Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève

2025-2028

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

Table des matières

1 Avant-propos ... 5
2 Résumé ... 6
2.1 Structures ... 6
2.1.1 Secteur hospitalier ... 6
2.1.2 Secteur médico-social ... 7
2.1.3 Secteur médical ambulatoire à charge de l'assurance obligatoire des soins ... 9
2.2 Axes forts ... 9
2.2.1 Promotion de la santé et prévention ... 9
2.2.2 Aide sanitaire d'urgence ... 10
2.2.3 Maisons de santé ... 10
2.3 Ressources humaines ... 11
2.3.1 Personnel autorisé à pratiquer ... 11
2.3.2 Médecine humaine ... 11
2.3.3 Personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique ... 11
3 Introduction ... 13
4 Synthèse du projeté-réalisé de la planification 2020-2023 ... 16
5 Contexte ... 21
5.1 Contexte légal ... 21
5.2 Contexte fédéral ... 22
5.3 Contexte cantonal ... 23
5.4 Perspectives ... 23
5.4.1 Perspectives économiques ... 23
5.4.2 Perspectives socio-culturelles ... 24
5.4.3 Perspectives technologiques ... 24
5.4.4 Perspectives légales ... 25
6 Projections démographiques ... 26
6.1 Introduction ... 26
6.2 Population des personnes de 65 ans ou plus ... 27
7 Structures ... 30
7.1 Secteur hospitalier ... 30
7.1.1 Introduction ... 30
7.1.2 Méthode ... 30
7.1.3 Soins somatiques aigus ... 33
7.1.4 Psychiatrie ... 41
7.1.5 Réadaptation ... 67
7.2 Secteur médico-social ... 83
7.2.1 Introduction ... 83
7.2.2 Méthode ... 84
7.2.3 Evolution démographique ... 87
7.2.4 Etablissements médico-sociaux (EMS) ... 88
7.2.5 Soins à domicile (SAD) ... 98
7.2.6 Structures intermédiaires ... 104
7.3 Secteur médical ambulatoire à charge de l'AOS ... 116
7.3.1 Introduction ... 116
7.3.2 Taux régionaux de couverture ... 116
7.3.3 Offre ambulatoire à charge de l'AOS à Genève ... 119
7.3.4 Pistes de réflexion ... 121

8 Axes forts ... 122
8.1 Promotion de la santé et prévention ... 122
8.1.1 Introduction ... 122
8.1.2 Les axes du plan PSP 2024-2028 ... 124
8.1.3 Conclusion ... 128
8.2 Aide sanitaire d'urgence ... 128
8.3 Maisons de santé ... 129
8.3.1 Introduction ... 129
8.3.2 Concept cantonal des maisons de santé ... 129
8.3.3 Premiers résultats ... 130
8.3.4 Analyse et développements ... 130
9 Ressources humaines ... 132
9.1 Introduction ... 132
9.2 Personnel autorisé à pratiquer ... 133
9.2.1 Soins infirmiers ... 133
9.2.2 Physiothérapie ... 133
9.2.3 Ergothérapie ... 134
9.2.4 Diététique ... 134
9.2.5 Sages-femmes ... 135
9.2.6 Logopédie ... 136
9.2.7 Psychologie ... 136
9.2.8 Programme de lutte contre la pénurie des professionnelles et professionnels de la santé 137
9.3 Médecine humaine ... 137
9.3.1 Médecins autorisés à pratiquer sous leur propre responsabilité ... 137
9.3.2 Médecins admis à charge de l'AOS ... 139
9.3.3 Relève des médecins ... 140
9.4 Personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique ... 142
9.4.1 Contexte ... 142
9.4.2 Introduction ... 142
9.4.3 Méthodologie ... 143
9.4.4 Besoin de relève ... 144
9.4.5 Effectifs du personnel de soin à l'année de départ 2022 et à la précédente période de planification ... 149
9.4.6 Projection des besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement et calculs des objectifs de formation aux horizons 2028 et 2050 ... 152
9.4.7 Formation : évolution du nombre de titre délivrés ... 162
9.4.8 Conclusion ... 165
10 Conclusion et perspectives ... 168
11 Récapitulatif des besoins 2025-2028 pour le canton de Genève ... 170
12 Tableaux de données ... 176
13 Bibliographie ... 184
14 Législation ... 187
14.1 Législation fédérale ... 187
14.2 Convention intercantonale ... 187
14.3 Législation cantonale ... 187
15 Index ... 189
15.1 Liste des abréviations ... 189
15.2 Index des tableaux de données ... 191
15.3 Table des illustrations ... 193

1 Avant-propos

Le rapport que vous tenez entre vos mains constitue une des réponses aux enjeux que connaît aujourd'hui notre système de santé : vieillissement de la population, accroissement de la dépendance et de la complexité en lien avec la hausse des comorbidités, vulnérabilité psychique des jeunes de 10 à 24 ans en augmentation sensible depuis 2021-2022, mauvaise perception de la santé mentale, hausse des maladies cardiovasculaires, des maladies chroniques non transmissibles, nouvelles formes d'addictions. En parallèle des tendances observées globalement, le paysage sanitaire de notre canton pose également nombre de nouveaux défis qui nous obligent à repenser nos investissements dans le champ socio-sanitaire.

Aujourd'hui, agir dans le domaine de la santé c'est d'abord mieux prévenir la maladie, en faisant la promotion des comportements de santé et en étant capables de détecter les pathologies le plus tôt possible à un stade préclinique ou prodromique. Pour cela il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur un réseau de soins fort, un système de prévention primaire, secondaire et tertiaire de qualité et une planification sanitaire qui favorise la cohérence des interventions des acteurs de santé et de soins. Mais c'est aussi trouver des approches novatrices pour gérer la demande de soins en urgence, offrir des alternatives accessibles pour les soins de premier recours aux populations vulnérables ou encore repenser l'articulation social-santé dans la prise en charge holistique de nos aînées et de nos aînés.

Le présent rapport est un outil essentiel en matière de transparence du système de santé. On ne peut en effet pas gagner en efficience sans une information compréhensible et une organisation lisible, par l'ensemble des partenaires d'une part et par les bénéficiaires des prestations d'autre part. Les professionnelles et les professionnels doivent pouvoir bénéficier d'une vision claire sur les tendances des besoins en soins, afin de prendre activement part aux évolutions nécessaires du système de santé.

Pour réussir, il est indispensable de renforcer les pratiques qui apportent déjà des réponses éprouvées, et de mettre en œuvre des solutions alternatives au système actuel : travailler avec de nouveaux acteurs en développant le réseau de soins et en renforçant le maintien à domicile, faire évoluer les modalités de prise en charge des patientes et des patients, en développant une organisation et une coordination des soins adaptées.

Ces différents chantiers sont menés de manière concertée et c'est ainsi que nous pourrons répondre aux besoins des Genevoises et des Genevois.

Pierre Maudet
Conseiller d'Etat chargé du département de la santé et des mobilités

2 Résumé

2.1 Structures

2.1.1 Secteur hospitalier

Tableau 2.1 – Synthèse de l'évolution des besoins en soins hospitaliers, scénario de base et scénarios maximum et minimum, canton de Genève, 2022 et 2028

Recours dans les structures hospitalière du canton de Genève	2022	▶ Effet du scénario de base ▶	2028		
	Situation de référence		Scénario de base	Différence avec l'année de référence	
	N		N	Δ (N)	Δ (%)
Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus	58'518		63'236	+4'718	+8.1%
Nombre de jours de soins en soins somatiques aigus	385'203		419'789	+34'586	+9.0%
Nombre d'hospitalisations en psychiatrie	3'396		3'552	+156	+4.6%
Nombre de jours de soins en psychiatrie	112'552		118'213	+5'661	+5.0%
Nombre d'hospitalisations en réadaptation	6'285		7'040	+755	+12.0%
Nombre de jours de soins en réadaptation	148'259		166'333	+18'074	+12.2%

Recours dans les structures hospitalière du canton de Genève	▶ Effet des scénarios alternatifs ▶	2028					
		Scénario maximum	Différence entre les scénarios maximum et de base		Scénario minimum	Différence entre les scénarios minimum et de base	
		N	Δ (N)	Δ (%)	N	Δ (N)	Δ (%)
Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus		64'770	+1'534	+2.4%	62'035	-1'201	-1.9%
Nombre de jours de soins en soins somatiques aigus		428'623	+8'834	+2.1%	413'100	-6'689	-1.6%
Nombre d'hospitalisations en psychiatrie		3'674	+122	+3.4%	3'497	-55	-1.5%
Nombre de jours de soins en psychiatrie		121'697	+3'484	+2.9%	114'618	-3'595	-3.0%
Nombre d'hospitalisations en réadaptation		7'097	+57	+0.8%	6'906	-134	-1.9%
Nombre de jours de soins en réadaptation		167'651	+1'318	+0.8%	161'930	-4'403	-2.6%

Sources : OFS-MS, OFS-KS, OFS-STATOP, OCSTAT, OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050

2.1.1.1 Soins somatiques aigus

Dans le secteur des soins somatiques aigus, les projections sur la base des données 2022 laissent entrevoir à l'horizon 2028 une augmentation de 8.1% du nombre d'hospitalisations et une augmentation de 9% du nombre de journées, pour atteindre 63 236 cas et 419 789 journées (soit +95 lits d'hospitalisation). Certaines interventions chirurgicales censées être pratiquées en ambulatoire font l'objet d'une attention particulière, afin de limiter les hospitalisations inutiles, dans le cadre fixé par la Confédération.

2.1.1.2 Soins de psychiatrie

Nous projetons une augmentation des journées d'hospitalisation de 4.6% d'ici à 2028, à 118 213 journées d'hospitalisation (contre 112 552 journées en 2022). Le nombre de cas s'élèverait à 3 550. Sans changement dans les prises en charge, au maximum 16 lits d'hospitalisation supplémentaires seraient nécessaires en 2028 pour à la fois contribuer à réduire la sur-occupation actuellement observée dans le département de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et répondre aux besoins liés à l'évolution démographique. Une stratégie de psychiatrie communautaire peut permettre d'éviter une

partie importante de l'augmentation de lits prévue par le scénario de base en développant des alternatives à l'hospitalisation, en collaboration avec le réseau socio-sanitaire.

2.1.1.3 Soins de réadaptation

Le besoin supplémentaire de réadaptation stationnaire, essentiellement dû à l'évolution démographique, se chiffre à respectivement +755 cas et +18 074 journées, soit +55 lits, pour le canton à l'horizon 2028. Diverses mesures sont à mettre en place, telles qu'une amélioration du processus de placement en établissement médico-social (EMS), ou encore le développement de la réadaptation domiciliaire, notamment physio-thérapeutique avec l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), et semi-stationnaire, dans le prolongement du projet de centre d'activité physique (CAP) et de la réouverture de l'hôpital de jour de gériatrie des HUG, ainsi que du développement de structures dans certaines cliniques privées. Ces projets pourraient permettre de limiter les besoins en lits supplémentaires, en particulier pour les patientes et les patients institutionnalisés. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible est également un axe important. Le projet COGERIA, qui va être renforcé, doit notamment y contribuer.

2.1.2 Secteur médico-social

Tableau 2.2– Synthèse de l'évolution des besoins en soins de longue durée, scénario de référence et scénarios de politique de prise en charge alternative, canton de Genève, 2022 et 2028

Recours dans les structures médico-sociales du canton de Genève	2022	Effet du vieillissement démographique	2028		
	Situation de référence		Politique PEC *statu quo*	Différence avec l'année de référence	
	N		N	Δ (N)	Δ (%)
Résidents 65+ en long séjour en EMS	3'851	▶	4'410	+559	+14.5%
Nombre d'heures de soins SAD (clients 65+)	1'091'978		1'212'164	+120'186	+11.0%
Résidents 65+ en IEPA	1'556		1'653	+97	+6.2%
Nombre de séjours UATR-EMS (65+)	507		565	+58	+11.4%
Nombre de séjours UATR-IMAD (65+)	403		449	+46	+11.4%
Nombre de clients 31.12 (65+) en foyers	463		497	+34	+7.3%
Nombre de séjours UATM (65+)*	12.4		13.6	+1	+9.7%

Recours dans les structures médico-sociales du canton de Genève	Effet d'une politique de prise en charge alternative ▶	2028					
		Politique PEC alternative (0-4)	Différence entre les scénarios de politique PEC		Politique PEC alternative (0-5)	Différence entre les scénarios de politique PEC	
		N	Δ (N)	Δ (%)	N	Δ (N)	Δ (%)
Résidents 65+ en long séjour en EMS		4'238	-172	-3.9%	4'099	-311	-7.1%
Nombre d'heures de soins SAD (clients 65+)		1'303'776	+91'612	+7.6%	1'408'856	+196'692	+16.2%
Résidents 65+ en IEPA		1'738	+85	+5.1%	1'808	+155	+9.4%
Nombre de séjours UATR-EMS (65+)		579	+14	+2.5%	589	+24	+4.2%
Nombre de séjours UATR-IMAD (65+)		460	+11	+2.4%	468	+19	+4.2%
Nombre de clients 31.12 (65+) en foyers		507	+10	+2.0%	515	+18	+3.6%
Nombre de séjours UATM (65+)*		14.0	+0	+2.9%	14.2	+1	+4.4%

Sources : OFS-SOMED, OFS-SPITEX, OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), IMAD, Données du mandant, OCSTAT, OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

2.1.2.1 Etablissements médico-sociaux (EMS)

Le nombre de résidentes et résidents de 65 ans ou plus en long séjour en EMS devrait passer de 3 851 personnes en 2022 (pour 4 095 lits disponibles) à 4 410 en 2028 (+15%). Les 4 121 lits disponibles en 2024 seront dépassés dès 2025, nécessitant dès lors la construction de 289

lits supplémentaires d'ici 2028. Cette augmentation sera pour partie absorbée ces prochaines années par les projets de construction de 167 lits supplémentaires déjà en cours.

En parallèle, un relèvement des critères d'admission en EMS, autrement dit une augmentation à l'admission du niveau de soins minimum requis, permettra de prendre en charge une partie des besoins supplémentaires par les soins à domicile, ou au travers d'une médicalisation plus conséquente des structures intermédiaires, ce d'autant plus que la vague démographique va connaître un pic à moyen terme.

Le développement d'EMS psychiatriques, pour accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques sévères avec un fort besoin d'encadrement psychiatrique, ainsi que de personnes souffrant de troubles mixtes neurologiques, cognitifs et psychiatriques, n'ayant pas atteint l'âge AVS et qui présentent une charge en soins importante, est également à étudier. Il n'existe aujourd'hui en effet pas de structure adaptée dans le canton et les patientes et patients sont en conséquence adressés à des EMS avec une dérogation d'âge.

2.1.2.2 Soins à domicile

Le nombre de bénéficiaires des soins à domicile de 65 ans ou plus passera de 15 581 personnes en 2022 à 17 131 en 2028 (+10%). Au regard du besoin constaté, du confort supplémentaire apporté au patient et du coût moindre des soins à domicile par rapport aux EMS, le canton ne peut que continuer de favoriser le développement ce type de prise en charge.

En parallèle, le canton soutiendra des approches innovantes liées aux développements de la télémédecine et permettant notamment de développer la prise en soins des urgences domiciliaires à l'aide d'équipes mobiles, par exemple, et en lien avec les maisons de santé de se focaliser davantage sur des populations vulnérables avec des difficultés d'accès aux soins (et ceci non seulement pour l'âge gériatrique).

2.1.2.3 Structures intermédiaires

Unités d'accueil temporaire de répit (UATR) dans les EMS

Le nombre de séjours en UATR-EMS pourrait augmenter de 12% entre 2022 et 2028, passant de 507 à 565 séjours, représentant 7 965 journées d'hospitalisation. Les 26 lits actuellement disponibles seraient insuffisants dès 2025.

Unités d'accueil temporaire de répit hors EMS

Les besoins augmentent de 11% entre 2022 (403 séjours) et 2028 (449 séjours), avec une croissance plus conséquente pour les personnes de 80 ans ou plus (15.5% de croissance d'ici à 2028). L'occupation maximale étant estimée à 487 séjours par an, le taux d'occupation passerait à 92% en 2028.

Foyers

Dans les foyers pour personnes âgées, le nombre de bénéficiaires au 31 décembre devrait passer de 463 en 2022 à 497 en 2028 (+7%). Les 165 places disponibles pour l'année 2022 devraient suffire pour répondre à la demande au moins jusqu'en 2045.

Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

Le nombre de résidentes et résidents en IEPA de 65 et plus devrait passer de 1 556 en 2022 à 1 653 en 2028 (+6%). Il est déjà prévu une augmentation du nombre d'IEPA ces prochaines années avec une offre qui va croître de 8%, ce qui permettra de couvrir l'augmentation des besoins prévue jusqu'en 2028.

Unité d'accueil temporaire médicalisées (UATM)

Le nombre de bénéficiaires en UATM sur l'année (somme pondérée par la durée de séjour) pourrait augmenter de 10% d'ici 2028. Sur la base des données actuelles, les structures existantes devraient couvrir les besoins jusqu'en 2028. Des questions se posent néanmoins sur le mode de financement de ces structures, ainsi que sur leur lien avec l'amont et l'aval, afin de pouvoir éviter au mieux des hospitalisations ou permettre de réduire les durées de séjour.

2.1.3 Secteur médical ambulatoire à charge de l'assurance obligatoire des soins

L'art. 55a al. 1 de la LAMal, adopté par le Parlement le 19 juin 2020, permet aux cantons de limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS (nombres maximaux de médecins).

Depuis le 1er octobre 2022 et jusqu'au 30 juin 2025 au plus tard, Genève a décidé de mettre en œuvre les nombres maximaux. Sur les 6 051 médecins autorisés à pratiquer sous propre responsabilité et actifs en août 2024, 4 245 médecins (70%) sont également admis à charge de l'AOS.

2.2 Axes forts

2.2.1 Promotion de la santé et prévention

Figure 2.1 – Axes stratégiques de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention Concept PSP 2030 : 8 axes stratégiques et un axe transversal

Le domaine de la promotion de la santé et de la prévention est inscrit comme étant prioritaire dans le programme de législature 2023-2028. Il fait aussi l'objet d'un rapport séparé du Conseil d'Etat, déposé à l'intention du Grand Conseil le 20 décembre 2023 (RD1565), dans lequel le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028 est présenté (DSM, 2023).

Celui-ci propose des actions concrètes pour améliorer la santé de la population genevoise à l'horizon 2028. Elaborées sur la base de la stratégie de santé publique décrite dans le concept PSP 2030, elles s'appuient également sur le bilan intermédiaire des actions du plan PSP 2019-2023. De plus et en début de législature, des domaines prioritaires pour les actions de prévention secondaire et tertiaire ont été identifiés par le département de la santé et des mobilités (DSM) (prévention du déclin cognitif, nouvelles addictions, éducation aux maladies chroniques, accès aux soins bucco-dentaires, promotion de la prévention chez les personnes marginalisées).

2.2.2 Aide sanitaire d'urgence

Tableau 2.3 – Evolution constatée des consultations d'urgence dans les centres du réseau d'urgences

Urgences ambulatoires adultes du RUG	2019	2020	2021	2022	2023	Croissance 2019-2023	Croissance 2019-2023 %
degré 1	1'806	1'678	1'569	1'556	1'622	-183	-10.2%
degré 2	13'431	13'623	13'319	15'888	16'001	2'570	19.1%
degré 3	83'836	75'698	75'460	103'482	102'788	18'953	22.6%
degré 4	40'074	42'977	30'326	48'438	49'858	9'783	24.4%

Source : SMC

Le 21 mai 2021, la motion "RUG" invitait le Conseil d'Etat à mener des actions visant à améliorer le système d'urgence genevois sous l'angle de l'urgence communautaire ou "non vitale" et des soins non programmés. Plusieurs axes de travail sont déjà envisagés, notamment : développer le réseau des urgences communautaires, faire évoluer favorablement les habitudes de consommation de soins, renforcer la coordination des acteurs en place et de développer des solutions innovantes telles que le recours accru à la télémédecine.

2.2.3 Maisons de santé

Le déploiement des maisons de santé sur l'ensemble du canton est défini dans l'axe 1.2 du programme de législature. Leur objectif est de passer d'une approche curative basée sur les soins à une prise en charge proactive, favorisant l'autonomisation des patients et leur maintien à domicile au sein d'un réseau de pluriprofessionnels impliquant des médecins de premier recours, des infirmières et infirmiers en pratique avancée, les associations de quartier et d'autres professionnelles et professionnels de la santé tels qu'ergothérapeutes, psychomotriciennes, psychomotriciens, diététiciennes ou diététiciens. Les avantages soulignés comprennent la réduction des hospitalisations inutiles, et une amélioration générale de la qualité des soins et des itinéraires patients.

À Genève, suite à un appel d'offres lancé en 2019, un projet pilote au centre médical de Lancy a démarré. En 2023, la seconde maison de santé voit le jour à Meinier. En 2024, trois nouvelles maisons de santé sont en cours de développement à Onex, aux Acacias, et aux Charmilles. Plusieurs autres projets sont à ce jour en évaluation au sein de l'office cantonal de la santé (OCS).

Il est prévu d'intégrer d'autres maisons de santé dans le projet pilote actuel, ainsi que d'élargir le périmètre du projet à d'autres objectifs de santé publique, avec une approche épidémiologique et populationnelle basée sur les besoins de la communauté dans lesquelles les maisons de santé sont implantées, en lien avec le plan cantonal de prévention et de promotion de la santé.

L'OCS souhaite capitaliser sur l'expérience des premières maisons de santé, afin de pouvoir fournir un soutien plus concret aux nouvelles structures, et développer des indicateurs standardisés de qualité, d'accès, de processus et de résultat, un modèle uniformisé de financement, ainsi que l'utilisation d'échelles de complexité des patients. Finalement, les exigences vont être formalisées, en particulier : la contractualisation, par une convention, des relations entre le prestataire de soins LAMal (centre médical, cabinet de groupe, cabinets médicaux…) et l'association à but non-lucratif qui offre les prestations de la maison de santé et reçoit les financements publics, l'ouverture à la communauté, et l'utilisation du dossier électronique du patient.

2.3 Ressources humaines

2.3.1 Personnel autorisé à pratiquer

Tableau 2.4 – Effectif du personnel autorisé à pratiquer à Genève et des personnes en âge AVS à fin 2024

Profession	Effectif	Personnes en âge AVS à fin 2024
Soins infirmiers	6558	923
Physiothérapie	1073	188
Ergothérapie	219	26
Diététique	132	6
Sages-femmes	298	27
Logopédie	345	52
Psychologie	1159	117

Source : SMC

27 professions de santé sont soumises à autorisation à Genève. Parmi les professions d'intérêt majeur pour la planification sanitaire, sur les 9 784 personnes exerçant ces professions, 13.7% d'entre elles auront atteint l'âge AVS a fin 2024.

2.3.2 Médecine humaine

Parmi les 6 051 personnes autorisées à pratiquer la médecine sous leur propre responsabilité, 1 161 auront atteint l'âge AVS à fin 2024.

Les HUG comptent 1 067 médecins en formation postgrade en juin 2024. En plus des HUG, 30 autres établissements et 114 cabinets médicaux sont reconnus par l'institut suisse pour la formation (ISFM) à Genève pour encadrer des médecins en formation postgrade.

2.3.3 Personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique

Un besoin de relève de 2 585 personnes au total est identifié à l'horizon 2028, soit 431 par an. En considérant le personnel médicotechnique et médico-thérapeutique, le besoin de relève est de 2 876 personnes au total à l'horizon 2028 (479 par an). Bien que le nombre de places de formation soit en constante augmentation, le nombre annuel de diplômées et de diplômés reste en dessous des besoins, particulièrement pour le degré tertiaire.

En 2022, la Haute école de Santé de Genève (HEdS-GE) a octroyé 133 titres en soins infirmiers. En considérant plutôt les diplômées et les diplômés ayant leur domicile dans le canton de Genève, ce sont 112 titres qui sont recensés en 2022.

Au niveau secondaire II, les trois formations considérées dans le domaine des soins et de l'accompagnement sont celles d'assistant ou assistante en soins et santé communautaire (ASSC), d'assistant ou assistante socio-éducative (ASE ; options généraliste et accompagnement des personnes âgées) et d'aide en soins et accompagnement (ASA). Dans l'ensemble, 400 diplômes ont été délivrés pour ces trois filières en 2022.

Tableau 2.5 – Synthèse des besoins en personnel de soins et d'accompagnement en 2022 et projections des besoins de relève à l'horizon 2028 (nombre de personnes employées) par niveau de formation

Domaine	Degré de formation	Effectif en 2022	Horizon 2028				
			Besoins supp.	Retraites	Sorties précoces	Besoins de relève totaux	Besoins de relève annuels moyens
Soins et accompagnement	Degré tertiaire	7'013	637	480	450	1'567	261
	Secondaire II	4'100	449	340	.	789	131
	Assistant-e en soins et santé communautaire	974	101	70	.	172	29
	Assistant-e socio-éducatif-ve	289	33	22	.	55	9
	Aide en soins et accompagnement	624	72	42	.	114	19
	Aide soignant-e	2'102	231	192	.	424	71
	Autre sec. II	111	11	14	.	25	4
	Autres/sans formation	1'154	134	96	.	230	38
	Total soins et accompagnement	12'267	1'219	916	450	2'585	431
Autres	Personnel médico-technique	901	73	78	.	151	25
	Personnel médico-thérapeutique	858	72	67	.	140	23
Total		14'026	1'364	1'061	450	2'876	479

Note : Les départs à la retraite du personnel médico-thérapeutique des SASD ne sont pas disponibles dans les données.
Les projections pour les sages-femmes font l'objet de projections séparées.
Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

Ce rapport s'appuie sur la nouvelle méthodologie de l'OBSAN. En complément des estimations sur les besoins en personnel résultant de l'augmentation de l'activité et des départs à la retraite, il a ainsi été possible, pour le personnel en soins et accompagnement, d'inclure des informations sur la formation (estimations du nombre d'abandons en cours de formation et de diplômées et de diplômés exerçant en définitive dans un autre domaine que celui dans lequel ils ont obtenu leur diplôme, ou de diplômées et de diplômés qui ne travaillent pas dans un établissement de santé). Les projections ont ainsi pu être enrichies par cette nouvelle dimension.

3 Introduction

La planification sanitaire cantonale a comme objectifs de déterminer l'évolution des besoins en soins de la population du canton de Genève et de définir les moyens de les satisfaire en garantissant la qualité des prestations de la façon la plus rationnelle et la plus économique possible. Elle vise ainsi à améliorer l'efficience du réseau de soins et du système de santé genevois et à offrir des soins accessibles, appropriés et de qualité à la population, le tout dans le respect du cadre légal.

Les besoins sont estimés à partir des données de l'année de référence, à l'aide de modèles de projection constitués d'hypothèses relatives à l'évolution démographique et épidémiologique, ainsi que sur des objectifs de santé publique (Figure 3.1).

Figure 3.1 – Démarche de projection des besoins

Les projections des besoins ne peuvent pas prédire l'avenir avec exactitude. Ils décrivent néanmoins les évolutions possibles en fonction de certaines hypothèses. De plus, les modèles statistiques comportent toujours des incertitudes, et les résultats prévus dépendent de différents facteurs tels que le choix des scénarios et la qualité des données disponibles. Enfin, des changements imprévisibles sont également possibles. Pour toutes ces raisons les résultats sont donc à considérer avec prudence.

Les résultats des projections demeurent toutefois indispensables pour la planification des investissements et pour l'élaboration des budgets nécessaires à la couverture adéquate des besoins en soins de la population. A ce titre, la planification sanitaire représente un outil d'aide à la décision permettant au canton de fixer les priorités et d'allouer les ressources correspondantes.

La loi sur la santé (LS ; rsGE K 1 03) genevoise impose un rapport de planification sanitaire tous les quatre ans, le dernier rapport portant sur la période 2020-2023 (DGS, 2019). Toutefois, cette période a été particulièrement marquée dans son système de santé, entre autres par la crise COVID-19. Afin d'éviter de travailler avec des données fortement impactées par la pandémie, le canton de Genève a décidé de reporter d'une année le rapport de planification sanitaire afin de pouvoir travailler avec les données de l'année 2022. Le canton restera toutefois vigilant sur l'évolution qui sera constatée dans les prochaines années et se réserve la possibilité d'effectuer une mise à jour en cas de constat d'écart trop important entre la réalité observée et les prévisions.

Le résultat des travaux de planification réalisés pour la période 2025-2028 figure dans le présent rapport. Ce document évalue les besoins dans les trois domaines suivants :

- Les structures relevant :
  - De la planification hospitalière :
    - Les soins somatiques aigus ;
    - Les soins de psychiatrie ;
    - Les soins de réadaptation ;
  - De la planification médico-sociale :
    - Les établissements médico-sociaux ;
    - Les soins à domicile ;
    - Les structures intermédiaires ;
  - Du secteur médical ambulatoire à charge de l'assurance obligatoire des soins ;
- Les axes de développement futur forts, comprenant :
  - La prévention et promotion de la santé ;
  - Le réseau d'urgences communautaires ;
  - Les maisons de santé ;
- Les ressources humaines, comprenant :
  - Le personnel autorisé à pratiquer ;
  - La médecine humaine ;
  - Le personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique.

La planification de l'aide sanitaire urgente (urgences de priorité 1 et 2) a fait l'objet d'un rapport spécifique pour la période 2024-2027 adopté par le Conseil d'Etat le 20 décembre 2023. Ce domaine est par conséquent exclu de cette présente planification. Conformément à la loi sur les transports sanitaires urgents et l'aide sanitaire associée (LTSU ; K 1 21 du 29 octobre 1999), ce rapport est dédié à la planification des transports sanitaires urgents et de l'aide associée, qui sont coordonnées par la centrale d'appels sanitaires d'urgence (CASU). Ce rapport fait apparaître des besoins en hausse qui devront être assumés par une activité accrue des services de sauvetage. Les autres dimensions de l'aide sanitaire urgente sont développées dans le présent rapport, à la section 8.2.

Le secteur ambulatoire et la démographie de la relève médicale sont quant à aux intégrés pour la première fois à la planification sanitaire, de manière limitée. Ils sont aujourd'hui gérés dans le cadre de la clause du besoin et du projet RÉFORMER, lancé par les cantons romands pour encourager la formation de généralistes et assurer les besoins médicaux dans toutes les spécialités médicales pour les 15 prochaines années. En ce sens, un modèle spécifique de planification est en cours de développement à l'office fédéral de la santé publique (OFSP). Une étude séparée sera menée une fois le modèle mis en place.

Les projections de population utilisées pour la planification sanitaire se basent sur un scénario d'évolution démographique modérée, élaboré par l'office cantonal de la statistique (OCSTAT) :

la croissance annuelle moyenne de la population d'ici 2030 atteindrait, selon ce scénario, +0,75% par an (Schumacher, mars 2022).

Ce rapport de planification sanitaire a été élaboré par l'OCS avec l'appui du service cantonal des seniors et de la proche aidance (SeSPA) et de nombreux autres partenaires publics et privés. L'expertise de l'observatoire suisse de la santé (OBSAN), notamment, a été sollicitée pour la réalisation des projections statistiques relatives à l'évaluation des besoins futurs ainsi que pour les rapports méthodologiques liés à ces projections. Les éléments de ces rapports méthodologiques sont partiellement intégrés directement dans le présent document. Ces évaluations ont ensuite été analysées par des groupes de travail spécifiques, avec des experts mandatés par l'OCS, chargés d'examiner les résultats et de les inscrire dans la réalité genevoise. Nous remercions nos différents partenaires pour leur contribution.

4 Synthèse du projeté-réalisé de la planification 2020-2023

Pour rappel, vous trouverez ci-dessous la synthèse de la planification 2020-2023, avec un retour sur la situation réelle observée en 2022 (Tableau 4.1), les données plus récentes n'étant pas encore disponibles au moment de la rédaction du rapport. Le détail de l'analyse se retrouve dans la suite du rapport.

Tableau 4.1 – Synthèse de la planification 2020-2023 et situation observée en 2022 – Planification hospitalière

Domaine	Besoins supplémentaires identifiés pour la période 2020-2023	Mesures pour répondre aux besoins/remarques	Situation observée en 2022[1]
Soins aigus	900 cas supplémentaires par an en moyenne, soit 1.6% de croissance annuelle moyenne.	Appel d'offres pour le renouvellement de la liste hospitalière au 1er janvier 2020.	1 200 cas supplémentaires par an en moyenne, soit 2.1% de croissance annuelle moyenne.
Psychiatrie	1 100 journées supplémentaires par an en moyenne, soit 0.9% de croissance annuelle moyenne.	Sans modification des prises en charge, l'évolution du nombre de journées de soins impliquerait l'ouverture de 24 lits au cours de la période 2020-2023. Deux scénarios d'adaptation de la prise en charge permettraient d'éviter l'ouverture de nouveaux lits : 1) Eviter les hospitalisations d'une durée supérieure à 100 jours et proposer des solutions de prise en charge alternative. 2) En complément du premier scénario, éviter les hospitalisations de courte durée non nécessaires.	2 889 journées supplémentaires par an en moyenne, soit 2.7% de croissance annuelle moyenne.

[1] Les données plus récentes n'étant pas disponibles au moment de la rédaction du rapport, le comparatif se fait avec les données 2022.

