sur base de valeurs estimées au départ de données externes pertinentes, elles-aussi actualisées au terme de la fenêtre d'observation. Le choix des mesures des retombées sociétales et les techniques de valorisation utilisées sont adaptées au plus près du modèle développé par Dijkgraaf e.a. (2005) et des indicateurs issus des référentiels de l'EuropASI et l'European Quality of Life 50 (EQ-5D ou EuroQOL) de l'EuroQOL Group tels que intégrés dans le protocole de recherche (essentiellement lors des entretiens de suivi menés avec chaque patient aux temps T0, T3, T6, T9 et T12 respectivement).

### 1.3. Les limites de l'étude

- ***Les limites inhérentes aux données analytiques disponibles***

Le protocole de recherche du traitement expérimental TADAM n'impose pas aux responsables du projet, en tant que telles, des normes, des règles ou des procédures à suivre en matière de tenue d'une quelconque comptabilité analytique à finalité interne, notamment en vue de fournir les informations nécessaires au volet "évaluation économique" de l'expérimentation.

Par ailleurs, le mode de structuration et de gouvernance du projet, qui associe les niveaux de pouvoir fédéraux, régionaux et locaux, et amène à la collaboration de centres partenaires

---

fenêtre d'observation sont intégrés en totalité dans les coûts de terminaison de l'expérimentation et sont donc exclus du périmètre de la présente étude.

<sup>7</sup> Toutes les données comptables utilisées dans le cadre du présent rapport sont actualisées, s'il échet, au 8 janvier 2013 sur base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation dit "indice-santé" calculé par le SPF Economie et diffusé par ses soins. Le tableau reprenant les valeurs d'indices retenues est repris à l'Annexe I.

organisés généralement sous la forme d'ASBL, d'une fondation privée (la Fondation TADAM) et d'entités organisationnelles publiques (Ville, Région), fait du mode d'organisation de l'expérimentation une forme complexe et hybride, soumise à la fois aux prescrits de la Loi Comptable et de ses Arrêtés d'Exécution (Loi du 19.10.1976 et AR y afférents) et aux obligations de contrôle budgétaire applicable aux différents niveaux de pouvoir en Belgique.

De ce fait, il est logique que les documents comptables tenus au sein de la Fondation TADAM et que les différents rapports de contrôle émis tant par le Réviseur d'Entreprise que par les contrôleurs publics externes soient rédigés, jugés et validés dans une perspective de contrôle externe (pour ce qui concerne le travail du Réviseur de la Fondation TADAM) et de contrôle budgétaire au sens strict du terme, perspective toutefois différente de celle poursuivie dans le cadre du présent chapitre (à savoir, une perspective de contrôle interne visant à identifier avec précision les coûts réels générés par la consommation des ressources rares durant l'exécution du volet "traitement" du traitement expérimental TADAM et à valoriser les retombées sociétales observables de l'expérimentation).

Dès lors, il a été nécessaire, au départ de la comptabilité générale détaillée tenue par le comptable de la Fondation TADAM et des rapports émis par les différentes instances de contrôle du projet, de reconstituer une base de données comptables analytiques, qui intègre le coût de la consommation réelle des ressources imputables exclusivement<sup>8</sup> au volet "traitement" de l'expérimentation durant la fenêtre d'observation retenue sur base d'une analyse des justificatifs de facturation s'il y a lieu ou sur base des imputations comptables générales s'il n'y a pas d'ambiguïté.

Cette base de données analytique a ensuite été organisée et structurée de manière à permettre la mise en œuvre de la méthodologie décrite au point 2 ci-après. Elle n'a pas fait l'objet d'une validation externe par un auditeur assermenté et spécialement désigné à cette fin<sup>9</sup>.

- ***Les limites inhérentes au protocole de recherche sensu stricto***

Les limites inhérentes au protocole de recherche sensu stricto concernent quant à elles l'évaluation des retombées sociétales du volet "traitement". Ces données, conformément aux prescrits du protocole, sont récoltées à différents moments-clés du processus de traitement (à savoir les temps T0, T3, T6, T9 et T12), sur base de données généralement auto-rapportées par les patients et récoltées selon un protocole strict. Etant partiellement auto-rapportées par les patients, elles intègrent une composante de subjectivité difficile à évaluer, dont l'importance diminue d'un point de vue théorique avec l'accroissement du nombre de patients inclus dans

---

<sup>8</sup> Le caractère exclusif de la consommation de ressources naît à la fois d'une analyse détaillée des documents comptables internes repris dans les 16 fardes de justificatifs transmis au SPF Santé Publique et d'une analyse détaillée des documents de travail élaborés par le Secrétariat Social.

<sup>9</sup> Le protocole de l'expérimentation ne prévoit en effet ni cette obligation, ni le budget pour la mettre en œuvre.

l'expérimentation (par compensation mécanique des sur- et des sous-évaluations individuelles).

Par ailleurs, l'objectif assigné de réalisation d'une analyse "coûts-bénéfices" comparée des coûts réels observés générés par l'expérimentation et des retombées sociétales incrémentales induites durant la période d'expérimentation conduit de facto à une comparaison de coûts réels observés (données objectivées) et de recettes et coûts d'opportunités sociétaux auto-rapportés limités à la fenêtre d'observation (données partiellement subjectives), ce qui amène à limiter la généralisation des résultats obtenus <sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Ceux-ci doivent être donc considérés comme des ordres de grandeur, certes précis, et non comme des valeurs dites absolues.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Paradigme dominant

L'analyse réalisée s'inscrit dans le paradigme dominant de la "Resource-Based View" de l'organisation (Wernerfelt, 1984), qui voit toute organisation ou tout projet comme un ensemble de ressources humaines, techniques, immatérielles et financières rares que les gestionnaires ou responsables de projet doivent coordonner de manière optimale en vue d'atteindre tant des objectifs économiques d'efficacité (définie comme la capacité à atteindre de manière récurrente les objectifs assignés à l'organisation ou au projet) que d'efficience (définie comme la capacité à être efficace tout en minimisant le ratio "Outputs ou résultats obtenus / Inputs ou ressources consommées") (Milgrom, Roberts, 1997).

Dans le cadre du présent chapitre, conformément aux prescrits du protocole de recherche (p. 87), seule l'application de ce paradigme dans une perspective d'efficacité économique est retenue.<sup>11</sup>

### 2.2. Champ scientifique dominant

L'analyse s'inscrit dans le champ scientifique de la recherche en comptabilité des coûts (ou "Cost Accounting Research"), auquel elle emprunte ses concepts, méthodologies, outils et pratiques de référencement.

Le domaine d'application (à savoir une problématique de santé publique) permet par ailleurs de positionner aussi la présente étude dans le champ de la recherche en socio-économie de la santé, auquel quelques outils, méthodologies et concepts sont de ce fait aussi empruntés.

---

<sup>11</sup> L'utilisation de ce paradigme dans une perspective d'efficience amènerait à devoir calculer des fonctions d'utilité probabiliste (dans la lignée de l'approche dite de "cost utility" utilisée par exemple par Dijkgraaf en 2005), dont la pertinence s'avère toutefois peu élevée (et donc les intervalles de confiance très larges) compte tenu du faible nombre de patients du groupe expérimental ayant parcouru toutes les étapes de l'expérimentation (27 patients) et du nombre très important de patients ne rapportant pas de recettes ou de coûts sociétaux durant leur période d'inclusion.

### 2.3. Perspective socio-économique adoptée : une approche coûts-bénéfices

- *Nature des coûts pris en considération*

Les coûts pris en considération sont les coûts réels observés durant la fenêtre d'observation et imputables sans ambiguïté à l'objet de coût considéré, le patient en traitement dans le cadre du projet couvert par le protocole de recherche.

Comme souligné ci-avant, dans la mesure où aucun système analytique comptable interne n'est a priori défini et formalisé dans le protocole de recherche considéré, les coûts réels observés sont identifiés dans un premier temps au sein de la comptabilité générale de la Fondation Privée TADAM telle qu'établie par son comptable interne, certifiée ensuite par le Réviseur d'Entreprise légalement désigné pour ce faire et publiée enfin par la Centrale des Bilans de la Banque Nationale de Belgique.

Une analyse systématique des documents probants utilisés pour tenir cette comptabilité générale conduit :

- D'abord, à isoler (sur base des dates de la consommation effective de ressources concernées) les coûts imputables soit à la période d'observation, soit à la période préparatoire à celle-ci (les coûts y afférents sont alors considérés comme des "coûts éteints"), soit à la période postérieure à celle-ci (les coûts y afférents sont alors considérés comme des "coûts de terminaison" liés à la gestion de la fin du projet en lui-même)<sup>12</sup>. Seuls les coûts imputables à la période d'observation sont alors retenus.
- Ensuite, à isoler parmi ceux-ci les coûts induits directement par la consommation d'une ressource rare (humaine, matérielle, immatérielle ou financière) par l'objet de coût considéré (le patient en traitement dans le cadre du protocole de recherche précité) et les coûts induits par la consommation d'une ressource rare dans le cadre de la gestion du projet et de la structure organisationnelle (en l'occurrence, la Fondation Privée TADAM et les centres partenaires pour ce qui les concerne) mise en place pour encadrer le volet "traitement" du traitement expérimental TADAM. Ces derniers coûts sont alors considérés et globalisés en tant que "coûts fixes indirects" par rapport à l'objet de coût considéré<sup>13</sup> et rejetés du processus d'analyse de cet objet de coût<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Les « coûts cachés » liés au fait que certaines ressources soient sous-utilisées à certains moments de la période d'observation (notamment au cours du dernier trimestre de l'année 2012, caractérisé par un nombre faible de patients en cours de traitement comparé aux périodes précédentes) ne peuvent pas être estimés, en raison de l'absence de « feuilles de temps » analytiques susceptibles de permettre une telle mesure comptable.

<sup>13</sup> En matière de gestion d'un projet, les coûts peuvent être caractérisés selon deux angles d'analyse complémentaires :

- Le premier caractérise les coûts en fonction de leur nature variable (à savoir proportionnelle directement au nombre de bénéficiaires du projet) ou fixe (à savoir contingente à la structure mise en place pour encadrer le projet en termes d'infrastructure et de moyens matériels, humains et financiers).
- Le second caractérise les coûts en fonction de leur lien de causalité avec l'objet de coût étudié, en l'occurrence ici le patient en traitement dans le cadre du traitement expérimental TADAM : les coûts directs sont générés

- **Nature des bénéfices sociétaux pris en considération**

Comme le soulignent Vander Laenen e.a. (2011) au terme de leur étude «Drogues en chiffres III », « *une étude sur le coût social est recommandée car ce type de recherche précise quel est le coût économique et social que la toxicomanie implique* » : une telle étude constitue de ce fait « *un élément essentiel d'une recherche coût-efficacité et d'une analyse coûts-avantages* » car « *elle peut indiquer quels sont les investissements indispensables et ce que ces investissements peuvent finalement rapporter, le soi-disant retour sur investissement* » (Lievens & Caulkins, 2010).