Domaine	Besoins supplémentaires identifiés pour la période 2020-2023	Mesures pour répondre aux besoins/remarques	Situation observée en 2022[1]
Réadaptation	7 200 journées supplémentaires par an en moyenne, soit 2.4% de croissance annuelle moyenne.	En prenant en compte l'impact de la nouvelle structure tarifaire ST REHA , qui fera évoluer le périmètre de la réadaptation, les besoins à l'horizon 2023 seraient de 37 lits supplémentaires en réadaptation et de 40 lits supplémentaires pour les attentes de placement.	11 688 journées en moins par an en moyenne, soit 6.8% de décroissance annuelle moyenne. Pour rappel, la gériatrie aiguë ne fait plus partie des données de la réadaptation en 2022, ce qui impacte fortement le résultat observé.

Tableau 4.2 – Synthèse de la planification 2020-2023 et situation observée en 2022 – Planification médico-sociale

Domaine	Besoins supplémentaires identifiés pour la période 2020-2023	Mesures pour répondre aux besoins/remarques	Situation observée en 2022[2]
Etablissements médico-sociaux (EMS)	1.6% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits long-séjour en 2023 à 4 468 unités, soit 417 de plus qu'en 2017. La prévision a été revue à la baisse en mars 2021, pour tenir compte de la surmortalité due au COVID, à 4 361 unités, soit 310 de plus qu'en 2017.	Compte tenu des réalisations ou projets prévus jusqu'en 2023, le besoin net en lits long-séjour à l'horizon 2023 est de 209 unités. La prévision a été revue à la baisse en mars 2021 pour tenir compte de la surmortalité due au COVID, à 103 unités.	0.2% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits long-séjour à 4 095 lits en 2022, soit 44 de plus qu'en 2017.
Unités d'accueil temporaire de répit dans les EMS (UATR-EMS)	51.3% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits de court-séjour en 2023, à 60 unités, soit 55 de plus qu'en 2017	Compte tenu des ouvertures réalisées ou prévues jusqu'en 2023, le besoin net en lits de court-séjour à l'horizon 2023 est de 21 unités.	62.6% de croissance moyenne en nombre de cas avec 26 lits court-séjour en 2022

[2] Les données plus récentes n'étant pas disponibles au moment de la rédaction du rapport, le comparatif se fait avec les données 2022.

Domaine	Besoins supplémentaires identifiés pour la période 2020-2023	Mesures pour répondre aux besoins/remarques	Situation observée en 2022[2]
Soins à domicile (SAD)	2.3% de croissance annuelle moyenne du nombre d'heures en 2023 à 1 083 944 heures pour l'ensemble des fournisseurs de prestations, soit 135 754 de plus qu'en 2017.	D'après le modèle utilisé pour réaliser les projections, le nombre d'heures de soins requises devrait augmenter de manière proportionnelle pour les trois types de fournisseurs de prestations à domicile (IMAD, organismes privés, infirmières et infirmiers indépendants), car aucune hypothèse sur la croissance d'un fournisseur en particulier par rapport aux autres n'a été modélisée.	4 000 heures en plus par an en moyenne, soit 4% de croissance annuelle moyenne.
Unités d'accueil temporaire de répit exploitées par l'IMAD (UATR)	1.8% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits en 2023, à 42 unités, soit 4 de plus qu'en 2017.	Comme lors la planification 2016-2019, les besoins sont concentrés dans les UATR exploités par les EMS. Ainsi, à l'horizon 2023, il n'y a pas de besoin retenu pour les lits UATR-IMAD.	2.5% de croissance moyenne en nombre de cas. 83 unités en 2022.
Foyers de jour et de jour/nuit pour personnes en âge AVS	1.5% de croissance annuelle moyenne du nombre de places en 2023 à 150 unités, soit 13 de plus qu'en 2017.	En tenant compte du nombre de places disponibles estimées à fin 2019 (166 places) et des futures ouvertures de foyers prévues jusqu'en 2023, le besoin net en places à l'horizon 2023 est largement couvert (196 places seront disponibles pour un besoin de 150).	3.2% de croissance moyenne en nombre de cas. 165 lits en 2022, y compris les lits de nuit en foyer spécialisé.
Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)	4.9% de croissance annuelle moyenne du nombre de logements en 2023 à 1 809 unités, soit 450 de plus qu'en 2017.	Compte tenu des logements disponibles estimés à fin 2019 (1 537 logements), le besoin à l'horizon 2023 est de 272 unités. Pour répondre à ce besoin, le département accompagne 12 projets de construction d'IEPA, correspondant à 642 logements. Le besoin identifié devrait donc être largement couvert, sous réserve de l'aboutissement des projets.	5.3% de croissance annuelle moyenne du nombre de logements, soit 394 logements en plus qu'en 2017.

Domaine	Besoins supplémentaires identifiés pour la période 2020-2023	Mesures pour répondre aux besoins/remarques	Situation observée en 2022[2]
Unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)	19.1% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits en 2023 à 20 unités, soit 13 de plus qu'en 2017	Compte tenu des 10 lits disponibles à fin 2019, le besoin net en lits à l'horizon 2023 est de 10 unités.	20 lits

Tableau 4.3 – Synthèse de la planification 2020-2023 et situation observée en 2022 – Personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique

Domaine	Besoins supplémentaires identifiés pour la période 2020-2023	Mesures pour répondre aux besoins/remarques	Situation observée en 2022[3]
Hôpitaux de soins aigus	1 594 personnes supplémentaires et 1 644 départs à la retraite d'ici 2030, soit un effectif total de 4 542 personnes dans le scénario minimum et 4 890 personnes dans le scénario maximum.	L'accroissement du besoin en soins implique un besoin supplémentaire de personnel de santé compris entre 4 000 et 5 000 personnes d'ici 2030. Le nombre de départs à la retraite est estimé à 4 200 personnes d'ici 2030. Le nombre total de professionnelles et professionnels à engager d'ici 2030 est compris entre 8 200 et 9 200 personnes.	Effectif constaté de 4 710 personnes
Cliniques psychiatriques	167 personnes supplémentaires et 378 départs à la retraite d'ici 2030, soit un effectif total de 871 personnes dans le scénario minimum et 884 personnes dans le scénario maximum.		Effectif constaté de 936 personnes
Cliniques de réadaptation	531 personnes supplémentaires et 455 départs à la retraite d'ici 2030, soit un effectif total de 988 personnes dans le scénario minimum et 1 307 personnes dans le scénario maximum.		Effectif constaté de 1 184 personnes

[3] Les données plus récentes n'étant pas disponibles au moment de la rédaction du rapport, le comparatif se fait avec les données 2022.

Domaine	Besoins supplémentaires identifiés pour la période 2020-2023	Mesures pour répondre aux besoins/remarques	Situation observée en 2022[3]
EMS	960 à 1 555 personnes supplémentaires et 1 024 départs à la retraite d'ici 2030, soit un effectif total de 2 396 personnes dans le scénario minimum et 2 599 personnes dans le scénario maximum.		Effectif constaté de 2 629 personnes
Soins à domicile	774 à 1 121 personnes supplémentaires et 736 départs à la retraite d'ici 2030, soit un effectif total de 1 832 personnes dans le scénario minimum et 1 975 personnes dans le scénario maximum.		Effectif constaté de 1 904 personnes
Total	**4 026 à 4 968 personnes supplémentaires et 4 237 départs à la retraite d'ici 2030.** **Soit un effectif total de 10 629 personnes dans le scénario minimum et 11 655 personnes dans le scénario maximum.**		**Effectif constaté de 11 363 personnes**

5 Contexte

5.1 Contexte légal

Le cadre législatif dans lequel les cantons doivent établir leur planification hospitalière est fixé dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) et est précisé dans l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102). La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée du 14 mars 2008 (CIMHS ; rsGE K 2 20) complète ces dispositions.

Selon l'article 39 de la LAMal, la planification hospitalière est établie afin de couvrir les besoins de la population en soins hospitaliers tout en respectant des critères de qualité et le caractère économique. Sont pris en compte dans le cadre de la planification les établissements servant au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution en milieu hospitalier de mesures médicales de réadaptation, les maisons de naissance, les institutions prodiguant des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (EMS), à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les organismes privés sont pris en considération de manière adéquate. Les cantons sont tenus de coordonner leurs planifications.

À l'échelle cantonale, la Loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS ; rsGE K 1 03) précise que la planification des soins comprend l'estimation des besoins en soins et de leur évolution ainsi que l'élaboration de stratégies de réponse à ces besoins. Elle a pour but de maintenir ou d'améliorer l'accès de la population à des soins les plus efficients possibles. A cet effet, elle établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestations de soins publics et privés. La planification des soins stationnaires est nécessaire à l'établissement des listes cantonales d'établissements sanitaires, des mandats de prestations de chaque établissement et des collaborations intercantonales et régionales. La planification des autres types de soins permet d'avoir une vue d'ensemble des besoins en soins et de tenir compte des interactions entre types de soins. Elle fournit le cadre nécessaire à la contractualisation avec les institutions sanitaires concernées. La loi cantonale est complétée plus spécifiquement par le chapitre IV A de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; rsGE J 3 05).

Le présent rapport a été établi conformément aux recommandations révisées de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) sur la planification hospitalière (CDS, 2022).

Une commission consultative en matière de planification hospitalière est également constituée dans le but de réunir, aux fins de consultation, les principaux partenaires concernés par l'élaboration de la nouvelle planification hospitalière cantonale (voir le règlement instituant une commission consultative en matière de planification hospitalière du 3 février 2010 ; RComPLanH ; rsGE J 3 05.23).

Une commission de coordination du réseau de soins est également constituée et a pour mission, entre autres, de conseiller le département dans le cadre de l'adaptation de l'offre aux besoins des bénéficiaires et du développement de projets communs visant à améliorer le fonctionnement du réseau de soins (voir la loi sur l'organisation du réseau de soin en vue du maintien à domicile du 28 janvier 2021 ; LORSDom ; rsGE K 1 04).

5.2 Contexte fédéral

Au niveau national, le Conseil Fédéral a fixé la stratégie 2020-2030 en matière de politique de la santé (OFSP, Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020–2030, 2023). Cette stratégie s'appuie sur différents constats dont, entre autres, l'augmentation des coûts de la santé, des structures trop centrées sur les soins aigus, la pénurie du personnel de santé, le manque de transparence concernant les coûts et la qualité des prestations. Elle se concentre sur quatre défis les plus urgents, dont celui du maintien de soins de grande qualité, la transformation technologique et numérique et d'un système financièrement viable.

Depuis la planification du canton de Genève 2020-2023, de nouvelles règles et définitions ont été introduites pour la facturation des cas pour la réadaptation (ST REHA), une évolution de la facturation pour les séjours psychiatriques dans les institutions psychiatriques ou des services psychiatriques (TARPSY) ainsi qu'une adaptation de la structure tarifaire pour les prestations hospitalières en soins somatiques aigus (SwissDRG SA, 2024). Les groupes de prestation pour la planification hospitalières (GPPH) ont également évolué, pour mettre à disposition des listes pour chacun des secteurs de soins (soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation). De même, de nouvelles prestations sont venues enrichir le catalogue des interventions devant s'effectuer en priorité en ambulatoire, qui comprend aujourd'hui 18 groupes d'interventions répartis en 8 spécialisations.

La LAMal a renforcé la qualité des soins au travers de la révision de son article 58 le 1er avril 2021. Depuis le 1er avril 2022, les fournisseurs de prestations ont l'obligation légale de mettre en œuvre des mesures de développement de la qualité.

Dans ce cadre, le Conseil fédéral a publié en mars 2024 des objectifs de développement de la qualité pour la période de 2025 à 2028 (Conseil Fédéral, 2024). Ces objectifs constituent le cadre d'action global de la Commission Fédérale pour la Qualité (CFQ). De plus, l'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) coordonne et réalise des mesures de qualité en médecine somatique aiguë en milieu hospitalier, en réadaptation et en psychiatrie. Les résultats de l'enquête de satisfaction 2023 concluent à un retour très positif des patientes et patients sur leurs traitements et leurs séjours.

De même, au niveau genevois, les établissements inscrits sur la liste hospitalière font l'objet d'une inspection périodique par le groupe risque pour l'état de santé et inspectorat (GRESI) du service du médecin cantonal de l'OCS, qui a pour mission de surveiller l'application du cadre légal et réglementaire et ainsi garantir les conditions de la qualité de la prise en soins des patientes, patients, résidentes, résidents, usagères et usagers.

La coordination entre Genève et les autres cantons prend différentes formes et intervient notamment dans le cadre des nombreuses conférences intercantonales auxquelles le canton de Genève participe activement, qu'elles soient de niveau national ou régional. Ainsi, Genève participe à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), en vigueur à Genève depuis le 10 février 2009, et contribue ainsi à la planification conjointe par l'ensemble des cantons. Genève participe également, entre autres, au Groupement romand des services de santé publique (GRSP) et à la CDS, organes de coordination des cantons en matière de politique de la santé.

Pour ce qui est de la coordination des soins ne faisant pas partie de la CIMHS, la situation géographique particulière de Genève, qui n'a qu'une frontière de 4 km commune avec le canton de Vaud et de 110 km avec la France, a pour conséquence que la coordination se fait actuellement majoritairement dans le cadre de ce territoire franco-valdo-genevois. A l'intérieur

de ce territoire, l'Espace transfrontalier genevois regroupe le canton de Genève, le district de Nyon et la zone d'emploi du Genevois français (Figure 5.1).

Figure 5.1 – Carte de la zone du Grand Genève

Géoclip - fond de carte : DIT

5.3 Contexte cantonal

Au niveau genevois, suite au changement de législature le 1er juin 2023, le Conseil d'Etat a fixé ses priorités pour la législature 2023-2028 (Conseil d'Etat, 2023). L'optimisation du système de soins pour une politique de santé durable, la garantie de l'accès à des soins de qualité et la continuité de l'offre pour l'ensemble de la population fait partie de ses priorités. Cela implique, entre autres, la mise en œuvre d'une politique seniors et le développement de la promotion de la santé et de la prévention (PSP). L'optimisation du système de santé implique également une étroite collaboration avec une multitude d'acteurs issus d'horizons divers, impliqués dans la conception et la mise en œuvre des actions retenues, aussi bien à l'échelle cantonale et communale que dans les secteurs associatif ou privé. Dans ce cadre, une étude de faisabilité d'une caisse-maladie cantonale publique associée à un réseau de soins est en cours de réalisation. Cela permettra d'améliorer la coordination entre ces différentes structures, d'agir en faveur de la transparence du système de soins et d'assurer une meilleure maîtrise des coûts de la santé ou d'explorer de nouvelles formes de prise en charge.

5.4 Perspectives

5.4.1 Perspectives économiques

Les perspectives économiques devraient progresser faiblement en Suisse comme dans le canton. La croissance du PIB devrait se renforcer en 2025. Le taux de chômage devrait légèrement augmenter, l'inflation s'est tassée, particulièrement dans le canton, et les taux d'intérêt devraient poursuivre leur mouvement de baisse en Suisse à court terme (Groupe de perspectives économiques, 2024).

Dans ce cadre, l'Etat a décidé, au vu des résultats positifs des comptes 2023, d'annoncer des mesures de soutien à la population au travers, notamment, d'une baisse d'impôts (Conseil d'Etat, 2024). Ce soutien vient s'ajouter à l'augmentation des subsides suite à la hausse des

primes d'assurance-maladie (DCS, 2023), subsides dont 42.5% de la population genevoise bénéficient en 2022 (OFSP, Dashboard de l'assurance-maladie, 2024). Le Conseil d'Etat a en outre décidé de prendre des mesures additionnelles en matière et prévention et promotion de la santé dans le cadre du projet de budget 2025.

5.4.2 Perspectives socio-culturelles

En ce qui concerne la population, la croissance a été dopée notamment par l'immigration de civils fuyant la guerre en Ukraine. Ce constat, conjugué à la baisse du nombre de naissances, amène une hausse de la population résidante étrangère jeune et en âge de travailler, ce qui permet de ralentir le vieillissement de la structure de la population, sans pour autant le stopper, la population âgée de 80 ans ou plus progressant particulièrement (Montfort, 2024). A l'inverse, des initiatives comme l'initiative populaire fédérale "pas de Suisse à 10 millions ! (initiative pour la durabilité)" pourraient limiter l'accroissement de la population à plus long terme.

5.4.3 Perspectives technologiques

De nombreuses évolutions dans le secteur médico-technique auront des conséquences pour la planification sanitaire. Ainsi, le développement du numérique fait partie des priorités fédérales comme cantonales, afin d'encourager la digitalisation et l'utilisation des données, que ce soit pour développer un dossier électronique ou partager des prestations de soin (dossier électronique du patient, plan de soins partagé).

L'innovation et le développement de modèles alternatifs de structures et de suivi des patients sont également au cœur des réflexions pour réformer le système actuel, en particulier depuis le refus des deux initiatives populaires portant sur les primes de l'assurance-maladie (allègement des primes et frein aux coûts) du 9 juin 2024, quelques mois avant l'annonce des augmentations des primes maladies. Ainsi, de nombreuses discussions ou modifications législatives ont lieu autour de la réforme du système de santé (tarifs de la liste des analyses, prérogatives des cantons sur l'approbation des primes, amélioration des conditions de travail et promotion de la formation dans les soins infirmiers, 2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts dans la LAMal, baisses de points TARMED, entre autres).

De même, au niveau genevois, divers projets d'évolution sont en cours :

Le projet d'une caisse maladie cantonale publique adossée à un réseau de soins intégrés pour permettre une meilleure maîtrise des coûts de la santé sans renoncer à la qualité des prestations.

La mise en place d'un réseau coordonné des urgences permettant de décharger les urgences hospitalières (voir section 8.2).

Le développement des maisons de santé pour la prise en charge coordonnée de patientes et de patients présentant une situation complexe et la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé tenant compte du réseau associatif des communes concernées (voir section 8.3).

L'amélioration de l'offre au niveau des infrastructures et du maintien à domicile, entre autres au travers de la mise en place d'une première ligne de soins palliatifs dans les équipes mobiles afin de limiter les hospitalisations de la population concernée.

Le développement d'un dispositif de coordination des entrées en EMS permettant de faciliter l'entrée en EMS et de renforcer le maintien à domicile.

Le renforcement de l'encadrement médical des IEPA pour permettre d'éviter des hospitalisations inappropriées.

La mise en place d'EMS spécialisés dans la prise en charge des troubles cognitifs et des pathologies lourdes du jeune adulte

5.4.4 Perspectives légales

La structure tarifaire ambulatoire actuelle (TARMED) sera en principe remplacée dès le 1er janvier 2026 par la nouvelle structure combinant un financement à la prestation et des forfaits (TARDOC). Une nouvelle Organisation des tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA) a été mise en place pour soutenir l'application et le développement de cette nouvelle structure tarifaire. L'impact de ce changement tarifaire sera à évaluer lors des prochaines planifications hospitalières.

Le 22 décembre 2023, le Parlement a adopté une modification de la LAMal relative au financement uniforme des prestations (projet EFAS). Un référendum a été déposé et est soumis à votation le 24 novembre 2024. Cette modification pourrait avoir un impact conséquent sur les modalités de remboursement et de structuration des acteurs du réseau de santé. Ainsi, à partir de 2028, les prestations ambulatoires et stationnaires devraient être financées de manière uniforme, et à partir de 2032, les prestations de soins également. Les cantons participeront à hauteur de 26.9% des coûts nets. 73.1% des coûts nets seront financés par les primes. Les cantons auront ainsi plus de visibilité pour intervenir sur le pilotage du secteur ambulatoire.

Enfin, l'idée en réflexion au niveau fédéral de confier la planification hospitalière à la Confédération a pour objectif de mieux coordonner la répartition des missions entre les hôpitaux, à un niveau supra-cantonal.

Avec la révision à venir de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 26 septembre 2014 (LSAMal ; RS 832.12), le Conseil fédéral veut renforcer la participation des cantons à la procédure d'approbation des primes et améliorer encore, dans l'intérêt des cantons, les règlementations concernant la compensation des primes encaissées en trop.

Le parlement a récemment annoncé une réforme de la LAMal, dans laquelle les frontaliers affiliés à la LAMal seront intégrés dans la compensation des risques. Les travailleuses et travailleurs frontaliers pourraient voir leurs primes augmenter, ce qui profiterait aux assurées et aux assurés des cantons dans lesquels les frontaliers travaillent (Conseil fédéral, 2023).

En ce qui concerne les interventions effectuées en priorité en ambulatoire, le canton de Lucerne a annoncé le 19 septembre 2024 la modification de la législation cantonale pour la prise en compte de 4 interventions supplémentaires dès le 1er janvier 2025. Cette annonce aura probablement un impact sur la liste de l'annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31) en conséquent.

Finalement, le parlement entend décharger les urgences des hôpitaux et ouvre la procédure de consultation sur son avant-projet 17.480 de modification de la LAMal visant à instaurer une taxe pour les personnes assurées présentant un cas bénin qui se rendent dans un service d'urgence hospitalier.

6 Projections démographiques

6.1 Introduction

Tous les cinq ans, l'OCSTAT publie des projections de l'évolution de la population. Le dernier exercice publié, sur lequel se basent les projections de besoins en soins et en personnel de ce rapport de planification, couvre la période 2021-2050 (Schumacher, mars 2022). « Réalisée en collaboration avec Statistique Vaud, cette étude présente les perspectives de population résidente[4] pour le canton de Genève en intégrant les projections plus larges élaborées pour l'Espace transfrontalier genevois. » Il convient toutefois de relever que l'étude de l'OCSTAT ne tient pas compte des éventuelles conséquences économiques et/ou migratoires de la guerre entre la Russie et l'Ukraine. Elle ne tient également pas compte du nombre important de travailleuses et travailleurs frontaliers et d'autres personnes de passage sur le canton.

Des scénarios de population au niveau des cantons sont également produits par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les derniers datent de 2020 (OFS, 2022). Ces scénarios cantonaux de l'OFS sont réalisés sous contrainte de cohérence avec les résultats des perspectives établies pour la Suisse.

Figure 6.1 – Population résidante selon le scénario de 1970 à 2050

La définition des scénarios figure sous la rubrique Méthodologie :
https ://www.ge.ch/statistique/domaines/01/01_04/methodologie.asp
Source : OCSTAT / Statistique Vaud (STATVD)

[4] Depuis fin décembre 2013, la définition de la population prise en compte par la statistique cantonale de la population est plus large qu'auparavant. Elle comprend toutes les personnes ayant leur domicile dans le canton, qu'il s'agisse de leur domicile principal ou de leur domicile secondaire, qu'elles aient, pour les personnes étrangères, une autorisation de séjour de longue durée ou de courte durée. Les personnes relevant du domaine de l'asile sont aussi prises en compte.

Les trois scénarios démographiques possibles et jugés équiprobables pour le canton de Genève sont :

Le scénario démographique moyen qui s'inscrit dans un contexte global complexe, marqué à la fois par des contraintes liées au vieillissement, par une croissance économique qui se veut durable et par une ouverture timide dans un environnement politique incertain.

Le scénario haut qui s'inscrit dans un contexte global dynamique, marqué par des contraintes liées au vieillissement, mais également par une solide croissance économique et par un esprit d'ouverture résolu, dans une situation politique axée sur la coopération européenne.

Le scénario bas qui s'inscrit dans un contexte global moins favorable, marqué par les contraintes liées au vieillissement, par une faible croissance économique, par un blocage politique en matière de coopération avec l'UE et par un repli de la Suisse sur elle-même.

Figure 6.2 – Population résidente selon le scénario par âge, en 2020 et 2050

Source : STATVD / OCSTAT - Statistique cantonale de la population

6.2 Population des personnes de 65 ans ou plus

En 2022, les personnes de 65 ans ou plus représentent 16.6% de l'ensemble de la population du canton. Environ un tiers de cette population a 80 ans ou plus (32.0%) et 6.5% à 90 ans ou plus. Avec 409 668 personnes entre 20 et 64 ans, le ratio de dépendance des personnes âgées est de 21 personnes de 65 ans ou plus sur 100 personnes entre 20 et 64 ans. En comparaison intercantonale, c'est dans le canton de Genève que ce rapport de dépendance est le plus bas, suivi des cantons de Fribourg, Vaud et Zurich.

Dans le canton de Genève, la population des 65 ans ou plus augmentera de 11.6% entre 2022 et 2028 pour atteindre 95 828 personnes, tandis qu'elle augmentera de 68.5% d'ici 2050 pour

atteindre 144 773 personnes. C'est surtout parmi la population très âgée que cette croissance est la plus forte. Ainsi, la classe d'âge des 80 ans ou plus augmentera de 93.1% (53 051 personnes) d'ici 2050 et celle des 90 ans ou plus doublera largement (+118.8%, 12 266 personnes) (Figure 6.3).

Figure 6.3 – Scénarios démographiques pour la population de 65 ans ou plus de Genève, 2021-2050

a) De 65 à 79 ans

b) 80 ans ou plus

Evolution observée — Scénario moyen — Scénario haut — Scénario bas

Source : STATVD / OCSTAT - Statistique cantonale de la population

L'évolution de la population par classes d'âges de cinq ans montre l'impact du baby-boom (Figure 6.4). En effet, si l'évolution des 65-69 ans est assez forte entre 2022 et 2034, elle présente un ralentissement à partir de 2034. Ce ralentissement correspond à la fin de la deuxième vague du baby-boom (1954–1974) qui fut plus forte que la première. Cet effet apparaît avec un décalage de cinq ans pour les autres classes d'âges, soit pour les 80-84 ans après 2050.

Figure 6.4 – Projections démographiques, canton de Genève 2022-2050

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
65-69	21 573	23 782	26 803	30 119	31 348	32 606	33 560
70-74	18 751	18 443	19 940	25 935	27 942	29 401	30 704
75-79	18 103	17 464	16 346	19 022	25 011	25 960	27 459
80-84	13 312	14 834	15 339	14 267	17 349	22 160	23 135
85-89	8 553	9 058	10 255	11 404	11 163	13 640	17 650
90+	5 606	6 546	7 144	8 981	10 172	10 483	12 266

Source : STATVD / OCSTAT - Statistique cantonale de la population

La part des personnes très âgées (80 ans ou plus) dans la population âgée (65 ans ou plus) augmente ainsi de 32.0% en 2022 à 34.2% en 2028, puis à 36.6% en 2050. Le ratio de dépendance des personnes âgées augmente quant à lui à 22,3 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes entre 20 et 64 ans en 2028 et à 28.7 en 2050 (Figure 6.5).

Figure 6.5 – Augmentation du taux de dépendance des personnes de 65 ans ou plus

Source : OCSTAT / Statistique Vaud (STATVD)

7 Structures

7.1 Secteur hospitalier

7.1.1 Introduction

Ce chapitre présente les résultats des évaluations quantitatives réalisées dans le but de prévoir les besoins en soins somatiques aigus, en psychiatrie et en réadaptation de la population genevoise à l'horizon 2028.

Les tableaux et graphiques fournissent uniquement les cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), le but du présent rapport étant d'évaluer les besoins en soins de la population genevoise qui relèvent de la LAMal.

En se basant sur les projections démographiques, le scénario démographique moyen a été retenu pour les projections des besoins en soins.

7.1.2 Méthode

Dans le contexte de la planification hospitalière liée aux prestations que les cantons sont tenus d'effectuer, l'OBSAN a élaboré, en collaboration avec Statistique Vaud (anciennement SCRIS), un modèle de projection du nombre de cas et de jours de soins qui sert de base à la planification hospitalière de plusieurs cantons romands et alémaniques (France Weaver, 2009). La Figure 7.1 ci-dessous montre une représentation schématique du modèle de projection.

Figure 7.1 – Modèle de projection de l'OBSAN pour l'évaluation des besoins en soins stationnaires

Source: propre représentation © Obsan 2024

Le modèle de projection de l'OBSAN se base sur l'année de référence 2022. La pandémie de COVID-19 a largement influencé les données récentes, particulièrement l'année 2020 qui relève d'une situation extraordinaire avec de nombreuses hospitalisations en urgence et également un nombre considérable d'annulations et/ou de reports d'interventions électives. Pour ces raisons, il a été convenu de se baser sur l'année la plus récente pour les projections, c'est-à-dire l'année 2022, même si celle-ci reste encore relativement impactée par la pandémie.

Outre l'évolution démographique, d'autres facteurs peuvent influer sur les futurs besoins en soins. Il s'agit en particulier des conditions-cadres économiques, des changements épidémiologiques et des développements médico-techniques. Ces évolutions peuvent affecter la fréquence des hospitalisations et leur durée. Nous reportons ici les hypothèses de projection pour les trois scenarios de manière synthétique :

Figure 7.2 – Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en soins somatiques aigus

		3 SCENARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d'influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	Scénario moyen selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	Scénario haut selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	CAS
	Convergence vers les taux de recours suisses	Pas de convergence	Pas de convergence	Convergence à 20% jusqu'en 2050	
	Épidémiologie	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Médico-technique	Aucune évolution attendue	Augmentation des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et de prothèse de genou (BEW7.2.1), selon travaux GD-ZH	Augmentation supérieure de 50% par rapport au scénario de base. selon travaux GD-ZH	
	Transfert vers l'ambulatoire (AVOS)	15% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS per 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	10% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS per 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	5% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS per 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	DMS du canton – la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections (référence)	DMS du canton – la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections (référence)	DMS du canton – la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections (référence)	JOURS

© OBSAN 2024

Figure 7.3 – Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en psychiatrie

		3 SCENARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d' influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	Scénario moyen selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	Scénario haut selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	CAS
	Convergence vers les taux de recours suisses	Pas de convergence	Pas de convergence	Convergence à 20% jusqu'en 2050	
	Épidémiologie	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Médico-technique: orthopédie	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Transfert vers l'ambulatoire	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	Réduction de la DMS jusqu'en 2050 à la durée moyenne suisse	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections (référence)	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections (référence)	JOURS

© OBSAN 2024

Figure 7.4 – Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en réadaptation

		3 SCENARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d' influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	Scénario moyen selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	Scénario haut selon les scénarios démographiques de l'OCSTAT	CAS
	Convergence vers les taux de recours suisses	Convergence à 20% jusqu'en 2050	Pas de convergence	Pas de convergence	
	Épidémiologie	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Médico-technique: orthopédie	-	Conséquences de l'effet de l'augmentation des révisions de prothèses de la hanche et du genou en soins aigus selon le scénario BASE, sous l'hypothèse que la part des cas aigus suivis d'un séjour de réadaptation consécutif reste stable (base 2022).	Conséquences de l'effet de l'augmentation des révisions de prothèses de la hanche et du genou en soins aigus selon le scénario MAX, sous l'hypothèse que la part des cas aigus suivis d'un séjour de réadaptation consécutif reste stable (base 2022).	
	Transfert vers l'ambulatoire	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	Réduction de la DMS jusqu'en 2050 à la durée moyenne suisse	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections (référence)	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections (référence)	JOURS

© OBSAN 2024

7.1.3 Soins somatiques aigus

7.1.3.1 Analyse de la situation 2022

Parmi les 65 001 cas de patientes et de patients en soins somatiques aigus domiciliés à Genève en 2022, 90% relevaient de l'assurance maladie, 5% de l'assurance accident, le reste étant réparti entre d'autres agents payeurs (assurances étrangères, assurances des organisations internationales, assurance invalidité, assurance militaire, auto-payeurs ou inconnu). Environ 66% des cas LAMal genevois ont été hospitalisés aux HUG. Environ 25.7% des cas LAMal avaient une prise en charge semi-privée ou privée. 49% des cas LAMal ont été pris en charge en urgence. Seuls les cas LAMal de résidentes et de résidents genevois faisant partie du champ de la planification hospitalière cantonale, nous nous concentrerons sur cette population.

En 2022, on dénombre 58 518 hospitalisations d'assurées et assurés LAMal genevois en soins somatiques aigus, dont 56 498 cas dans les établissements hospitaliers situés dans le canton et 2 020 cas dans des hôpitaux situés hors-canton.

Par rapport à la planification des soins 2020-2023 (DGS, 2019), les projections du nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus (57 557 cas en 2022) sont très proches, dans l'ensemble, de la situation observée (58 518 cas en 2022), l'écart pouvant différer selon les domaines de prestation comme la neurologie (1 420 cas projetés et 511 cas observés en 2022) ou la pneumologie (1 652 cas projetés et 965 cas observés en 2022) (voir leTableau 12.1, au chapitre 12). Pour rappel, la période considérée correspond aux années COVID-19, ce qui a eu un fort impact sur les soins. Entre 2019 et 2022, le nombre d'hospitalisations a ainsi progressé de 6.5%, soit un chiffre supérieur à la croissance démographique sur la même période (1.98%). Il est à noter qu'au niveau des HUG, le nombre d'hospitalisations a diminué

d'environ 2% sur la même période. La durée moyenne de séjour est, elle, restée stable à 6.6 jours. Le nombre de lits est passé de 1 550 à 1 661, soit une croissance de 7.1%.