La réalisation d'une telle étude exhaustive est toutefois complexe, dans la mesure où les résultats sociétaux qu'elle appréhende font sentir leurs effets de manière multi-dimensionnelle, au travers de dimensions diverses complémentaires les unes des autres mais aussi inter-reliées (dimensions telles que l'impact sur le sentiment de bien-être du patient, sur son intégration et son parcours de vie professionnel, sur son environnement familial et social, sur son éventuel parcours judiciaire, ...).

Ces effets se concrétisent par ailleurs sur des échelles de temps peu compatibles entre elles : si l'impact sur le bien-être du patient et son parcours judiciaire, par exemple, est quasi immédiat, il faut par contre souvent plusieurs mois, si pas années, pour que l'impact sur l'intégration professionnelle et son parcours de vie soient perceptible et donc mesurable. Ainsi, l'expérience HeGeBe (2010) repose encore aujourd'hui sur les enseignements d'une seule (mais vaste) étude des retombées sociétales d'un traitement par diacétylmorphine menée en 1997, étude dont la stabilité des résultats reste supposée d'année en année en raison de la difficulté à dégager le budget extrêmement conséquent nécessaire à la reconduction d'une telle étude.

Dans ce contexte, comme évoqué ci-avant, les bénéfices sociétaux considérés dans l'analyse menée sont limités aux bénéfices sociétaux calculés sur base d'une déclaration auto-rapportée des retombées sociétales engendrées auprès du patient durant la fenêtre d'observation (la *quantité* ou *volume* des bénéfices) et d'une *valorisation* de ces retombées par référence externe à des études, recherches ou études scientifiques récentes permettant de valoriser le plus objectivement possible chaque retombée en fonction de sa nature générique<sup>15</sup> :

---

indubitablement par l'objet de coût (personnel soignant et d'encadrement, médicaments, ...) qui provoque alors l'apparition du coût, alors que les coûts indirects sont des coûts générés de manière indirecte par l'objet de coût au travers des activités de support (direction et supervision, gestion comptable et financière, ...) qui sont absolument nécessaires pour sa réalisation.

<sup>14</sup> Le lecteur intéressé trouve toutefois un relevé exhaustif des rubriques et montants concernés dans la colonne «CFI» de l'Annexe III, qui détaille les dépenses analytiques imputables sans ambiguïté à l'exercice, par la Fondation Privée TADAM, d'une mission autre que celle de l'encadrement spécifique du traitement expérimental TADAM.

<sup>15</sup> Une valorisation individuelle au cas par cas de chaque retombée sociétale pour chaque patient s'avère en effet impossible à effectuer, en raison d'une part de l'obligation légale du respect de la vie privée de chaque patient soumis à l'expérimentation et d'autre part de la limitation du budget "temps" et "moyens financiers" disponible pour l'évaluation de ces retombées sociétales.

- Le choix de la nature des bénéfices sociétaux considérés s’effectue par référence au modèle proposé par Dijkgraaf e.a. (2005) et l’estimation de leur volume est effectuée au départ des données récoltées aux temps T3, T6, T9 et T12 lors des entretiens menés par l’équipe de recherche avec chaque patient respectivement.
  - Nous organisons les indicateurs de performance sociétale retenus (indicateur de coût ou indicateur de bénéfice) selon le référentiel de performance équilibrée sous-jacent au modèle de la "Balanced ScoreCard" proposé par Kaplan et Norton (1992), qui voit la performance de toute organisation ou de tout projet comme résultant d’un savant équilibre permanent entre sa performance financière (le point de vue des apporteurs de fonds du projet), sa performance externe (le point de vue des bénéficiaires du projet, en l’espèce ici les patients considérés), sa performance interne (le point de vue des acteurs du projet, en l’espèce ici l’ensemble des collaborateurs impliqués au quotidien dans le suivi du projet) et sa performance sociétale (son impact sur l’ensemble de la collectivité).
  - Nous distinguons ainsi :
    - Les indicateurs de performance liés à la perspective sociétale, qui mesurent l’impact sociétal du traitement expérimental du point de vue de la société dans son ensemble. Compte tenu des données récoltées lors des entretiens de suivi avec chaque patient, l’impact judiciaire (au travers du nombre auto-déclaré de jours passés en détention) et l’évaluation auto-rapportée par les patients du coût total de l’ensemble des délits commis (qui couvrent les faits de vol, de recel, d’outrage public aux bonnes mœurs, de coups et blessure, d’extorsion de fonds et de trafic de drogue) durant la fenêtre d’observation s’avèrent mesurables et sont retenus.
    - Les indicateurs de performance liés à la perspective externe (appelée ci-après "perspective patient"), qui mesurent l’impact du traitement expérimental sur le bien-être physique et mental et sur le niveau d’insertion social, économique et professionnel des patients bénéficiaires du traitement. Compte tenu des données récoltées lors des entretiens de suivi avec chaque patient, nous retenons les indicateurs suivants :
      - Des indicateurs de santé physique et mentale :
        - Le nombre moyen de consultations pour problèmes de santé physique ou mentale en cabinet privé, en maison médicale ou à l’hôpital.
        - Le nombre d’hospitalisations pour problèmes de santé physique.
        - Le nombre de traitements en externe pour problèmes de drogue ou d’alcool.

- Le nombre d'hospitalisations pour problèmes de drogue ou d'alcool.
- Des indicateurs de réinsertion sociétale :
  - Le nombre de consultations auprès de spécialistes de l'aide sociale pour problèmes de santé physique ou pour problèmes psychologiques (réinsertion psycho-médicale).
  - Le nombre de consultations auprès de spécialistes de l'aide sociale pour problèmes judiciaires (réinsertion judiciaire).
  - Le nombre de consultations auprès de spécialistes de l'aide sociale pour une recherche d'emploi ou de formations, pour une remise en ordre administrative ou pour une recherche de logement (réinsertion professionnelle et sociale).
  - Le nombre de consultations auprès de spécialistes de l'aide sociale pour la recherche de revenus ou pour la résolution de problèmes financiers (réinsertion financière).
  - Le nombre de consultations auprès de spécialistes de l'aide sociale pour la résolution de problèmes familiaux ou inter-personnels (réinsertion familiale).
- Les indicateurs de performance liés à la perspective interne, qui mesurent l'impact du traitement expérimental en termes d'apprentissage, de comportement ou de connaissances nouvelles sur les acteurs de terrain impliqués au quotidien dans le projet. Ils sont essentiellement de nature qualitative et sont discutés par ailleurs dans le présent rapport final. N'ayant été valorisés qu'au travers du bilan social de la Fondation Privée TADAM et n'ayant été valorisés à ce jour que pour 2011 <sup>16</sup>, nous ne les intégrons pas davantage dans notre analyse socio-économique.
- Enfin, les indicateurs de performance liés à la perspective financière issue de l'expérimentation, qui mesurent les conséquences financières du traitement expérimental du point de vue de la société dans son ensemble, au travers essentiellement de sa capacité à réintégrer dans les circuits traditionnels d'aide sociale, d'allocations de chômage ou de remplacement de revenus et dans le milieu professionnel les patients bénéficiaires de l'expérimentation. Sont retenus à ce niveau les montants des pensions d'invalidité et de retraite, des allocations de chômage, des allocations

---

<sup>16</sup> Ils sont valorisés pour 2011 pour une valeur de 6 047 EUR, à concurrence de 85,5 % pour la formation professionnelle à caractère informel à charge de l'employeur.



d'aide sociale et des allocations médicales estimées sur base des données auto-rapportées par les patients lors des entretiens d'évaluation menés aux temps T3, T6, T9 et T12.<sup>17</sup>

- Dans la mesure où les données de volume sont récoltées tantôt aux temps T6 et T12 seulement, tantôt à toutes les périodes et dans la mesure où les questions posées portent systématiquement sur les faits auto-rapportés par les patients interrogés couvrant les 30 derniers jours seulement avant l'entretien, toutes les données sont d'abord totalisées, rapportées à une période unique de 1 mois en fonction du nombre de temps auxquels elles sont récoltées<sup>18</sup> puis extrapolées<sup>19</sup> sur une année<sup>20</sup>.
- Quant à la *valeur* attribuée à chaque fait auto-rapporté par les patients (que nous appelons son coût unitaire), nous l'estimons en établissant le profil-moyen le plus vraisemblable du patient qui l'a auto-rapporté sur base des données disponibles et en vérifiant auprès de l'administration compétente pour chaque fait respectivement (à savoir le plus souvent l'INAMI, le SPF Justice, le SPF Economie, les CPAS ou les mutuelles) le montant adapté à ce profil moyen. Soulignons toutefois que la valorisation des faits issus de l'intégration du questionnaire-type EQ-5D relatif à la qualité de vie des patients n'a pas toujours été possible, car l'identification de ce profil-moyen nécessitait d'avoir accès aux données privées personnelles de chaque patient, données protégées du sceau de la confidentialité.

Enfin, la valeur des retombées sociétales calculées pour l'ensemble des patients du groupe expérimental sur base de leurs déclarations auto-rapportées est comparée à la valeur de ces mêmes retombées sociétales mais auto-rapportées par les patients du groupe de contrôle. Lorsque les coûts sociétaux sont plus élevés parmi les patients du groupe de contrôle que parmi les patients du groupe expérimental, nous enregistrons un bénéfice sociétal incrémental (additionnel) au profit du groupe expérimental DAM d'une valeur égale à la différence entre ces deux montants. Inversement, lorsque les coûts sociétaux sont plus faibles parmi les patients du groupe de contrôle que parmi les patients du groupe expérimental, nous enregistrons un coût sociétal incrémental au détriment du groupe expérimental DAM d'une valeur égale à la différence entre ces deux montants.

<sup>17</sup> Tenus par la clause de confidentialité conclue avec chaque patient, il n'a logiquement pas été possible de valider ces données ou de les compléter auprès des administrations compétentes respectivement pour chaque matière.

<sup>18</sup> Elles sont donc divisées par 2 ou par 4 selon chaque indicateur spécifiquement.

<sup>19</sup> Le fait que les patients aient été inclus progressivement dans l'expérimentation sur une période de 12 mois permet en effet d'éliminer tout biais de circonstances qui serait né de l'inclusion massive de tous les patients au même moment dans le projet, et de s'assurer que les faits rapportés par chaque patient lors de chaque entretien d'évaluation couvrent bien globalement de manière relativement équilibrée toutes les périodes de l'année.

<sup>20</sup> Elles sont donc multipliées par 12.

## 2.4. Méthodologie analytique comptable retenue

- *Une approche analytique en coûts spécifiques*

Compte tenu de la question de recherche posée et de l'objet de coût retenu, la méthode analytique comptable retenue est celle de l'approche en coûts semi-complets ou en "coûts spécifiques" (De Rongé, 2012) (Van Caillie, 2005), particulièrement bien adaptée au suivi analytique comptable dans le cadre de la gestion de projets (Gervais, 2010).

Cette approche, recommandée par le Législateur comptable belge (Loi du 17 juillet 1975 et AR du 08.10.1976) pour la tenue des comptes de stock nécessitant l'usage de données analytiques, consiste à imputer sur l'objet de coût considéré l'ensemble des charges variables qu'il a générées et la quote-part des charges fixes imputable uniquement aux investissements réalisés pour servir directement l'objet de coût considéré (à savoir les charges fixes directes qu'il induit).

**Tableau I : Tableau d'imputation générale des coûts à l'objet de coût "patient en traitement"**

	Coûts variables	Coûts fixes
<b>Coûts directs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût des ressources matérielles directes consommées quotidiennement (substances, fournitures médicales, ...)</li> <li>• Honoraires médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Charge d'usage liée à la quote-part de l'amortissement des investissements réalisés pour mener à bien le projet</i></li> <li>• <i>Coût des ressources humaines (personnel infirmier, médical, paramédical) nécessaires au traitement des patients et engagées dans les liens d'un contrat de travail</i></li> <li>• <i>Frais de fonctionnement liés à l'exercice de l'activité mais indépendants de l'exercice même des prestations (loyers et assurances)</i></li> </ul>
<b>Coûts indirects</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Autres locations diverses</i></li> <li>• <i>Frais énergétiques (eau, électricité, chauffage)</i></li> <li>• <i>Frais de fonctionnement liés au support à l'activité (informatique, téléphonie)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u><i>Coûts exclus de l'analyse car non imputables directement à l'objet de coût considéré (frais liés au support à la gestion de l'expérimentation en tant que telle occasionnés au sein de la Fondation TADAM)</i></u></li> </ul>

Dans le cadre de la présente étude, le tableau d'imputation générale des coûts à l'objet de coût "patient en traitement" se présente comme représenté au Tableau I.

- ***Une modélisation du fonctionnement quotidien du traitement expérimental TADAM à base de processus, d'activités et de tâches***

La modélisation du fonctionnement quotidien de l'expérience étudiée est une modélisation à base de processus, d'activités et de tâches, dans une logique de gestion intégrée à base de processus ("Process-based management" ou PBM) dérivée du modèle de la "Chaîne de Valeur" organisationnelle de Porter (1982). Elle est basée sur la volonté de représenter le fonctionnement d'un projet ou d'une organisation sur base exclusive de la réalité observée des différentes activités principales (liées à la finalité première du projet) et de support (support

général à la gestion et support direct aux activités principales) que ses différents acteurs déploient au quotidien.

Les activités retenues dans l'analyse sont identifiées sur base de la définition traditionnelle proposée par Lorino (1996) : une activité est un ensemble de tâches élémentaires réalisées par un individu ou un petit groupe d'individus, faisant appel à un savoir-faire spécifique, homogène en termes de coût et de performance et qui débouchent sur la réalisation d'un output clairement identifié au bénéfice d'un "client" interne ou externe à l'organisation, au départ d'un panier d'inputs (facteur "travail", facteur technique, facteur immatériel informationnel).

En l'espèce, les activités retenues sont toutes de type technologique (préparation des injections, préparation des locaux, contrôle médical et pharmaceutique, ...) ou administratif (suivi des patients, validation et encodage des prestations, ...) <sup>21</sup>. Pour faciliter la lecture des analyses menées, elles sont ensuite rassemblées en quelques processus clés liés étroitement à la "Chaîne de Valeur" spécifique de l'expérimentation, ces processus étant constitués d'ensemble homogène d'activités complémentaires réalisées en vue de l'atteinte d'un objectif global induit par le maillon de la "Chaîne de Valeur" auquel le processus est associé <sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Elles correspondent toutes à des verbes d'action que le chercheur peut observer réellement en s'immergeant dans le vécu opérationnel quotidien de l'expérimentation.

<sup>22</sup> Un processus peut être considéré comme un ensemble cohérent de "macro-tâches" réalisées au quotidien dans l'organisation et qui nécessitent une combinaison homogène de savoirs et de savoir-faire (Lorino, 1996).

### 3. Résultats

#### 3.1. Modélisation de l'expérimentation

- *Le contrôle interne et externe des données comptables*

Le traitement expérimental TADAM est mené à l'intérieur du site unique de la Rue Florimont. Ce site <sup>23</sup> ne bénéficie pas d'une personnalité juridique propre mais est géré par la Fondation Privée TADAM.

La Fondation Privée TADAM <sup>24</sup> est fondée pour une durée indéterminée sous le régime juridique de la "Fondation Privée" <sup>25</sup> le 4 décembre 2008 avec pour objet social "*la prise en charge médicale des troubles liés aux substances psycho-actives et le soutien de la recherche en matière de traitement assisté par diacétylmorphine*". Elle est fondée par la Ville de Liège, la Province de Liège, 3 Intercommunales de soins et d'hospitalisation et un Centre Hospitalier organisé en ASBL.

Le contrôle de sa comptabilité est mené sur base du référentiel comptable applicable à une Fondation (essentiellement l'AR du 30 janvier 2001) par un Réviseur d'Entreprise agréé<sup>26</sup>. Ce contrôle a été mené conformément aux dispositions légales et selon les normes de révision applicables en Belgique telles que édictées par l'Institut des Réviseurs d'Entreprises. Ces normes de contrôle requièrent que le contrôle soit organisé et exécuté de manière à obtenir une assurance raisonnable que les comptes annuels ne comportent pas d'anomalies

<sup>23</sup> Il s'agit en l'espèce d'une surface et d'une infrastructure intégrée à un ensemble plus vaste (le Commissariat de Police de Liège-Centre), qu'elle jouxte. Elle fait l'objet d'une location qui intègre également un forfait pour consommations d'eau et d'électricité.

<sup>24</sup> Selon les statuts de la Fondation Privée TADAM tels que publiés aux Annexes du Moniteur Belge du 26 février 2009.

<sup>25</sup> Il ressort de la Loi du 2 mai 2002 et de ses arrêtés complémentaires que la "Fondation Privée" est une forme juridique particulière du Droit Belge construite autour d'un patrimoine affecté de manière distincte et claire par ses fondateurs pour la réalisation d'un objectif clairement identifié dans ses statuts. Juridiquement, il s'agit d'une simple personne morale, sans membres, ni actionnaires : dès sa création, elle n'appartient plus à personne et vit donc uniquement pour permettre la réalisation de son objet.

Sa nature "Privée" requiert uniquement que la Fondation soit constituée en vue de réaliser un but désintéressé déterminé. Sa comptabilité est tenue selon les règles et prescrits de la Loi Comptable belge telle que applicable aux ASBL (essentiellement l'AR du 30 janvier 2001). L'établissement de ses comptes annuels relève de la responsabilité de ses organes de gestion et son contrôle en est assuré par un Réviseur d'Entreprise, à l'initiative de ses organes de gestion. Le mode de publication de ses comptes annuels dépend de la taille de la Fondation (en l'espèce, elle prend la forme d'une publication auprès de la Centrale des Bilans de la Banque Nationale de Belgique, vu la taille considérée comme moyenne de la Fondation Privée TADAM). Enfin, sa dissolution doit toujours emprunter la voie judiciaire, les motifs de dissolution trouvant leurs racines dans le fait que les moyens de la fondation sont épuisés ou que le but fixé a été réalisé.

<sup>26</sup> En l'espèce, le contrôle révisoral est mené par le Cabinet HLB Dodémont – Van Impe & Co SCRL, représenté par Monsieur Pierre Lerusse, Réviseur d'Entreprises.

significatives. Ces normes prévoient également de tenir compte de l'organisation de la Fondation en matière administrative et comptable, ainsi que des dispositifs de contrôle interne que ses dirigeants ont mis en œuvre pour garantir la bonne tenue de sa comptabilité interne.

Dans son rapport du 7 mars 2012 relatif au contrôle des états financiers 2011 de la Fondation, le Réviseur d'Entreprises constate que *"les états financiers ont été tenus conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en Belgique"*. Il met toutefois en évidence le fait que le secrétaire-comptable de la Fondation a exercé durant 4 mois la fonction de coordinateur-général de la Fondation, en l'absence de la personne habilitée à cette fonction. *"Ceci a représenté un cumul de fonctions représentant une faiblesse de contrôle interne"* de la Fondation <sup>27</sup> ; toutefois, *"les contrôles approfondis"* menés par le Réviseur sur cette période n'ont révélé aucune anomalie, ce qui nous amène donc à valider aussi la robustesse et la pertinence de la comptabilité interne et de la comptabilité externe de la Fondation pour l'exercice 2011 et à baser notre présente analyse sur son contenu pour cette période.

Au terme de son rapport du 8 avril 2013 relatif quant à lui aux états financiers 2012 de la Fondation Privée TADAM, le Réviseur d'Entreprises établit une attestation sans réserve des comptes annuels 2012. Nous validons en conséquence aussi la robustesse et la pertinence de la comptabilité interne et de la comptabilité externe de la Fondation pour l'exercice 2012 et basons notre analyse de cette période sur son contenu.

L'analyse des documents internes établis au sein de la Fondation Privée TADAM et l'examen de la réalité de terrain telle que reflétée par divers reportages et articles de presse nous amènent ensuite à modéliser le processus (et donc le circuit) informationnel de traitement du patient au sein du site d'exploitation de l'expérimentation selon le schéma reproduit à la Figure 1 <sup>28</sup>.

Cette analyse des flux d'information et donc de la manière dont se construit pas à pas la base de données utilisée pour supporter les analyses et recommandations formulées dans le présent rapport trouve son point de départ, au niveau de sa lecture, dans l'icône « Base de données » <sup>29</sup>.