Tableau 7.1 – Indicateurs généraux concernant la situation en matière de soins (Soins somatiques aigus), 2019-2022

	2019	2020	2021	2022	Evolution 2019-2022
Population résidante permanente	504 128	506 343	509 448	514 114	**2.0%**
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)	26.25%	26.16%	26.45%	26.45%	**0.8%**
Hospitalisations	54 921	53 337	56 446	58 518	**6.5%**
Durée moyenne de séjour (DMS)	6.60	6.48	6.35	6.58	**-0.3%**
Jours d´hospitalisation	362 389	345 438	358 430	385 203	**6.3%**
Lits	1 550	1 586	1 642	1 661	**7.1%**

Note : Le nombre de lits correspond au nombre de journées-lits d´exploitation (=jours durant lequel un lit est à disposition) dans le secteur des soins aigus et maisons de naissance selon la KS, divisé par 365. La population résidente permanente de STATPOP se réfère au 31 décembre de l´année respective.
Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS), Statistique de la population et des ménages (STATPOP) | © OBSAN 2024

En comparaison nationale, la durée moyenne de séjour à Genève est la 2e plus élevée de Suisse, après le Tessin. Une partie de l'explication peut être trouvée dans le fait qu'à Genève, il n'existe que très peu de structures pouvant prendre en charge la suite d'une hospitalisation. Dans la majorité des cas, l'entier du séjour se réalise dans un même hôpital, contrairement à d'autres cantons où la partie aiguë se fait dans un hôpital et la suite des soins dans une structure d'aval. Malgré tout, si l'on regarde différents indicateurs, ce résultat questionne et des efforts complémentaires peuvent être envisagés pour diminuer la durée moyenne de séjour. Ainsi, par exemple, le case mix index (CMI), soit le degré de gravité moyen des cas facturés, est de 1.30 pour les HUG alors qu'il est de 1.45 pour le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Le patient complication and comorbidity level (PCCL) qui mesure le degré de gravité du patient en fonction du cumul des diagnostics secondaires pertinents est quant à lui de 0.90 pour les HUG et de 1.02 pour le CHUV. Le rapport de dépendance des personnes âgées, rapport qui calcule le nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans, est de 26.5 pour Genève, soit nettement en-dessous de la moyenne Suisse qui est à 31.5. Un peu moins de la moitié (43%) de la population hospitalisée genevoise a 65 ans ou plus, ce qui est assez proche de la moyenne Suisse (46%). La majorité des hospitalisations concernent les personnes de 40 à 64 ans (26.3% de la population hospitalisée en soins aigus), suivie des 65 à 79 ans (24.4%). Les femmes de 20 à 44 ans sont plus hospitalisées que les hommes, ce qui correspond aux années de maternité (Figure 7.5).

Figure 7.5 – Nombre d'hospitalisations pour Genève, par groupe d´âge et par sexe (soins somatiques aigus), 2022

	0–0	1–4	5–9	10–13	14–17	18–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90+
GE Hommes N	2 961	563	360	288	425	206	458	457	527	627	754	945	1 244	1 708	1 996	1 893	2 173	2 619	2 204	1 855	1 080
GE Femmes N	2 812	410	220	224	452	265	861	1 665	2 823	2 461	1 634	1 281	1 417	1 668	1 623	1 836	1 996	2 724	2 600	2 311	1 892

Source : OBSAN

Si l'on détaille par domaines de soins (voir le Tableau 12.2, au chapitre 12), la durée moyenne de séjour est plus élevée à Genève en comparaison avec la Suisse dans l'ensemble des domaines, mis à part le paquet de base. Les taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants, soit le rapport entre le nombre de séjours hospitaliers au cours d'une année et la population résidente de la même année, sont eux inférieurs pour toute classe d'âge dès 1 an. Par ailleurs, les taux de réadmissions non planifiées mesurés par l'ANQ en 2021 sont inférieurs à la valeur comparative pour les 3 structures ayant participé, soit les HUG, l'hôpital de la Tour et la clinique Générale Beaulieu.

L'indice d'exportation représente le nombre de patientes et de patients qui vont dans un autre canton par rapport au nombre de patientes et de patients externes qui viennent sur Genève. Cela représente un flux net de 6 071 hospitalisations, soit une majorité de patientes et de patients qui viennent à Genève. Cet indice est parmi les plus bas de la Suisse (0.25), juste avant Bâle ville (0.07). Ceci s'explique, comme indiqué en introduction, par la situation géographique particulière de Genève et par une offre de prestations appropriée. La majorité des patientes et des patients hors canton hospitalisés à Genève proviennent de France voisine (48.4%), soit principalement les personnes frontalières assurées LAMal, ou du canton de Vaud (30.8%). Les patientes et patients genevois hospitalisés hors canton se rendent très majoritairement dans le canton de Vaud (70%).

Nous constatons que le taux de couverture, soit la mesure du volume de prestations réel d'une région par rapport au volume de prestations théorique, se situe à 87%. Certains groupes de prestations sont peu couverts par les hôpitaux listés du canton, comme l'ophtalmologie, la cardiologie, la neurochirurgie, la chirurgie viscérale ou la neurologie, entre autres. Ceci peut notamment s'expliquer par le développement des prises en charge ambulatoires dans ces domaines.

En ce qui concerne les aînées et les aînés, une analyse des données issues des HUG a été menée afin d'identifier l'évolution des besoins en soins pour cette population qui n'apparait pas spécifiquement dans les statistiques. En 2022, on dénombre 5 548 hospitalisations d'assurées et d'assurés LAMal genevois en soins somatiques aigus de gériatrie aux HUG pour 82 288

jours d'hospitalisation, soit une durée moyenne de séjour de 14.8 jours. Par rapport à 2019, le nombre d'hospitalisations présente une croissance de 14%. Par ailleurs, 84% des hospitalisations en 2022 sont dues à des problématiques prises en charge dans le cadre du paquet de base. Si l'on regarde par diagnostic, nous constatons que 17% des hospitalisations sont dues à une insuffisance cardiaque droite secondaire, 9% à la pneumonie lobaire, 6% à cause de chutes à répétition et 6% à cause de malaises ou de la fatigue. Les 2 derniers diagnostics pourraient dès lors probablement être diminués au travers d'actions de prévention.

7.1.3.2 Projections des besoins de soins

Divers facteurs peuvent influer sur les besoins en soins futurs. Vous trouverez ci-après le détail des hypothèses prises en compte, avant de détailler le résultat obtenu de cette projection des besoins en soins.

7.1.3.2.1 Transfert vers l'ambulatoire

Afin d'encourager le transfert vers le secteur ambulatoire, la Confédération a édicté depuis 2016 des prescriptions dans l'OPAS. Celles-ci s'appliquent au niveau national et concernaient initialement six groupes d'interventions chirurgicales avant d'être étendues à 18 groupes d'interventions au 1er janvier 2023.

Au niveau international, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a publié récemment un comparatif entre les pays membres sur le taux d'interventions ambulatoires pour les interventions de la cataracte et de l'amygdalectomie (OCDE, 2023). Pour les 2 interventions, la Suisse se situe sous la moyenne de l'OCDE (Cataracte : Suisse 89.6%, OCDE 33 93.8%, Amygdalectomie : Suisse 13.3%, OCDE 31 40%).

Tableau 7.2 – Pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire dans le canton de Genève en 2016 et 2022

		2016	2022	Nombre d'hospitalisations évitées en 2022 par rapport à 2016
1	Varices	75.5%	89.8%	-33
2	Hémorroïdes	71.5%	90.3%	-99
3	Hernie inguinale	31.7%	69.0%	-234
4.1	Col utérin	87.4%	89.9%	-18
4.2	Examen de l'utérus	86.2%	94.5%	-56
4.3	Curetage	94.5%		
5.1	Méniscectomie	37.5%	64.7%	-209
5.2	Arthroscopie du genou	67.7%		
6	Amygdalectomie	19.4%	62.0%	-56
	Total			**-705**

Source : OBSAN

Le Tableau 7.2 montre que la proportion d'interventions réalisées en ambulatoire dans le canton a beaucoup augmenté dans tous les domaines concernés, conformément aux prescriptions fédérales, diminuant d'autant le nombre d'hospitalisations évitables (-705). Certaines prestations doivent encore toutefois faire l'objet d'une attention particulière, le recours au stationnaire ayant augmenté, comme par exemple pour les examens cardiologiques, la chirurgie de la main, ou les pacemakers.

Tous les cas pour lesquels des soins ambulatoires sont en principe possibles ne pourront pas nécessairement être traités en ambulatoire, par exemple lorsqu'il existe des maladies

secondaires graves ou lorsque d'autres interventions nécessitant l'hospitalisation sont effectuées au cours du même séjour.

Pour tenir compte de cette situation, il convient d'estimer le pourcentage de cas qui seront effectivement traités en ambulatoire. Le canton de Genève a considéré dans le scénario de base qu'environ 10% des hospitalisations restantes seraient transférées vers l'ambulatoire. En effet, le potentiel de transfert est considéré comme pratiquement épuisé dans le canton.

7.1.3.2.2 Durée moyenne de séjour

Outre le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, l'introduction d'un montant forfaitaire par cas au niveau national pour les soins somatiques aigus depuis 2012 (SwissDRG) entraîne une pression économique sur la durée des séjours. Contrairement aux formes de rémunération liées à la durée (telles que les forfaits journaliers) ou aux prestations individuelles (comme le TARMED), ces prestations médicales sont payées sous forme d'un forfait par cas de traitement, ce qui signifie, du point de vue des prestataires, que la rétribution est essentiellement indépendante de la durée du séjour, bien que les coûts augmentent lorsque le séjour se prolonge. En cohérence avec ces hypothèses, on a finalement constaté dans les années qui ont suivi l'introduction des SwissDRG, le 1er janvier 2012, un recul continu de la durée moyenne de séjour (DMS) dans presque tous les cantons. Il faut toutefois noter qu'avant l'introduction des forfaits par cas, on observait déjà une baisse continue des DMS, notamment en lien avec l'utilisation partielle d'autres types de forfaits par cas. Il n'est pas possible de déterminer de manière définitive dans quelle mesure l'introduction de forfaits par cas uniformes a influencé l'évolution de la DMS depuis 2012, car les progrès médicaux ont également eu une influence considérable. Le canton de Genève ne fait par conséquent pas d'hypothèse de réduction supplémentaire des DMS pour les soins aigus.

7.1.3.2.3 Evolutions épidémiologiques

L'épidémiologie traite de la propagation et de l'origine de situations et d'événements qui affectent la santé de la population. Les différents facteurs qui contribuent à la santé et à la maladie des individus et des populations sont étudiés.

Dans une large mesure, les effets des évolutions épidémiologiques sont déjà pris en compte dans la projection des besoins futurs par le biais des scénarios démographiques. D'une part, l'âge est l'un des principaux « facteurs de risque » pour les maladies les plus répandues dans les sociétés développées, telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires et neurodégénératives. D'autre part, certains facteurs de risque apparaissent plus fréquemment dans certains groupes d'âge. Il s'agit par exemple de comportements liés à la santé tels que la consommation de substances engendrant une dépendance (par exemple le tabac et l'alcool) ou les rapports sexuels non protégés. Il en résulte une étroite interaction entre l'épidémiologie et la démographie. Les analyses de l'OBSAN constatent ces dernières années une légère tendance à la hausse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge à partir de 70 ans environ. En revanche, on constate une tendance à la baisse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge entre 40 et 65 ans. L'augmentation de l'espérance de vie est due en grande partie aux progrès de la technique médicale, progrès qui permettent de traiter certaines indications même à un âge avancé. Dans l'ensemble, les tendances observées ne sont toutefois pas suffisantes pour justifier un ajustement systématique des taux d'hospitalisation par groupe d'âge en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Dans le présent rapport, le vieillissement démographique est donc considéré comme le facteur d'influence épidémiologique central. Il est intégré dans les projections via les scénarios démographiques de l'OCSTAT. En raison du manque de preuves empiriques qui permettraient

de quantifier les effets épidémiologiques, il est renoncé à intégrer des développements épidémiologiques supplémentaires dans le modèle pour le canton de Genève.

7.1.3.2.4 Développements médico-techniques

L'introduction et la diffusion de nouvelles technologies pour le diagnostic (par exemple les procédures d'imagerie), la thérapie (par exemple les méthodes de chirurgie « mini-invasive ») ou la prévention (par exemple la vaccination) peuvent être considérées comme des développements médico-techniques. Ces développements médico-techniques sont souvent accompagnés de mesures de régulation ou d'incitations économiques.

En ce qui concerne les développements médico-techniques en soins aigus, le présent rapport s'appuie sur les travaux réalisés dans le cadre de la planification hospitalière du canton de Zurich. Sur cette base, il est possible de quantifier des effets significatifs sur les besoins en prestations projetées pour le domaine de l'orthopédie : on s'attend à une augmentation des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et des reprises de prothèse de genou (BEW7.2.1). Cette hypothèse est étayée par l'augmentation de ces interventions au cours des dernières décennies, ce qui signifie qu'une reprise d'un certain nombre de ces prothèses sera nécessaire, en lien avec l'allongement de l'espérance de vie des patientes et des patients concernés. Pour les autres domaines de prestations en soins aigus, aucune évolution médico-technique ayant un impact significatif sur les besoins futurs en prestations n'est prise en compte dans le modèle de projection.

7.1.3.2.5 Besoins et recours aux soins

Le modèle de projection utilise les taux d'hospitalisation de l'année de référence (par groupe de prestations GPPH, canton de résidence, sexe et groupe d'âge) comme bases des projections des besoins en soins. Ces taux d'hospitalisation résultent du recours effectif de la population résidante du canton au cours de l'année de référence. Toutefois, cette approche repose sur l'hypothèse simplificatrice selon laquelle le besoin légitime de soins se reflète directement dans l'utilisation du système de soins ; or le recours aux soins médicaux n'est pas toujours uniquement une conséquence du besoin. Il faut également tenir compte, entre autres, des offres de soins régionales ainsi que de l'accessibilité de ces mêmes offres de soins. En d'autres termes, les différences dans les taux d'hospitalisation cantonaux ont des causes distinctes, notamment :

- Des différences dans la structure de la population et, par conséquent, dans la charge de morbidité ;
- Des raisons sociales ou culturelles, ou des différences dans les habitudes de travail ou d'alimentation ;
- Un approvisionnement en soins insuffisant, excessif et/ou inapproprié.

Le modèle de projection tient compte de cette situation à l'aide de différents scénarios de convergence des taux d'hospitalisation. Concrètement, à partir du taux cantonal par sexe, groupe d'âge et GPPH, on cible une réduction voire une suppression progressive de l'écart avec le taux suisse à l'horizon des projections. Pour le canton de Genève, étant donné que les projections se basent sur les taux d'hospitalisation calculés avec la population telle que définie par l'OCSTAT, la convergence vers les taux suisses, eux-mêmes calculés avec la statistique de la population et des ménages (STAPOP), a été envisagée avec prudence (convergence à 20% sur un maximum possible de 100%) et concerne uniquement le scénario maximum pour les soins somatiques aigus à la marge.

7.1.3.2.6 COVID-19

Enfin, il convient de noter que la pandémie de COVID-19 pourrait avoir des conséquences sur tous les types de soins. Différentes études suggèrent que le COVID-19 est susceptible d'entrainer un fardeau de maladie s'étendant aux systèmes organiques pulmonaires et à différents systèmes extra pulmonaires, particulièrement pour les personnes atteintes de forme grave, mais pas uniquement. Une partie des personnes remises de la phase aiguë de la maladie pourrait être susceptibles de subir des effets durables sur de nombreux organes. La prise en charge des personnes atteintes de séquelles du COVID-19 pourrait avoir des répercussions sur les secteurs hospitalier et ambulatoire, mais on ne dispose pas encore de suffisamment de données pour tenir compte de cette charge supplémentaire dans les projections. Par ailleurs, il reste à déterminer dans quelle mesure l'émergence de nouveaux variants et les infections répétées dans une population largement vaccinée et/ou préalablement infectée pourraient avoir un impact sur la santé de la population avant de tenter d'affiner la planification du système de santé à cet égard. Les premiers résultats semblent indiquer que les réinfections augmentent la mortalité globale et l'impact sur la santé, tant en phase aiguë que post-aiguë, et soulignent donc l'importance de la prévention des réinfections. L'impact épidémiologique du COVID-19 pourrait être atténué par des avancées technologiques médicales (par exemple développement de vaccins alternatifs, notamment un vaccin nasal limitant la transmission, ou de nouveaux médicaments) et/ou des investissements dans la prévention des infections (par exemple utilisation de technologies améliorant la qualité de l'air dans les espaces clos). Pour toutes ces raisons, le développement d'hypothèses dans ce domaine semble actuellement trop hasardeux.

7.1.3.2.7 Projections

Le modèle de l'OBSAN prévoit que le nombre d'hospitalisations devrait augmenter de 8.1% jusqu'en 2028 pour atteindre environ 63 200 hospitalisations, avec une augmentation moyenne de 1.3% par année et une augmentation plus faible en 2024 (1.03%) et 2025 (1.02%) en raison du transfert de cas supplémentaires vers l'ambulatoire (Tableau 7.3). En conséquence de ce transfert vers l'ambulatoire des cas les plus légers, la durée moyenne de séjour devrait légèrement augmenter (0.85%) pour se situer à 6.64 jours. Pour rappel, les années 2023 et 2024 sont des années de projections, les données n'étant pas disponible au moment de la rédaction du rapport. Dès lors, et au vu des premiers constats d'hospitalisations en hausse en partie dues au rattrapage des années COVID-19, il est possible que le nombre total des hospitalisations soit légèrement sous-estimé.

Tableau 7.3 – Nombre d´hospitalisations de patientes et de patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le domaine de prestations (soins somatiques aigus), 2022-2040

	Croissance 2022/2028	2022	2028	2034	2040	Tendances
Total	**8.06%**	**58 518**	**63 236**	**68 043**	**73 078**	
Paquet de base	9.5%	22 998	25 176	27 447	29 726	
Dermatologie	8.7%	173	188	201	212	
Oto-rhino-laryngologie	4.5%	1 941	2 029	2 141	2 247	
Neurochirurgie	6.7%	372	397	426	456	
Neurologie	9.6%	511	560	609	658	
Ophthalmologie	7.2%	483	518	572	635	
Endocrinologie	9.5%	346	379	417	456	
Gastroentérologie	8.3%	1 448	1 568	1 711	1 878	
Chirurgie viscérale	6.0%	1 080	1 145	1 225	1 315	
Hématologie	9.6%	832	912	994	1 082	
Vaisseaux	6.8%	862	921	1 021	1 133	
Cœur	7.6%	2 890	3 109	3 420	3 784	
Néphrologie	9.5%	263	288	315	342	
Urologie	8.6%	2 973	3 229	3 559	3 902	
Pneumologie	9.4%	965	1 056	1 156	1 262	
Chirurgie thoracique	7.4%	121	130	141	154	
Transplantations d'organes solides	9.1%	55	60	63	66	
Orthopédie	7.0%	6 691	7 157	7 779	8 436	
Rhumatologie	8.1%	198	214	228	250	
Gynécologie	2.5%	1 983	2 032	2 114	2 195	
Obstétrique	0.2%	5 556	5 568	5 702	5 832	
Nouveau-nés	15.1%	5 071	5 836	5 969	6 147	
(Radio-)oncologie	7.5%	597	642	696	758	
Traumatismes graves	11.9%	109	122	137	151	

Source : OBSAN

Les plus fortes croissances en nombres d'hospitalisations concernent principalement le domaine des nouveau-nés avec une croissance de 15.1%, suivi des traumatismes graves (11.9%). Cette augmentation des naissances s'explique en partie par la forte immigration de ces dernières années. Elle concerne majoritairement des personnes jeunes en provenance des pays extra-européens à plus forte fécondité et en âge de fonder des familles (OCSTAT, 2024).

En ce qui concerne la population âgée, la projection réalisée avec les données des HUG présente une croissance estimée, dans l'hypothèse d'une durée moyenne de séjour stable, de 14% pour atteindre environ 6 300 hospitalisations en soins aigus de gériatrie en 2028. Toutefois, les premières données disponibles de 2023 tendraient à nous faire anticiper une croissance plus proche de 20%, soit 6 600 cas environ pour 98 000 journées d'hospitalisation.

7.1.3.3 Analyse des besoins de soins et pistes de solutions

Sur la base des données 2022, les projections dans les soins somatiques aigus à l'horizon 2028 laissent entrevoir une augmentation de 8.1% du nombre d'hospitalisations (63 236) et une augmentation de 9% du nombre de journées de soins (419 789).

Les premiers constats de 2023 et 2024 montrent un rattrapage des années COVID-19, avec une croissance importante des hospitalisations, ce qui pourrait modifier à la hausse les résultats des projections obtenues pour 2028. L'impact de ce constat est à ce jour encore difficile à évaluer. Ce rattrapage devrait cependant ralentir dans les prochaines années.

Certaines interventions censées être pratiquées en ambulatoire font l'objet d'une attention particulière pour répondre aux attentes de la Confédération, même si la marge d'amélioration restante est limitée dans le catalogue actuel de l'OPAS. Il n'est toutefois pas exclu que le catalogue s'élargisse dans un avenir proche.

Pour ce qui est des hospitalisations évitables, des actions de prévention auprès des aînées et des aînés basées sur les interventions précoces à domicile pourraient avoir un impact, entre autres, sur les problématiques de chutes à répétition, de malaises et de fatigue. Il convient toutefois d'être attentif à permettre à un plus large public de bénéficier de ces actions de prévention.

La mise en place d'une meilleure coordination avec les structures de suite (EMS, UAT, foyers) permettrait d'influer également sur les durées de séjour. En effet, les séjours en attente de placement dépassent régulièrement le nombre de lits dédiés (132) pour atteindre des pics pouvant aller jusqu'à près de 300 lits.

7.1.4 Psychiatrie

7.1.4.1 Principes

La planification des soins psychiatriques dans le canton doit être développée dans le contexte des soins psychiatriques dans un sens large (CDS, 2008). Par conséquent, une définition des principes directeurs pour la psychiatrie du canton de Genève est une première étape importante. Le présent rapport reprend les principes évoqués dans le rapport de planification 2020-2023 en forme légèrement modifiée, qui constituent la base pour une vision de la psychiatrie dans le canton de Genève à un horizon 2050.

Bien que ce thème mérite une discussion plus large entre les différents acteurs, un consensus existe pour les deux principes directeurs suivants :

Psychiatrie communautaire en réseau : Tous les soins sont orientés vers la communauté (Bonsack, 2016), (Thornicroft, 2016). Ceci inclut un ancrage communautaire fort des structures ambulatoires et un degré élevé de mobilité du personnel. L'hôpital psychiatrique est conceptualisé en tant qu'élément du réseau communautaire. Une collaboration intensive des différents partenaires des domaines de la santé et du social ainsi que des associations représentant les patientes, patients et proches est essentielle. Au-delà de la collaboration, la création des offres de prestations communes santé-social est à évaluer à un horizon 2050.

Soutenir le rétablissement et l'inclusion : Le système de soins psychiatriques doit soutenir le rétablissement visant l'intégration dans la société et l'aptitude à fonctionner de manière indépendante mais aussi, dans les cas cliniques les plus graves, la réalisation d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. Le système de soins psychiatriques doit contribuer à l'inclusion des personnes souffrant de troubles mentaux dans la société conformément aux principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CEPH) (ONU, 2006).

Il est important de souligner le rôle de la prévention dans le système de prise en charge psychiatrique. Bien que celle-ci n'entre pas dans le cadre de ce rapport, les besoins de la population en soins psychiatriques pourraient être modifiés par une démarche de santé mentale publique mettant l'accent sur les facteurs salutogénétiques.

Afin de réaliser la planification hospitalière, il est nécessaire de définir au préalable la mission et le rôle de l'hôpital psychiatrique dans le système de soins psychiatriques. Une telle définition a formé la base pour le rapport de planification 2020-2023 et reste toujours valable pour la planification 2025-2028.

Les éléments centraux de la mission de l'hôpital psychiatrique sont les suivants :

La mission de l'hôpital psychiatrique est d'offrir des soins psychiatriques intensifs à des personnes souffrant de troubles psychiques ;

Les soins fournis incluent l'évaluation (du diagnostic, du risque auto- et hétéro-agressif et de l'environnement), le traitement intégrant les approches bio-psycho-sociales et la protection du patient et d'autrui dans des situations de risque aigu ;

Ces soins intensifs nécessitent la disponibilité, voire l'intervention, d'une équipe pluriprofessionnelle 24h/24h ;

L'hôpital psychiatrique offre des soins aigus à court terme et des soins complexes à moyen terme. Dans les deux cas, la durée d'un séjour ne devrait pas dépasser les 100 jours.

Afin de permettre aux hôpitaux psychiatriques de fournir des soins adéquats dans le cadre de leur mission, il est important d'envisager des alternatives à l'hospitalisation dans un contexte extrahospitalier. La stratégie de psychiatrie communautaire tient à fournir des soins au plus près de la communauté et du lieu de vie du patient. Une collaboration étroite du réseau socio-sanitaire est indispensable à sa réalisation.

7.1.4.2 Analyse de la situation 2022

L'année 2022 a été choisie comme année de référence puisque cette année est la première année post-COVID pour laquelle tous les chiffres étaient disponibles lors de la planification. Néanmoins, il est important de noter que la période entre 2020 et 2022 inclus a été sujette à de fortes variations concernant la prise en soins hospitalière en lien avec la pandémie.

En 2022, il y a eu 3 661 hospitalisations en psychiatrie à Genève, dont 93% des situations relevaient de l'assurance maladie et 4% d'autres assurances comme les assurances des organisations internationales ou des assurances étrangères. 77% des cas LAMal genevois ont été hospitalisés aux HUG et environ 0.5% des cas LAMal avaient une prise en charge semi-privée ou privée. En 2019, 87% des cas LAMal genevois ont été hospitalisés aux HUG. Cette diminution s'explique par l'ouverture de lits psychiatriques à la Clinique du Grand-Salève et par un changement de la tarification des lits médico-psychiatriques des HUG en mode DRG (et ainsi intégrés dans le secteur somatique) correspondant à une diminution des lits et des cas psychiatriques (relevant de la facturation TARPSY) aux HUG. En 2022, 43% des cas

LAMal ont été pris en charge en urgence. Seuls les cas LAMal de résidentes et de résidents genevois faisant partie du champ de la planification hospitalière cantonale, nous nous concentrerons sur cette population.

En 2022, on dénombre 3 396 hospitalisations en psychiatrie pour un total de 112 552 journées de soins, soit une moyenne de 33.14 jours et 326 lits. Entre 2019 et 2022, le nombre d'hospitalisations a progressé de 3.3%, soit un chiffre supérieur à la croissance démographique sur la même période (2%) (Tableau 7.4). La durée moyenne de séjour a augmenté de 4.9%, passant de 31.6 à 33.1 jours. Il est à noter qu'aux HUG la durée moyenne de séjour a diminué de 21.9 à 20.6 jours. Pour rappel, ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence car les conséquences de la pandémie COVID-2019 se sont encore fait ressentir en 2022.

Tableau 7.4 – Indicateurs généraux concernant la situation en matière de soins en psychiatrie, 2019-2022

	2019	2020	2021	2022	Evolution 2019-2022
Population résidante permanente	504 128	506 343	509 448	514 114	**2.0%**
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)	26.25%	26.16%	26.45%	26.45%	**0.8%**
Hospitalisations	3 289	3 158	3 311	3 396	**3.3%**
Durée moyenne de séjour (DMS)*	31.59	34.60	32.52	33.14	**4.9%**
Jours de soins (volume)*	103 885	109 279	107 687	112 552	**8.3%**
Lits	322	343	323	326	**1.4%**

Note : Le nombre de lits correspond au nombre de journées-lits d´exploitation (=jours durant lequel un lit est à disposition) dans le secteur psychiatrie selon la KS, divisé par 365. La population résidente permanente de STATPOP se réfère au 31 décembre de l´année respective. * = Sont considérés les jours de soins (maximum 365) des cas A et C.
Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS), Statistique de la population et des ménages (STATPOP) | © OBSAN 2024

Le nombre de cas effectivement observés (3 396 cas pour 112 552 jours) est inférieur aux projections de la planification des soins 2020-2023 (DGS, 2019) (3 888 cas et 121 068 jours d'hospitalisation) (voir le Tableau 12.3, au chapitre 12).

En résumé, les cas et les journées d'hospitalisation ont moins augmenté qu'anticipé dans les projections. Comme évoqué ci-dessus, les fortes variations des prises en charge en lien avec la pandémie ont potentiellement contribué à ce résultat, et l'activité pendant l'année 2022 a toujours été influencée par les conséquences de la pandémie. Il semble cependant que la stratégie de psychiatrie communautaire définie dans la planification 2020-2023 a permis d'éviter des hospitalisations ainsi qu'une augmentation du nombre de lits.

En comparaison nationale, la durée moyenne de séjour à Genève se trouve légèrement en-dessous de la moyenne (canton de Genève 33.68 jours, HUG 20.6 jours, Suisse 33.9 jours). L'évolution depuis 2019 montre que la durée moyenne de séjour était la plus élevée en 2020 avec 34.6 jours. La majorité des hospitalisations concerne les personnes de 41 à 64 ans (35.66% de la population hospitalisée en psychiatrie), suivie des 26 à 40 ans (22.61%) (Figure 7.6). Les femmes sont plus fréquemment hospitalisées que les hommes, en particulier auprès de la population des 18-24 ans et 14-17 ans, des constats similaires pouvant être observés au niveau suisse et au niveau international.

Figure 7.6 – Nombre d'hospitalisation pour Genève, par groupe d´âge et par sexe (Psychiatrie), 2022

	0-13	14-17	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
GE Hommes N	25	65	172	130	145	128	164	119	132	98	60	48	51	50	51	46
GE Femmes N	46	179	266	138	96	137	151	143	149	136	105	91	64	75	59	77

Source : OBSAN

La majorité des patientes et patients hors canton hospitalisés à Genève provient du canton de Vaud (38.96%) et de France voisine (35.74%). Les patientes et patients genevois hospitalisés hors canton se rendent généralement dans le canton de Vaud (93.7%) et concernent majoritairement les troubles de l'humeur (affectif) (52.7%).

1 049 patientes et patients genevois ont été placés à des fins d'assistance[5] en 2022. La majorité des situations concernait le groupe de la schizophrénie, des troubles schizotypiques et des troubles délirants (36.5%), ainsi que le groupe des troubles de l'humeur (affectifs) (22.3%). Le taux de placement à des fins d'assistance à Genève (2.26/1000 habitants) est légèrement plus élevé que la moyenne suisse (2.06/1000 habitants). Les efforts pour créer des alternatives à l'hospitalisation doivent concerner également les placements à des fins d'assistance.

Si l'on regarde les séjours effectués avant l'admission, nous constatons que la majorité des personnes venait d'un service de soins aigus (incluant l'unité des urgences psychiatriques) dans le même établissement (51%) ou du domicile (37%). La décision d'envoi en hospitalisation provenait pour 41% de l'hôpital, du psychiatre pratiquant (11.5%), du médecin pratiquant (10.5%) ou du service de sauvetage (non médical, ambulance : 10.2%). Dans 70% des cas, les personnes retournent à leur domicile après hospitalisation, et elles sont prises en charge pour des soins ou des traitements ambulatoires dans 73% des cas.

[5] Le placement à des fins d'assistance (PLAFA) est une mesure de protection permettant de placer ou de retenir une personne contre sa volonté, dans une institution adaptée.

Dans le cadre de la population des jeunes patientes et patients jusqu'à 17 ans, 40% (41% au niveau suisse) des situations concernent le groupe des troubles de l'humeur (affectifs). Le groupe des troubles névrotiques, des troubles liés à des facteurs de stress et des troubles somatoformes (20%, 18% au niveau suisse), et le groupe des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (19%, 14% au niveau suisse) sont également fortement représentés.

7.1.4.3 Projections des besoins de soins

Divers facteurs peuvent influer sur les besoins en soins futurs. Vous trouverez ci-après le détail des hypothèses prises en compte dans la projection, avant de détailler les résultats obtenus de cette projection des besoins en soins.

Durée moyenne de séjour

Pour la psychiatrie, l'introduction du système tarifaire TARPSY en 2018 a permis d'aboutir à une rémunération liée à la prestation, basée sur des PCG (Psychiatric Cost Group). Globalement, les durées moyennes de séjour genevoises sont légèrement inférieures aux durées moyennes suisses. Le canton de Genève a fait l'hypothèse, dans le scénario minimum, d'une réduction de la durée moyenne cantonale par groupe de prestation pour atteindre la durée moyenne suisse à l'horizon 2050, dans les groupes présentant une durée moyenne cantonale supérieure.

Développements médico-techniques

Les travaux réalisés par l'Institut d'économie de la santé de Winterthur dans le cadre de la planification hospitalière zurichoise, basés sur une revue de la littérature et des entretiens d'experts, suggèrent que le développement médico-technique est peu susceptible d'influencer sur les taux d'hospitalisation en psychiatrie. L'influence du développement médico-technique sur le nombre de cas ne semble ainsi pas pertinente actuellement.

Besoins et recours

Pour le canton de Genève, étant donné que les projections se basent sur les taux d'hospitalisation calculés avec la population telle que définie par l'OCSTAT, la convergence vers les taux suisses, eux-mêmes calculés avec STAPOP, a été envisagée avec prudence (convergence à 20%) et concerne uniquement le scénario à la marge.

Projections

Dans ce cadre, le nombre d'hospitalisations en psychiatrie projeté par le modèle de l'OBSAN, devrait augmenter de 4.6% jusqu'en 2028 pour atteindre environ 3 550 hospitalisations, soit 118 213 journées d'hospitalisation, contre 112 552 en 2022 (Tableau 7.6). Les plus fortes croissances concernent principalement le domaine des troubles mentaux organiques, y compris les démences, avec une croissance de 12.8%. La durée moyenne de séjour n'augmentera que très légèrement (0.42%) pour se situer à 33.3 jours.