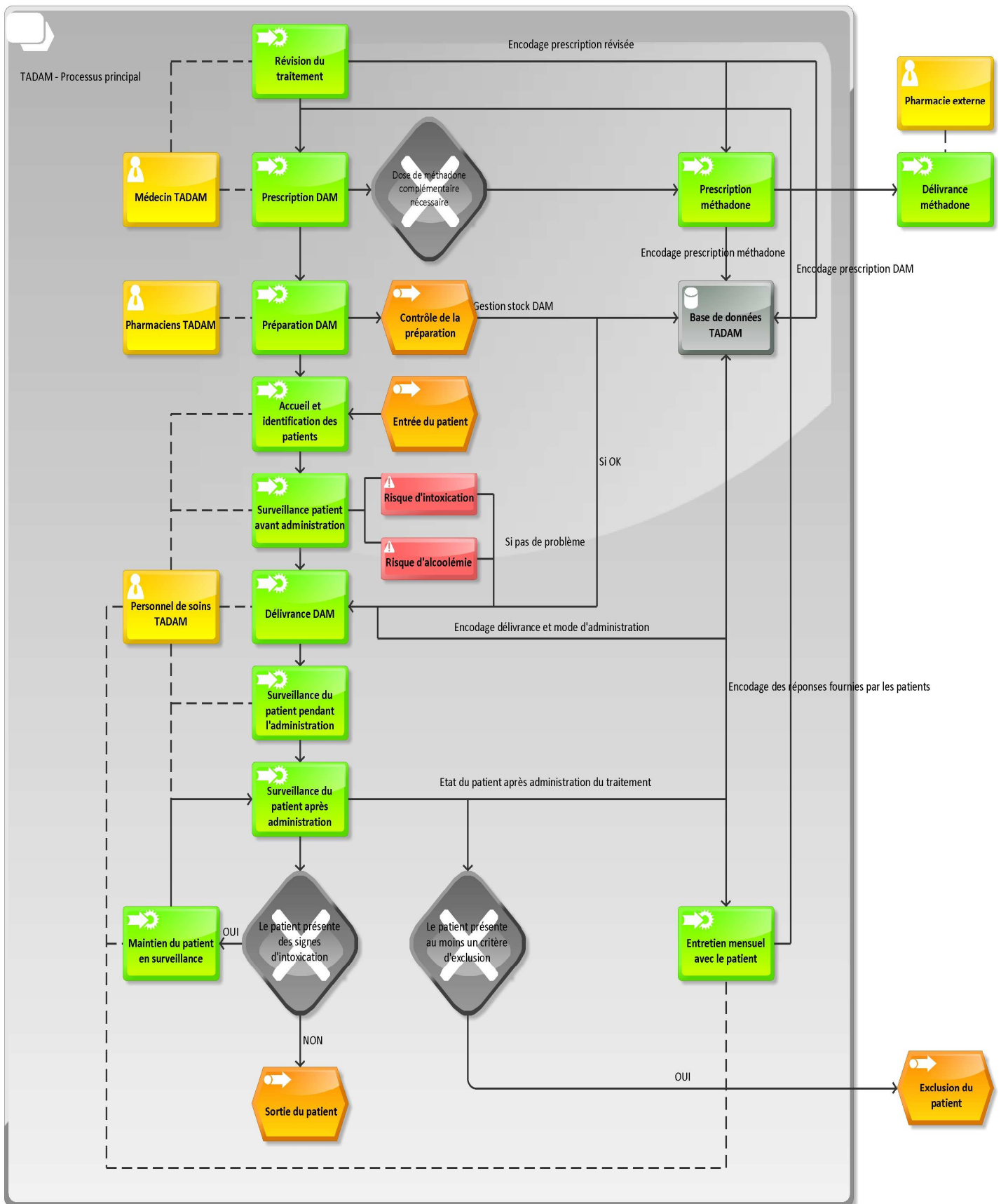
L'analyse des bases de données auxquelles nous avons eu accès n'a pas mis en évidence d'incohérences ou d'infractions en regard de ce processus informationnel type et nous amène donc à valider la pertinence et la complétude de leur contenu.

<sup>27</sup> Puisque, durant cette période, le secrétaire-comptable a été amené à contrôler des états financiers et une comptabilité analytique établie par lui-même, ce qui peut potentiellement provoquer un risque significatif d'auto-contrôle et donc de faible contrôle.

<sup>28</sup> Les activités y sont représentées par un rectangle vert, les ressources humaines consommées par chaque activité par un rectangle orange (donc les acteurs impliqués) et les points de contrôle par des losanges oranges (en ce compris l'inclusion d'un patient dans l'expérimentation).

<sup>29</sup> Cette modélisation ne correspond donc pas strictement au « circuit du patient en traitement au centre de la Rue Florimont », même si elle s'en rapproche largement.

Figure 1 : Le processus informationnel d'un patient intégré au traitement expérimental TADAM sur le site Florimont : le processus de génération des données comptables



### 3.2. Les coûts observés

- *Les coûts par nature*

L'Annexe III reprend le détail des ressources consommées par nature.

Les charges d'exploitation rapportées dans la comptabilité générale sont respectivement de 1 034 688 EUR pour 2011 et de 1 013 622 EUR pour 2012. Après examen systématique et retraitement, les charges analytiques incorporées pour 2011 s'élèvent à 1 022 040 EUR et à 1 006 019 EUR pour 2012, soit un taux d'incorporation de 98.78 % pour 2011 et de 99.25 % pour 2012.

Le tableau II détaille, par catégorie générique de ressources consommées, ces coûts analytiques totaux par nature directe ou indirecte et par nature fixe ou variable en regard de l'objet de coût "traitement du patient expérimental".

*Tableau II: Décomposition analytique des coûts générés par le traitement du patient expérimental.*



	Coûts variables			Coûts fixes				
Coûts directs	Ressources matérielles directes (fournitures et traitement médical)	2011	116 238,85 €	13,77%	Charges d'usage liées aux investissements	2011	59 084,25 €	7,00%
		2012	107 314,27 €	13,07%		2012	56 737,83 €	6,91%
	Honoraires médicaux et pharmaceutiques	2011	166 171,35 €	19,68%	Coût des ressources humaines directes (corps infirmier, médical & paramédical)	2011	442 825,65 €	52,44%
		2012	136 641,11 €	16,65%		2012	454 014,98 €	55,31%
					Frais de fonctionnement de support à l'activité (loyers, assurances, ...)	2011	41 520,71 €	4,92%
						2012	51 449,53 €	6,27%
Coûts indirects	Frais de fonctionnement	2011	18 529,74 €	2,19%	Coûts du support « Fondation TADAM » (hors champ de l'analyse)	2011	177 669,48 €	17,38% complet
		2012	14 644,15 €	1,78%		2012	185 217,21 €	18,41% complet
Charges variables totales		2011	300 939,94 €	35,64%	Charges fixes directes	2011	543 430,61 €	64,36%
		2012	258 599,53 €	31,51%		2012	562 202,34 €	68,49%
Charges analytiques totales		2011	844 370,55 €					
		2012	820 801,87 €					

Les charges analytiques imputables au traitement du patient expérimental s'élèvent donc à 844 370,55 EUR pour 2011 et à 820 801,87 EUR pour 2012. Seuls ces coûts sont pris en considération dans la suite de l'analyse et les coûts liés spécifiquement au fonctionnement de la Fondation TADAM n'ayant pas de lien explicite direct avec l'expérimentation sont donc exclus du champ de notre analyse.

Les charges variables représentent 35.64 % du coût imputable au traitement du patient expérimental en 2011 et 31.51 % en 2012. En conséquence, les charges fixes représentent respectivement 64.36 % de ce coût en 2011 et 68.49 % en 2012.

- **L'état des ressources consommées**

L'Annexe III reprend le détail des ressources consommées par nature, tant au niveau du Site « centre DAM » (EXP) au sein duquel a eu lieu le traitement expérimental TADAM qu'en ce qui concerne la Fondation Privée TADAM<sup>30</sup> (ADM).

Nous constatons que les ressources humaines directes absorbent 72.12 % des coûts en 2011 (par le biais du coût du personnel engagé sous contrat de travail et par le biais des divers honoraires des professions médicales et para-médicales impliquées dans le projet) et 71.96 % en 2012.

Les ressources matérielles liées aux investissements représentent 7 % du coût en 2011 et 6.91 % en 2012, alors que le coût des ressources matérielles directes (fournitures et préparation médicale) représente 13.77 % du coût en 2011 et 13.07 % du coût en 2012.

- **Les coûts par objet de coût considéré**

- Le coût de traitement par jour par patient sous traitement par diacétylmorphine

*Tableau III : Situation des patients à la fin de leur participation dans le projet  
(Source : chapitre « Efficacité »).*

<b>Rétention 1 : Situation des patients à la fin de leur participation dans le projet</b>			
	<b>DAM</b>	<b>METHA</b>	<b>Total</b>
Rétention (patient dans le traitement alloué par la randomisation)	27 (75%)	13 (34%)	<b>40 (54%)</b>
Arrêt volontaire	3 (8%)	19 (50%)	<b>22 (30%)</b>
Exclu	5 (14%)	0 (0%)	<b>5 (7%)</b>
En prison	0 (0%)	3 (8%)	<b>3 (4%)</b>
Refus d'être recontacté	0 (0%)	3 (8%)	<b>3 (4%)</b>
Décédé	1 (3%)	0 (0%)	<b>1 (1%)</b>
<b>Total</b>	<b>36 (100%)</b>	<b>38 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>

Le tableau III nous apprend que 36 patients ont été inclus dans le groupe expérimental et 38 dans le groupe de contrôle. Des 36 patients inclus dans le groupe expérimental, 27 arrivent au bout du processus expérimental.

L'examen des registres du pharmacien de l'expérimentation montre par ailleurs un total de 10 982 jours de traitement (ce qui représente 83,57 % des 36 patients \* 365 jours d'inclusion

<sup>30</sup> Pour information uniquement, ces dépenses étant considérées comme charges fixes indirectes (CFI) en regard de l'objet de coût considéré et donc exclues de notre analyse. Ces dépenses représentent 17,38 % du coût complet de la Fondation Privée TADAM pour 2011 et 18,41 % pour 2012.

= 13 140 jours de traitement théoriques prévus par le protocole expérimental), répartis à concurrence de 6 333 jours en 2011 (soit 57,66 % des jours de traitement effectif) et de 4 649 jours de traitement en 2012 (soit 42,33 % des jours de traitement effectif). Ce déséquilibre s'explique par une inclusion plus importante de patients en début de fenêtre d'observation <sup>31</sup>

Le coût complet par patient inclus initialement dans le groupe expérimental s'élève dès lors à 23 454,74 EUR pour 2011 et à 22 800,05 EUR pour 2012 en base annuelle. Si on ne prend en considération que les 27 patients en situation de rétention, le coût complet annuel par patient s'élève à 31 272,08 EUR pour 2011 et à 30 400,07 EUR pour 2012.

Le coût journalier de traitement par patient dans le groupe expérimental s'élève quant à lui à 133,33 EUR par jour en 2011 <sup>32</sup> et à 176,55 EUR par jour en 2012 <sup>33</sup>.

- Le coût de traitement par jour par patient sous traitement par méthadone

Le coût de traitement par jour par patient intégré au groupe de contrôle se calcule en sommant le coût journalier moyen de prise en charge du patient dans l'un des centres partenaires agréés et le coût journalier pour chaque patient de la préparation de chlorhydrate de méthadone et de sa consommation en pharmacie.

Le coût journalier moyen lié à la prise en charge du patient pour son suivi dans un des centres partenaires s'élève <sup>34</sup> à 6,99 EUR <sup>35</sup>, sur base des données comptables relatives aux charges d'exploitation récoltées auprès des 3 centres pour les années 2010, 2011 et 2012 <sup>36</sup> et des données de fréquentation rapportées par ces mêmes centres pour 2010, 2011 et 2012. <sup>37</sup>

Quant au coût journalier d'une préparation de chlorhydrate de méthadone, l'INAMI confirme la littérature scientifique en signalant que *"le chlorhydrate de méthadone est remboursable comme matière première incorporée dans une préparation magistrale. Il est cependant difficile, voire impossible de donner une idée d'un quelconque montant remboursé. En effet, le remboursement par*

<sup>31</sup> La durée du traitement a varié en fonction du délai entre le premier jour de la prescription (qui était également le premier jour de la participation dans le projet) et le premier jour de l'administration de diacétylmorphine dans le centre.