Tableau 7.5 – Nombre d´hospitalisations de patientes et patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le groupe de prestations (Psychiatrie), 2022-2040

		Croissance 2022/2028	2022	2028	2034	2040
Total		**4.6%**	**3 396**	**3 552**	**3 718**	**3 864**
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	12.8%	78	88	97	108
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances	3.8%	340	353	369	381
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	4.1%	651	678	706	727
F3	Troubles de l'humeur [affectifs]	4.7%	1 148	1 202	1 256	1 305
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles	4.5%	308	322	337	351
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations	4.2%	24	25	26	26
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	2.8%	457	470	488	498
F7	Retard mental	1.7%	117	119	125	127
F8	Troubles du développement psychologique	0.0%	14	14	14	15
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement	2.9%	70	72	71	73
F99	Trouble mental, sans précision		0	0	0	0
Autres	Autres	10.1%	189	208	230	254

Source : OBSAN

Tableau 7.6 – Nombre de jours d´hospitalisations de patientes et patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le groupe de prestations (Psychiatrie), 2022-2040

		Croissance 2022/2028	2022	2028	2034	2040
Total		**5.0%**	**112 552**	**118 213**	**124 306**	**129 857**
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	13.4%	3 141	3 563	3 895	4 355
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances	4.0%	8 338	8 669	9 059	9 334
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	4.1%	26 476	27 569	28 707	29 571
F3	Troubles de l'humeur [affectifs]	4.7%	35 784	37 479	39 152	40 684
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles	4.5%	7 539	7 876	8 239	8 589
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations	3.5%	884	915	944	956
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	2.9%	11 305	11 638	12 062	12 309
F7	Retard mental	2.0%	4 507	4 599	4 806	4 876
F8	Troubles du développement psychologique	1.8%	217	221	223	226
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement	2.3%	1 150	1 176	1 165	1 193
F99	Trouble mental, sans précision		0	1	2	3
Autres	Autres	9.8%	13 211	14 505	16 050	17 760

Source : OBSAN

Evolution de l'organisation des soins psychiatriques

Le scénario de base pour la projection des besoins dans le domaine de la psychiatrie, et des lits hospitaliers, (voir ci-dessous) se base sur les éléments évoqués plus haut. Il est important de noter que ce scénario part de l'hypothèse que la structure du système de prise en charge (social et médical) ne change pas durant la période de planification. Les deux derniers rapports de planification ont proposé des scenarios alternatifs basés sur une analyse plus large du système de prise en charge et des alternatives à l'hospitalisation. Cette approche et la mise en place d'une partie des recommandations ont contribué à la limitation des besoins en lits psychiatriques.

Dans le cadre du groupe de travail (GT) réuni pour l'élaboration du présent rapport, une analyse qualitative et quantitative des journées d'hospitalisation potentiellement évitables a été effectuée selon le modèle du dernier rapport de planification (voir les deux sections qui

suivent). Celles-ci sont utilisées pour développer un scénario alternatif ainsi que des recommandations.

7.1.4.4 Analyse qualitative des journées d'hospitalisation potentiellement évitables

L'analyse qualitative se base sur une enquête réalisée dans l'ensemble des unités hospitalières du Département de psychiatrie et du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des HUG (SPEA).

La démarche a été coordonnée par le Dr Alexandre Wullschleger (HUG). Pour toutes les unités, une ou un médecin cadre des services impliqués a rencontré une ou un médecin cadre et souvent l'infirmière ou l'infirmier responsable d'unité pour remplir le questionnaire. La méthodologie employée est la même que celle ayant été utilisée pour le précédent rapport.

7.1.4.4.1 Patientes et patients âgés de 17 ans ou moins

Parmi les patientes et patients mineurs hospitalisés dans les unités du SPEA, un quart des séjours étaient perçus par les responsables des unités concernées comme potentiellement évitables au moment de l'enquête, en présence d'alternatives adaptées. Au moment de l'enquête, seuls 3 patientes ou patients étaient hospitalisés depuis plus de 100 jours. Environ 30% des patientes et des patients hospitalisés avaient un domicile jugé inadéquat (par exemple logement précaire, insalubre ou contexte très conflictuel) ou étaient sans domicile.

Figure 7.7 – Indication hospitalière pour les personnes de 17 ans et moins

Source : Enquête HUG

Figure 7.8 – Situation du domicile pour les personnes de 17 ans et moins

Source : Enquête HUG

Parmi les alternatives citées en termes d'hébergement, les options les plus fréquemment mentionnées étaient le foyer handicap psychique de type hébergement, le foyer de transition et l'appartement avec encadrement. Dans leurs commentaires, les professionnelles et professionnels des unités concernées notaient le besoin de structures pouvant prendre en charge des mineurs souffrant de troubles du spectre de l'autisme ou de déficience intellectuelle et présentant des troubles du comportement.

Figure 7.9 – Alternatives en termes d'hébergement pour les personnes de 17 ans ou moins

Source : Enquête HUG

7.1.4.4.2 Patientes et patients âgés de 18 à 64 ans

Les professionnelles et professionnels interrogés ont estimé que l'hospitalisation des patientes et patients de 18 à 64 ans ne serait plus nécessaire en présence d'alternatives dans environ 38% des cas, une proportion en diminution par rapport à la dernière enquête réalisée pour la précédente période de planification.

Figure 7.10 – Indication hospitalière pour les personnes de 18 à 64 ans

Source : Enquête HUG

Environ une patiente ou un patient sur cinq était hospitalisé depuis plus de 100 jours au moment de l'enquête. Celle-ci montre également que l'hospitalisation n'était plus nécessaire pour environ 85% de ces longs séjours.

Figure 7.11 – Nombre d'hospitalisations de 100 jours ou plus pour les personnes de 18 à 64 ans

Source : Enquête HUG

Enfin, il faut noter qu'environ 60% des patientes et patients hospitalisés avaient un domicile jugé inadéquat ou étaient sans domicile (environ 25% des patientes et patients). Ces patientes et patients à la situation de logement précaire représentent quasiment la totalité des patientes et patients dont l'indication hospitalière ne serait plus pertinente en présence d'alternatives.

Figure 7.12 – Situation du domicile pour les personnes de 18 à 64 ans

Source : Enquête HUG

Figure 7.13 – Alternatives à l'hébergement pour les personnes de 18 à 64 ans

Source : Enquête HUG

Pour ce qui concerne les alternatives nécessaires à l'hospitalisation, en particulier en matière de logement, les professionnelles et professionnels ont principalement cité des foyers adaptés aux personnes avec handicap psychique (EPH), les EMS psychiatriques, ou les foyers thérapeutiques avec équipe mixte socio-éducative et soignante. En ce qui concerne les EMS psychiatriques, il est important de souligner que cette dénomination recouvre deux réalités distinctes : d'une part, la nécessité de structures accueillant des personnes souffrant de troubles psychiques sévères avec un fort besoin d'encadrement psychiatrique (EMS La

Méridienne) et, d'autre part, la nécessité de disposer de structures permettant l'accueil de personnes souffrant de troubles mixtes neurologiques, cognitifs et psychiatriques, n'ayant pas atteint l'âge AVS, et qui présentent une charge en soins importante, au-delà du seul encadrement psychiatrique. Il n'existe aujourd'hui pas de structure adaptée dans le canton et les patientes et patients sont en conséquence adressés à des EMS avec une dérogation d'âge. Les foyers pour personnes avec comorbidités addictologiques, mentionnés dans le précédent rapport de planification, ont aussi été mentionnés.

En ce qui concerne l'accompagnement nécessaire à domicile, le soutien d'équipes mobiles ou de professionnels médico-infirmiers à domicile (mobilité des structures ambulatoires, collaboration HUG-IMAD) ont été fortement cités, ainsi que le home treatment ou l'accompagnement socio-éducatif.

Figure 7.14 – Accompagnement à domicile pour les personnes de 18 à 64 ans

Source : Enquête HUG

7.1.4.4.3 Patientes et patients de plus de 65 ans

En ce qui concerne la population géronto-psychiatrique, les professionnelles et professionnels interrogés ont estimé qu'il existerait une meilleure alternative à l'hospitalisation dans environ 42% des cas. Le taux de longs séjours de plus de 100 jours était de 28%.

Figure 7.15 – Indication hospitalière pour les personnes de 65 ans ou plus

Source : Enquête HUG

Figure 7.16 – Nombre d'hospitalisations de 100 jours ou plus pour les personnes de 65 ans ou plus

Source : Enquête HUG

Il faut ajouter à ces chiffres que plus de 65% des patientes et patients n'avaient pas ou plus de domicile, ou un domicile inadéquat. Ces patientes et patients représentaient, comme pour la population des 18-64 ans, environ 90% des situations sans indication claire à la poursuite du séjour hospitalier. L'attente de placement en EMS représente une des raisons majeures expliquant les longs séjours.

Quant aux alternatives à l'hospitalisation en matière de logement, les professionnelles et professionnels ont cité en grande majorité un EMS spécialisé en géronto-psychiatrie. Un logement individuel ou avec les proches était également présenté comme alternative, avec un encadrement adéquat à domicile, en particulier l'appui d'équipes mobiles ou de soins médico-infirmiers à domicile.

Figure 7.17 – Alternatives à l'hébergement pour les personnes de 65 ans ou plus

Source : Enquête HUG

7.1.4.4.4 Commentaire sur les résultats

Le développement de la collaboration entre les acteurs accompagnant la trajectoire de soins a porté ses fruits sur la dernière période de planification. Le taux d'occupation ainsi que les DMS ont pu diminuer entre 2019 et 2022. On constate toutefois encore des patientes et patients qui dont la durée de séjour dépasse les 100 jours. Les résultats de l'étude qualitative des HUG permettent de constater que l'hospitalisation est justifiée pour une proportion plus élevée de patientes et patients de moins de 65 ans que lors de la précédente enquête. Pour ce qui est des personnes âgées, la tendance est inverse. Il est également constaté une augmentation des personnes sans domicile ou avec un domicile inadéquat, en particulier pour les personnes de plus de 65 ans. Globalement, nous observons qu'une partie importante des hospitalisations non-indiquées au moment de l'enquête concerne les patients qui restent plus que 100 jours, souvent en lien avec un logement inadéquat voire précaire. Une marge d'amélioration est donc possible, en particulier dans la géronto-psychiatrie, même si certains progrès ont été faits depuis le dernier rapport de planification.

En géronto-psychiatrie, les longs séjours concernent souvent des personnes en attente de placement en EMS. Un certain nombre d'entre elles pourraient en outre bénéficier de la mise en place de structures intermédiaires et de la dématérialisation des consultations (équipes psychiatriques mobiles et télémédecine). Néanmoins, le manque de place adaptées dans les EMS ressort clairement de l'enquête.

En ce qui concerne la population de moins de 65 ans, la mise à disposition de places d'hébergement dans des structures adaptées au handicap psychique semble être une piste importante pour permettre de réduire les longs séjours et les hospitalisations non indiquées.

Un besoin d'EMS psychiatriques est identifié pour deux populations distinctes (troubles psychiatriques sévères vs troubles psychiatriques/neurologiques/cognitifs et charge en soins somatiques importante). Les deux populations ne font pas partie du périmètre de la population habituelle des EMS. En particulier pour le dernier groupe, pour lequel il n'existe aujourd'hui aucune structure adaptée dans le canton. Les patientes et patients se trouvent donc régulièrement dans les unités de Belle-Idée et de Loëx, sans perspective d'un lieu de vie adéquat, ce qui oblige les HUG à réfléchir à un concept d'unité de transition supplémentaire

pour accueillir cette population. Ces patients actuellement en attente de placement à l'hôpital de Loëx ne sont pas recensés dans l'enquête actuelle parce qu'il ne s'agit pas de patients « psychiatriques » dans le sens strict du terme. Ils présentent souvent des troubles du comportement comme séquelle d'un trouble somatique.

Les résultats permettent aussi de constater que le renforcement des soins mobiles pluriprofessionnels permettrait de maintenir un niveau d'autonomie suffisant à domicile, et de réduire le nombre d'hospitalisations longues et peu justifiées.

7.1.4.5 Analyse quantitative des journées d'hospitalisation potentiellement évitables

7.1.4.5.1 Méthode

L'analyse quantitative vise à définir le nombre de journées d'hospitalisation potentiellement évitables avec des alternatives à l'hospitalisation (et ainsi une potentielle diminution du nombre de lits). La même méthode que dans le cadre de la dernière planification a été utilisée afin de permettre des comparaisons. Les groupes sont définis exclusivement en fonction de la durée du séjour et des soins infirmiers requis (Tableau 7.7). La charge en soins est calculée sur la base des données PRN (projet de recherche en nursing) du Département de psychiatrie des HUG qui reflète le volume des soins planifiés par jour et par patient.

Les groupes 1a et 1b incluent des patientes et patients avec une courte durée de séjour et une intensité des soins infirmiers limitée. Pour ce groupe, les hospitalisations classiques sont considérées comme complétement évitables, pourvu qu'il y ait une capacité suffisante des alternatives, incluant l'ambulatoire. Pour les patientes et patients nécessitant une prise en charge plus intensive, d'autres approches doivent être considérées (par exemple l'hospitalisation à domicile ou l'UATM).

Le GT a également défini un groupe de patientèle avec des séjours de durée moyenne avec une intensité de prise en charge limitée. Ce type de séjour devrait pouvoir être remplacé par des soins ambulatoires et à domicile. Pour des patientes et patients n'ayant pas de domicile, un foyer ou des places de transition pourraient s'avérer utiles.

Basé sur la définition de la mission de l'hôpital psychiatrique, le groupe PRN 3 inclut tous les patientes et patients avec une durée de séjour de plus de 100 jours indépendamment de la charge en soins PRN. Il est très important de noter que nous avons utilisé une estimation conservatrice en considérant les premiers 100 jours comme évitables à l'exception des journées en soins de maintien. Le GT considère que toutes les journées d'hospitalisation à partir du 100e jour peuvent être substituées par des structures en aval des soins. Pour la large majorité des patientes et patients dans ce groupe, des soins ambulatoires et à domicile ne sont pas suffisants mais doivent s'ajouter à des solutions adéquates concernant le lieu de vie.

Tableau 7.7 – Groupes de cas dont la prise en charge pourrait être remplacée par des alternatives concrètes

Groupe	Critère durée de séjour	Critère charge en soins infirmiers (PRN)	Alternatives à l'hospitalisation
PRN 1a	< 30 jours	< 2.5 heures / jour	Ambulatoire et soins à domicile
PRN 1b	< 30 jours	> 2.5 heures / jour et < 3.5 heures / jour	*Home treatment* Structures d'accueil médicalisé (UATM psychiatrique)
PRN 2	> 30 jours et < 100 jours	< 2.5 heures / jour	Ambulatoire et soins à domicile Foyer de transition
PRN 3	Durée de séjour > 100 j	Indépendamment de la PRN	Structures en aval de soins / lieu de vie (Ambulatoire et soins à domicile spécialisés)

Source : HUG

7.1.4.5.2 Résultats

L'analyse quantitative montre un résultat très similaire à l'analyse effectuée dans le cadre du dernier rapport. Globalement, 60 lits pourraient potentiellement être remplacés par des alternatives à l'hospitalisation.

Les alternatives à des hospitalisations de courte durée et de moindre intensité pourraient substituer 14 lits hospitaliers classiques. L'analyse a révélé qu'il y a relativement peu de séjours de moyenne durée avec une prise en charge de moindre intensité, et la substitution potentielle des lits hospitaliers classiques se limite à 2 lits.

Comme dans l'analyse précédente, le potentiel le plus important a été identifié pour les alternatives à des journées d'hospitalisation classique dépassant les 100 jours, qui pourraient substituer 45 lits hospitaliers. Ces cas concernent tous les groupes d'âge. Cette analyse quantitative ne permet cependant pas de détailler quels types de structure en aval de soins sont les mieux adaptés pour permettre la substitution des lits, mais l'analyse qualitative ci-dessus permet de préciser les alternatives.

Tous les résultats concernent l'année 2022, qui est l'année de référence pour la planification. Néanmoins, nous nous permettons d'ajouter, à titre indicatif, qu'en 2023 le nombre de cas et de lits potentiellement dans la catégorie PRN 3 a augmenté de manière significative à 54 lits. Ce fait souligne l'importance des solutions en aval de l'hospitalisation en psychiatrie.

Enfin, il est important de souligner que les développements nécessaires pour utiliser tout le potentiel de réduction des journées d'hospitalisation nécessitent probablement un temps supérieur aux quatre ans couverts par la planification sanitaire.

Tableau 7.8 – Nombre de journées d'hospitalisation évitable par groupe de cas

					Nb JH par tranche d'âge			
Groupe	**Nb de cas**	**Nb de JH dans l'année**	**Equivalent lits**	**Heures de soins PRN par jour**	**0-17**	**18-64**	**65-74**	**>74**
PRN 1a	168	1586	4	125	33	1511	7	17
PRN 1b	265	2964	9	180	61	2615	246	42
PRN 2	16	862	2	129	37	645	0	0
PRN 3	176	15 587 (en enlevant les 100 premiers jours)	45	375	168	9824	2274	3321
Total	**625**	**20801**	**60**	**344**	**299**	**14595**	**2527**	**3380**

Note : JH= journées d'hospitalisation évitable
Source : HUG

7.1.4.6 Analyse des besoins de soins

7.1.4.6.1 Scénario de base

L'augmentation projetée de 5 661 journées d'hospitalisation liées à l'évolution démographique (de 112 552 jours en 2022 à 118 213 jours en 2028) correspond théoriquement à 16 lits supplémentaires, si aucune action n'est entreprise pour renforcer les alternatives à l'hospitalisation.

Néanmoins, plusieurs facteurs suggèrent que la projection pourrait sous-estimer les besoins futurs :

- Le taux d'occupation aux HUG en 2024 est de 97%, ce qui correspond à un dépassement de la cible actuellement fixée à 95%. Ce dépassement est essentiellement concentré sur la population âgée (65 ans ou plus). Comme évoqué ci-dessus, les données 2022 et même 2023 sont sujettes à des variations importantes et il y a un risque non-négligeable que les chiffres 2024 reflètent les besoins réels dans la population.
- Une augmentation des besoins en soins de santé mentale a été constatée sur le terrain en 2023 et 2024. Cette augmentation à Genève s'inscrit dans le cadre d'un phénomène plus global. Selon le rapport sur la santé mentale de l'OMS, les causes sont multiples et incluent par exemple l'augmentation des inégalités sociales et économiques, les conséquences des urgences de santé publique (en particulier la pandémie de COVID) et la migration.

Même avec les corrections pour l'absorption de la surcharge et l'augmentation récente des besoins en soins, le scenario de base reste basé sur une estimation conservatrice des besoins. Il ne prend en compte que des éléments spécifiques à la planification des hospitalisations en psychiatrie pour les résidents du Canton de Genève, et au nombre de lits qui en découle. Néanmoins, d'autres facteurs peuvent avoir un impact sur l'utilisation des lits psychiatriques,

comme le besoin d'accueillir des patients neuropsychiatriques actuellement placés à Loëx ou les prises en charge en urgence des patientes et des patients transfrontaliers assurés en France.

7.1.4.6.2 Scénario alternatif

Le GT considère qu'une stratégie de psychiatrie communautaire peut permettre d'éviter une part importante de l'augmentation des hospitalisations et du nombre de lits nécessaires prévus par le scénario de base, en développant des alternatives à l'hospitalisation en collaboration avec le réseau socio-sanitaire. Le plus grand potentiel se trouve dans le développement des offres en aval de l'hospitalisation en psychiatrie pour limiter les très longs séjours.

La seule exception concerne la psychiatrie gériatrique (patientes et patients de 65 ans ou plus) pour laquelle une légère augmentation de 8 lits sera nécessaire, même avec la mise en place des alternatives à l'hospitalisation.

Dans ce scénario, des alternatives à l'hospitalisation qui seront détaillées dans les recommandations ci-dessous, pourraient se substituer à 21 lits de psychiatrie.

7.1.4.7 Recommandations

Les principes directeurs du présent rapport et les recommandations ont une perspective au-delà de la durée de la période de planification 2025-2028, avec une vision pour la psychiatrie genevoise à l'horizon 2050 qui reste ancrée dans les principes de la psychiatrie communautaire. Dans les recommandations, les mesures à court-terme, en d'autres termes celles qui peuvent être réalisées pendant la période de planification, sont spécifiées.

Le GT a constaté une évolution des défis pour la psychiatrie du canton, incluant une augmentation du nombre de patientes et patients avec des troubles psychiatriques et somatiques comorbides dans toutes les tranches d'âge, et une aggravation de la précarité et des difficultés d'accès à un logement adéquat avec des inégalités territoriales.

Ces développements contribuent au nombre important des longs séjours hospitaliers qui dépassent 100 jours, ce qui représente un risque majeur pour la planification des lits psychiatriques. En l'absence de mesures supplémentaires pour limiter ces longs séjours, un nombre très conséquent de nouveaux lits psychiatriques devra être créé d'ici 2050. Une telle évolution ne serait pas souhaitable car les longs séjours n'apportent aucune plus-value pour les patientes et patients et ils engendrent des coûts importants. Dans ce contexte, il est important de noter que le concept du nouveau bâtiment de psychiatrie pour les patientes et patients de 18 à 65 ans des HUG est basé sur les principes développés dans la planification sanitaire et ne prévoit qu'une légère augmentation du nombre de lits, de 124 à 129 lits de base.

Globalement, la réponse du système de prise en charge est limitée par sa fragmentation qui concerne les acteurs du domaine de la santé (par exemple hôpitaux, médecins de ville, soins à domicile) et les acteurs du domaine du social (par exemple EPH, EMS, services de protection de l'adulte et de l'enfant, Hospice général). Pour le futur, une meilleure coordination et collaboration est une priorité évidente. Au-delà de la coordination, la création d'une offre de prestations commune pourrait permettre d'avancer encore plus sur le décloisonnement nécessaire.

Les recommandations sont ainsi organisées selon quatre axes :

- **Axe I – Coordination :** pour une psychiatrie communautaire, la coordination des acteurs est essentielle et doit être renforcée.

- **Axe II – Soins ambulatoires et à domicile :** ces prestations sont essentielles pour un maintien à domicile dans des situations de crise et dans la durée. Les recommandations visent l'évolution de cette offre.
- **Axe III – Structures d'accueil et logement :** le logement et l'accompagnement adéquat des patientes et patients avec un trouble psychique sont un défi majeur pour leur rétablissement. Les recommandations précisent quels types de structures sont à développer pour combler les lacunes existantes.
- **Axe IV – Formation :** il faut développer la formation des soignantes et soignants en psychiatrie, tant du point de vue du nombre de personnes à former que de leur spécialisation.

Le GT considère en outre que la prévention primaire, secondaire et tertiaire sont essentielles pour améliorer la santé mentale de la population et limiter le recours aux hospitalisations en psychiatrie.

7.1.4.7.1 Axe I – Coordination

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Maintenir le GT chargé de coordonner la mise en œuvre des recommandations et de faire des propositions en cas de nouveaux développements	L'activité continue du GT pendant la période de planification actuelle a permis de coordonner la mise en œuvre d'une partie des recommandations, d'assurer un suivi de l'évolution des besoins et de l'offre et de faciliter l'élaboration du rapport actuel.	Un maintien du GT est recommandé. Un objectif du GT sera la définition des indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant le suivi de la planification (par exemple réduction des hospitalisations, réhospitalisations, et durées de séjour, enquêtes de satisfaction des patientes et patients et des proches aidants et aidantes).	
Renforcer la collaboration entre les acteurs accompagnant la trajectoire de soins	La coordination des différents acteurs est essentielle pour le suivi de patientes et patients aux trajectoires de soins complexes associant de nombreux intervenants des domaines du social et de la santé (pédo-)psychiatres, infirmières, infirmiers, psychologues-psychothérapeutes, pluriprofessionnelles et pluriprofessionnels de la santé.	Un partenariat renforcé entre les services psychiatriques et l'IMAD sera mis en œuvre, en termes d'orientation domiciliaire, de formation/supervision mais aussi de coordination des interventions. Plus globalement, l'apport potentiel de la télémédecine à la coordination est à évaluer.	Pour les situations complexes, un dispositif de case managers peut être mis en place, dont la mission serait d'assurer la coordination des acteurs impliqués, notamment au travers de plans de soins individualisés pour ces situations complexes.

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Faciliter l'orientation des patientes et patients et l'accès aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques appropriés	Une réflexion sur la mise en place d'une organisation permettant une première évaluation rapide de personnes souffrant de difficultés psychiques est nécessaire. Cette première évaluation rapide permettrait une meilleure orientation des personnes vers les ressources ambulatoires à disposition, ainsi qu'un désengorgement des urgences psychiatriques, très sollicitées depuis la pandémie de COVID-19.	La mise en place d'un ou plusieurs dispositifs de première évaluation psychiatrique est recommandée. Celles-ci pourraient être organisées dans un contexte communautaire. Le concept est à développer en partenariat entre les HUG et les (pédo-)psychiatres de ville. La même recommandation vaut pour la pédopsychiatrie, en intégrant l'Office médico-pédagogique (OMP).	L'évaluation des dispositifs permettra de planifier leur déploiement à moyen et long-terme.

7.1.4.7.2 Axe II – Soins ambulatoires et à domicile

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Assurer une prise en charge ambulatoire réactive, intensive et flexible	La possibilité de ce type de prise en charge ambulatoire et communautaire est une condition pour la mise en œuvre de la majorité des recommandations des axes II et III. Il s'agit traditionnellement d'un point fort de la psychiatrie genevoise, qu'il sera important de maintenir. Il existe encore un potentiel de important développement dans la capacité à fournir un soutien intensif à la communauté dans des situations pour lesquelles un suivi ambulatoire « classique » n'est pas suffisant.	Dans le cadre du contrat de prestations actuel des HUG, le développement des soins communautaires intensifs basés dans les structures ambulatoires est en cours, en collaboration avec les partenaires du réseau. Cette collaboration permettra le développement de l'intégration socio-sanitaire. Une évaluation de ce dispositif permettra de décider du futur déploiement de cette approche.	La planification hospitalière à long-terme nécessite en parallèle un suivi de l'offre ambulatoire (avec des indicateurs quantitatifs et qualitatifs).

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Mettre en place un dispositif de crise pour les adolescentes et les adolescents	Pour les enfants, les adolescentes et les adolescents, le développement des dispositifs de soins intermédiaires (actuellement insuffisants) pour limiter les hospitalisations et le recours aux urgences est nécessaire. Il s'agit de dispositifs de crise pour tous les âges pédiatriques et d'hôpitaux de jour. [6]	La mise en place d'un dispositif de crise pour les adolescentes et les adolescents est à envisager à court-terme, en partenariat entre les HUG et l'OMP.	L'évaluation du dispositif de crise peut soutenir la planification du développement des soins intermédiaires dans le domaine de la pédopsychiatrie, qui est indispensable pour limiter le recours aux hospitalisations.
Développer des soins à domicile avec expertise psychiatrique	Le développement de la collaboration entre les HUG et l'IMAD dans le domaine de la santé mentale doit être renforcé.	Les HUG et l'IMAD pourront développer une prise en soins à domicile coordonnée pour la population croissante qui souffre en même temps de troubles psychiatriques et somatiques. Dans ce cadre, la collaboration avec les psychiatres de ville sera à préciser.	

[6] Les dispositifs de soins intermédiaires représentent tous les dispositifs extra hospitaliers pouvant intervenir dans des situations de crise comme les structures ambulatoires, les équipes mobiles ou les hôpitaux de jour.

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Développer et évaluer les équipes mobiles	L'élargissement de l'activité des équipes mobiles pluriprofessionnelles intervenant au lieu de vie du patient a été une recommandation centrale du dernier rapport de planification et a contribué à la limitation des journées d'hospitalisation. Par conséquent, il est recommandé de poursuivre cette stratégie incluant le développement et l'évaluation de nouvelles prestations dans le cadre de projets pilotes.	Concernant le futur développement des équipes mobiles, trois dispositifs prioritaires ont été identifiés : la prise en soins réactive et intensive de patientes et patients avec une déficience intellectuelle sévère dans leurs lieux de vie, l'approche d'hospitalisation addictologique à domicile qui vise à se substituer à l'hospitalisation et l'équipe mobile géronto-psychiatrique intervenant dans les EMS.	Les résultats de la période 2025-2028 fourniront une base de données pour planifier un éventuel déploiement des équipes mobiles supplémentaires afin de limiter les recours à l'hospitalisation.

7.1.4.7.3 Axe III – Structures d'accueil et logement

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Création d'un EMS géronto-psychiatrique	L'EMS géronto-psychiatrique sera destiné à des patientes et des patients ayant un profil spécifique, dont les retours à domicile sont impossibles, qui sont difficiles à placer dans les structures existantes et pour lesquels les assurances refusent de payer les hospitalisations en soins aigus considérées comme non justifiées.	Le GT considère la mise en place d'une telle structure comme prioritaire. L'objectif serait d'offrir un lieu de vie qui soit aussi un lieu de soin. La structure comporterait une unité de 15 lits avec une équipe soignante, sociale et médicale. La durée de séjour serait limitée de 1 à 5 ans, avec un objectif à terme de pouvoir entrer en EMS classique. En parallèle, la capacité des EMS traditionnels de prendre en charge des problèmes psychiatriques doit être améliorée.	Le besoin en EMS géronto-psychiatriques augmentera continuellement, en lien avec le vieillissement de la population. L'évaluation de la première structure de ce type permettra une planification à long-terme.

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Développement d'une offre de logement et d'accompagnement adaptée pour les personnes de moins de 65 ans qui souffrent des troubles somatiques et psychiatriques importants (« EMS psychiatrique »)	Les résultats de l'enquête qualitative montrent le besoin de places d'accueil pour les patientes et patients avec des troubles du comportement et/ou un risque de fugue qui sont les conséquences d'un trouble somatique. Le même problème existe pour les patientes et patients avec des troubles somatiques et psychiatriques comorbides importants. Aujourd'hui, par manque d'alternative, ces patientes et patients sont adressés à des EMS avec une dérogation d'âge, mais ces derniers rencontrent souvent des difficultés avec l'accueil de ces personnes.	Il sera très important de développer une stratégie cantonale pour cette population croissante, soit en développant des places spécifiques dans les EMS et/ou les EPH, ou en créant un nouveau type de structure. La mise en place d'une première structure est considérée comme prioritaire. Si l'on inclut les patientes et patients en attente à Belle-Idée et à Loëx, le besoin est estimé à au moins 20 lits.	La création et l'évaluation d'une première structure (ou des places adaptées) permettront une planification à long-terme.
Création d'un ou plusieurs foyers d'accueil pour les adolescentes et adolescents avec des troubles psychiques importants	Nous relevons un manque de foyers éducatifs (lieux de vie) pour les adolescentes et adolescents dont le comportement met à mal le réseau socio-éducatif. La (pédo-)psychiatrie devrait jouer un rôle de consultant pour y apporter son expertise et soutenir les équipes éducatives.	La création d'une ou deux petites structures (5 places) serait importante pour éviter de longues hospitalisations, voire même des séjours dans la prison de la Clairière.	

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Développement de l'offre des places dans les EPH pour les personnes avec un handicap psychique en partenariat avec l'hôpital	Les résultats de l'enquête réalisée montrent le besoin de places d'accueil dans des structures de type EPH, pour des personnes souffrant de troubles psychiques n'ayant plus l'autonomie suffisante pour vivre seules malgré un accompagnement adapté.	L'offre en places dans les EPH avec un encadrement important est à développer avec un soutien des HUG pour les aspects médicaux. Il existe de plus un besoin de structures permettant l'accueil et l'accompagnement de personnes souffrant de comorbidités addictologiques.	
Développement d'approches de supported housing	Il paraît également important de trouver des solutions innovatrices pour les patientes et patients pour lesquels la prise en charge à domicile est limitée par la précarité du logement. L'approche de *supported housing* associe la mise à disposition d'un logement individuel, des soins psychiatriques flexibles et mobiles et un accompagnement socio-éducatif.	L'approche de *supported housing* pour les personnes de moins de 65 ans pourra être testée dans le cadre d'un projet pilote, en partenariat entre les institutions concernées (par exemple HUG, EPI, IMAD). Pour la population âgée, un projet pourra être basé dans des IEPA.	
Développement de l'aspect psychiatrique dans les structures proposant des alternatives à l'hospitalisation pour les personnes âgés	Les UATR et les UATM sont actuellement limitées dans leur capacité de gérer des problèmes psychiatriques.		La création d'UATR et d'UATM avec une capacité de prise en soins psychiatrique est à évaluer.

Commentaire : Un facteur limitant pour la création de nouvelles structures est le manque de disponibilité de l'immobilier. Le soutien des différents départements de l'Etat sera nécessaire pour trouver des solutions.

7.1.4.7.4 Axe-IV – Formation

Recommandation	Principes	Mesures à court-terme (2025-2028)	Mesures à moyen- et long-terme (à partir de 2029)
Soutien de la formation des infirmières et infirmiers spécialisés en psychiatrie	Dans le canton, le nombre d'infirmières et d'infirmiers spécialisés en psychiatrie est déjà en régression. Parallèlement, la mise en œuvre d'une grande partie des recommandations de ce rapport dépend d'une relève adéquate.	Il convient d'assurer la disponibilité des places dans le cursus de formation spécifique, d'adapter la formation aux soins ambulatoires et à domicile et de clarifier la valorisation des parcours dans le domaine de la psychiatrie.	

7.1.5 Réadaptation

7.1.5.1 Introduction

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques entrainent une augmentation du nombre des patientes et patients à risque de présenter ou présentant une baisse de leur indépendance dans les activités de la vie quotidienne. La réadaptation est définie comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ». Celle-ci peut se faire en milieu stationnaire, si l'état de santé du patient est instable, ou à risque de l'être, et/ou qu'une prise en charge communautaire, à domicile ou en ambulatoire, est impossible.

Un GT réadaptation a été mandaté par l'OCS afin de préciser l'évolution 2025-2028 des besoins en soins de réadaptation pour la population du canton de Genève, et de proposer des améliorations au modèle actuel de planification cantonale.

Les objectifs confiés au GT ont été les suivants :

D'établir et évaluer les résultats intermédiaires de la planification 2020-2023 ;

D'évaluer l'adéquation du modèle de planification utilisé par l'OBSAN ;

D'affiner les résultats obtenus par l'OBSAN grâce à une analyse qualitative tenant compte, notamment :

- Des évolutions médicales et plus généralement des évolutions de prise en charge entre stationnaire et domiciliaire,
- Des questions émanant du Grand Conseil (motions, interpellations, pétitions et rapport de planification 2020-2023),
- Des prestations actuellement manquantes ou à développer ;

D'améliorer la visibilité sur l'offre actuelle (structures, missions et fonctionnement) ;

De réaliser l'inventaire des projets institutionnels en cours ou à venir ;

De préciser les effets escomptés, à terme, des réorganisations et projets menés.

7.1.5.2 Contexte

Sur une population totale résidante de 517 802 personnes dans le canton de Genève à fin décembre 2022, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus s'élève à 85 900, soit 16.6% de la population. Une grande majorité de ces personnes vivent à domicile (environ 95% selon l'OCSTAT[7]). Par ailleurs, 7.7% des personnes de 65 ans ou plus ont des limitations fortes dans les activités de base de la vie quotidienne (manger, se coucher, s'habiller, aller aux toilettes, etc.) et 31.4% des personnes de 65 ans ou plus ont des difficultés à accomplir les activités instrumentales de la vie quotidienne (préparer un repas, téléphoner, faire des achats, faire des travaux ménagers, utiliser les transports publics, etc.) (Olivier Pahud, 2024).

En plus de l'impact démographique sur le nombre de lits nécessaires en réadaptation, il faut compter sur les conséquences de la nouvelle structure tarifaire unifiée au niveau national qui est entrée en vigueur en 2022 dans le cadre du projet ST REHA mené par SwissDRG. Cette

[7] https ://statistique.ge.ch/statistique/tel/domaines/14/14_02/T_14_02_2_14.xls

nouvelle structure tarifaire définit des standards de prise en charge, en termes de processus, mais aussi un nombre de thérapies minimales par filière de réadaptation. Ceci a un impact certain sur le nombre de patientes et patients qui sont considérés comme « réadaptables » et financés comme tels. En plus, il convient de prendre en compte un impact sur les lits d'amont (augmentation du besoin en lits aigus ou autres structures pour les patientes et patients ne remplissant ni les critères aigus, ni de réadaptation) et sur les lits d'aval (lits d'attente de placement), un pourcentage important des patientes et patients anciennement en réadaptation risquant de ne plus être pris en compte au niveau tarifaire. De plus, comme toute structure tarifaire nouvellement déployée, des évolutions importantes sont à attendre dans les prochaines années, évolutions qui pourraient durcir encore les critères de financement en réadaptation, notamment pour les patientes et patients les plus fragiles et les plus âgés (incapacité d'atteindre des seuils de thérapie permettant de couvrir les coûts). Ces transformations sont aussi à mettre en lien avec la politique du canton en matière de maintien à domicile, qui depuis de nombreuses années vise à renforcer les dispositifs domiciliaires, faisant de Genève un des cantons suisses les plus avancé en la matière, voire même au niveau international, pour des pays économiquement comparables.

7.1.5.3 Evaluation des résultats de la planification 2020-2023

7.1.5.3.1 Méthode

La planification hospitalière 2020-2023 avait consisté, pour les soins de réadaptation et gériatriques, en une projection du nombre total de séjours à partir des hospitalisations observées pour l'année 2016, sur la base de l'évolution démographique. Elle avait pu être affinée en définissant des collectifs de patientes et patients correspondant à différents types de réadaptation, et en distinguant les longs séjours. Ces calculs avaient mis en évidence un besoin de 145 lits hospitaliers supplémentaires qui auraient été nécessaires à l'horizon 2023 si aucune offre alternative n'avait été proposée dans le réseau de soins.

Il est à noter que ces estimations prenaient en compte aussi bien les besoins de réadaptation, que de soins de longs séjours et surtout de soins aigus de gériatrie, qui n'étaient pas à l'époque (2019) clairement différenciés des soins de réadaptation.

Le groupe d'experts avait ensuite émis une série de propositions pour diminuer le besoin de lits hospitaliers de réadaptation et de gériatrie par des mesures visant la promotion de l'état de santé de la population âgée, les alternatives à l'hospitalisation et le développement de la réadaptation ambulatoire. Ceci avait permis d'ajuster à la baisse les estimations initiales pour aboutir à des projections finales de 37 lits supplémentaires de réadaptation et 40 lits de longs séjours (attente de placement) qui seraient nécessaires en 2023.

7.1.5.3.2 Analyse de la situation 2022

Parmi les 7 677 hospitalisations en réadaptation à Genève en 2022, 82% relevaient de l'AOS, 12% des auto-payeurs, le reste étant réparti entre d'autres payeurs (assurance-accident, assurance-invalidité ou autre). Environ 64% des cas LAMal genevois ont été hospitalisés aux HUG et environ 15% des cas LAMal avaient une prise en charge semi-privée ou privée. 4.4% des cas LAMal ont été pris en charge en urgence. Seuls les cas LAMal de résidentes et de résidents genevois faisant partie du champ de la planification hospitalière cantonale, nous nous concentrerons donc sur cette population.

Tableau 7.9 – Lits de réadaptation par service HUG et cliniques privées, 2022

Par établissement/service site	2022
HUG-SMIR Loëx- Joli-Mont	106
HUG-Srv-Gériatrie et réadaptation	86
HUG-Montana	65
HUG-SMIR Beau-Séjour	57
HUG-Neuro-rééducation Beau-Séjour	44
HUG- Srv-chirurgie orthopédique et tramatologie Beau-Séjour	24
Maisonneuve	45
Grand-Salève	14
Clinique Les Hauts d'Anières	44
Total lits canton	**484**

Source : OFS, chiffres clés des hôpitaux

En 2022, on dénombre 6 285 hospitalisations en réadaptation LAMal, pour un total de 148 259 journées, ce qui équivaut à 484 lits. Entre 2019 et 2022, le nombre d'hospitalisation a ainsi diminué de 17.1% et la DMS a également baissé de 2.5%, passant de 24.19 jours en 2019 à 23.59 jours en 2022 (voir le Tableau 12.7, au chapitre 12).

En comparaison nationale, la DMS est légèrement plus basse que la moyenne suisse (24.33 jours). Si on regarde l'évolution sur les quelques dernières années (Tableau 7.10), la DMS était plus importante à Genève (24.19) par rapport à la moyenne suisse (23.83) en 2019 mais est passée sous la moyenne nationale dès 2020 (23.35 pour Genève et 23.64 pour la Suisse). Celle-ci reste malgré tout très dépendante des filières. Pour la réadaptation gériatrique, bien qu'à la baisse, la DMS reste supérieure à la moyenne nationale (25.0 contre 23.9), comme dans les autres cantons romands, en raison d'une typologie de patientes et patients différente entre la Suisse romande et la Suisse alémanique, la réadaptation gériatrique dans cette dernière région étant principalement réalisée en EMS.

Tableau 7.10 – Evolution des indicateurs clés (Réadaptation), 2019-2022

	2019	2020	2021	2022	Evolution 2019-2022
Population résidante permanente	504 128	506 343	509 448	514 114	**2.0%**
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)	26.25%	26.16%	26.45%	26.45%	**0.8%**
Hospitalisations	7 580	6 830	6 701	6 285	**-17.1%**
Durée moyenne de séjour (DMS)*	24.19	23.35	23.31	23.59	**-2.5%**
Jours de soins (volume)*	183 323	159 501	156 172	148 259	**-19.1%**
Lits	578	554	562	484	**-16.2%**

Source : OBSAN

La répartition homme/femme suit l'évolution démographique, davantage de femmes sont donc hospitalisées en réadaptation.

Figure 7.18 – Nombre d'hospitalisation en réadaptation pour Genève, par groupe d´âge et par sexe, 2022

	0–17	18–34	35–49	50–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90+
GE Femmes N	2	41	153	419	248	370	597	662	648	549
GE Hommes N	2	44	164	404	226	300	402	385	399	270

Source : OBSAN

Les patientes et patients genevois hospitalisés hors canton (1 370) se rendent généralement dans les cantons de Vaud (41%) et du Valais (56.6%), en particulier dans la clinique de Montana.

La majorité des patientes et patients domiciliés hors du canton et hospitalisés à Genève (164) proviennent de France voisine (77%), et sont des assurées et des assurés LAMal frontaliers. Une problématique qui a été soulevée concerne les patientes et patients âgés, qui sont généralement remboursés selon les tarifs de base fixés à Berne et ne trouvent souvent pas de solution pour la sortie dans les structures adéquates en France.

Avant l'admission, une majorité des patientes et patients étaient dans une division, clinique ou hôpital de soins aigus, mis à part pour le domaine de la réadaptation psychosomatique pour lequel ils provenaient majoritairement du domicile. Pour 75% des situations, les personnes retournent à leur domicile après la sortie. 31% auront alors besoin de soins à domicile, 22% de traitement ambulatoire, 18% n'auront pas besoin de suivi, le reste se répartissant entre des soins ou traitements stationnaires, de la réadaptation ambulatoire ou stationnaire, ou d'autres prises en charges spécifiques.

Si l'on étudie le réalisé de 2022 en regard des projections par cas ou par journées de la planification des soins 2020-2023 (DGS, 2019), on observe un résultat nettement inférieur aux projections (-33% pour les cas, -53% pour les journées) (voir le Tableau 12.6, au chapitre 12). Ces résultats s'expliquent en grande partie par le fait que les cas/journées aigus de gériatrie, d'ailleurs en nette augmentation, étaient inclus dans les projections de 2019 mais pas dans les données consolidées de 2022. Parallèlement, et comme mentionné, l'avènement en 2019 de la nouvelle structure tarifaire ST REHA a entrainé une diminution du nombre de patientes et patients pris en charge en réadaptation (-416 cas (-6.2% sur le canton) entre 2021 et 2022). La crise COVID-19, bien qu'ayant des conséquences majeures dans la population âgée, ne se faisait déjà quasiment plus sentir en 2022 en termes d'activité et de taux de remplissage en réadaptation. Finalement, les autres leviers de réorientation de l'activité de réadaptation (COGERIA, maison de santé, UATR, UATM, foyers, réadaptation ambulatoire) n'ont pas connu le développement escompté, notamment en raison de la crise, et ne jouent donc qu'un

rôle marginal dans l'évolution de ces chiffres. La diminution sensible de la DMS a permis au contraire d'amortir la baisse du nombre de cas. Ce phénomène explique en partie l'augmentation du nombre de cas en réadaptation gériatrique (+195%) plus important que le nombre de journées (+135%). Ces augmentations sont dues à une meilleure classification des patientes et des patients dans les différentes filières et le reclassement de réadaptation de médecine interne et oncologie, cardio-vasculaire, pulmonaire et musculo-squelettique en réadaptation gériatrique (dès 75 ans dans la version ST REHA 1.0).

7.1.5.4 Description de la situation actuelle

7.1.5.4.1 Définition du collectif

7.1.5.4.1.1 Source

La statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS représente la source principale des données reflétant la situation actuelle. Elle a été utilisée pour réaliser une projection démographique dans le cadre de la planification hospitalière 2025-2028.

Le groupeur GPPH zurichois a été utilisé par l'OBSAN pour grouper les cas par filières de réadaptation en se basant sur les données 2022.

7.1.5.4.1.2 Périmètre d'analyse

Institutions concernées : pour le canton de Genève, les institutions de réadaptation selon la statistique médicale de l'OFS sont les HUG, soins de réadaptation et de gériatrie, la Clinique de Joli-Mont et la Clinique genevoise de Montana (située dans le canton du Valais). L'offre privée est représentée par la Clinique Maisonneuve, la Clinique du Grand Salève et la Clinique des Hauts d'Anières.

Hors canton : les hospitalisations extra-cantonales pour la réadaptation de patientes et patients résidents genevois sont relativement limitées et ont lieu principalement dans le canton de Vaud, notamment à la clinique la Lignière et à la clinique Bois-Bougy de Nyon. Dans une moindre mesure à la Clinique de la SUVA de Sion et dans le Centre de paraplégiologie de Nottwil.

Séjours de la statistique médicale : les séjours A, c'est-à-dire avec une sortie dans l'année, ont été pris en compte. Les séjours B (entrée dans l'année mais pas de sortie) et C (ni entrée ni sortie dans l'année (plus de 365 jours)) ont été exclus, afin de ne pas compter les mêmes cas sur plusieurs années.

Domicile : l'analyse a été limitée aux patientes et patients résidant dans le canton de Genève, c'est-à-dire que les séjours à Genève de patientes et de patients extra-cantonaux ou autres étrangers n'ont pas été pris en compte.

Payeur : l'analyse inclut les séjours relevant de l'AOS.

Année : 2022. Il s'agit de l'année la plus récente pour laquelle les données de la statistique médicale de l'OFS sont disponibles pour l'ensemble du canton au moment de la réalisation de l'étude.

7.1.5.4.2 Offre de soins

7.1.5.4.2.1 Offre

L'offre de soins hospitaliers pour la réadaptation, en 2022, dans le canton de Genève, représente un total de 484 lits, dont 382 aux HUG (hors lits de réadaptation occupés par des patientes et des patients en soins de maintien) et 103 dans les autres établissements.

Le nombre de lits et le nombre des séjours en réadaptation a diminué entre 2019 et 2022. Comme précédemment expliqué, cette diminution s'explique par un transfert de cas de réadaptation vers la zone de soins aigus. En effet, comme mentionné dans le précédent rapport de planification, de nombreux séjours en zone de réadaptation et de gériatrie correspondaient, au moins en partie, à une prise en charge de soins aigus relevant d'une tarification DRG.

Le collectif analysé sur la base de la description ci-dessus, présenté dans le Tableau 7.11, s'élève à 6 285 séjours au total dont 4 679 dans les établissements des HUG (y compris Montana). La réadaptation gériatrique est la catégorie la plus importante, suivie par la réadaptation musculo-squelletique.

Tableau 7.11 – Nombre de cas de patientes et patients domiciliés à Genève par DDPH et statut de l'hôpital, 2019-2022

2022	Cas GE				
	Statut				Total
	A	B	D1	D2	
Musculo-squelettique	1 492	74	101	115	1 782
Neurologique	257	2	33	39	331
Cardio-vasculaire	112	.	46	6	164
Pulmonaire	94	3	132	3	232
Médecine-oncologie	245	10	32	10	297
Réadaptation psychosomatique	8	496	1	5	510
Réadaptation gériatrique	2 699	79	135	43	2 956
Prestations non-attribuables	8	2	2	1	13
Total	4 915	666	482	222	6 285

Note : DPPH = domaine de prestations pour la planification hospitalière. Statut selon la liste hospitalière : A = hôpitaux répertoriés situés dans la région d´analyse ; B = hôpitaux répertoriés situés hors de la région d´analyse ; C = hôpitaux non répertoriés situés dans la région d´analyse ; D1 = hôpitaux non répertoriés mais pertinents pour la couverture des besoins situés hors de la région d´analyse ; D2 = hôpitaux non répertoriés non pertinents pour la couverture des besoins situés hors de la région d´analyse (©OBSAN)

Le Tableau 7.11 représente la répartition de l'ensemble des cas de la statistique médicale des séjours d'hospitalisation à Genève (HUG et cliniques) en zone de réadaptation, ainsi que les séjours de patientes et patients domiciliés à Genève dans d'autres établissements extra-cantonaux. Pour se faire, l'OBSAN a utilisé une nouvelle version du groupeur GPPH zurichois permettant d'identifier, pour chaque filière de réadaptation, les cas gériatriques en fonction de leur comorbidité. Un cas gériatrique est défini comme un patient âgé de 75 ans ou plus souffrant d'au moins 2 des syndromes gériatriques suivants : état confusionnel aigu, troubles cognitifs, perte de fonctionnalité, chutes à répétition, incontinence urinaire, incontinence fécale, dénutrition, sarcopénie, état dépressif majeur, troubles anxieux, troubles visuels, troubles auditifs, douleurs chroniques.

Dans le présent rapport, les analyses correspondent aux séjours indiqués par des cellules en rouge dans le Tableau 7.11 :

- Patientes et patients domiciliés dans le canton de Genève, à l'exclusion des séjours de patientes et patients avec domicile extra-cantonal ou étranger ;
- Collectif limité aux cas LAMal ;
- Séjours sortis dans l'année (cas A).

En conséquence, le collectif analysé s'élève à 5 581 séjours, dont 4 013 aux HUG, zone de réadaptation, 666 séjours à la Clinique genevoise de Montana et 902 dans les cliniques privées.

7.1.5.4.2.2 Catégorisation de l'offre de soins hospitaliers

Depuis l'avènement de ST REHA en 2022, la répartition des cas dans les 8 catégories de réadaptations sont clairement définies par la facturation. Les volumes en nombre de séjours sont rapportés dans la Figure 7.19.

Figure 7.19 – Nombre de séjours 2022 par catégorie

Source : OBSAN

7.1.5.4.2.3 Offre extrahospitalière et soins d'aval

Tableau 7.12 – Vue d'ensemble de l'offre ambulatoire en 2022

Aide et soins à domicile (IMAD)	18 342 personnes recevant des prestations de soins et d'aide à la vie quotidienne dont 76.9% de ≥ 65 ans (inclus les résidentes et résidents en IEPA)
Aide et soins à domicile (organismes privés)	4 520 personnes recevant des prestations de soins dont 67.4% de ≥ 65 ans
Infirmières et infirmiers indépendants	3 649 personnes recevant des prestations de soins dont 72.8% de ≥ 65 ans
IEPA	30 immeubles, 1 841 logements pour 1 556 locataires de ≥ 65 ans et un taux d'occupation de 95.6%
Foyers de jour ; jour/nuit	12 foyers, 165 places dont 4 places en foyer de nuit
UATR	407 bénéficiaires en UATR-IMAD dont 99.1% de ≥ 65 ans, 29 lits à Villereuse, 9 lits à Jumelles disponibles.

	513 bénéficiaires en UATR-EMS dont 98.8% de ≥ 65 ans, 26 lits disponibles (2 lits Bon-Séjour, 1 lit la Louvière, 2 lits Saint-Paul, 1 lits les Charmettes, 4 lits Vessy, 2 lits Villa Mona, 4 lits Châtelaine, 4 lits Saint-Loup, 1 lit Happy Days, 1 lit Val Fleuri. 4 Maison de Retraite du Petit-Saconnex). 8 lits aux Adrets disponibles en 2024. Le taux d'occupation se situe autour de 83%.
Maison de vacances (structure intermédiaire de répit)	Nouvelle Roseraie à St-Légier sur Vevey (32 lits et 21 chambres)
UATM	UATM : 20 lits, 490 bénéficiaires dont 86.3% de ≥ 65 ans, taux d'occupation de 85%
EMS	3 997 résidentes et résidents et une offre de 4 095 places. Institutions spécialisées : pas d'information disponible.
Thérapeutes	Près de 1100 physiothérapeutes et 170 ergothérapeutes actifs sur le canton
Médecins gériatres	Le site de l'association des gériatres genevois comporte environ 50 membres.
HUG : Hôpital de jour	Hôpitaux de jour aux HUG en réadaptation neurologique, cardiologique, pneumologique et oncologique. Hôpital de jour de gériatrie fermé pendant le COVID et pas encore rouvert en 2022 (ouverture en mai 2024)

Le Tableau 7.12 montre une augmentation sensible de l'offre ambulatoire depuis le recensement du précédent rapport de 2019.

Soins à domicile

Environ 60% des soins à domicile étaient assumés par l'IMAD en 2022. Le nombre de bénéficiaires âgés de 80 ans ou plus a augmenté de près de 12% depuis 2017 et représente environ la moitié des cas suivis. De même, le temps moyen de prise en charge pour les soins a augmenté de 16%. Les raisons de prise en charge les plus fréquentes sont : la douleur, le risque de chute, l'isolement social et les troubles de la communication.

A l'IMAD, 80 centenaires sont pris en charge en 2022 contre 68 en 2019, soit un accroissement de 18%. La doyenne a 105 ans. Les accroissements suivants sont également remarquables :

La courbe des âges des patientes et des patients âgés suivis par l'IMAD se déplace de manière marquée ces dix dernières années vers la tranche de 85-90 ans (contre celle des 80-85 ans précédemment).

La part des patientes et patients bénéficiant de prestations 6 et 7 jours sur 7 a augmenté de 9.3% entre 2019 et 2022 et la volumétrie des heures de prestations de soins a augmenté de 11.3% sur la même période.

8% des patientes et des patients de l'IMAD représentent la moitié des heures de soins, ce qui reflète la prise en charge de patientes et de patients complexes nécessitant des prestations de soins et de coordination importantes.

Plus de la moitié des situations suivies sont à risque de complexité voire complexes, et plus de 60% des patientes et des patients évalués (InterRAI HC) présentent un degré de fragilité modéré ou sévère.

Plus de la moitié des personnes prises en charge le sont sur des durées longues, supérieures à 3 ans, voire bien souvent au-delà de 10 ans.

IEPA

Le nombre d'appartements protégés a augmenté de près de 20% depuis 2017 pour atteindre 1 841 logements en 2022.

UATM

Il existe deux structures, à Carouge et à Onex, pour un total de 20 lits.

Les UATM constituent en elles-mêmes un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation pour les cas nécessitant une surveillance médicale. Ces structures peuvent être utiles pour adresser des patientes et des patients nécessitant des suites de soins mais pas de réadaptation, qui étaient anciennement orientés vers la réadaptation.

Foyers de jour/nuit et UATR

L'offre a augmenté entre 2017 et 2022 en particulier dans les UATR-EMS (26 lits) et avec l'ouverture de la structure des Adrets et 3 nouveaux foyers de jour. Par contre, les 4 lits UATR de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex ne sont plus disponibles en 2024.

EMS

Le nombre de places en EMS a évolué depuis 2013 pour atteindre 4 095 places en 2022 (+1.1%).

Réadaptation semi-stationnaire (hôpital de jour)

En 2022, il existe aux HUG une offre semi-stationnaire notamment en réadaptation neurologique, cardiologique, pneumologique et oncologique. Ces structures spécialisées permettent soit de se substituer à des séjours stationnaires, pour les cas ne nécessitant pas de surveillance ou de soins lourds, soit de diminuer les durées moyennes de séjour en permettant aux patientes et aux patients un retour à domicile précoce. Elles sont également utiles en cas de maintien des facultés fonctionnelles dans certaines maladies chroniques (par exemple insuffisance respiratoire).

L'hôpital de jour de gériatrie a été fermé suite au COVID, et n'a rouvert ses portes qu'en mai 2024.

Réadaptation à domicile

La réadaptation à domicile vise à prendre en charge des patientes et des patients de manière interprofessionnelle et coordonnée pour les mêmes raisons que la réadaptation semi-stationnaire, mais s'adresse à des patientes et des patients plus âgés, souvent plus dépendants et nécessitant moins d'intensité d'intervention. Celle-ci a été mise en place en 2023.

7.1.5.4.3 Les lacunes de l'offre actuelle

7.1.5.4.3.1 Réadaptation de patientes et de patients paraplégiques

Il n'y a actuellement pas d'unité dédiée à la réadaptation stationnaire des paraplégiques dans le canton de Genève. En effet, historiquement, une telle unité a été réduite puis fermée en 2007, faute de patientes et de patients et en raison du coût élevé en personnel et en matériel nécessaires à cette compétence. Le service de neuro-rééducation des HUG accueille régulièrement quelques cas de paraplégiques chroniques, mais les traumatisés aigus sont systématiquement transférés, soit à la clinique de réadaptation de la SUVA à Sion, soit au centre des paraplégiques à Nottwil. Ceci représente une trentaine de patientes et de patients par an. Ainsi, le GT préconise de ne pas créer de filière spécifique pour cette réadaptation à Genève mais encourage à continuer la pratique actuelle, à savoir assurer un suivi ambulatoire rapproché de ces patientes et ces patients et si nécessaire, les prendre en charge en stationnaire dans le service de neuro-rééducation de Beau-Séjour (HUG), en dehors de l'épisode aigu.

7.1.5.4.3.2 Insuffisance de l'offre d'aval

En 2022, le secteur d'attente de placement (LSM) se compose de 112 lits sur le site de Loëx (4 unités) et 20 lits sur Joli-Mont (1 unité). Certaines patientes et certains patients ne sont pas éligibles pour un transfert en EMS. Malgré cela, il y a en permanence entre 20 et 50 patientes et patients en dehors des lits LSM, tantôt en soins aigus, tantôt en réadaptation. Ce phénomène est principalement dû à un manque chronique de lits d'EMS, mais aussi à un processus de placement long et perfectible (délai et processus d'obtention des prestations complémentaires, mesures de protection, orientation).

Il manque également des places de longs séjours pour des patientes et des patients de moins de 65 ans, souffrant de pathologies psychiatriques. L'EMS Villa Mandement comprend 30 lits pour les résidentes et résidents en dérogation d'âge (indiqué par la commission cantonale d'indication (CCI)), mais cette offre reste clairement insuffisante.

Finalement, certaines patientes et certains patients sont obligés de rester en attente de placement, faute de financement possible dans un EMS (impossibilité d'obtenir les prestations complémentaires en raison d'un bien immobilier à l'étranger par exemple). Les lits occupés par des patientes et des patients sans perspective de sortie sont estimés à une vingtaine pour des patientes et des patients socialement complexes.

7.1.5.5 Modèle de planification

Dans un premier temps, les cas identifiés selon le groupeur GPPH (Tableau 7.11) sont adaptés en fonction de l'évolution démographique. Ensuite, les prévisions sont affinées sur la base d'une amélioration de la prévention des hospitalisations, de la possibilité de réadaptation ambulatoire et en fonction des évolutions probables dues à l'évolution de la structure ST REHA.

Scénarios de projection démographique

Comme présenté dans le chapitre 6, le nombre absolu de personnes âgées entre 65 et 79 ans progressera de +57% à +64% d'ici 2050 et le nombre de personnes de plus de 80 ans pourrait doubler, le scénario bas anticipant une croissance relative de +100% et le scénario haut une hausse de +113% d'ici 2050. Cette augmentation aura un impact majeur sur la population hospitalisée en réadaptation, ainsi que sur les besoins de places en EMS et de soins à domicile.

Le taux de dépendance risque de quasiment doubler d'ici 2050 chez les personnes de 65 ans ou plus. Ceci nécessitera, outre une réadaptation stationnaire efficace, une adaptation de l'offre de soins communautaires, afin d'éviter un trop grand nombre d'hospitalisations et d'institutionnalisations.

7.1.5.6 Projections des besoins 2028 selon l'évolution démographique

Les besoins ont été estimés selon le seul facteur de l'évolution démographique, en faisant les l'hypothèses que :

- Les taux d'hospitalisation par âge demeurent constants (>95%) ;
- Les préférences de la population demeurent inchangées (la demande reste la même) ;
- Les besoins en réadaptation de l'année de base (2022) sont satisfaits sans surconsommation ;
- La durée moyenne de séjour reste stable.

Les projections des besoins sont basées sur le scénario démographique moyen établi par le canton de Genève pour l'année de base 2022.

Tableau 7.13 – Nombre d´hospitalisations de patientes et de patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le domaine de prestations (Réadaptation), 2028

	Croissance 2022/2028	2022	2028	2034	2040
Total	**12.0%**	**6 285**	**7 040**	**7 867**	**8 722**
Musculo-squelettique	11.2%	1 782	1 981	2 258	2 454
Neurologique	9.7%	331	363	404	432
Cardio-vasculaire	8.5%	164	178	197	219
Pulmonaire	9.5%	232	254	286	317
Médecine-oncologie	10.8%	297	329	367	401
Réadaptation psychosomatique	6.7%	510	544	577	601
Réadaptation gériatrique	14.2%	2 956	3 375	3 763	4 281
Prestations non-attribuées	7.7%	13	14	15	16

Source : OBSAN

Tableau 7.14 – Nombre de lits supplémentaires projetés pour 2028 par catégorie GPPH

	2022			2028						
Total séjours canton	**nb séjours**	**nb journées**	**DMS**	**nb séjours**	**nb journées**	**DMS**	**Ecart % nb séjours 2022-2028**	**Ecart % nb journées 2022-2028**	**Ecart nb journées**	**Equivalents delta lits (tx occupation 90%)**
Musculo-squelettique	1 782	38 743	22	1 981	43 132	22	11%	11%	4 389	13
Neurologique	331	12 622	38	363	13 713	38	10%	9%	1 091	3
Cardio-vasculaire	164	3 322	20	178	3 611	20	9%	9%	289	1
Pulmonaire	232	4 001	17	254	4 385	17	9%	10%	384	1
Médecine-oncologie	297	6 297	21	329	6 977	21	11%	11%	680	2
Réadaptation psychosomatique	510	9 182	18	544	9 928	18	7%	8%	746	2
Réadaptation gériatrique	2 956	73 784	25	3 375	84 253	25	14%	14%	10 469	32
Prestations non attribuées	13	308	24	14	335	24	8%	9%	27	0
TOTAL	6 285	148 259	34	7 038	166 334	26	12%	12%	18 075	55

Source : OBSAN

La projection initiale sans modification de l'offre de soins actuelle identifie un besoin de 55 lits supplémentaires en réadaptation.

7.1.5.7 Impact de la structure tarifaire (ST REHA)

Le déploiement de la nouvelle structure tarifaire de réadaptation ST REHA en 2022 a eu un impact majeur sur l'offre des soins stationnaires. En effet, en clarifiant les critères d'éligibilité en réadaptation, les patientes et les patients sortant d'un épisode aigu qui nécessitent encore des soins importants mais qui n'ont pas de potentiel de réadaptation ou n'ont pas les capacités d'en bénéficier (fatigabilité, troubles cognitifs, etc.) ont été, pour un certain nombre, maintenus dans des lits de soins aigus et pour d'autres, transférés en lits de soins de maintien en attente d'une solution de sortie. La Figure 7.20, mentionnée dans le précédent rapport de planification, reste d'actualité et illustre bien l'impact de ST REHA sur les autres niveaux de soins. Cet impact risque de s'accentuer à l'avenir si le socle de la rémunération reste les minutes de thérapies (entre 300 et 540 minutes par semaine). En effet, un certain nombre de patientes et de patients ne pouvant atteindre ces seuils risquent de ne plus être pris en charge en réadaptation et, à contrario, il existe un incitatif à maintenir en réadaptation des patientes et des patients pouvant supporter une haute intensité de thérapies, mieux rémunérée, alors que la nécessité d'un maintien en milieu stationnaire n'est plus claire.

Figure 7.20 – Impact de ST REHA sur les autres structures tarifaires

Situation actuelle (forfaits de réadaptation) :

Situation (ST REHA) :

Depuis 2022, ST REHA a eu pour effet une augmentation de la durée moyenne de séjour en soins aigus des patientes et des patients transférés en réadaptation aux HUG (+1.1 jour), et a participé à la baisse du nombre de lits de réadaptation au profit d'une augmentation du nombre de lits aigus (-78 lits de réadaptation sur le canton).

Lorsque la patiente ou le patient n'a pas de potentiel de réadaptation ou l'a atteint suite à une réadaptation et n'est plus en mesure de retourner à domicile, elle ou il passe en soins de maintien, et participe financièrement aux coûts d'hôtellerie. La clarification des critères de réadaptation a donc aussi eu un impact sur le nombre de ces patientes et ces patients. Leur nombre est stable hors période pandémique depuis plusieurs années, répartis entre 132 lits dans des secteurs d'attente de placement et environ 70 lits, ventilés dans les différents services médicaux. En l'absence d'ouverture de structures d'aval, nous estimons que ces besoins devraient croitre d'environ 20% au cours des 5 prochaines années (+40 lits à déduire des lits de réadaptation). Un projet de loi visant à rénover le secteur d'attente de placement sur le site de Loëx est actuellement en phase finale et les travaux devraient débuter en 2025. Ce projet permettrait, à terme, la création de 56 lits de soins de maintien supplémentaires. Malgré tout, en absence de diminution des durées de séjour des patientes et des patients en attente de placement, ces lits ne suffiront pas à absorber le déficit actuel, sachant qu'aujourd'hui, une septantaine de patientes et de patients sont en attente dans des lits aigus et de réadaptation.

7.1.5.7.1 Modification de l'impact de la clarification des critères de réadaptation sur les soins aigus

Certaines patientes et certains patients, une fois la phase aiguë de leur affection passée, n'ont pas besoin de réadaptation mais nécessitent encore une surveillance et des soins réguliers. Avec l'avènement de ST REHA, ces patientes et ces patients n'ont plus d'autre choix que de rester en soins aigus. Une alternative serait une prise en charge domiciliaire utilisant davantage les modalités d'hospitalisation à domicile, voire de relais en UATM, qui représenteraient une alternative intéressante à la prolongation d'un séjour stationnaire dans la perspective d'un retour à domicile. La question relative aux modalités de financements (DRG, etc.) est un point d'attention à reprendre dans le cadre de la mise en place de ces UATM.

7.1.5.7.2 Modification de l'impact de la clarification des critères de réadaptation sur les soins de longs séjours

Le nombre de patientes et de patients en attente de placement avait significativement diminué en période pandémique, en raison de la hausse du nombre de lits disponibles en EMS et de la garantie de prise en charge qui a été temporairement accordée par l'Etat pour libérer les lits des HUG. A fin 2023, ils sont toutefois revenus au niveau du début 2019 (200) pour une capacité de 132 lits.