<sup>32</sup> Ce montant est obtenu en divisant le coût complet imputable aux patients du groupe expérimental pour chaque année (par exemple, 844 370 EUR pour 2011) par le nombre de jours de traitement effectif recensés pour le groupe expérimental pour l'année considérée (en l'occurrence, 6 333 pour 2011).

<sup>33</sup> A titre indicatif, il ressort du rapport de l'expérience suisse HeGeBe 2010 (HeGeBe, 2011) qu'une journée de traitement dans un centre HeGeBe en 2011 a coûté 62 CHF, soit 46.50 EUR au cours de change du 30 juin 2011.

<sup>34</sup> Il s'agit d'une moyenne des coûts supportés par les différents centres partenaires, pondérée par le nombre de patients inclus dans l'expérimentation et issus de chaque centre respectivement.

<sup>35</sup> Le coût le plus faible est de 5,50 EUR pour le centre le plus important et le plus élevé de 10,55 EUR pour le centre le plus petit. Ce coût est par ailleurs aussi impacté significativement par la diversité des services offerts par chaque centre considéré : au plus la diversification des activités (et donc des subsidiations) est élevée, au plus le coût journalier de service moyen est faible.

<sup>36</sup> A ce jour, seul un centre est capable de délivrer une information certifiée quant à l'exercice comptable 2012.

<sup>37</sup> Le centre le plus petit rapporte un nombre moyen de patients sur les 3 années de 220, alors que le centre le plus grand rapporte un nombre moyen de 630 patients. L'écart-type entre les 3 années considérées est de 80 patients pour les centres les plus grands et de 20 patients pour le centre le plus petit.

*l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les préparations magistrales est calculé comme suit :*

- *Coût total de la préparation = coût des principes actifs et des excipients + honoraires du pharmacien (différents suivant la forme galénique) + éventuellement les accessoires.*
- *Intervention personnelle des bénéficiaires : le montant payé par les patients est défini par module. Il faut savoir qu'un module est un nombre d'unités de prises mais qui diffère suivant la forme galénique de la préparation.*
- *L'intervention de l'assurance étant la différence entre ces 2 points précédents.*

Une étude récente de Treillet (2011) montre toutefois que, en France, ce coût s'établit de 0,31 EUR à 3,55 EUR par gélule ou comprimé pour un traitement de 60 mg, soit de 0,62 EUR à 7,10 EUR par jour, avec un coût journalier moyen observé sur un échantillon de 22 patients suivi systématiquement en milieu hospitalier de 1,32 EUR<sup>38</sup>. Or, dans le cadre de la présente expérimentation, il ressort du volet « Efficacité » du rapport d'évaluation finale que la dose moyenne de méthadone par patient du groupe de contrôle s'est élevée, sur base de données auto-rapportées, à 67 mg.

En conséquence, compte tenu de l'extrême variabilité des situations, tant en termes de traitement médicamenteux que d'accompagnement, nous pouvons estimer le coût journalier d'un patient soumis au groupe de contrôle entre 8,31 EUR et 14 EUR pour les cas extrêmes, avec une moyenne proche de 9 EUR si le profil de comportement de l'échantillon observé en France est comparable au profil de comportement observable en Belgique.

### **3.3. Les retombées sociétales valorisées**

Les retombées sociétales directes observées durant la période d'observation auprès des patients du groupe expérimental et du groupe de contrôle sont reproduites au Tableau IV, en volume (à savoir la quantité de chaque événement auto-déclarée par les patients lors des différents entretiens menés avec l'équipe de recherche en T3, T6, T9 et T12 respectivement) et en valeur (sur base d'une estimation récente, actualisée au terme de la période d'observation, du coût de chaque unité d'événement déclaré).

Les bénéfices sociétaux au profit du groupe expérimental apparaissent en noir dans la colonne "Bénéfice sociétal estimé sur la période d'inclusion", alors qu'ils apparaissent en rouge lorsqu'ils se manifestent sous la forme d'un coût sociétal additionnel au détriment du groupe expérimental.

Les données et calculs sont établis sur la base de 34 patients, 2 patients affichant en effet des données non exploitables car vides.

---

<sup>38</sup> Ce montant est à rapprocher du montant de 1.40 EUR perçu en moyenne en officine pour une gélule standard en France.

Tableau IV : Les retombées sociétales directes observées durant l'expérimentation :  
la perspective sociétale

Retombées sociétales		Volume total (quantité auto-rapportée sur les 30 derniers jours)						Volume estimé total	Coût unitaire	Coût total estimé	Bénéfice sociétal estimé total	Source données de coût
		T0	T3	T6	T9	T12	Somme T3-T12					
<b>Perspective sociétale</b>												
Coût total moyen du nombre de jours en détention	DAM	0	0	0	0	1	1	6	€ 126,00	756 €	107 352 €	SPF Justice & Questure du Sénat
	METHA	0	0	31	0	112	143	858		108 108 €		
Montant total estimé des actes criminels commis	DAM	0	1265	6957	2483	0	10705	14273	€ 1,00	14 273 €	179 €	Données auto-rapportées
	METHA	0	2092	4128	4619	0	10839	14452		14 452 €		

Tableau V : Les retombées sociétales directes observées durant l'expérimentation : la perspective patient

Retombées sociétales		Volume total (quantité auto-rapportée sur les 30 derniers jours)						Volume estimé total	Coût unitaire	Coût total estimé	Bénéfice sociétal estimé total	Source données de coût	
		T0	T3	T6	T9	T12	Somme T3-T12						
<b>Perspective patient</b>													
Coût total moyen des consultations pour problème de santé physique et mentale	en cabinet privé	Généraliste											
		DAM	3	0	1	0	0	1	6	€ 22,67	136 €	680 €	INAMI
		METHA	6	0	6	0	0	6	36		816 €		
		Spécialiste											
		DAM	2	0	0	0	1	1	6	€ 20,95	126 €	-126 €	INAMI
		METHA	2	0	0	0	0	0	0		0 €		
	en maison médicale	Généraliste											
		DAM	6	0	1	0	6	7	42	€ 11,64	489 €	-489 €	INAMI
		METHA	4	0	0	0	0	0	0		0 €		
		Spécialiste											
		DAM	1	0	0	0	4	4	24	€ 11,64	279 €	-279 €	INAMI
		METHA	0	0	0	0	0	0	0		0 €		
	à l'hôpital	Généraliste											
		DAM	4	0	2	0	1	3	18	€ 22,67	408 €	-408 €	INAMI
		METHA	1	0	0	0	0	0	0		0 €		
		Spécialiste											
		DAM	6	0	10	0	5	15	90	€ 20,95	1 886 €	-1 508 €	INAMI
		METHA	2	0	3	0	0	3	18		377 €		
Coût total moyen d'une hospitalisation pour problèmes de santé physique	DAM	0	0	22	0	27	49	294	€ 390,00	114 660 €	-65 520 €	INAMI	
	METHA	0	0	21	0	0	21	126		49 140 €			
Coût moyen du traitement en externe pour problèmes de drogue ou d'alcool	DAM	0	2	0	0	0	2	6	€ 165,34	992 €	14 881 €	Moyenne des prix pratiqués par 4 centres-références similaires	
	METHA	0	31	1	0	0	32	96		15 873 €			

Tableau V : Les retombées sociétales directes observées durant l'expérimentation : la perspective patient  
(suite)

Retombées sociétales		Volume total (quantité auto-rapportée sur les 30 derniers jours)						Volume estimé total	Coût unitaire	Coût total estimé	Bénéfice sociétal estimé total	Source données de coût
		T0	T3	T6	T9	T12	Somme T3-T12					
Coût total moyen d'une hospitalisation pour problèmes de santé physique et mentale liée spécifiquement à la drogue ou à l'alcool	DAM	1	0	0	0	17	17	51	€ 390,00	19 890 €	28 080 €	INAMI
	METHA	16	0	41	0	0	41	123		47 970 €		
Coût total moyen des consultations d'aide sociale pour problèmes de santé physique	DAM	0	0	0	0	1	1	6	€ 11,18	67 €	-67 €	INAMI
	METHA	0	0	0	0	0	0	0		0 €		
Coût total moyen des consultations d'aide sociale pour problèmes psychologiques	DAM	2	0	0	1	1	2	12	€ 11,18	134 €	-134 €	INAMI
	METHA	21	0	0	0	0	0	0		0 €		
Coût total moyen de la sollicitation d'aide pour problèmes judiciaires	DAM	2	1	3	2	1	7	21	€ 11,18	235 €	0 €	INAMI
	METHA	10	3	4	0	0	7	21		235 €		
Coût total moyen de la sollicitation d'aide sociale pour recherche d'emploi/de formation dans une asbl, un centre ou dans un organisme public	DAM	13	5	4	4	9	22	66	€ 11,18	738 €	-503 €	INAMI
	METHA	14	2	5	0	0	7	21		235 €		
Coût total moyen de la sollicitation d'aide sociale pour remise en ordre de documents dans une asbl, un centre ou dans un organisme public	DAM	11	6	5	3	6	20	60	€ 11,18	671 €	-335 €	INAMI
	METHA	16	6	4	0	0	10	30		335 €		
Coût total moyen de la sollicitation d'aide sociale pour recherche de logement dans une asbl, un centre ou dans un organisme public	DAM	12	7	6	6	5	24	72	€ 11,18	805 €	-369 €	INAMI
	METHA	14	7	6	0	0	13	39		436 €		
Coût total moyen de la sollicitation d'aide sociale pour recherche de revenus et problèmes financiers dans une asbl, un centre ou dans un organisme public	DAM	18	5	6	6	2	19	57	€ 11,18	637 €	-67 €	INAMI
	METHA	18	6	2	9	0	17	51		570 €		
Coût total moyen de la sollicitation d'aide pour problèmes familiaux	DAM	3	2	1	1	1	5	15	€ 11,18	168 €	-67 €	INAMI
	METHA	10	1	1	0	1	3	9		101 €		

Tableau VI : Les retombées sociétales directes observées durant l'expérimentation : I  
la perspective finance et revenus

Retombées sociétales	Volume total (quantité auto-rapportée sur les 30 derniers jours)						Volume estimé total	Coût unitaire	Coût total estimé	Bénéfice sociétal estimé total	Source données de coût			
	T0	T3	T6	T9	T12	Somme T3-T12								
<b>Perspective finance &amp; revenus</b>														
Coût total des indemnités des pensions mensuelles pour incapacité médicale	DAM	6	0	7	0	4	11	66	€ 942,90	62 231 €	-22 630 €	Mutualité Solidaris Liège		
	METHA	8	0	3	0	4	7	42		39 602 €				
Coût total moyen des indemnités de chômage	DAM	10	0	9	0	7	16	192		181 037 €	22 630 €			
	METHA	10	0	10	0	8	18	216		203 666 €				
Coût total moyen des allocations d'aide sociale	DAM	13	0	12	0	10	22	264		248 926 €	-79 204 €			
	METHA	11	0	8	0	7	15	180		169 722 €				
Coût total moyen des pensions d'invalidité et de retraite	DAM	15	0	15	0	16	31	372		350 759 €	-22 630 €			
	METHA	17	0	15	0	14	29	348		328 129 €				
<b>Somme des retombées sociétales</b>										<b>81 298 €</b>				
<b>Bénéfice sociétal moyen par patient du groupe expérimental</b>										<b>2 391 €</b>				
<b>Total des recettes sociétales 150 993 €</b>														

L'évaluation des retombées sociétales mesurées au cours de la période d'inclusion fait donc apparaître un bénéfice sociétal incrémental additionnel de 81 298 EUR au profit du groupe expérimental, soit 2 391 EUR en moyenne par patient du groupe expérimental.