Figure 7.21 – Nombre de patientes et de patients en soins de maintien, HUG

Source : HUG

La durée moyenne de séjour des patientes et des patients en attente de placement est actuellement de 70 jours. Si celle-ci pouvait diminuer à 60 jours, cela permettrait de réduire le nombre de lits utilisés pour des patientes et des patients en attente de placement d'environ 30 lits et d'éviter d'utiliser en permanence des lits de réadaptation (secteur peu adapté à leurs besoins). La diminution des délais et la simplification du dossier SPC (service des prestations complémentaires), la diminution des délais de mise sous curatelle, la création de structures adaptées à des patientes et des patients de moins de 65 ans et une collaboration accrue avec les EMS (acceptation de cas en attente de la décision SPC) permettraient d'atteindre cet objectif. Par souci de réalisme, nous avons estimé cette mesure comme permettant d'économiser 13 lits de réadaptation dans les 5 ans à venir. Toutefois, il faut aussi mentionner le risque d'une détérioration des délais de placement par manque de place en EMS qui ne peut être exclu et qui pourrait à l'inverse péjorer l'accès des patientes et des patients à l'offre de soins de réadaptation stationnaire.

7.1.5.8 Propositions de modification de l'offre actuelle afin de favoriser la prévention de l'hospitalisation en réadaptation

7.1.5.8.1 Promotion de l'état de santé de la population âgée générale

La promotion de l'état de santé de la population âgée à Genève fait l'objet d'une attention particulière et l'axe 6 du concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030 (OCS, 2023) fixe comme priorités :

- Le maintien de l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées le plus longtemps possible ;
- La détection précoce des maladies chroniques et des risques d'atteintes à la santé.

Les stratégies d'intervention de l'Etat s'orientent sur différents axes visant notamment à proposer un soutien aux personnes âgées, vivant à domicile, présentant des risques d'isolement social, de maltraitances, de dépendances ou d'abus de médicaments. Ils visent aussi à développer des mesures de soutien à la population et aux proches-aidantes et proches-aidants mais également à promouvoir le maintien des liens sociaux et les échanges intergénérationnels.

A ce titre plusieurs projets sont déployés ou en cours de déploiement, au sein du canton. Ils contribuent incontestablement à renforcer, voire à développer, la coordination de la prise en charge pour les personnes âgées. Ainsi on peut notamment citer le projet COGERIA concernant la détection de la fragilité chez la personne âgée, et plus généralement le traitement des situations d'urgence gériatrique à domicile. C'est aussi le développement d'un itinéraire gériatrique spécifique à la réadaptation assurant le lien entre le domicile et l'hôpital.

Les maisons de santé joueront un rôle majeur dans cette optique (voir la section 8.3). Ces structures contribuent à coordonner les soins de proximité entre médecins, pharmaciennes et pharmaciens, prise en charge à domicile, famille, proches-aidantes et proches-aidants, assistantes sociales, assistants sociaux et thérapeutes, mais aussi à piloter le parcours de la patiente ou du patient à travers le système de santé (domicile – hôpital – structures de répit/EMS). De même, le développement de structures de répit UATR ou d'alternatives à l'hospitalisation UATM doit être privilégié. Plusieurs initiatives vont en ce sens, soit via le réseau Delta, soit sous l'égide de l'IMAD. Un projet actuellement en cours à l'IMAD, et soutenu par le canton, vise à ouvrir de nouveaux lits UATM dès le premier semestre 2025.

7.1.5.8.2 Réadaptation semi-stationnaire

Les différentes structures de réadaptation semi-stationnaire des HUG prennent actuellement en charge environ 650 patientes et patients par an sur le site de Cluse-Roseraie. Le projet CAP (centre d'activité physique), opérationnel depuis mi-2024, vise à centraliser ces prestations sur le site de Beau-Séjour et les développer, avec pour ambition d'atteindre 1 400 patientes et patients par an d'ici 2025.

De même, l'hôpital de jour de gériatrie (site de Belle-Idée) a rouvert ses portes en mai 2024 et vise à accueillir 200 patientes et patients chuteurs par an comme alternative à l'hospitalisation ou pour diminuer la durée moyenne de séjour en réadaptation.

Certaines cliniques privées sont en train de considérer le développement de leurs propres structures de réadaptation semi-stationnaire. Leur objectif étant de traiter un nombre de patientes et patients plus important que ce que leur capacité d'hébergement stationnaire actuelle permet, tout en répondant au mieux aux besoins de leurs patientes et patients. Ces derniers peuvent bénéficier d'une sortie précoce accompagnée de soins en hôpital de jour ou même, dans certains cas, leur éviter une hospitalisation stationnaire.

La mise en place et le financement d'un transport adapté vers les structures de réadaptation semi-stationnaire fait partie des contraintes principales qui devront être résolues pour assurer la viabilité économique des structures envisagées. L'assouplissement des limitations imposées par les assureurs-maladie sur le nombre de traitements remboursés par jour devra également avoir lieu pour permettre l'intensité des thérapies requise par la réadaptation. Pour finir, l'incitatif négatif provenant de l'absence de participation financière du canton pour les prestations ambulatoires contrairement au cas des séjours stationnaires n'a jusqu'à présent pas favorisé la mise en place de la réadaptation semi-stationnaire.

Selon l'estimation du GT, ces différentes structures, pouvant assurer une prise en charge à court terme d'environ 400 patientes et patients par an (projet CAP + hôpital de jour + structures privées), permettraient de réduire le nombre de lits de réadaptation de 20 lits.

7.1.5.8.3 Réadaptation domiciliaire

Pour un certain nombre de patientes et de patients sélectionnés, une réadaptation à domicile serait un atout et permettrait d'éviter un transfert en réadaptation stationnaire. Cette alternative serait à développer notamment au travers des services de maintien à domicile tels que ceux proposés par l'IMAD. Elle pourrait se reposer sur l'offre physio-thérapeutique à domicile et des prestations de soins et de santé indispensables pour un retour en santé de la personne, post hospitalisation. Dans ce cadre, un projet pilote d'itinéraire clinique de réadaptation est en cours entre l'hôpital de Loëx et l'IMAD, afin de définir les principes et la coordination d'une intervention interprofessionnelle à domicile, basée sur des objectifs fonctionnels communs.

En absence de besoins spécifiques, une réadaptation dans leur lieu de vie devrait être privilégiée chez les patientes et les patients vivants en EMS. En effet, pour une rééducation d'une fracture de hanche par exemple, le processus en vigueur en réadaptation avec une évaluation multidisciplinaire pourrait être orienté vers une rééducation purement fonctionnelle de moindre intensité dans l'institution du patient.

Une estimation du collectif de patientes et de patients des HUG avec peu de comorbidités et une autonomie suffisante pour bénéficier d'une réadaptation à domicile a été réalisée. Les critères suivants ont été retenus : patientes et patients avec intervention chirurgicale élective, PCCL (matrice de comorbidités) de 0 et mesure d'indépendance fonctionnelle > 100/126[8]. En 2022, 245 cas remplissaient ces critères (contre 250 en 2018). Avec une durée moyenne de séjour de 17 jours pour ces patientes et ces patients en réadaptation, 3 900 journées d'hospitalisation pourraient être évitées, soit l'équivalent de 12 lits. Le manque de rémunération adaptée pour le développement de cette offre a toutefois été identifié comme un gros frein à l'heure actuelle. Un projet pilote en collaboration avec un ou plusieurs assureurs maladie serait une première étape.

7.1.5.9 Analyse des besoins de soins et pistes de solutions

Le besoin de lits de réadaptation supplémentaires, basé essentiellement sur l'évolution démographique, se chiffre à +55 lits. Une augmentation de l'offre de 10 lits stationnaires privés s'est faite depuis 2022, réduisant le besoin estimé à 45 lits en 2028. Des alternatives à cette hausse sont toutefois envisageables :

- Une meilleure prévention ;
- La libération de lits occupés par des patientes et des patients en attente de place en EMS par l'amélioration du processus (estimation du nombre de lits concernés

[8] Soit la capacité fonctionnelle dans les actes ordinaires de la vie quotidienne

difficilement évaluable au vu de la situation peu stable des lits en attente de placement) et par la création d'EMS spécialisés pour les problématiques complexes de jeunes avec lourds handicaps consécutifs à des affections neuropsychiatriques,
- Une diminution de la DMS en LSM (-13 lits) ;
- Le développement de la réadaptation semi-stationnaire et domiciliaire (-32 lits).

Au final, si des mesures sont prises, les besoins en lits de réadaptation à l'horizon 2028 pourraient être globalement stables.

Tableau 7.15 – Nombre de lits projetés pour 2028 par niveaux de soins

	Réadaptation
Projections démographiques	+55
Augmentation de l'offre depuis 2022	-10
Prévention	Non évaluable
Amélioration du processus de placement en EMS	Non évaluable
Diminution des durées moyennes de séjour en LSM	-13
Développement réadaptation semi-stationnaire et domiciliaire	-32
Projection d'augmentation du nombre de lits en 2028	**0**

7.2 Secteur médico-social

La planification médico-sociale regroupe les projections des besoins en soins pour les EMS, les soins à domicile (SAD) et les structures intermédiaires (IEPA, UATR exploités par des EMS ou d'autres entités comme l'IMAD ou HAGES, les foyers de jour et de jour/nuit pour personnes en âge AVS et les UATM).

Pour estimer les besoins en soins futurs de la population genevoise, l'OCS a mandaté l'OBSAN pour effectuer des projections sur la période 2022-2050. Ces résultats permettent ainsi d'évaluer quelles sont les évolutions quantitatives des structures qui seront nécessaires dans les années à venir et constituent également un élément essentiel pour réfléchir à l'adaptation qualitative de l'offre.

7.2.1 Introduction

Avec l'arrivée progressive à l'âge de la retraite de la génération du baby-boom, le nombre de personnes âgées va fortement augmenter au cours des prochaines décennies. Tout comme les baby-boomers ont été à l'origine de l'ouverture de nouvelles classes d'école dans le passé, ils nécessiteront à l'avenir la création de capacités d'accueil supplémentaires dans le domaine des soins de longue durée. Les cantons et les communes sont confrontés à un défi de taille : garantir, et donc planifier, les soins et l'hébergement de longue durée à venir, et la prise en charge sociale des bénéficiaires.

Comme mentionné dans le contexte légal, une planification est également nécessaire pour le secteur des soins de longue durée, et de plus en plus de cantons s'efforcent de mettre en place une planification globale incluant l'ensemble des structures de soins de longue durée.

Depuis 2018, l'OBSAN met à disposition des cantons un modèle de projection simple, pragmatique et facilement interprétable pour tous. Ce modèle repose sur des hypothèses quant aux évolutions futures :

- De la population ;
- Des différents facteurs épidémiologiques ;
- Des politiques publiques de prise en charge ;
- Des flux de substitution entre les structures (notion de réseau).

Le modèle étant capable d'élaborer des projections sur les besoins futurs de la population selon différents scénarios paramétrables, il a été adapté aux spécificités genevoises pour l'élaboration du présent rapport de planification.

En plus de la méthodologie, cette section compare les besoins projetés pour la période 2017-2022 à la réalité. Elle estime aussi les futurs besoins identifiés des structures dédiées aux soins de longue durée (EMS, aide et soins à domicile, IEPA et structures d'accueil temporaire de répit médicalisées ou non) pour la population résidente de 65 ans ou plus du canton de Genève pour les années 2025 à 2050.

7.2.2 Méthode

Le modèle de projection permet d'estimer les besoins futurs pour la population cantonale de 65 ans ou plus pour les différentes structures et prestataires de soins. Il considère les résidentes et résidents d'EMS ou les bénéficiaires sur l'ensemble de l'année et non plus avec une photographie au 31 décembre, comme cela avait été le cas lors de précédents rapports de planification. Ceci constitue une amélioration notable qui permet une meilleure cohérence des projections avec le domaine des soins à domicile.

Le modèle de projections se base sur trois paramètres fondamentaux : l'évolution de la population, la durée des soins et le recours aux différentes structures (Figure 7.22).

Les besoins de soins de longue durée dépendent en premier lieu de l'évolution de la démographie cantonale des personnes de 65 ans ou plus susceptibles de faire appel aux prestataires de soins. Ce facteur est pris en compte à travers plusieurs scénarios démographiques.

Les futurs besoins de soins de longue durée dépendent également du nombre d'années durant lesquelles les personnes âgées auront besoin de soins. L'éventuelle modification du nombre d'années durant lesquelles les bénéficiaires auront recours aux soins qui pourrait résulter de l'augmentation de l'espérance de vie est modélisée au moyen de différents scénarios épidémiologiques.

Enfin, le recours aux soins de longue durée dépend, d'une part, des préférences et des possibilités individuelles, et, d'autre part, de la politique cantonale en lien avec les effets du vieillissement ; et de l'offre effectivement disponible. Ce dernier élément est modélisé à travers divers scénarios de prise en charge.

Figure 7.22 – Modèle OBSAN des bases statistiques pour la planification médico-sociale

Source : Représentation OBSAN © OBSAN 2024

Dans l'étape 2, les scénarios épidémiologiques et les scénarios de politique de prise en charge modifient les paramètres de référence à partir de la première année de projection (2023).

7.2.2.1 Scénarios épidémiologiques

Les besoins en prestations médico-sociales dépendent de l'état de santé futur de la population âgée. En Suisse, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter depuis le début du 19e siècle. Dans ce contexte, la question se pose de savoir dans quel état de santé ces années de vie supplémentaires se passeront et comment cela se répercutera sur la durée des soins. Dans ce cadre, trois scénarios sont envisagés :

- ***Scénario de durée des soins constante (E1)***

  Ce scénario fait l'hypothèse que lorsque l'espérance de vie augmente, la durée du besoin en soins reste identique à celle observée dans l'année de référence. L'hypothèse est ainsi que l'ensemble des années de vie gagnées sont des années en bonne santé (compression relative de la morbidité). Le besoin en soins apparaît ainsi à un âge plus avancé.

- ***Scénario de durée des soins prolongée (E2)***

  Ce scénario fait l'hypothèse que la durée du besoin en soins augmente légèrement par rapport à l'année de référence, en supposant que la moitié des années de vie gagnées à travers l'augmentation de l'espérance de vie sont des années en bonne santé. Le besoin en soins apparaît à un âge moins avancé qu'au scénario E1 (expansion de la morbidité).

- ***Scénario de durée des soins réduite (E3)***

  Ce scénario fait l'hypothèse que la durée du besoin en soins diminue légèrement par rapport à l'année de référence, en supposant qu'une fois et demie des années de vie gagnées à travers l'augmentation de l'espérance de vie sont des années en bonne santé. Le besoin en soins apparaît à un âge encore plus avancé qu'au scénario E1 (compression absolue de la morbidité).

Le graphique ci-dessous (Figure 7.23) présente les scénarios épidémiologiques et leurs hypothèses dans le cas où l'espérance de vie augmente d'un an. Les chiffres utilisés sont des chiffres fictifs (par exemple âge de début de la dépendance ou nombre d'années de vie gagnées) et ne servent qu'à des fins d'illustration.

Figure 7.23 – Illustration des scénarios épidémiologiques

* Les chiffres indiqués ici, par exemple l'âge au début de la dépendance ou le nombre d'années de vie gagnées, sont fictifs et sont donnés ici à titre d'illustration.
Source : Représentation OBSAN © OBSAN 2024

Ces dernières années, l'espérance de vie a augmenté en Suisse. Il s'avère que l'ampleur des besoins en soins n'a pas proportionnellement augmenté, voire est légèrement en recul. Partant, le scénario d'une durée de soins constante sert de base de travail au présent rapport de planification.

7.2.2.2 Scénarios de politique de prise en charge

Les scénarios de politique de prise en charge ont pour but d'évaluer comment les besoins de la population âgée changeraient si des mesures de politique de prise en charge étaient appliquées. Ces scénarios constituent un flux de substitution vers d'autres structures de prise en charge afin de répondre au besoin de réduire les coûts liés à l'institutionnalisation des patientes et des patients et au souhait de la population âgée de vivre le plus longtemps possible à son domicile (Pellegrini, 2022). Les trois scénarios retenus sont :

- ***Scénario P1 (Statu quo)***

  Ce scénario suppose que la politique du maintien à domicile est arrivée à ses limites. Le taux de recours aux EMS reste donc constant dans le futur, en prolongeant la pratique actuelle de ne prendre en charge en EMS que les personnes ayant un niveau de soins de degré 3 ou plus (sur l'échelle OPAS qui compte 12 degrés de 20 minutes de soins quotidiens chacun). Ce scénario a une fonction de référence : sa comparaison avec les scénarios P2 et P3 montre quel serait l'impact d'éventuelles mesures de politique de prise en charge sur les besoins futurs.

- ***Scénario P2 (PEC alternative 0-4)***

  Ce scénario suppose une prise en charge alternative, partant de l'hypothèse que le besoin en lits d'EMS sera tel dans le futur que, malgré la construction de nouveaux lits, l'offre ne sera pas suffisante, et qu'un report sur le maintien à domicile sera inévitable. Ce scénario est modélisé en partant du principe qu'une partie des personnes 65 ans ou plus avec un niveau de soins de 4 ou moins selon l'OPAS seront à l'avenir prises en charge de manière alternative et non plus en EMS (au lieu de celles avec un niveau de soins de 3 ou moins actuellement). Un socle de 50% de ces personnes continuerait cependant d'être admis en EMS, considérant qu'une prise en charge alternative n'aurait pas de sens, par exemple pour des raisons sociales (isolement par exemple) ou de santé.

  Les personnes qui ne seront plus institutionnalisées en EMS à l'avenir seraient prises en charge à domicile (50%) ou en IEPA (50%). En outre, que ce soit à domicile ou en IEPA, elles recevraient à la fois des SAD et des prestations d'aide à domicile. La transformation des heures de soins et d'aide pourraient s'effectuer comme suit :

  Le nombre d'heures de SAD correspond au nombre de minutes de soins quotidiens reçues en EMS (source des données : SOMED) prescrites par la ou le médecin traitant.

  Le nombre d'heures d'aide à domicile correspond au nombre moyen d'heures d'aide (source de données : SPITEX).

  Le prolongement du maintien à domicile a un impact non seulement sur les EMS mais aussi sur les structures d'accueil temporaire (UATR, UATM, foyers) et les IEPA qui verront leur taux de recours augmenté.

- ***Scénario P3 (PEC alternative 0-5)***

  Correspond en tous points au scénario P2, à l'exception des niveaux de soins pris en compte : 0 à 5 au lieu de 0 à 4 OPAS.

7.2.3 Evolution démographique

Comme mentionné dans le chapitre 6 traitant les projections démographiques, ce sont également les scénarios démographiques de l'OCSTAT qui sont utilisés pour les projections relatives aux structures médico-sociales genevoises. Pour rappel, en 2022, année de référence des projections, 517 802 personnes vivaient dans le canton de Genève, les personnes de 65 ans ou plus représentent 16.6% de l'ensemble de la population. Environ un tiers de cette population a 80 ans ou plus (32.0%) et 6.5% à 90 ans ou plus.

La population des 65 ans ou plus augmentera de 11.6% entre 2022 et 2028 pour atteindre 95 828 personnes. C'est surtout parmi la population très âgée que cette croissance est très forte (+93.1% pour les 80 ans ou plus et +118.8% pour les 90 ans ou plus).

L'évolution des 65-69 ans est assez forte entre 2022 et 2034, puis elle présente un ralentissement à partir de 2034. Ce ralentissement correspond à la fin de la deuxième vague du baby-boom, qui regroupe les personnes nées entre 1954 et 1974 et qui fut plus forte que la première vague. Ce ralentissement apparaît avec un décalage de cinq ans pour les autres classes d'âges, le ralentissement à partir de la classe d'âge des 80-84 ans ne devant se dessiner qu'après 2050 (Figure 6.4).

La part des personnes très âgées (80 ans ou plus) dans la population âgée (65 ans ou plus) augmente ainsi de 32.0% en 2022 à 34.2% en 2028, puis à 36.6% en 2050. Le rapport de dépendance des personnes âgées augmente quant à lui à 22.3 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes entre 20 et 64 ans en 2028 et à 28.7 en 2050.

7.2.4 Etablissements médico-sociaux (EMS)

Un EMS est un lieu de vie médicalisé destiné aux personnes âgées nécessitant des soins de longue durée. Ces institutions de santé offrent des prestations de soins ainsi que des prestations sociales, hôtelières, administratives et d'animation socio-culturelle. L'institutionnalisation d'une personne âgée dépend de son degré d'autonomie et de ses besoins en soins et accompagnement qui ne peuvent plus être assumés par les structures intermédiaires, le maintien à domicile, par la famille ou par l'entourage (proches-aidantes et proches-aidants).

La LAMal définit les EMS comme fournisseurs de prestations et détaille les modes de financement des soins de longue durée délivrés dans ces institutions. A Genève, les EMS sont encadrés par la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées du 4 décembre 2009 (LGEPA ; rsGE J 7 20) et son règlement d'application du 16 mars 2010 (RGEPA ; rsGE J 7 20.01), la LS ainsi que la LORSDom et son règlement d'application du 10 mars 2021 (RORSDom ; rsGE K 1 0401).

La directive relative au financement cantonal des soins dans les EMS (EMS 011) règle les modalités et le processus de versement du financement résiduel des soins pour les lits de long et de court séjour (UATR) dans les EMS genevois reconnus d'utilité publique admis selon la LAMal à fournir des prestations à charge de l'AOS. Un mandat de prestations quadriennal lie les exploitants d'EMS et l'Etat pour tout ce qui a trait aux prestations de soins de longue durée, conformément à la législation sur l'assurance-maladie dans les catégories pour lesquelles l'EMS a été sélectionné et qui sont cofinancées par l'AOS, la résidente ou le résident et l'Etat.

7.2.4.1 Retour sur la planification 2020-2023

La projection du nombre de résidentes et résidents de 65 ans ou plus en EMS surestime le nombre réalisé sur l'ensemble de la période observée. Le « réalisé », à savoir le nombre de résidentes et résidents réellement observé est donc inférieur à ce qui avait été projeté entre 2017 et 2022. La différence oscille entre un minimum de -246 résidentes et résidents (2018) et un maximum de -464 résidentes et résidents (2021), ce qui représente une marge d'erreur de -6% à -11%.

La différence susmentionnée s'explique par deux causes principales :

- La surmortalité imputable au COVID-19, qui représente -106 lits ;
- L'utilisation des lits d'attente de placement aux HUG, soit une moyenne annuelle de 198 lits en 2018, de 126 lits en 2022 et de 165 lits en 2023.

L'effet du COVID a été observé dans l'ensemble de la Suisse : le nombre d'entrées en EMS a diminué de 3% en 2020 au niveau national.

Figure 7.24 – Nombre de résidentes et résidents de 65 ans ou plus en longs séjours en EMS, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Projeté tenant compte de la surmortalité COVID	4'051	4'096	4'141	4'187	4'171	4'265
Réalisé	4'051	4'094	4'113	4'125	4'110	4'095

Les données projetées sont basées sur le nouveau calcul réalisé en mars 2021 tenant compte de la surmortalité due au COVID.

Sources : OFS – SOMED ; Résultats des projections du mandat « Bases statistiques pour la planification médico-sociale du canton de Genève 2017–2040 » © OBSAN 2024

En 2022, l'année de référence des projections, 3 997 personnes originaires du canton de Genève résident en EMS. La plupart des résidentes et résidents (96.5%) ont 65 ans ou plus. Parmi eux, 81.6% ont 80 ans ou plus et 41.9% ont 90 ans ou plus. Les résidentes et résidents sont principalement des femmes (73.2%).

Tableau 7.16 – Répartition des résidentes et résidents originaires du canton de Genève, par classe d´âges, sexe et niveaux de soins, 2022

Longs séjours		N	%
Classe d´âges	<65	146	3.7
	65-69	126	3.2
	70-74	191	4.8
	75-79	391	9.8
	80-84	595	14.9
	85-89	934	23.4
	90+	1 614	40.4
	Total	**3 997**	**100.0**
Sexe	Hommes	1 070	26.8
	Femmes	2 927	73.2
	Total	**3 997**	**100.0**
Niveau de soins	Pas / Peu dépendant*	7	0.2
	Dépendant	3 991	99.8
	Total	**3 997**	**100.0**

Note : nombre de résidentes et résidents en long séjour sur l´ensemble de l´année (moyenne pondérée par la durée de séjour).
*Pas / peu dépendant = OPAS 0-1-2, moins de 40 minutes soins par jour
Sources : OFS - SOMED © OBSAN 2024

La grande majorité des résidentes et résidents a un besoin en soins qui dépasse la catégorie 8 sur l'échelle des soins OPAS : 99,8% a besoin de plus de 40 minutes de soins par jour, 62.6% a besoin de plus de 160 minutes et 30.3% de plus de 220 minutes de soins par jour (Tableau 7.16). En moyenne 175 minutes de soins OPAS sont données aux résidentes et résidents au 31 octobre 2023 à Genève. L'hygiène et la mobilisation sont les domaines demandant le plus de minutes de soins. En moyenne, 22% des résidentes et des résidents ont vu leur état s'alourdir entre deux évaluations pour ce qui concerne leur mobilité physique, alors qu'il s'est allégé pour 10% et est resté stable pour 69%. Pour ce qui concerne l'orientation, 26.5% ont vu leur état s'alourdir, 5% s'alléger et 68% rester stable (Curt, 2024).

Il sied de préciser que 240 minutes de soins par jour constituent le plafond des 12 classes OPAS de 20 minutes chacune à partir duquel seul le financement résiduel cantonal finance la charge en soins des résidentes et résidents. On constate qu'un peu moins d'un tiers des personnes hébergées atteignent ce plafond qui grève les deniers publics de manière importante.

Figure 7.25 – Répartition des résidentes et résidents originaires du canton de Genève, par classe d´âges, sexe et niveaux de soins, 2022

Note : nombre de résidentes et résidents en long séjour sur l´ensemble de l´année (moyenne pondérée par la durée de séjour).
Sources : OFS - SOMED, STATPOP © OBSAN 2024

La population genevoise institutionnalisée l'est essentiellement à l'intérieur du canton (99%) ; seuls 0,6% des résidentes et résidents d'origine genevoise réside dans un EMS du canton de Vaud, de Neuchâtel ou du Valais.

Cette situation à l'année de référence est le résultat d'une politique de maintien à domicile appliquée déjà depuis de nombreuses années. La proportion de la population des personnes de 65 ans ou plus recourant aux EMS a diminué depuis 2006, passant de 4.8% à 4.5% en 16 ans (-5.2, voir Figure 7.26). Cette diminution a été plus forte dans l'ensemble de la Suisse (-21.0%), probablement en raison d'un effet de rattrapage, la politique de maintien à domicile ayant été mise en œuvre plus tard dans les cantons alémaniques que dans le canton de Genève.

Figure 7.26 – Evolution du taux de recours aux EMS, Suisse et canton de Genève, 2006-2022

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CH 80+	17.6	17.6	17.5	17.4	17.3	17.1	17.0	16.8	16.5	16.2	16.0	15.7	15.3	15.0	14.0	13.7	13.6
GE 80+	14.0	14.2	14.1	13.7	13.8	13.9	13.7	13.2	13.3	12.8	12.7	12.9	12.8	12.6	11.6	11.6	11.4
CH Total 65+	6.2	6.2	6.2	6.1	6.0	6.0	5.9	5.8	5.7	5.6	5.6	5.5	5.4	5.3	5.0	4.9	4.9
GE Total 65+	4.8	4.9	4.9	4.8	4.8	4.9	4.8	4.6	4.7	4.6	4.7	4.7	4.7	4.7	4.4	4.5	4.5
CH 65-79	1.7	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4
GE 65-79	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3

Note : L´indicateur est calculé selon le canton d´origine de la résidente ou du résident, c´est à dire, pour les résidentes et résidents originaires du canton de Genève. Cet indicateur peut légèrement différer des taux de recours utilisés pour les projections et présentés dans les tableaux Excel, car le taux de recours se base ici sur nombre de résidentes et résidents au 31.12, alors qu´il se base sur le nombre de résidentes et résidents sur l´ensemble de l'année pondérés par leur durée de séjour dans les autres tableaux.

Sources : OFS - SOMED, STATPOP © OBSAN 2024

C'est parmi la population genevoise de 80 ans ou plus que le recours aux EMS diminue de manière plus importante (-18.5%), alors qu'il augmente légèrement parmi les 65-79 ans (+7.5%). Il est à noter que cette diminution du recours aux EMS des 80 ans ou plus a été encore renforcée dès 2020 par l'effet du COVID.

En comparaison intercantonale, l'ensemble des cantons suisses ont un taux de recours aux EMS se situant entre 4.2% (SO) et 6.9% (BS), avec une moyenne à 4.9%. Genève (4.5%) a ainsi un taux inférieur à la moyenne suisse.

Figure 7.27 – Comparaison des taux de recours en EMS, ensemble de la Suisse

Sources : OFS - SOMED, STATPOP © OBSAN 2024

Avec cette politique du maintien à domicile, les seniors entrent en EMS plus tardivement et dans un état de santé nécessitant davantage de soins, raison pour laquelle ces derniers ont augmenté : le pourcentage de personnes peu ou pas dépendantes est passé de 1.5% en 2013 à 0.1% en 2022.

La grande majorité des résidentes et résidents ont un fort besoin de soins. Le pourcentage de résidentes et résidents de 65 ans ou plus en EMS pas ou peu dépendants de soins a toujours été faible dans le canton par rapport à l'ensemble de la Suisse. Déjà en 2013, il était nettement inférieur à la moyenne suisse (1.5% contre 19.7% en Suisse). Il est aujourd'hui le plus faible des cantons suisses. Ce sont dans l'ensemble les cantons romands qui présentent les taux les plus faibles de résidentes et résidents peu ou pas dépendants de soins en EMS[9], comme déjà évoqué dans la discussion sur la réadaptation.

7.2.4.2 Projections des besoins en soins

Dans l'hypothèse de conditions inchangées en termes de besoins en soins (scénarios épidémiologiques) et en termes de politique prise en charge, le nombre de résidentes et résidents de 65 ans ou plus en long séjour en EMS devrait passer de 3 851 personnes en 2022 à 4 410 en 2028 (+15%) et à 6 332 en 2050 (+64%). Les 4 095 lits disponibles en 2022 en EMS seront dépassés dès 2025. Ainsi, il serait nécessaire de prévoir 315 lits supplémentaires d'ici 2028 et 2 237 d'ici 2050, soit 29 EMS supplémentaires, sur la base d'une taille moyenne de 76 lits de long séjour par EMS à Genève en 2022. Il est à noter qu'en 2024, le nombre de lits disponibles est de 4 121, nécessitant dès lors la construction de 289 lits supplémentaires d'ici 2028. Il est déjà prévu de construire 167 lits supplémentaires ces prochaines années, en construisant 2 nouveaux EMS et en augmentant le nombre de lits dans des EMS existants, ce qui permettra d'avoir une plus grande souplesse dans la prise en charge.

[9] Il faut cependant noter que Vaud, Genève, Jura et Neuchâtel utilisent la méthode PLAISIR (Planification Informatisée des soins Infirmiers Requis) qui évalue les besoins requis en soins par opposition aux soins donnés. L'outil PLAISIR évalue ainsi mieux les réels besoins en soins que les autres instruments agrées que sont BESA et RAI.

Figure 7.28 – Projection du nombre de résidentes et résidents 65 ans ou plus en long séjour en EMS originaires du canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
P1 - statu quo (référence)	3 851	4 161	4 410	4 932	5 367	5 718	6 332
P2 - PEC (0-4)	3 851	3 998	4 238	4 741	5 160	5 495	6 086
P3 - PEC (0-5)	3 851	3 867	4 099	4 585	4 991	5 316	5 889
Lits disponibles 2022	4 095	4 095	4 095	4 095	4 095	4 095	4 095

*Projections calculées sur la base du scénario démographique moyen et le scénario épidémiologique statu quo.
Note : nombre de résidentes et résidents en long séjour sur l´ensemble de l´année (somme pondérée par la durée de séjour).
Sources : OFS-SOMED, OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

Dans l'hypothèse où le canton mènerait une politique permettant, en lieu et place de l'EMS, de prendre en charge de manière alternative (soit à leur domicile, soit en IEPA avec des prestations SAD) une partie des seniors ayant un besoin en soins jusqu'au niveau 4 OPAS, alors le besoin en nouveaux lits d'EMS pour la population de 65 ans ou plus augmenterait de manière moins importante que dans le scénario de référence. Le besoin serait en 2028 de 143 lits (contre 315 dans le scénario référence) et à 1 991 en 2050. Le nombre d'EMS supplémentaires ne serait plus de 29 en 2050[10] selon le scénario de référence, mais uniquement de 26.

Si le canton menait une politique de prise en charge alternative des résidentes et résidents avec un besoin en soins jusqu'au niveau 5 OPAS, alors la réduction du nombre futur de résidentes et résidents en EMS serait encore plus forte. Avec une telle hypothèse, les 4 095 lits en 2022 seraient suffisants jusqu'en 2028, où l'offre dépasserait la demande à hauteur de 4 lits. En 2050, le besoin en lits supplémentaires se monterait à 1 794, soit 24 EMS supplémentaires nécessaires contre 29 si cette politique n'était pas menée. Dans ce scénario, la diminution du besoin de lits en EMS pourrait contribuer à faire diminuer le nombre de patientes et de patients en attente de placement dans les hôpitaux à plus courte échéance, étant donné les constructions d'EMS prévues.