L'analyse plus détaillée des Tableaux IV à VI fait par ailleurs apparaître les éléments suivants :

- Si l'on ne tient compte que des recettes sociétales directes et que l'on fait abstraction des coûts sociétaux incrémentaux générés essentiellement par la réinsertion des patients du groupe expérimental dans les circuits de soins de santé traditionnels et dans les processus d'aide sociale traditionnels, nous constatons des recettes sociétales incrémentales d'une valeur de 150 993 EUR durant la période d'inclusion, soit 4 440 EUR en moyenne par patient du groupe expérimental. Ces recettes sociétales directes sont imputables à concurrence de près de 71 % à la perspective sociétale (essentiellement à la réduction des coûts judiciaires) et, pour le solde, quasi exclusivement aux économies réalisées en matière de traitement médical et psychologique de la dépendance à l'alcool et aux drogues.



## 4. Analyse et discussion

### 4.1. Analyse de sensibilité CVP de type "Coût – Volume – Profit"

L'expérimentation discutée dans le présent rapport fut configurée initialement pour un groupe expérimental de 100 individus et un groupe de contrôle de 100 patients également. Le design de la recherche, la configuration des investissements à réaliser et la structure de ressources à mettre en place (notamment en termes de personnes occupées) ont été construits sur cette base.

Toutefois, durant la période d'observation, seuls 34 patients sur les 74 intégrés au projet ont été inclus dans l'expérimentation, dont 27 l'ont suivie conformément au protocole de recherche.

Compte tenu de la structure en coûts fixes et coûts variables adoptée pour le projet, l'inclusion des 74 patients dans l'expérimentation<sup>39</sup> aurait ramené à 11 410,41 EUR par patient par an le coût pour 2011 et à 11 091,92 EUR par an pour 2012. Sur base d'une inclusion médiane au 30 juin (milieu de l'année), ces montants correspondent à un coût journalier de traitement par patient de 62,69 EUR pour 2011 et de 60,95 EUR pour 2012<sup>40</sup>.

Si l'on prend en considération par ailleurs le nombre théorique initial souhaité de 100 patients, en fonction duquel le design de l'infrastructure mise en place fut configuré, alors l'inclusion de ces 100 patients dans le traitement expérimental TADAM réalisé, toutes autres choses restant égales, aurait coûté 8 443,71 EUR pour 2011 (soit un coût journalier moyen, avec inclusion au 30 juin, de 46,39 EUR) et aurait coûté 8 208,02 EUR pour 2012 (soit un coût journalier moyen, avec sortie au 30 juin, de 45,10 EUR)<sup>41</sup>.

Notons enfin qu'une simple répartition équilibrée des jours de traitement entre 2011 et 2012 suite à une inclusion plus équilibrée des patients dans l'expérimentation avec un taux d'administration des jours de traitement de 100 % aurait conduit à un coût journalier de 126,03 EUR pour 2011 et de 122,51 EUR pour 2012.

<sup>39</sup> Hypothèse tout à fait admissible puisque la recherche initiale est configurée pour 100 patients.

<sup>40</sup> Soit 20 % de plus que l'expérimentation HeGeBe en 2010.

<sup>41</sup> Ces montants sont totalement comparables avec ceux rapportés par l'expérience HeGeBe pour 2010 et 2011.

## 4.2. Analyse de la structure de coûts observée

La structure de coûts observée montre une prépondérance large des coûts fixes (64,36 % pour 2011 et même 68,49 % pour 2012) aux dépens des charges variables. Or, plus la part des charges variables est élevée et plus la structure de coûts est souple et adaptable au volume d'activités (en l'occurrence, au nombre de patients en traitement).

Le fait que l'expérimentation se soit inscrite à l'intérieur d'un protocole de recherche extrêmement strict et rigoureux qui reflète lui-même un protocole médical extrêmement précis et rigoureux, notamment en termes de volume de ressources humaines à prévoir et à engager contractuellement de manière fixe, explique pour une part essentielle cette prépondérance des charges fixes.

## 4.3. Analyse des inducteurs de coûts dominants

- ***Le cadre organisationnel de l'expérimentation***

Le cadre organisationnel hybride (multitude de parties prenantes avec des formes juridiques différentes et des modes de contrôle différents ; relations croisées entre parties prenantes ; ...) conduit inévitablement à une structure complexe, au contrôle difficile.

Le passage par la voie juridique d'une Fondation Privée, dont la finalité doit être généraliste (par opposition à la finalité spécialisée et contrainte par un protocole de recherche strict d'une expérimentation scientifique telle que celle décrite ici), renforce encore la complexité du contrôle et donc de la maîtrise des coûts du traitement expérimental.

- ***L'équilibre des activités de support et des activités principales***

Le protocole de recherche de l'expérimentation conduit, on l'a souligné déjà, à une disproportion entre les coûts variables directement liés au nombre de patients réellement traités et les coûts fixes générés par la nécessité d'une infrastructure répondant à des critères stricts pour une population cible fixée qui ne correspond pas nécessairement à celle qui intègre réellement le projet lors de la phase d'inclusion et par la nécessité de l'engagement d'un volume de ressources humaines par voie contractuelle correspondant lui aussi au niveau de population cible attendu.

Pour réduire (significativement) l'impact de ces coûts fixes, les solutions à privilégier résident clairement dans les trois voies suivantes, classiques dans le champ de la stratégie organisationnelle, ou dans une combinaison de ces trois voies :

- L'externalisation (donc la sous-traitance) d'une partie des ressources humaines spécialisées à une entité spécialisée en la matière (société privée ou ASBL, par exemple)

et mobile, capable par exemple de couvrir un territoire plus large en adaptant adéquatement les plages d'ouverture de divers centres locaux de traitement ouverts sur le territoire couvert et donc capable d'amortir ses propres coûts fixes sur un nombre plus élevé de patients qui, eux, restent ancrés localement et ne doivent donc pas se déplacer outre mesure.

- La localisation au sein d'une structure existante avec laquelle partager significativement les coûts fixes de support, notamment au niveau de l'infrastructure. On peut penser à des centres de traitement par méthadone déjà existants ou à d'autres structures de ce type, dans le respect bien entendu des normes et contraintes propres à ces infrastructures (notamment en termes de capacité de prescription médicale).
- La diversification des activités en intégrant, dans les périodes de temps creuses, d'autres activités, telles que par exemple la supervision d'un traitement par méthadone, de manière à amortir à nouveau les coûts fixes sur davantage d'activités au sens comptable du terme.
- ***Le nombre de patients effectivement inclus dans l'expérimentation***

Le nombre trop réduit de patients effectivement inclus dans l'expérimentation et la menant jusqu'à son terme est à l'évidence un inducteur de surconsommation de ressources qui a pesé lourdement sur l'expérimentation analysée.

Un autre ciblage de la population visée, par exemple en veillant à incorporer voire à privilégier davantage des patients plus jeunes, déjà insérés dans le milieu du travail ou sortis depuis peu du milieu professionnel comme dans l'expérience du HeGeBe, est une piste à investiguer d'un point de vue purement économique. L'expérience suisse montre en effet que ce type de patients (qui représente près de 30 % de leur population cible) est à l'origine d'une part substantielle des retombées sociétales (près de 80 %, selon les années), du simple fait d'une réinsertion totale ou partielle rapide dans le milieu du travail. Or, ce type de patients est quasi totalement absent de la présente expérimentation, caractérisée notamment par une moyenne d'âge relativement élevée (plus de 40 ans) qui rend notamment plus difficile une éventuelle réinsertion professionnelle.

- ***La durée d'observation***

Enfin, un allongement de la durée d'observation et, en conséquence, de la période d'inclusion des patients permettrait lui aussi d'amortir sur une plus longue période les coûts fixes générés par l'expérimentation et de gérer plus facilement et à moindre coût la période de terminaison du projet (qui impacte indirectement les coûts de l'année 2012 dès septembre 2012).

## 5. Conclusion

Le coût journalier de traitement par patient dans le groupe expérimental est estimé à 133,33 EUR, sur base des résultats observés pendant l'année 2011 que nous considérons comme année de référence, et le traitement par diacétylmorphine induit un surcoût annuel par patient estimé à 19 842,37 EUR en regard d'un traitement type par méthadone.

Le bénéfice sociétal additionnel généré par le groupe expérimental par rapport au groupe de contrôle est de 81 298 EUR si l'on tient compte des recettes sociétales générées mais aussi des inévitables coûts sociétaux additionnels induits par une réinsertion rapide des patients du groupe expérimental dans la vie sociale et dans un processus de suivi médical traditionnel. Il s'élève à 150 992 EUR si l'on ne tient compte que des recettes sociétales additionnelles générées au sein du groupe expérimental durant la période d'inclusion de chaque patient (soit 4 441 EUR par patient), dont près de 71 % est imputable à la diminution des coûts judiciaires et ce, dans le contexte de la présente étude randomisée portant sur 74 patients.

En conclusion, il s'avère que le traitement par diacétylmorphine s'est avéré moins efficace économiquement que le traitement par méthadone dans le contexte extrêmement spécifique de la présente étude randomisée portant sur 74 patients et compte tenu d'une fenêtre d'observation réduite à 12 mois seulement par patient.

## 6. Bibliographie

1. Berland, N., & De Rongé, Y. (2012). *Contrôle de gestion : Perspectives stratégiques et managériales*. Paris, France: Pearson.
2. De Rongé, Y. (1998). *Comptabilité de gestion (1ère ed.)*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
3. Dijkgraaf, M. G. W., Van Der Zanden, B. P., De Borgie, C. A. J. M., Blanken, P., Van Ree, J. M., & Van Den Brink, W. (2005). Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *British Medical Journal*, 330(7503), 1297-1300.
4. Drury, C. (2004). *Management and cost accounting (6th ed.)*. London, UK : International Thomson Business Press.
5. Eidgenössisches Departement des Innern EDI (Ed.) (2011, Juni). *Die Heroingestützte Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) in den Jahren 2009/2010*. Confédération suisse.
6. Gervais, M. (2010). *La comptabilité de gestion par les méthodes d'équivalence*. Paris, France: Economica.
7. Ledoux, Y., & Brohée, J.-P. (2003). *Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique: Recherche-Action sur le rôle du Pharmacien d'officine, la mise en place d'un Observatoire des cures substitutives et le suivi de patients*. Retrieved [http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub\\_ostc/Drug/rDR02\\_fr.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR02_fr.pdf)
8. Lorino, P. (1996). *Le contrôle de gestion stratégique: La gestion par les activités*. Paris, France: Dunod.
9. Milgrom, P., & Roberts, J. (1997). *Economie, organisation et management*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
10. Porter, M.E. (1985). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. London, UK: Free Press.
11. Schulenburg, J.M. (2006, March). *Cost and Cost-effectiveness of the heroin-assisted treatment*. Communication présentée au Symposium Heroin-assisted treatment – an innovative element of the drug support system, Cologne, Allemagne.
12. Treillet, E. (2011). *Douleur chronique cancéreuse: Place de la méthadone (Thèse de doctorat en médecine non publiée)*. Université Paris Descartes, Paris V.
13. Van Caillie, D. (2005). *Principes de comptabilité analytique et de comptabilité de gestion*. Liège, Belgique: Editions de l'Université de Liège.
14. Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaen, J., & Lievens, D. (2005). *Drogues en chiffres III*. Retrieved from [http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub\\_ostc/Drug/rDR57synth\\_fr.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR57synth_fr.pdf)
15. Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 5 : 171-180.
16. Whitworth, J.A., World Health Organization, & International Society of Hypertension Writing Group (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11): 1983-1992.

## 7. Annexes

### 7.1. Annexe I : Tableau des indices de prix à la consommation dits "index-santé" pris en compte dans l'analyse

2000				2001				2002						
Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004			
Maand/Mois	1	125,74	104,29	91,57	1	128,38	106,48	93,60	1	132,54	109,99	95,63		
	2	126,07	104,56	91,91	2	128,80	106,83	93,90	2	132,74	110,09	95,77		
	3	126,35	104,79	92,11	3	129,18	107,14	94,18	3	133,02	110,39	95,98		
	4	126,69	105,08	92,37	4	130,14	107,94	94,88	4	132,76	110,11	95,70		
	5	126,85	105,21	92,48	5	130,77	108,46	95,34	5	133,05	110,35	97,00		
	6	127,12	105,43	92,57	6	131,19	108,81	95,64	6	132,74	110,00	95,77		
	7	127,43	105,69	92,90	7	131,52	108,92	95,74	7	133,15	110,44	97,08		
	8	127,49	105,74	92,95	8	131,41	108,99	95,80	8	133,10	110,39	97,03		
	9	128,05	106,20	93,35	9	131,51	109,16	95,95	9	133,37	110,62	97,23		
	10	127,85	106,04	93,21	10	131,69	109,22	96,00	10	133,15	110,43	97,07		
	11	128,35	106,45	93,57	11	131,34	109,43	96,19	11	133,18	110,46	97,09		
	12	128,29	106,40	93,53	12	131,70	109,23	96,01	12	133,29	110,55	97,17		
Année/Jaar		127,19	105,49	92,72	Année/Jaar		130,68	108,36	95,27	Année/Jaar		133,01	110,32	96,97
2003				2004				2005						
Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004			
Maand/Mois	1	132,76	110,84	97,57	1	135,95	112,87	99,04	1	138,27	114,88	100,80		
	2	134,51	111,55	98,06	2	136,27	113,02	99,34	2	138,99	115,28	101,33		
	3	134,82	111,82	98,29	3	136,30	113,05	99,37	3	139,74	115,90	101,88		
	4	134,71	111,73	98,21	4	136,85	113,50	99,77	4	139,70	115,87	101,85		
	5	134,52	111,57	98,07	5	137,25	113,67	99,92	5	139,97	116,09	102,04		
	6	134,86	111,85	98,32	6	137,33	113,65	99,90	6	140,21	116,29	102,22		
	7	135,11	112,06	98,50	7	137,45	114,00	100,21	7	140,78	116,75	102,63		
	8	135,28	112,20	98,62	8	137,49	114,03	100,23	8	140,80	116,78	102,65		
	9	135,51	112,47	98,86	9	137,55	114,08	100,28	9	140,64	116,66	102,54		
	10	135,22	112,15	98,58	10	138,04	114,49	100,64	10	140,42	116,46	102,37		
	11	135,47	112,36	98,78	11	138,03	114,48	100,63	11	140,85	116,82	102,68		
	12	135,42	112,32	98,73	12	137,75	114,25	100,43	12	140,96	116,91	102,75		
Année/Jaar		134,94	111,92	98,38	Année/Jaar		137,14	113,74	99,98	Année/Jaar		140,11	116,21	102,15
2006				2007				2008						
Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004			
Maand/Mois	1	141,04	116,98	102,82	1	143,92	119,37	104,92	1	147,34	122,70	107,85		
	2	141,71	117,54	103,31	2	144,66	119,98	105,46	2	149,12	125,68	108,71		
	3	141,80	117,44	103,23	3	144,54	119,72	105,23	3	149,95	124,37	109,22		
	4	142,11	117,87	103,60	4	144,82	120,12	105,58	4	150,19	124,57	109,49		
	5	142,59	118,25	103,95	5	144,49	119,85	105,34	5	151,15	125,37	110,20		
	6	142,56	118,24	103,93	6	144,41	119,78	105,28	6	151,74	125,85	110,62		
	7	143,00	118,51	104,25	7	144,99	120,25	105,70	7	152,56	126,59	111,22		
	8	143,18	118,75	104,38	8	144,95	120,22	105,67	8	152,09	126,15	110,88		
	9	143,15	118,73	104,36	9	145,00	120,27	105,71	9	152,46	126,46	111,15		
	10	143,10	118,68	104,32	10	145,66	120,81	106,19	10	152,68	126,51	111,29		
	11	143,45	118,98	104,58	11	146,68	121,65	106,93	11	152,38	126,39	111,09		
	12	143,59	119,09	104,68	12	147,38	122,23	107,46	12	152,59	126,56	111,24		
Année/Jaar		142,59	118,25	103,95	Année/Jaar		145,11	120,35	105,72	Année/Jaar		151,24	125,44	110,25
2009				2010				2011						
Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004			
Maand/Mois	1	152,88	126,80	111,45	1	152,75	126,69	111,36	1	156,90	130,13	114,38		
	2	153,29	127,14	111,75	2	153,49	127,31	111,90	2	157,81	130,89	115,05		
	3	152,35	126,35	111,07	3	153,78	127,55	112,11	3	158,28	131,28	115,39		
	4	152,49	126,48	111,17	4	154,10	127,81	112,34	4	158,53	131,48	115,57		
	5	152,20	126,24	110,96	5	154,62	128,24	112,72	5	159,09	131,95	115,98		
	6	151,57	125,72	110,50	6	154,65	128,26	112,74	6	159,71	132,46	116,43		
	7	151,55	125,69	110,48	7	154,81	128,40	112,86	7	159,95	132,67	116,61		
	8	151,79	125,90	110,66	8	154,92	128,49	112,94	8	159,70	132,53	116,49		
	9	151,52	125,67	110,46	9	155,49	128,89	113,20	9	160,12	132,80	116,73		
	10	151,76	125,88	110,64	10	155,63	129,08	113,46	10	160,43	133,07	116,96		
	11	151,92	126,00	110,75	11	155,76	129,19	113,55	11	161,04	133,57	117,40		
	12	152,20	126,24	110,96	12	156,15	129,52	113,84	12	161,20	133,70	117,52		
Année/Jaar		152,19	126,18	110,90	Année/Jaar		154,67	128,29	112,75	Année/Jaar		159,40	132,21	116,21
2012				2013										
Base/Basis	1988	1996	2004	Base/Basis	1988	1996	2004							
Maand/Mois	1	162,20	134,53	118,25	1	164,80	136,52	120,00						
	2	163,19	135,35	118,97	2	164,97	136,83	120,27						
	3	163,25	135,40	119,01	3	165,29	137,05	120,50						
	4	163,22	135,37	118,99	4	165,28	137,08	120,49						
	5	163,44	135,56	119,15										
	6	163,23	135,39	119,00										
	7	163,52	135,63	119,21										
	8	163,88	135,92	119,47										
	9	163,95	135,93	119,52										
	10	164,43	136,38	119,87										
	11	164,54	136,47	119,95										
	12	164,69	136,59	120,05										
Année/Jaar		163,69	135,71	119,59										

## 7.2. Annexe II : Les éléments-clés des états financiers de la Fondation Privée TADAM diffusés par la Centrale des Bilans de la Banque Nationale de Belgique

	Exercice <sup>42</sup> 2009	Exercice 2010	Exercice 2011	Exercice 2012
<b>Date de dépôt</b>	05/05/10	03/05/11	30/03/12	29/04/13
<b>Actif total</b>	445 121 EUR	867 624 EUR	1 804 296 EUR	1 123 042 EUR
<b>Actif immobilisé corporel</b>	20 956 EUR	436 143 EUR	382 679 EUR	325 940 EUR
<b>Stock</b>	- EUR	102 338 EUR	78 375 EUR	1 944 EUR
<b>Charges d'exploitation</b>	158 093 EUR	585 404 EUR	1 034 688 EUR	1 013 622 EUR
<b>Rémunérations, charges sociales et pensions (62)</b>	108 563 EUR	393 070 EUR	593 865 EUR	604 795 EUR
<b>Approvisionnement, marchandises et services et biens divers (60/61)</b>	41 000 EUR	129 273 EUR	376 937 EUR	347 781 EUR
<b>Amortissements sur immobilisations corporelles (630)</b>	5 414 EUR	58 776 EUR	57 174 EUR	59 990 EUR
<b>Personnel en ETP</b>	2.6 ETP	9.3 ETP	12.3 ETP	11.2 ETP
<b>Nombre d'heures effectivement prestées</b>	4 745 heures	16 486 heures	21 895 heures	20 902 heures
<b>Coût salarial horaire complet moyen</b>	22.88 EUR / heure	23.84 EUR / heure	27.12 EUR / heure	28.93 EUR / heure

## 7.3. Annexe III : Détail des coûts analytiques par nature

Nature de coûts :

- VD = Variable direct par rapport à l'expérimentation
- VI = Variable indirect par rapport à l'expérimentation
- FD = Fixe direct par rapport à l'expérimentation
- CFI = Coût fixe indirect hors champ de l'expérimentation

<sup>42</sup> Statutairement, l'exercice comptable de la Fondation Tadam démarre au 1er janvier de chaque année civile et se termine le 31 décembre de chaque année civile.