7.2.4.3 Analyse des besoins de soins et pistes de solutions

D'une manière générale, il faudra englober plusieurs stratégies en parallèle, pour combler le manque de lits de long-séjour en s'assurant qu'il n'y ait pas un surnombre de lits quand les

[10] Le nombre moyen de lits par EMS utilisé pour ce calcul est de 76 lits par EMS

besoins de la population diminueront. On constate, en effet, un ralentissement de la croissance de la classe d'âges de 65 ans ou plus dès l'horizon 2034.

Dans ce cadre, un GT travaille sur la mise en place d'un dispositif de coordination des entrées en EMS. Il propose de créer une cellule de pilotage du dispositif d'entrée en EMS afin de :

- Suivre et faciliter la mise en œuvre des actions validées par le canton ;
- Développer des indicateurs et un monitoring dont celui des lits LSM ;
- Proposer des pistes d'amélioration ;
- Choisir les outils communs ;
- Améliorer les processus ;
- Valider les procédures et veiller à leur application par tous les partenaires concernés ;
- Développer une veille cantonale.

7.2.4.4 Unités d'accueil temporaire de répit dans les établissements médico-sociaux (UATR-EMS)

Les UATR en EMS sont destinés à des courts séjours de 5 à 45 jours pour des personnes en âge AVS domiciliées dans le canton de Genève qui sont médicalement stables, pour leur permettre, lorsqu'elles sont momentanément affaiblies, de bénéficier des prestations d'un EMS.

L'objectif principal est de prolonger le maintien à domicile du bénéficiaire en favorisant une période de répit des proches-aidantes et des proches-aidants, en évitant une hospitalisation ou en participant à un rétablissement post-hospitalier.

Si la notion de court-séjour n'est pas assimilable à une attente de placement de longue durée, elle peut toutefois s'inscrire comme une opportunité de découvrir et de se familiariser avec la vie en EMS ou comme une passerelle en prévision d'un long séjour.

L'activité des UATR en EMS est réglée par la LS, la LORSDom, son règlement d'application, le RORSDom, ainsi que le règlement sur les institutions de santé du 9 septembre 2020 (RISanté ; rsGE K 2 05.06).

Les prestations de soins et socio-hôtelières et d'animation fournies aux résidentes et résidents répondent à LGEPA et à son règlement d'application, le RGEPA.

La directive relative au financement résiduel cantonal des soins dans les établissements médico-sociaux (EMS 011) règle les modalités et le processus de versement du financement résiduel des soins pour les lits de long et de court séjour (UATR) dans les EMS genevois reconnus d'utilité publique admis selon la LAMal à fournir des prestations à charge de l'AOS. Un contrat de prestations lie les UATR en EMS et l'Etat pour déterminer les objectifs visés par l'aide financière définie dans l'arrêté du Conseil d'Etat du 8 mai 2024 accordant une aide financière pour les années 2024 à 2027, préciser son montant et son affectation, définir les prestations offertes par l'EMS et fixer les obligations contractuelles et les indicateurs de performance.

7.2.4.4.1 Retour sur la planification 2020-2023

L'offre en UATR-EMS ayant fortement augmenté entre 2017 et 2022 (le nombre de places disponibles passe de 5 en 2017 à 24 en 2024), le nombre de séjours réalisés en UATR-EMS

s'éloigne dès 2019[11] du nombre projeté, pour atteindre 513 séjours en 2022 et 566 séjours en 2023.

Figure 7.29 – Nombre de séjours en UATR-EMS, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022 pour les personnes de 65 ans ou plus

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
UATR-EMS réalisé	70	100	127	150	307	507
UATR-EMS projeté	70	72	73	75	77	79

Sources : OFS – SPITEX ; OCSTAT ; Résultats des projections du mandat « Bases statistiques pour la planification médico-sociale du canton de Genève 2017–2040 » © OBSAN 2024

C'est au sein des UATR que la clientèle est la plus âgée, avec une part conséquente de 80 ans ou plus (76.4% dans les UATR-EMS). Les bénéficiaires sont en majorité des femmes (56.7%).

Tableau 7.17 – Répartition des bénéficiaires en structures d'accueil temporaire, canton de Genève, 2022

		UATR-EMS	
		Nombre de séjours en UATR-EMS*	
		N	%
Classes d'âges	<65	6	1.2
	65-79	115	22.4
	80+	392	76.4
	Total	**513**	**100.0**
Sexe	Hommes	222	43.3
	Femmes	291	56.7
	Total	**513**	**100.0**

Notes : *Nombre de séjours durant l'année, quelle que soit la durée du séjour. A noter que le nombre de séjours est supérieur au nombre de bénéficiaires, puisqu'un bénéficiaire peut faire plusieurs séjours durant l'année.
Sources : OFS - SPITEX, OCSTAT, données du mandant © OBSAN 2024

[11] Il est à noter que les données pour l'année 2018 ne sont pas disponibles.

Le nombre de places disponibles en EMS pour des séjours UATR se monte à 26 (24 en 2024) et le taux d'occupation est de 83.6% à fin 2022.

7.2.4.4.2 Projections des besoins en soins

Le nombre futur de séjours en UATR-EMS pourrait augmenter de 12% entre 2022 et 2028, passant de 507 à 565 séjours[12], et de 69% d'ici 2050, atteignant 859 séjours, dans l'hypothèse d'un besoin en soins et d'une politique de prise en charge inchangés. En supposant que les bénéficiaires font environ 21 séjours par an en moyenne, le nombre de séjours correspond à environ 25 bénéficiaires en 2022, à 27.9 en 2028 et à 42.5 en 2050. L'offre actuelle en EMS pour des UATR se montant à 26 lits à fin 2022 et 2023, on peut estimer que l'offre actuelle sera dépassée dès 2025 et qu'en 2050, 17 lits supplémentaires pour des UATR seront nécessaires pour répondre au besoin.

Figure 7.30 – Projection du nombre de séjours en UATR-EMS dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
P3 PEC (0-5)	507	557	589	655	719	791	895
P2 PEC (0-4)	507	547	579	643	706	777	879
P1 statu quo (référence)	507	535	565	628	690	759	859
Séjours UATR-EMS 2022	507	507	507	507	507	507	507

*Projections calculées sur la base du scénario démographique moyen et le scénario épidémiologique statu quo.
Sources : OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), IMAD, Données du mandant, OCSTAT, OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

7.2.4.4.3 Analyse des besoins de soins et pistes de solutions

Cette nouvelle projection détermine un manque de 17 lits UATR à partir de 2050, ainsi qu'une carence de places de court-séjour dès 2025 qu'il sera difficile de combler compte tenu de la difficulté de créer des nouveaux lits dans les EMS existants. Aussi, les EMS font régulièrement part de la lourdeur administrative d'accueillir des court-séjours et de leur préférence de supprimer ce type de lits au profit des lits de long-séjours. Partant, il conviendra de déterminer s'il faut envisager de créer une unité UATR de grande capacité dans un EMS, sans diminuer la capacité d'accueil en long-séjour dans le secteur.

[12] Ce qui représente 7 965 journées et une durée moyenne de séjour de 15.53 journées en 2022 et 8 474 journées et une durée moyenne de séjour de 14.76 journées en 2023.

Toutefois, il conviendra de rester vigilant sur la stratégie de maintien à domicile qui sera retenue par le réseau santé-social genevois, car si l'admission des résidentes et résidents en EMS augmente d'une ou deux classes OPAS, l'impact sur le nombre de lits de court-séjour en EMS doit être identifié.

7.2.5 Soins à domicile (SAD)

Le canton de Genève poursuit depuis de nombreuses années une politique favorisant le maintien à domicile et l'a à nouveau intégrée dans son programme de législature 2023-2028 (Conseil d'Etat, 2023), en indiquant dans son objectif 2.7 que « les espaces urbains sont rendus plus conviviaux pour les personnes âgées ; leur mobilité, leur maintien à domicile et leur autonomie sont ainsi favorisés en collaboration avec les communes ». Par conséquent, la prise en charge en EMS est réservée en priorité aux personnes les plus dépendantes et/ou nécessitant des soins médicaux importants. La prise en charge à domicile par les organisations de soins est fortement développée et restera à l'avenir un des piliers du réseau de soins cantonal.

Depuis 2011, la LAMal prévoit une répartition du financement des soins délivrés à domicile entre trois contributeurs différents : l'assurance-maladie, la personne assurée (à concurrence de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral) et les cantons, qui financent les coûts dits « résiduels », c'est-à-dire la part qui n'est prise en charge ni par l'assurance-maladie, ni par les patientes ou les patients.

Le canton de Genève, quant à lui, finance sa part sur la base du Règlement fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 2019 (RFRLAMal ; rsGE J 3 05.23) du 29 mai 2019. S'appliquant aux organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD) ainsi qu'aux infirmières et infirmiers indépendants, ce règlement fixe des forfaits valables pour le calcul de la part résiduelle des prestations concernées conformément à l'art. 7 de l'ordonnance fédérale susmentionnée, soit :

- L'évaluation, les conseils et la coordination ;
- Les examens et les traitements ;
- Les soins de base.

Figure 7.31 – Répartition des heures de soins de longue durée facturées, selon les fournisseurs de prestations d'aide et de soins à domicile, dans le canton de Genève, en 2022

	Infirmières et infirmiers indépendants	Organismes privés	imad
Evaluation et conseils	25%	6%	9%
Examens et traitement	58%	19%	35%
Soins de base	17%	75%	56%

Source : OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile

7.2.5.1 Retour sur la planification 2020-2023

Les projections de la planification sanitaire 2020-2023 mettaient en évidence la nécessité pour le canton de Genève de disposer de plus d'infrastructures pour répondre à la forte évolution des besoins dans ce domaine. Elles mettaient également en avant le financement de la part résiduelle par le canton pour favoriser le développement de nouvelles OSAD, afin de répondre partiellement à l'augmentation des besoins, et mettait en parallèle en garde sur l'accompagnement d'un suivi de la qualité des prestations ainsi que des conditions de travail du personnel des OSAD.

Dans le cas des soins à domicile, l'écart entre le projeté et le réalisé pour l'ensemble des organisations SAD est faible sur la période observée : il est de maximum +2.7% en 2022[13]. Quant à l'impact du COVID, il est difficilement visible sur l'ensemble de la branche (voir la Figure 7.32). Il a été constaté pendant cette période une diminution des cas complexes qui nécessitaient beaucoup d'heures de soins mais une augmentation des patientes et des patients avec des soins de plus courte durée, en particulier auprès de la population de 80 ans ou plus.

[13] Il est à noter que les données pour l'année 2017 sur le nombre d'heures de soins et d'aide effectivement délivrées par l'IMAD ayant légèrement changé entre le mandat 2018 et aujourd'hui (2023) pour des raisons d'erreurs dans les statistiques, la projection a été corrigée du pourcentage de différence observée en 2017.

Figure 7.32 – Nombre d'heures de soins délivrées à domicile pour l'ensemble des organisations d'aide et de soins (Total SAD), pour l'organisation IMAD et pour le reste des organisations (OSAD et infirmières et infirmiers indépendants), projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total Projeté	906'916	935'423	954'518	975'631	995'706	1'017'176
Total Réalisé	906'916	915'216	947'234	966'932	1'001'277	1'045'151
IMAD Projeté	544'068	548'564	553'097	565'336	577'120	589'657
IMAD Réalisé	544'068	545'395	552'228	543'274	561'559	578'996
OSAD Projeté	315'406	328'154	341'417	348'855	355'770	363'250
OSAD Réalisé	315'406	317'928	348'108	367'758	377'160	396'820
Inf Ind Projeté	47'442	58'705	60'004	61'440	62'816	64'269
Inf Ind Réalisé	47'442	51'893	46'898	55'900	62'558	69'335

Sources : OFS – SPITEX ; Données IMAD ; Résultats des projections du mandat « Bases statistiques pour la planification médico-sociale du canton de Genève 2017–2040 » © OBSAN 2024

Si on focalise l'analyse sur les heures délivrées par l'IMAD, on voit que le réalisé est très proche du projeté jusqu'en 2019, puis s'en écarte vers le bas. Ainsi, en 2020, le projeté était de 4.1% supérieur au réalisé. Ensuite, le réalisé rejoint peu à peu le projeté et la différence en 2022 se limite à -1.8%.

L'inverse est observé chez les organisations SAD non-IMAD : le réalisé dépasse le projeté en 2019 et ne fait que s'en éloigner, avec une différence maximale de +8.3% en 2022. Il est à noter que 117 infirmières et infirmiers indépendants participent à la statistique réalisée par SPITEX. Les infirmières et infirmiers réalisant moins de 250 heures par année ne sont pas tenus de participer à cette statistique. Cela représente pour Genève une quarantaine d'infirmières et infirmiers.

Si l'on regarde la situation en 2022, les différents services de soins à domicile ont délivré des soins médicaux à 21 018 personnes dans le canton de Genève pour un total de 1 328 763 heures de soins. Certains de ces bénéficiaires recourent également à des prestations comme l'aide à domicile (travaux ménagers et encadrement social), la sécurité et la livraison de repas à domicile. N'étant pas couvertes par la LAMal, ces prestations non médicales ne sont pas incluses dans la présente planification sanitaire.

La majorité des personnes recevant des prestations à domicile sont des femmes de plus de 80 ans prises en charge par l'IMAD. Il est à noter que la grande majorité des prestations sont

dispensées de manière informelle, par les proches-aidantes et proches-aidants, ce qui diminue le recours aux soins à domicile. Les femmes bénéficient plus souvent tant de prestations d'accompagnement que de prestations de soins, ce qui est dû avant tout à leur espérance de vie plus longue. Pour les prestations de soins, cet impact du genre peut également s'expliquer par une différence concernant les limitations dans les activités de la vie quotidienne – les femmes présentant en moyenne des limitations plus importantes que les hommes (Flurina Meier, 2023).

Tableau 7.18 – caractéristiques des bénéficiaires recevant des prestations à domicile dans le canton de Genève, 2022

Ensemble des organisations		Clients recevant des soins		Clients recevant de l´aide		Nombre d´heures de soins		Nombre d´heures d´aide	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Classe d´âges	<65	5 436	25.9	1 539	21.8	236 785	17.8	54 950	14.6
	65-79	5 308	25.3	1 833	26.0	305 260	23.0	86 559	23.1
	80+	10 273	48.9	3 683	52.2	786 718	59.2	233 705	62.3
	Total	**21 018**	**100.0**	**7 056**	**100.0**	**1 328 763**	**100.0**	**375 214**	**100.0**
Sexe	Hommes	8 276	39.4	2 090	29.6	NA		NA	
	Femmes	12 742	60.6	4 965	70.4	NA		NA	
	Total	**21 018**	**100.0**	**7 056**	**100.0**	**1 328 763**	**100.0**	**375 214**	**100.0**
Statut juridique	IMAD	12 849	61.1	6 392	90.6	746 228	56.2	268 937	71.7
	OSAD	4 520	21.5	664	9.4	488 095	36.7	106 277	28.3
	Infirmières indépendantes	3 649	17.4	0	0.0	94 440	7.1	0	0.0
	Total	**21 018**	**100.0**	**7 056**	**100.0**	**1 328 763**	**100.0**	**375 214**	**100.0**

Note : bénéficiaires sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de séjour. Un bénéficiaire recevant à la fois de l´aide est des soins est compté deux fois.
Sources : OFS - SPITEX, IMAD © OBSAN 2024

7.2.5.1.1 Nombre d'heures par bénéficiaire par classe d'âge

Le nombre d'heures de soins par bénéficiaire est en moyenne de 63.2 heures par an. Il est supérieur pour les plus de 80 ans (76.6 heures), ce qui montre une intensité des soins qui augmente avec l'âge mais est également impactée par la progression des maladies chroniques non transmissibles, dont les plus fréquentes sont les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

7.2.5.1.2 Nombre d'heures par bénéficiaire par type de prestataires (IMAD, OASD, ou infirmières indépendantes)

Le nombre moyen d'heures de soins délivrés par bénéficiaire diffère passablement selon le type de prestataire : il est de 26 heures par bénéficiaire pour les infirmières et infirmiers indépendants, de 58 heures par bénéficiaire pour l'IMAD et de 108 heures par bénéficiaire pour les organismes privés. Pour rappel, le nombre d'heures par bénéficiaire de l'IMAD est inférieur à celui des autres organisations SAD, l'IMAD ayant l'obligation de prendre en charge l'ensemble des demandes, qu'elles soient rentables ou non. Nous pouvons constater que par rapport au dernier rapport, le nombre d'heure par bénéficiaire a diminué dans les organismes privés et légèrement augmenté à l'IMAD.

7.2.5.1.3 Taux de recours plus élevé à Genève et en hausse

Suite à la mise en œuvre de la politique de maintien à domicile et des sorties d'hôpital accélérées, le taux de recours aux soins à domicile de la population de plus de 65 ans a fortement augmenté entre 2011 et 2022, passant de 15.2% à 20.8% (+36.8% — Figure 7.33). Cette augmentation est particulièrement forte chez les personnes de 80 ans ou plus, passant de 31.7% en 2011 à 42.2% en 2022.

Figure 7.33 – Evolution du taux de recours de la population 65 ans ou plus aux soins SAD, canton de Genève et Suisse, 2011-2022

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
GE 80+	31.7	34.7	35.3	35.9	38.0	37.9	37.1	36.8	36.1	38.6	37.6	42.2
CH 80+	25.8	27.0	27.0	26.6	26.9	26.9	26.8	27.2	27.3	28.5	28.6	30.0
GE 65+	15.2	16.2	16.3	16.5	17.2	17.1	16.9	16.7	17.1	18.3	18.2	20.8
CH 65+	11.5	11.8	11.8	11.6	11.8	11.9	11.8	12.0	12.2	12.7	13.0	13.7

Note : Ces indicateurs peuvent légèrement différer des taux de recours utilisés pour les projections, car les organisations dont l'activité est concentrée sur une seule maladie et consiste essentiellement en prestations de conseil, telles que la Ligue pulmonaire ou des associations cantonales du diabète, ont été exclues des analyses pour l´ensemble des cantons, car elles s'adressent à un nombre important de bénéficiaires mais délivrent très peu d'heures de prestations par bénéficiaire et biaisent ainsi l´indicateur (même définition que l´indicateur publié sur le site de l´OBSAN).
Un bé peut recourir aux prestations de plusieurs organisations d'aide et de soins à domicile/infirmières indépendantes et, de ce fait, être saisis plusieurs fois dans la statistique.
Sources : OFS - SPITEX, STATPOP © OBSAN 2024

La proportion de la population genevoise de 65 ans ou plus recourant aux soins à domicile est, sur toute la période, supérieure à la moyenne suisse et en 2022 l'une des plus hauts de Suisse. Seuls les cantons du Tessin et de Neuchâtel présentent des taux supérieurs[14]. Cet écart augmente même avec les années, puisque le taux de recours aux soins à domicile augmente aussi dans l'ensemble de la Suisse, mais à un rythme nettement moins marqué.

7.2.5.2 Projections des besoins en soins

Volumétrie des bénéficiaires recevant des soins à domicile en hausse

Le nombre de bénéficiaires de 65 ans ou plus recevant des soins à domicile passe de 15 581 en 2022 à 17 131 en 2028 (+10%) et à 24 816 en 2050 (+59%) dans l'hypothèse ceteris paribus que les futurs besoins en soins de la population âgée et la politique de prise en charge resteront inchangés dans le futur.

Impact d'une politique de prise en charge alternative

L'impact potentiel d'une politique de prise en charge alternative est relativement faible en termes de bénéficiaires recevant des prestations de soins à domicile. En effet, le nombre de résidentes et résidents en EMS pris en charge de manière alternative est relativement faible en comparaison du nombre de bénéficiaires de soins à domicile et a donc peu d'impact sur ce dernier. Ainsi, avec le report sur les SAD, le nombre de bénéficiaires recevant des soins

[14] Il est cependant connu que le taux de recours aux soins dans le canton de Neuchâtel est surestimé, car dû au nombre important d'infirmières indépendantes, le nombre de bénéficiaires pris en charge par plusieurs prestataires de soins (organisations SAD ou infirmières indépendantes) et donc comptés plusieurs fois dans la statistique est important.

augmente de 338 bénéficiaires en 2050 si une politique de prise en charge alternative pour les résidentes et résidents en EMS avec besoins 0-4 est mise en place et de 607 dans le cas d'une politique de prise en charge alternative 0-5[15]. Le nombre de bénéficiaires augmente ainsi respectivement de 61% (PEC 0-4) et de 63% (PEC 0-5) entre 2022 et 2050, contre 59% dans le scénario de référence.

Dans l'hypothèses d'un besoin en soins et d'une politique de prise en charge inchangés, le besoin en heures de soins délivrées à domicile ou en IEPA par des organisations SAD passe d'un peu plus de 1 million en 2022 à un peu plus de 1.2 millions en 2028 et à un peu plus de 1.7 millions en 2050 (Figure 7.34). Ainsi, quelques 120 000 heures supplémentaires de soins seront nécessaire d'ici 2028 (+11%), et quelques 670 000 d'ici 2050 (+61%).

Figure 7.34 – Projection du nombre d'heures de soins SAD (délivrées à domicile ou en IEPA) dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
P3 - PEC (0-5)	1 091 978	1 336 971	1 408 856	1 559 365	1 695 057	1 834 150	2 040 638
P2 - PEC (0-4)	1 091 978	1 237 529	1 303 776	1 441 497	1 566 952	1 698 257	1 890 785
P1 - statu quo (référence)	1 091 978	1 150 852	1 212 164	1 339 552	1 456 048	1 578 857	1 758 568
Nombre heures 2022	1 091 978	1 091 978	1 091 978	1 091 978	1 091 978	1 091 978	1 091 978

*Projections calculées sur la base du scénario démographique moyen et le scénario épidémiologique statu quo.
Sources : OFS-SPITEX, OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), IMAD, OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

Si une politique de prise en charge alternative des résidentes et résidents avec niveau de soins 0-4 devait être mise en place, le report sur les SAD impliquerait quelques 90 000 heures

[15] Le nombre de bénéficiaires « transférés » des EMS vers le domaine SAD ne correspond pas exactement à la moitié du nombre de résidentes ou résidents pris en charge alternativement. En effet, dans le domaine des SAD, les bénéficiaires sont comptés sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de prise en charge, alors que le nombre de résidentes ou résidents en EMS est calculé en pondérant chaque résidente ou résident par sa durée de séjour. Ainsi, deux résidentes ou résidents avec une durée de séjour de 6 mois seront comptés comme deux demi résidentes ou résidents, alors qu'ils seront comptés comme deux bénéficiaires en SAD. En somme, le nombre de bénéficiaires SAD est – de par la manière de le calculer – supérieur au nombre de résidentes ou résidents en EMS.

supplémentaires à l'horizon 2028[16] et de quelques 130 000 heures à l'horizon 2050, soit un impact de +7.5% sur l'ensemble de la période.

L'impact d'une politique de prise en charge alternative des résidentes et résidents avec niveau de soins 0-5 en EMS est plus marqué, avec une hausse d'environ 196 000 heures en 2028 et de 282 000 heures en 2050 (soit +16% d'impact sur l'ensemble de la période).

7.2.5.3 Analyse des besoins de soins et pistes de solutions

Cette projection doit être considérée avec prudence puisqu'elle se base sur des hypothèses de scénarios, des décisions de modélisation ou encore sur des bases de données disponibles au moment de cette analyse. Des changements imprévisibles peuvent impacter les résultats futurs.

Parmi les incertitudes futures, il est à rappeler la contribution des proches-aidantes et des proches-aidants : aujourd'hui, une part des soins à domicile est en effet prise en charge par les proches-aidantes et les proches-aidants de la patiente ou du patient et n'est pas donc mesurable. La possibilité accordée aux organisations de soins à domicile de former et de rémunérer les personnes qui s'occupent de leurs proches pourrait sensiblement influer sur l'offre de services en soins à domicile. L'impact de ce travail reste inconnu à ce jour.

En raison de l'absence de données, les prestations d'accompagnement, les offres sociales ou le travail informel n'ont pas été considérés dans les modélisations – même si ces offres contribuent de manière substantielle aux soins aux personnes âgées et à leur qualité de vie. Un développement et une réglementation financière de ces offres pourraient à l'avenir décharger les structures prises en compte.

L'augmentation moyenne annuelle du volume d'activité des soins à domicile serait d'environ 3 à 5% à horizon de 2028 selon le scénario retenu. Pour rappel, cette moyenne était de +3% sur la période 2017-2022 en l'absence de scénario de prise en charge alternative, ce qui semble cohérent. Au regard du besoin constaté, du coût moindre des soins à domicile et du confort apporté à la patiente ou au patient (qui n'a pas à se déplacer), le canton ne peut que continuer de favoriser le développement des soins à domicile, tout en développant des approches innovantes liées aux développements de la télémédecine, aux outils connectés, à l'intelligence artificielle, à la prise en charge des urgences domiciliaires à l'aide d'équipes mobiles ou encore au développement des maisons de santé pour les populations vulnérables ayant difficilement accès aux soins, afin de promouvoir le maintien à domicile et éviter l'institutionnalisation et limiter les hospitalisations.

7.2.6 Structures intermédiaires

L'OBSAN définit les structures intermédiaires comme des infrastructures fixes entre le domicile et une institution médico-sociale, contrairement aux services intermédiaires ou ambulatoires qui ne sont eux pas liés à un emplacement fixe (Werner, 2021). Il s'agit donc de formes mixtes qui ne sont ni totalement ambulatoires ni totalement hospitalières. Même dans une structure intermédiaire, la durée des soins médicaux est relativement courte. Il s'agit de solutions intermédiaires entre le lieu de résidence et les autres structures de soins existantes disponibles pour une population vieillissante. (Sarah Werner, 2021). A Genève, les structures existantes hors EMS sont décrites ci-dessous.

---

[16] Au lieu de passer de 1 091 978 en 2022 à 1 212 164 en 2028, le nombre d'heures de soins passerait à 1 303 776, soit une augmentation de 91 612 heures.

Les UATR-IMAD (38 lits) et l'UATR des Adrets (8 lits)

Les UATR sont des structures intermédiaires destinées à des courts séjours, compris entre 5 et 45 jours, de personnes âgées en perte d'autonomie, médicalement stables et dont la proche-aidante et le proche-aidant a besoin de répit ou est momentanément affecté dans sa santé.

Ces unités disposent en permanence d'une équipe soignante, mais ne sont pas médicalisées. Les bénéficiaires des UATR hors EMS sont suivis par leur médecin traitant, sa remplaçante ou son remplaçant, à défaut la ou le médecin de garde est sollicité ou le bénéficiaire est transféré à l'hôpital, en cas d'urgence.

Les IEPA (1 841 logements en 2022 et 1 947 logements en 2023)

Les IEPA sont des structures intermédiaires qui proposent aux personnes âgées, dont le besoin de soins est faible, des appartements adaptés, sans barrière architecturale, et équipés d'un système d'alarme intégré. De plus, ils offrent des prestations de sécurité, d'encadrement social (aide administrative ou soutien moral, par exemple) ainsi que diverses activités communautaires comme des animations et des repas en commun. Ils contribuent ainsi à lutter contre l'isolement social. Enfin, une permanence nocturne, assurée par un veilleur de nuit, garantit la tranquillité et la sécurité de l'immeuble, ainsi que la réponse de première ligne aux éventuels problèmes de santé mineurs pouvant survenir durant la nuit. À fin 2023, le taux d'occupation des IEPA est de 95.6%, ce qui révèle une utilisation optimale cette offre de soins.

Les foyers pour personnes âgées (165 lits)

Les foyers de jour et de jour-nuit sont des lieux d'accueil et de soutien médico-psycho-social destinés à des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils font partie intégrante des structures intermédiaires pour le maintien à domicile car ils permettent la poursuite de la vie à domicile tout en soulageant la famille et les proches. Chacun de ces foyers pour personnes âgées est inséré dans un secteur géographique délimité afin de promouvoir la mobilité et d'en faciliter l'accès à la population avoisinante. Le canton dispose de deux foyers spécialisés (troubles cognitifs) et d'un foyer de jour-nuit pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs à des stades très avancés. Ils desservent l'ensemble du canton.

Les UATM (20 lits)

Les UATM ont pour but de favoriser le maintien à domicile et d'éviter des hospitalisations inappropriées. Elles accueillent pour un séjour court (moins de 20 jours pour environ 90% des situations) des personnes en situation médicale instable, qui nécessitent une surveillance médicale rapprochée, mais dont la situation est moins complexe et ne nécessite donc pas de plateau technique d'un hôpital universitaire. La prestation de soins est ainsi moins complexe et par conséquent moins coûteuse.

L'objectif visé est un suivi médical de proximité (médecin traitant ou, si la ou le bénéficiaire le souhaite, suivi par les médecins, infirmières et infirmiers de l'UATM) et un retour à domicile rapide de la personne concernée, avec ou sans soins à domicile.

7.2.6.1 Retour sur la planification 2020-2023

Le nombre réel de bénéficiaires recourant aux foyers pour personnes âgées sur l'ensemble de l'année dépasse dès 2018 le nombre projeté, avec un pic en 2019 et un creux en 2021 (Figure 7.35). Le pic de 2019 fait suite à l'ouverture d'un foyer en 2018, qui a probablement généré une demande supplémentaire. Cet appel d'air a ensuite été ralenti par le COVID, avec une diminution du nombre de bénéficiaires en 2020 et 2021.

Figure 7.35 – Nombre de bénéficiaires durant l'année recourant aux foyers pour personnes âgées et aux UATR, nombre de séjours en UATR-EMS, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Foyer projeté	641	649	657	665	677	690
Foyers réalisé	641	696	769	694	676	740
UATR-hors EMS projeté	459	449	458	468	477	488
UATR-hors EMS réalisé	459	479	522	349	251	403
UATR-EMS projeté	70	72	73	75	77	79
UATR-EMS réalisé	70	100	127	150	307	507

Sources : OFS – SPITEX ; OCSTAT ; Résultats des projections du mandat « Bases statistiques pour la planification médico-sociale du canton de Genève 2017–2040 » © OBSAN 2024

En ce qui concerne les UATR gérés par l'IMAD, on observe une évolution similaire aux foyers pour personnes âgées, mais avec un creux plus marqué en 2021, suite à la fermeture d'un certain nombre de lits pendant cette période. La projection sous-estime jusqu'en 2019 le nombre réel de bénéficiaires, puis le surestime dès 2020 avec l'arrivée du COVID.

Durant l'année 2022, 407 et 490 séjours ont été effectués en UATR et UATM respectivement (Tableau 7.19). Les foyers pour personnes âgées ont eu 740 bénéficiaires en 2022 (soit 469 bénéficiaires au 31.12.2022) et 881 en 2023.

Tableau 7.19 – Répartition des bénéficiaires en structures d'accueil temporaire, canton de Genève, 2022

		UATR-IMAD		Foyers		UATM	
		Clients recevant des soins		Nombre de clients en foyers*		Nombre de clients sur l'ensemble de l'année	
		N	%	N	%	N	%
Classes d'âges	<65	4	1.0	6	1.3	67	13.7
	65-79	93	22.9	163	34.8	154	31.4
	80+	310	76.2	300	64.0	269	54.9
	Total	**407**	**100.0**	**469**	**100.0**	**490**	**100.0**
Sexe	Hommes	152	37.3	191	40.7	NA	
	Femmes	255	62.7	278	59.3	NA	
	Total	**407**	**100.0**	**469**	**100.0**	**490**	**100.0**

Notes : * Nombre de bénéficiaires au 31.12.2022. Les données ne comprennent pas les bénéficiaires fréquentant les 4 places de nuit en foyer spécialisé.
Sources : OFS - SPITEX, OCSTAT, données du mandant © OBSAN 2024

C'est au sein des UATR que la clientèle est la plus âgée avec une part des 80 ans ou plus, plus élevée (76.2% dans les UATR-IMAD contre 64.8% dans les foyers pour personnes âgées et 54.9% dans les UATM). Les bénéficiaires sont en majorité des femmes (62.7% (UATR-IMAD) et 59.3% (foyers)).

En termes d'offre, les UATR disposent de deux unités avec un total de 38 lits et les durées de séjours vont de 5 à 45 jours par an. Avec une occupation maximale des UATR estimée à environ 487 séjours par an[17], on peut estimer que le taux d'occupation des UATR s'élève à 83.6%[18] en 2022.

Dans les foyers pour personnes âgées, la capacité d'accueil est de 165 places en 2022. La capacité maximale pour les foyers généralistes est de 15 bénéficiaires par jour d'ouverture et celle des foyers spécialisés est fixée à une moyenne de 13.75 bénéficiaires par jour. Certains foyers sont ouverts 6 jours par semaine, ce qui représente 3 300 journées d'ouverture annuelle, contre 3 000 journées annuelles pour les foyers ouverts 5 jours par semaine. Durant cette année-là, 746 bénéficiaires ont été suivis sur l'année avec une utilisation moyenne de 39 journées durant l'année (données OCSTAT) et 469 bénéficiaires sont toujours inscrits au 31 décembre[19]. Environ 43% des bénéficiaires vivent seuls à domicile et certains n'ont pas de réseau primaire. Les motifs d'admission sont principalement :

- Un besoin de maintenir le lien social en conséquence d'un important isolement social ;
- Une nécessité de soulager la personne proche-aidante, laquelle doit assurer une présence quasi constante due à une pathologie psychique et/ou physique de la personne atteinte.

Le nombre de places disponibles en UATM en 2022 se monte à 20 lits pour une moyenne de 13.8 bénéficiaires. La majeure partie des patientes et des patients (61%) provient des hôpitaux ou du domicile (28%) avant d'être prise en charge en UATM en 2023. Ces derniers retournent, pour la majeure partie d'entre eux, à leur domicile (82%) après leur séjour ou entrent en EMS (12%).