Comptabilité analytique reconstituée	2011			2012		
	DAM		CFI			CFI
	EXP	Nature du coût	ADM	EXP	Nature du coût	ADM
<b>A. Approvisionnements et marchandises</b>						
601000 ACHATS DE FOURNITURES MEDICALES	-5.330,49 €	VD		-2.060,42 €	VD	
609400 VARIATION DE STOCKS MARCHANDISES	-23.962,80 €	VD		-76.430,66 €	VD	
604000 TRAITEMENT MEDICAL	-72.782,78 €	VD		-17.962,76 €	VD	
<b>B. Services et biens divers</b>						
610100 CHARGES LOCATIVES CONSTRUCTIONS			-18.310,21 €			-20.822,52 €
610210 CHARGES LOCATIVES INSTAL,MACH,OUTIL	-34.808,80 €	FD		-44.692,56 €	FD	
610310 CHARGES LOCATIVES MOBILIER ET MATERIEL	-1.437,30 €	FD		-1.832,63 €	FD	
610600 ENTRETIEN ET REPARATIONS-CONSTRUCTIONS			-162,14 €			-71,34 €
610610 ENTRETIEN ET REPARATIONS-CONSTRUCTIONS EXP	-1.004,56 €	VI		-699,40 €	VI	
610800 ENTRETIEN ET REPARATIONS-MOBIL ET MAT			-522,12 €			-85,10 €
610810 ENTRETIEN ET REPARATIONS-MOBIL ET MAT	-416,64 €	VI		-1.040,79 €	VI	
611000 FOURNITURES DE BUREAU ET IMPRIMES			-2.994,33 €			-2.888,73 €
611010 FOURNITURES DE BUREAU ET IMPRIMES	-908,38 €	VI		-961,00 €	VI	
611020 AUTRES FOURNITURES	-82,78 €	VI		0,00 €	VI	
611050 PETITS MATERIELS INFORMATIQUES			-6,99 €			-115,79 €
611051 PETITS MATERIELS INFORMATIQUES	-79,52 €	VI		0,00 €	VI	
611100 LIVRES, PROSPECTUS ET DOCUMENTATION			-112,20 €			-170,23 €
611200 PETIT MATERIEL			-225,66 €			0,00 €
611210 PETIT MATERIEL	-554,58 €	VI		-363,00 €	VI	
611211 PETIT MATERIEL MEDICAL	-78,07 €	VD		0,00 €	VD	
611300 PRODUITS D'ENTRETIEN (SIEGE ADM)			-238,08 €			-77,27 €
611310 PRODUITS D'ENTRETIEN (SIEGE EXPLOIT)	-2.785,90 €	VI		-2.671,17 €	VI	
611410 FOURNITURES MACHINE A CAFE PATIENTS	-816,31 €	VI		-293,34 €	VI	
611520 CONSOMMATION EAU FONTAINE PATIENTS	-430,89 €	VI		-310,67 €	VI	
743010 PRODUITS CAFE-EAU PATIENTS	592,40 €	VI		791,80 €	VI	
611700 CONSOMMATION ELECTRICITE (SIEGE ADM)			-1.211,51 €			-992,11 €
611900 REMBOURSEMENT METHADONE	-307,10 €	VD		-373,22 €	VD	
612100 PRESTATIONS INFORMATIQUES (SIEGE ADM)			-375,19 €			-601,54 €
612110 PRESTATIONS INFORMATIQUES (SIEGE EXPL)	-845,51 €	VI		0,00 €	VI	
612200 FORFAIT CENTRE PARTENAIRE ALFA	-4.376,41 €	VD		-2.667,34 €	VD	
612210 FORFAIT CENTRE PARTENAIRE CAP FLY	-2.140,93 €	VD		-921,57 €	VD	
612220 FORFAIT CENTRE PARTENAIRE C.L.I.P.S.	-275,20 €	VD		-468,55 €	VD	
612240 FORFAIT CENTRE PARTENAIRE STAGH	-175,00 €	VD		0,00 €	VD	
612250 FORFAIT CENTRE PARTENAIRE START-MASS	-6.667,19 €	VD		-4.357,81 €	VD	
612350 FRAIS DE PRELEVEMENTS ET ANALYSES	-9.489,00 €	VD		-7.769,00 €	VD	
612600 FRAIS D'EVACUATION DES DECHETS MEDICAUX	-714,99 €	VD		-519,09 €	VD	
612800 FRAIS DE NETTOYAGE (SIEGE ADMIN)			0,00 €			-580,80 €
613000 ASSURANCE INCENDIE (SIEGE ADM)			-268,89 €			-275,42 €
613010 ASSURANCE INCENDIE (SIEGE D'EXPLOIT)	-805,76 €	FD		-829,30 €	FD	
613600 ASSURANCE RC EXPLOITATION	-1.649,46 €	FD		-1.665,19 €	FD	
614000 FRAIS DE TRANSPORT TRAITEMENT	-4.047,19 €	VD		-2.199,12 €	VD	
615200 HONORAIRES EXPERT-COMPTABLE,REVISEURS			-1.283,76 €			-2.482,95 €
615300 HONORAIRES ARCHITECTES	-1.466,45 €	VI		0,00 €	VI	
615400 HONORAIRES DR A	-34.990,00 €	VD		-24.300,00 €	VD	
615410 HONORAIRES DR B	-33.802,50 €	VD		-34.535,00 €	VD	
615420 HONORAIRES DR C	-32.044,60 €	VD		-25.014,50 €	VD	
615430 HONORAIRES DR D	-13.650,00 €	VD		-11.480,00 €	VD	
615500 HONORAIRES PHARMACIENS	-37.219,81 €	VD		-32.213,00 €	VD	
615510 REMBOURSEMENT DE FRAIS AUX PHARMACIENS	-829,71 €	VD		-683,34 €	VD	
616000 FRAIS POSTAUX			-614,84 €			-632,37 €
616100 FRAIS DE PORT			-38,11 €			0,00 €
616200 FRAIS DE TELEPHONE, GSM (SIEGE ADM)			-2.176,20 €			-2.297,55 €
616210 FRAIS DE TELEPHONE, GSM (SIEGE D'EXPL)	-2.356,36 €	FD		-2.176,35 €	FD	
616300 FRAIS DE TELEX, FAX, INTERNET (SIEGE ADM)			-680,77 €			-703,92 €
616310 FRAIS DE TELEX, FAX, INTERNET	-1.548,80 €	VI		-943,80 €	VI	
616500 FRAIS DE DEPLACEMENT EN BELGIQUE			-781,61 €			-735,47 €
616520 FRAIS DE DEPLACEMENT EN BELGIQUE	-1.620,00 €	VI		-3.261,60 €	VI	
616530 FRAIS DE DEPLACEMENT A L' ETRANGER			-271,17 €			
616700 FRAIS DE RECEPTION			-427,04 €			-344,65 €
616750 FRAIS DE RESTAURANT			-421,90 €			-582,70 €
616800 PUBLICITE ET ANNONCES	-2.648,69 €	VI			VI	
746000 RECUPERATION FRAIS AUPRES DE TIERS	187,35 €	VI			VI	
616900 CADEAUX PROFESSIONNELS			-135,00 €			-45,47 €



<b>C. Rémunérations; charges sociales et pensions (ann. XII; C2)</b>						
620200 REMUNERATIONS EMPLOYES (SIEGE ADMIN)			-100.104,49 €			-102.134,47 €
620201 PECULE DE VACANCE (SG ADM)			-6.584,79 €			-8.263,08 €
620210 REMUNERATIONS EMPLOYES (SIEGE EXPLOIT)	-307.882,62 €	FD		-302.235,24 €	FD	
620211 PECULE DE VACANCE (SG EXPL)	-22.474,19 €	FD		-17.981,31 €	FD	
743110 INDEMNITE ACCIDENT TRAVAIL (SG EXPL)	473,57 €	VD			VD	
743821 ALLOCATION TRAVAIL ACTIVA (SG EXPL)	9.021,51 €	FD		3.878,26 €	FD	
743050 EXONERATION PRECOMPTE PROF (SG EXPL)	2.130,46 €	FD		2.427,36 €	FD	
620310 REMUNERATIONS OUVRIERS (SIEGE EXPLOIT)	-12.147,84 €	FD		-13.263,46 €	FD	
621000 COTISATIONS PATRONALES ONSS (SIEGE ADM)			-27.077,49 €			-31.307,78 €
621010 COTISATIONS PATRONALES ONSS (SG EXPL)	-101.018,82 €	FD		-105.875,31 €	FD	
612000 SECRETARIAT SOCIAL	-5.022,26 €	FD	-1.506,68 €	-5.598,09 €	FD	-1460,37 €
623000 ASSURANCE ACCIDENT LOI - RC (SIEGE ADM)			-679,04 €			-702,30 €
623010 ASSURANCE ACCIDENT LOI - RC (SIEGE EXPL)	-2.852,55 €	FD		-3.570,22 €	FD	
623100 SERVICE MEDICAL (SIEGE ADM)			-1.430,92 €			-1.766,01 €
623400 PETITE RESTAURATION POUR LE PERSONNEL (ADM)			-603,51 €			-415,10 €
623410 PETITE RESTAURATION POUR LE PERSONNEL (EXPL)	-379,68 €	VI		-227,84 €	VI	
623420 FRAIS FONTAINE A EAU PERSONNEL	-413,67 €	VI		-491,18 €	VI	
623500 VETEMENTS DE TRAVAIL	-239,97 €					
623600 FRAIS DE FORMATION (SIEGE ADM)			-397,80 €			-167,20 €
623610 FRAIS DE FORMATION (SIEGE D'EXPLOIT)	-400,00 €					
623700 FRAIS DE TRANSPORT DO-LT			-812,60 €			-1.324,50 €
623710 FRAIS DE TRANSPORT DO-LT	-2.667,16 €	VI		-4.172,16 €	VI	
623800 FÊTES PERSONNEL						-13,78 €
629000 DOTATION PROVISION PECULES DE VACANCES			-18.194,29 €			-18.640,44 €
629010 DOTATION PROVISION PECULES DE VACANCES	-35.141,52 €	FD		-45.594,34 €	FD	
629100 REPRISE DE PROVISION PECULES DE VACANCES			15.318,91 €			19.538,44 €
629110 REPRISE DE PROVISION PECULES DE VACANCES	32.562,18 €	FD		33.797,37 €	FD	
<b>D. Amortissements et réductions de valeur sur frais d'établissement; sur immobilisations incorporelles et corporelles (-)</b>						
630000 DOT. AMORT. FRAIS ETABLISSEMENT			-436,62 €			-436,62 €
630100 DOT. AMORT. IMMO. INCORPORELLES			-469,21 €			0,00 €
630200 DOT. AMORT. IMMO. CORPORELLES	-26.957,57 €	FD		-24.611,15 €	FD	
630300 DOT. AMORT. AUTRES IMMO. CORPORELLES	-32.126,68 €	FD		-32.126,68 €	FD	
<b>G. Autres charges d'exploitation (-)</b>						
640300 REDEVANCES (autorisations DAM)	-463,03 €	FD		-253,50 €	FD	
640400 PRECOMPTE IMMOBILIER			-2.215,44 €			-2.293,67 €
640500 DROITS D'ENREGISTREMENT ET PUBLICATION			-213,72 €			-313,92 €
640700 PRECOMPTE MOBILIER S/ INTERETS			-294,35 €			-328,17 €
640800 TAXE PATRIMONIALE ANNUELLE ASBL			-650,55 €			-554,10 €
640900 TAXES SUR DROITS AUTEURS			-59,15 €			-128,21 €
643000 CHARGES D'EXPLOITATION DIVERSES			-0,02 €			0,00 €
	844.370,55 €		177.669,48 €	820.801,87 €		185.217,21 €
<b>Charges analytiques totales</b>	1.022.040,03 €			1.006.019,08 €		