Le nombre de résidentes et résidents en IEPA recourant aux soins augmente fortement depuis 2017, ce qui n'avait pas été prévu par la modélisation des projections de 2018 (Figure 7.36). Cette augmentation, de 27.5% entre 2017 et 2022, est expliquée d'une part par l'augmentation du nombre de locataires en IEPA (+19.7% sur la même période – données OCSTAT) et d'autre part par l'augmentation de la part de personnes en IEPA recourant aux soins de l'IMAD (+11.6% sur la même période – sources : OCSTAT).

---

[17] En 2021, le taux d'occupation des UATR était de 72.3% (source : rapport d'activité IMAD 2022) pour 352 séjours. On peut donc supposer que l'occupation maximale est de 352/72.3*100=486.9 séjours. La durée moyenne de séjour (DMS) peut être calculée de la même manière : 38 lits*365/486.9=28.5. Le nombre de nuitées calculée à partir de la DMS est d'environ 11 600 nuitées.

[18] Avec 407 séjours en 2022, 407/487=83.6%.

[19] La mesure au 31.12 étant celle disponible pour les projections, nous les comparerons avec les 165 places disponibles en convertissant le nombre de bénéficiaires au 31.12 en nombre de bénéficiaires sur l'année (en divisant le nombre de bénéficiaires au 31.12 par 0.629, puisque 469 des 746 bénéficiaires sur l'ensemble de l'année sont encore inscrits au 31.12. – 469/746=0.629) ; puis nous multiplierons le nombre de bénéficiaires sur l'année par la fréquentation hebdomadaire moyenne (39/52=0.75). Cela donne une estimation du nombre de journées fréquentées hebdomadairement correspondant aux bénéficiaires au 31.12. Ce nombre de journées est ensuite divisé par le nombre de jours par semaine où les foyers pour personnes âgées sont ouverts (5.2) pour arriver à un nombre de places nécessaires. Ainsi, avec les 469 bénéficiaires au 31.12 en 2022, cela donne : 469/0.629=746 bénéficiaires sur l'année ; 746*0.75 = 563 journées hebdomadaires ; 563/5.2 = 108 places nécessaires (estimation grossière).

Figure 7.36 – Nombre de résidentes et résidents en IEPA recevant des prestations de soins et d'aide, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nb clients Soins Réalisé	531	556	591	633	647	677
Nb clients Soins Projeté	531	533	535	545	555	564
Nb clients Aide Réalisé	438	446	470	496	473	474
Nb clients Aide Projeté	438	440	442	450	458	466

Sources : OFS – SPITEX ; Données IMAD ; Résultats des projections du mandat « Bases statistiques pour la planification médico-sociale du canton de Genève 2017–2040 » © OBSAN 2024

L'évolution est différente dans le cas des résidentes et résidents recourant à l'aide : ici, le réalisé s'éloigne du projeté jusqu'en 2020, puis s'en rapproche dès 2021. Au vu de l'augmentation du nombre de résidentes et résidents en IEPA, cela suggère une nette diminution du nombre de bénéficiaires recevant des prestations d'aide de l'IMAD. Il est cependant possible qu'ils recourent à de l'aide d'autres organisations.

En 2022, les IEPA hébergent 1 609 résidentes et résidents dans le canton de Genève (Tableau 7.20), dont 1 556 de 65 ans ou plus. La grande majorité des résidentes et résidents (96,7%) sont donc dans la classe d'âge des 65 ans ou plus. Ceux-ci se répartissent de manière plus ou moins égale entre les classes d'âge des 65-79 ans (48.9% des résidentes et résidents de 65 ans ou plus) et 80 et plus (51.1%).

Tableau 7.20 – Répartition des résidentes et résidents en IEPA, canton de Genève, 2022

IEPA		N	%
Classe d´âges	<60	28	1.7
	60-64	25	1.5
	65-69	138	8.6
	70-74	265	16.5
	75-79	358	22.2
	80-84	327	20.3
	85-89	280	17.4
	90-94	140	8.7
	95+	48	3.0
	Total	**1 609**	**100.0**
Sexe	Hommes	546	34.0
	Femmes	1 063	66.0
	Total	**1 609**	**100.0**

Note : nombre de résidentes et résidents en IEPA sur l'ensemble de l'année (moyenne pondérée par la durée de séjour).
Sources : IMAD © OBSAN 2024

Le nombre de logements disponibles a augmenté de 45,8% entre 2010 et 2022, passant de 1 202 logements à 1 753. Il a encore augmenté depuis, pour arriver à 1 841 logements en 2024. Le nombre de logements a donc été multiplié par 1,5 en 12 ans (+53.2%).

Sur l'ensemble de la période, le nombre de locataires suit de relativement près le nombre de logements disponibles. Le taux de recours (en pour mille), qui est plutôt stable entre 2010 et 2016 aux alentours de 2.7‰, augmente depuis 2017 pour atteindre 3.3‰ en 2022.

Entre 2010 et 2019, les IEPA accueillent en moyenne 1.04 personnes par logement (données OCSTAT). Probablement suite à des décès liés au COVID, le nombre de locataires tombe en-dessous du nombre de logements en 2020 (avec une occupation moyenne de 0.92 personnes par logement), puis rattrape peu à peu l'offre en 2021 et 2022 (occupation moyenne de 0.98).

La comparaison avec la planification 2020-2023 n'a pas pu être effectuée avec les UATM, les données n'étant pas d'une qualité suffisante. A noter que les données pour l'année 2017 sur le nombre d'heures de soins effectivement délivrées par l'IMAD à domicile et en IEPA ayant légèrement changé entre le mandat 2018 et aujourd'hui (2023) pour des raisons d'erreurs dans les statistiques, la projection a été corrigée du pourcentage de différence observée en 2017.

7.2.6.2 Projection des besoins de soins

7.2.6.2.1 Unités d'accueil temporaire de répit (UATR hors EMS)

Une nouvelle structure a ouvert en 2020 à Lancy Pont-Rouge et dispose de 8 lits. Il s'agit de l'UATR de l'Adret et est gérée par l'HAGES (Habitat & Accompagnements des Générations Seniors), association sans but lucratif qui propose aux générations seniors, diverses solutions d'habitats et d'accompagnements adaptés et évolutives, favorisant leur confort de vie et le mieux vivre ensemble. Cette structure ne fait pas encore partie de ce rapport et devra être intégrée dans le prochain rapport.

Les UATR hors EMS sont plus orientés vers le retour à domicile de par leur organisation. Ils proposent des conditions de vie proches de celles du domicile du bénéficiaire, en soutenant et en favorisant son autonomie et ses habitudes initiales.

L'activité des UATR hors EMS est réglée par la LS, la LORSDom et le règlement RISanté.

Projections des besoins de soins

Il faut préciser ici que les projections relatives à de petites structures ont un caractère assez aléatoire, par essence. En UATR hors EMS, les besoins augmentent de 11% entre 2022 (403 séjours) et 2028 (449 séjours) et de 65% d'ici 2050 (665 séjours en 2050) selon les projections, avec une croissance plus conséquente pour les personnes de 80 ans ou plus (15.5% de croissance d'ici à 2028). L'occupation maximale des UATR hors EMS étant estimée à 487 séjours par an, le taux d'occupation des UATR hors EMS, qui est estimé à 83% pour 2022, passerait à 92% en 2028 et 137% en 2050. C'est dès 2034 que le taux d'occupation dépasse les 100%.

Figure 7.37 – Projection du nombre de séjours en UATR hors EMS dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
P3 PEC (0-5)	403	441	468	513	557	616	692
P2 PEC (0-4)	403	434	460	504	547	605	680
P1 statu quo (référence)	403	424	449	493	535	591	665
Séjours UATR-hors EMS 2022	403	403	403	403	403	403	403

*Projections calculées sur la base du scénario démographique moyen et le scénario épidémiologique statu quo.
Sources : OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), IMAD, Données du mandant, OCSTAT, OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

Les politiques de prise en charge alternative 0-4 et 0-5 auraient pour effet d'augmenter les besoins en structures d'accueil temporaire. Les besoins en UATR hors EMS augmenteraient de 15 séjours supplémentaire en 2050 (+2.3%) suite à la politique 0-4 et 27 séjours supplémentaire en (+4.1%) suite à la politique 0-5.

Le nombre de lits passerait de 83 en 2022 à 92 en 2028 et les heures de soins augmenteraient de 2 754 heures en 2028.

Analyse des besoins en soins et pistes de solutions

La prise en charge de patientes et de patients en UATR hors EMS était faite sur seulement deux établissements : Villereuse et Jumelles. Il est noté que la croissance du nombre de bénéficiaires identifiée avant la période COVID (2017-2019) était importante, de +11% en moyenne annuelle.

La projection sur la période 2022-2028 s'élèverait à +3% seulement en moyenne annuelle, ce qui semble sous-estimé au regard de la croissance historique. La création de nouvelles structures apparaît donc nécessaire au canton. L'UATR de l'Adret en 2020, dont les

informations n'ont pas été traitées par l'OBSAN en raison du manque de recul, contribuerait à l'absorption d'une partie de la demande constatée par le passé. Mais avec un taux d'occupation déjà d'environ 90% observé en 2023 à l'Adret. Le canton suit attentivement l'évolution des besoins pour adapter l'offre.

7.2.6.2.2 Foyers pour personnes âgées

En l'état actuel, les foyers subventionnés par l'Etat sont structurés sous forme d'associations, de fondations ou de sociétés anonymes. Par leurs prestations d'aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, de mobilisation des facultés physiques, psychiques et sociales, et de surveillance de l'état de santé des bénéficiaires, les foyers de jours et de jour-nuit contribuent à retarder l'admission en EMS et à éviter les hospitalisations inappropriées.

L'activité des foyers pour personnes âgées est réglée par la LS, la LORSDom et son règlement d'application, le RORSDom, ainsi que le règlement RISanté. Le projet de loi accordant des indemnités de 41 742 696 CHF aux foyers pour personnes âgées pour les années 2024 à 2027 a été adopté par le Conseil d'Etat le 3 juillet 2024 et transmis au Grand Conseil. Il ratifie les contrats de prestations conclus entre l'Etat et les foyers pour personnes âgées. Les tarifs des foyers de jour et de jour-nuit sont définis conformément à l'arrêté du Conseil d'Etat du 28 février 2024 relatif aux tarifs des prestations des foyers de jour et de jour-nuit, pour la période 2024-2027.

Les journées en foyers sont facturées sans participation de l'assurance maladie. Les prestations peuvent être demandées par les OSAD, le personnel hospitalier, les médecins traitants, les bénéficiaires, leurs proches ou leur représentant légal, en référence à une évaluation du degré de dépendance.

Il est à noter que la ou le bénéficiaire et/ou ses proches-aidantes ou proches-aidants font appel tardivement au foyer et, souvent, les possibilités de maintien à domicile sont déjà devenues précaires. Cela a pour conséquence une fréquentation de plus courte durée ou les demandes qui n'ont pas abouti à des admissions.

Projections des besoins en soins

Dans les foyers pour personnes âgées, le nombre de bénéficiaires au 31 décembre devrait passer de 463 en 2022 à 497 en 2028 (+7%) et à 723 en 2050 (+56%). Selon les estimations approximatives de l'OBSAN, les 165 places disponibles à l'année 2022 devraient suffire pour répondre à la demande au moins jusqu'en 2045, année à laquelle le nombre de places disponibles dépasse de 11 places le nombre de places nécessaires. Dès 2050, l'offre actuelle ne suffit plus.

Figure 7.38 – Projection du nombre de bénéficiaires au 31.12 en foyers pour personnes âgées dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
P3 PEC (0-5)	463	496	515	559	616	678	749
P2 PEC (0-4)	463	488	507	550	606	668	737
P1 statu quo (référence)	463	478	497	539	594	654	723
Bénéficiaires 31.12.2022	463	463	463	463	463	463	463

*Projections calculées sur la base du scénario démographique moyen et le scénario épidémiologique statu quo. Les projections ne prennent pas en compte les 4 places de nuit.
Sources : OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), IMAD, Données du mandant, OCSTAT, OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

Les politiques de prise en charge alternative jusqu'au niveau 4 ou jusqu'au niveau 5 (OPAS) ont pour effet d'augmenter les besoins en structures d'accueil temporaire. L'impact du report sur les foyers pour personnes âgées est légèrement plus faible que sur les autres structures intermédiaires, avec 14 bénéficiaires supplémentaires (+1.9%) respectivement 26 bénéficiaires supplémentaires (+3.6%) si la politique jusqu'au niveau 4 respectivement jusqu'au niveau 5 est appliquée.

Analyse des besoins en soins et pistes de solutions

Quand bien même le nombre de places disponibles dans les foyers est suffisant, il conviendra de rester vigilant à la stratégie de maintien à domicile qui sera retenue par le réseau santé-social genevois, car si les critères d'admission des résidentes et résidents en EMS augmentent d'une ou deux classes OPAS, l'impact sur le nombre de places des foyers doit être identifié. De même, il conviendra de réfléchir à la spécialisation de l'un ou l'autre des foyers selon l'évolution de l'état de santé de la population.

7.2.6.2.3 Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

Les prestations des IEPA sont définies par la LS, la LORSFDOM, son règlement, le RORSDom.

Projections des besoins en soins

En supposant que les conditions restent inchangées en dehors de l'évolution démographique, le nombre de résidentes et résidents en IEPA devrait être multiplié par 1,5 d'ici 2050. En effet,

le nombre de résidentes et résidents de 65 ou plus en IEPA devrait passer de 1 556 en 2022 à 1 653 en 2028 (+6%) et à 2 324 en 2050 (+49% — Figure 7.39).

Figure 7.39 – Projection du nombre de résidentes et résidents 65 ans ou plus en IEPA dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
P3 - PEC (0-5)	1 556	1 747	1 808	1 970	2 156	2 346	2 545
P2 - PEC (0-4)	1 556	1 681	1 738	1 892	2 072	2 256	2 447
P1 - statu quo (référence)	1 556	1 600	1 653	1 796	1 968	2 145	2 324

*Projections calculées sur la base du scénario démographique moyen et le scénario épidémiologique statu quo.
Note : nombre de résidentes et résidents en IEPA sur l'ensemble de l'année (somme pondérée par la durée de séjour).
Sources : OFS-SOMED, OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

Avec une occupation moyenne de 1.04 personnes par logement entre 2010 et 2019[20], 1 556 résidentes et résidents occupaient, en 2022, l'équivalent de 1 496 logements[21]. Il faut cependant noter que cette estimation ne prend pas en compte les 53 résidentes et résidents de moins de 65 ans qui, eux aussi, utilisent l'offre disponible de 1 841 logements, couvrant largement la demande. En outre, le nombre de résidentes et de résidents a augmenté en cours d'année, pour atteindre 1 661 résidentes et résidents au 31.12.2022, soit +6.7% par rapport à la moyenne sur l'ensemble de l'année. Cette différence est en partie due à la période de vacances incompressible entre deux locataires. Le besoin réel en IEPA est donc en réalité un peu plus élevé que celui indiqué dans la Figure 7.39.

L'offre actuelle de 1 841 logements est néanmoins encore excédentaire par rapport à son potentiel optimal d'utilisation, mais, dans le cas où une politique de prise en charge alternative à l'EMS était mise en œuvre, le besoin réel croîtrait très rapidement.

[20] L'occupation moyenne ayant baissé depuis le COVID (0,92 en 2020, puis 0,98 depuis), nous proposons d'utiliser l'occupation moyenne sur la période 2010-2019 comme indicateur.

[21] Le besoin en appartements est le nombre de résidentes ou résidents divisé par l'occupation moyenne : 1556/1.04=1496.

En effet, dans le cas où une partie des résidentes et résidents en EMS avec un besoin en soins 0-4 étaient pris en charge hors des EMS, 50% d'entre eux seraient pris en charge en IEPA. Ainsi, le nombre de résidentes et résidents de 65 ans ou plus en IEPA n'augmenterait pas de 6% d'ici 2028 comme dans le scénario de référence, mais de 12%. Il y aurait donc 85 résidentes et résidents de 65 ans ou plus supplémentaires en 2028. A l'horizon 2050, l'augmentation serait de 57% au lieu des 49% dans le scénario de référence, soit 123 résidentes et résidents supplémentaires Quant à l'offre actuelle, elle serait dépassée théoriquement dès 2034, mais en réalité certainement plus tôt car nous n'avons pas tenu compte de la catégorie des personnes de moins de 65 ans (soit les conjointes et les conjoints des personnes résidentes).

Si la politique de prise en charge alternative était mise en œuvre pour les résidentes et résidents avec besoin en soins 0-5, le report serait encore plus important : 155 résidentes et résidents de 65 ans ou plus supplémentaires en 2028 et 221 en 2050. L'offre actuelle arriverait alors à saturation vers 2030.

Analyse des besoins en soins et pistes de solutions

Comme mentionné plus haut, les projections présentées doivent être considérées avec prudence.

La croissance prévue pour la période 2022-2028 est d'environ +3% tandis que la croissance moyenne historique constatée est de l'ordre de +5%. L'OBSAN explique cette augmentation atténuée par la croissance démographique moindre pour la tranche d'âge de 65 ans à 79 ans dans les années à venir. Cette constatation interpelle le canton au regard des constats historiques. Il est malgré tout déjà prévu une augmentation du nombre d'IEPA ces prochaines années avec une offre qui va croître de 8%, ce qui permettra de couvrir l'augmentation prévue jusqu'en 2028, même dans le scénario de la politique de prise en charge alternative pour les résidentes et résidents avec besoin en soins 0-5. Le canton suit attentivement l'évolution des besoins pour adapter l'offre.

7.2.6.2.4 Unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)

Les bases légales et réglementaires sur lesquelles se fonde l'activité des UATM sont la LAMal, l'OAMal et la LaLAMal.

Projections des besoins en soins

S'agissant d'une structure de 20 lits répartie sur 2 sites séparés géographiquement, notre modèle de projection s'applique difficilement et peut conduire à des résultats difficilement interprétables. Cela d'autant plus que dans le courant de l'année de référence (2022) la seconde structure de 10 lits n'a pas fonctionné à son plein potentiel sur l'ensemble de l'année.

Le nombre de bénéficiaires sur l'année en UATM (somme pondérée par la durée de séjour) pourrait augmenter de 10% d'ici 2028 et 62% d'ici 2050, passant d'une moyenne annuelle de 12 bénéficiaires par jour en 2022 à 14, puis 20 en 2050 (Figure 7.40). Selon ces données, l'offre disponible de 20 lits devrait suffire jusqu'en 2050. Mais l'expérience a montré que la création d'une offre alternative innovante générait souvent sa propre demande en un laps de temps relativement court, le temps que le réseau identifie la nouvelle offre et l'utilise à bon escient. Au-delà des projections purement statistiques, nous estimons donc que l'offre sera utilisée à plein bien avant cette date. Dans le cas contraire, son mode d'organisation sera adapté pour mieux correspondre aux besoins concrets immédiats de la population.

Figure 7.40 – Projection du nombre de séjours en UATM dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative, 2022-2050*

	2022	2025	2028	2034	2040	2045	2050
Lits UATM	20	20	20	20	20	20	20
P3 - PEC (0-5)	12.4	13.5	14.2	15.9	17.3	18.7	20.9
P2 - PEC (0-4)	12.4	13.2	14.0	15.6	17.0	18.4	20.5
P1 - statu quo (référence)	12.4	12.9	13.6	15.3	16.6	18.0	20.1

*Projections calculées sur la base du scénario démographique moyen et le scénario épidémiologique statu quo.
Sources : OFS-Tables de mortalité par génération (Menthonnex), IMAD, Données du mandant, OCSTAT, OCSTAT-Etat de la population, OCSTAT/STATVD-Projections démographiques du canton de Genève de 2021 à 2050 © OBSAN 2024

Au vu du nombre de bénéficiaires en UATM, l'impact des politiques de prise en charge alternative est moins visible dans cette structure-là. En effet, le report sur les UATM est peu tangible en 2028 et ne se monte qu'à une personne en 2050. Cela correspond cependant à une augmentation de 5% du nombre de bénéficiaires à l'horizon 2050.

Analyse des besoins en soins et pistes de solutions

Dans le cas des UATM, la qualité des données n'a pas pu être corrigée, ce qui rend les projections approximatives et donc à considérer avec prudence.

Un manque de solutions dans les structures d'aval engendre un engorgement des prises en charge des patientes et des patients et nécessite de maintenir le taux d'occupation actuel autour de 85%.

Les UATM constituent en elles-mêmes un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation pour les cas nécessitant des soins peu aigus et une surveillance médicale. Ces unités permettent de libérer de précieuses places en soins aigus dans les hôpitaux, notamment les HUG, et d'éviter de coûteuses hospitalisations, en termes financiers comme humains, à des patientes et des patients que l'on souhaite à terme maintenir à domicile. Le passage à la facturation par forfait DRG en 2022 met toutefois en péril ce modèle, qui s'accommode mal d'un mode de facturation prévu pour des soins aigus : à ce titre, il est essentiel de prévoir pour les années qui viennent un modèle de financement adéquat, potentiellement mixte entre DRG et soins de maintien pour les plus longs séjours. Sans cela, ce modèle de prise en charge, précieux dans le paysage sanitaire genevois, pourrait être en difficulté, reportant une partie des cas dans des lits de soins de maintien aux HUG.

Parmi les besoins identifiés dans le cadre de leur activité, les UATM souhaiteraient développer une offre à destination de la psychiatrie, en coordination avec les HUG et la médecine de ville. S'agissant d'une offre non encore disponible, les projections d'évolution des besoins ne s'y appliquent toutefois pas. L'extension de cette offre devra donc être décidée politiquement.

7.2.6.3 Analyse des besoins et pistes de solutions

Les structures intermédiaires sont réparties en différents aménagements de taille variable. Le peu de données disponibles pour certaines rend difficile l'analyse et les projections. Plusieurs constats nous amènent également à réfléchir sur la souplesse de ces structures à pouvoir s'adapter aux besoins. Dans ce cadre, il pourrait être intéressant d'envisager de nouveaux modèles d'habitat.

7.3 Secteur médical ambulatoire à charge de l'AOS

7.3.1 Introduction

L'art. 55a, al. 1, de la LAMal adopté par le Parlement le 19 juin 2020 permet aux cantons de limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS (nombres maximaux de médecins). La mise en œuvre s'est matérialisée par l'adoption le 23 juin 2021 de l'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires (OFNMMPA ; RS 832.107).

En vertu de l'art. 1 de cette ordonnance, les trois éléments suivants sont déterminants pour fixer ces nombres maximaux :

- ***L'offre :*** effectif actuel de médecins spécialistes exprimé en équivalents plein temps ;
- ***Le taux de couverture :*** rapport entre le volume de prestations effectif et le volume de prestations ajusté au besoin ;
- ***Le facteur de pondération :*** facteur permettant de tenir compte de circonstances non prises en considération dans le taux de couverture.

Le calcul de l'offre et la définition d'éventuels facteurs de pondération relèvent des cantons, tandis que le calcul des taux de couverture est de la compétence du département fédéral de l'intérieur (DFI).

La méthode à suivre pour calculer les taux de couverture a été définie le 16 septembre 2024 (Reto Jörg, 2024), après diverses adaptations faites dans le cadre du projet de révision et de développement de la méthode, et est brièvement reprise dans la section suivante pour en faciliter la lecture.

Les facteurs de pondération sont encore à définir par le canton et se baseront sur les recommandations dans le rapport de l'OBSAN (Reto Jörg, 2024).

7.3.2 Taux régionaux de couverture

Le taux de couverture indique le ratio entre les prestations effectives fournies dans une région et les prestations que l'on s'attendrait à trouver dans cette région sur la base de la structure de la population et de la charge de morbidité (volume de prestations ajusté au besoin).

Le pool de données et le pool tarifaire de SASIS SA constituent les principales bases de données pour le calcul des taux de couverture. Ils comprennent toutes les prestations AOS facturées et enregistrées auprès des assureurs. Ces données sont complétées par celles provenant des sources suivantes : registre des codes créanciers de SASIS SA, registre des professions médicales de l'OFSP, ainsi que des données des patients ambulatoires des hôpitaux et de la STATPOP de l'OFS.

La période de référence utilisée pour le calcul des taux de couverture est l'année de traitement 2022.

L'offre de soins médicaux ambulatoires est décrite par le volume de prestations utilisé par assurée et assuré. Sont incluses toutes les prestations TARMED (prestations spécifiques et forfaits) qui ont été facturées à l'AOS par des médecins détenteurs d'un titre de spécialiste. Le pool de données et le pool tarifaire (coûts bruts AOS) comprennent les montants effectifs facturés en francs. Pour garantir la comparabilité entre les régions, les données sont corrigées des effets des différentes valeurs du point tarifaire.

Le Tableau 7.21 présente les taux de couverture régionaux par domaine de spécialisation.

Tableau 7.21 – Taux de couverture par domaine de spécialisation et par canton d'établissement, en 2022

Domaine de spécialisation	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Médecine interne générale	88%	90%	92%	100%	100%	101%	103%	128%	100%	106%	75%	98%	83%	86%	97%	95%	90%	97%	100%	94%	101%	100%	101%	90%	102%	103%
Anesthésiologie	91%	81%	88%	109%	80%	94%	140%	88%	74%	79%	113%	107%	117%	81%	102%	85%	89%	87%	100%	85%	113%	98%	128%	129%	79%	82%
Angiologie	123%	*	45%	112%	128%	121%	112%	109%	66%	99%	48%	140%	63%	148%	157%	61%	69%	73%	94%	79%	117%	59%	80%	64%	114%	90%
Chirurgie	89%	115%	111%	103%	77%	74%	74%	107%	87%	89%	190%	85%	103%	118%	116%	93%	147%	100%	129%	104%	121%	83%	99%	82%	120%	106%
Dermatologie et vénérologie	90%	59%	81%	84%	103%	99%	91%	117%	76%	80%	33%	80%	82%	107%	*	89%	109%	87%	122%	98%	97%	78%	81%	71%	128%	132%
Endocrinologie et diabétologie	103%	*	*	100%	103%	111%	119%	137%	58%	59%	118%	81%	110%	83%	73%	113%	47%	126%	56%	62%	77%	*	137%	81%	74%	73%
Gastroentérologie	102%	87%	89%	104%	112%	94%	76%	89%	82%	80%	71%	100%	87%	113%	103%	95%	108%	120%	101%	99%	117%	133%	90%	80%	97%	110%
Gynécologie et obstétrique	93%	*	90%	87%	102%	99%	108%	124%	100%	75%	95%	94%	101%	100%	102%	92%	104%	82%	100%	98%	105%	95%	109%	99%	111%	103%
Hématologie	112%	*	*	108%	101%	102%	101%	155%	93%	67%	*	69%	87%	*	75%	64%	95%	100%	66%	44%	110%	161%	107%	61%	79%	100%
Chirurgie de la main	80%	165%	115%	103%	124%	126%	54%	123%	96%	94%	*	100%	97%	85%	*	111%	64%	103%	82%	51%	40%	102%	109%	100%	81%	104%
Infectiologie	153%	*	*	118%	121%	69%	55%	109%	*	62%	90%	85%	80%	*	*	40%	29%	103%	181%	50%	164%	161%	110%	37%	81%	92%
Cardiologie	86%	77%	68%	103%	93%	85%	111%	113%	66%	67%	92%	106%	94%	114%	86%	73%	75%	118%	113%	87%	114%	78%	121%	105%	94%	99%
Pédiatrie	97%	50%	81%	93%	103%	104%	98%	135%	71%	67%	75%	97%	71%	82%	75%	83%	60%	94%	100%	79%	111%	84%	106%	79%	99%	109%
Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents	71%	76%	70%	97%	121%	121%	77%	158%	68%	71%	147%	47%	74%	28%	50%	67%	78%	69%	56%	147%	80%	76%	120%	74%	52%	95%
Chirurgie pédiatrique	85%	*	*	84%	59%	50%	149%	155%	*	122%	61%	69%	50%	115%	*	131%	*	*	86%	56%	91%	*	134%	154%	*	71%
Oncologie médicale	82%	58%	80%	121%	91%	83%	146%	125%	71%	102%	123%	73%	88%	66%	*	88%	92%	118%	91%	70%	138%	45%	130%	85%	102%	68%
Néphrologie	94%	37%	60%	62%	72%	49%	66%	82%	45%	93%	77%	42%	61%	*	*	146%	74%	110%	113%	83%	125%	56%	82%	70%	52%	167%
Neurochirurgie	86%	87%	129%	96%	44%	41%	113%	80%	42%	36%	54%	88%	116%	*	79%	113%	69%	95%	97%	75%	64%	71%	203%	110%	82%	80%
Neurologie	113%	*	65%	90%	97%	96%	70%	117%	74%	63%	101%	83%	98%	70%	*	79%	109%	98%	110%	86%	143%	49%	78%	79%	107%	121%
Médecine nucléaire	75%	*	*	68%	106%	117%	114%	88%	*	101%	*	107%	98%	*	*	95%	75%	62%	*	129%	144%	*	119%	68%	*	102%
Ophtalmologie	99%	77%	82%	90%	115%	107%	84%	115%	93%	94%	107%	100%	102%	67%	74%	88%	84%	95%	99%	82%	90%	68%	111%	102%	103%	108%
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	85%	99%	110%	115%	120%	124%	103%	90%	99%	79%	74%	92%	104%	120%	102%	105%	81%	111%	126%	87%	99%	95%	91%	87%	118%	95%
Oto-rhino-laryngologie	89%	58%	78%	84%	137%	124%	120%	111%	74%	99%	85%	100%	87%	97%	119%	90%	87%	85%	116%	77%	117%	88%	91%	67%	128%	110%
Pathologie	122%	*	111%	105%	105%	102%	72%	79%	*	112%	*	110%	36%	*	*	93%	*	*	*	97%	129%	*	94%	87%	*	97%
Médecine physique et réadaptation	143%	*	69%	73%	124%	108%	43%	132%	*	*	168%	98%	141%	*	*	76%	97%	69%	45%	73%	83%	*	115%	139%	52%	89%
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	84%	*	63%	91%	149%	107%	70%	111%	30%	129%	*	117%	90%	102%	83%	87%	153%	57%	103%	86%	122%	*	118%	116%	119%	81%
Pneumologie	78%	*	85%	111%	97%	93%	116%	110%	42%	89%	88%	93%	142%	111%	105%	88%	102%	96%	102%	64%	102%	75%	110%	140%	85%	93%
Psychiatrie et psychothérapie	87%	98%	105%	108%	119%	115%	84%	130%	75%	95%	88%	73%	77%	63%	61%	98%	115%	85%	68%	120%	87%	66%	101%	68%	80%	101%
Radiologie	86%	71%	80%	92%	105%	95%	103%	144%	87%	81%	114%	85%	133%	96%	92%	86%	102%	89%	103%	84%	93%	50%	118%	104%	92%	98%
Radio-oncologie et radiothérapie	119%	*	*	100%	54%	70%	125%	122%	46%	86%	36%	57%	166%	*	*	72%	*	79%	*	98%	88%	*	117%	120%	94%	101%
Rhumatologie	104%	61%	63%	95%	133%	124%	93%	120%	65%	125%	88%	70%	74%	109%	115%	84%	120%	75%	96%	97%	90%	76%	71%	60%	105%	124%
Urologie	104%	85%	83%	86%	97%	93%	69%	114%	97%	77%	68%	92%	77%	82%	87%	84%	107%	91%	111%	115%	93%	66%	107%	109%	69%	120%

Remarques : il n'est pas possible de calculer un taux de couverture pour les cantons où l'offre de prestations n'existe pas (*). Les couleurs représentent les taux de couverture supérieurs à 110% et 120%. Lors de l'interprétation des taux de couverture, on ne saurait conclure directement d'un taux de couverture inférieur à 100% que l'offre est insuffisante, ou d'un taux de couverture supérieur à 100%, qu'elle est surabondante. Par conséquent, on parle toujours de taux de couverture inférieur ou supérieur à la moyenne. Ainsi, un taux de couverture de 110% signifie que le volume des prestations fournies est supérieur de 10% à celui que l'on attendrait dans ce canton sur la base de la structure de la population et des indicateurs de morbidité (modèle de régression national), ainsi que des flux de patients. Ce n'est que si les prestations ambulatoires au niveau national correspondent au niveau optimal du point de vue de la société que l'on peut conclure directement à une surabondance ou à une pénurie sur la base du taux de couverture. Cette hypothèse est sujette à caution et, dans bien des cas, ne correspond pas totalement à la réalité.

Sources: SASIS SA – pool de données, pool tarifaire, registre des codes créanciers; OFS – STATPOP, OFSP – MedReg © Obsan/BSS 2024Offre ambulatoire à charge de l'AOS à Genève

7.3.3 Offre ambulatoire à charge de l'AOS à Genève

Depuis le 1er octobre 2022 et jusqu'au 30 juin 2025 au plus tard, l'OCS a décidé de mettre en œuvre les nombres maximaux par le biais du règlement d'application de l'ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires du 14 septembre 2022 (RaOFNMMPA ; rsGE J 3 05.50).

L'activité ambulatoire des médecins à charge de l'assurance obligatoire des soins fait donc l'objet des calculs spécifiques par le service du médecin cantonal (SMC) à l'OCS et d'une indication de ce qui constituerait une activité répondant aux besoins de la population ancrée dans la législation fédérale. Cette activité est calculée en équivalent temps plein (ETP) et non en nombre de médecins, par titre postgrade.

Les taux d'activité des médecins indépendants et de ceux employés des institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins ont été recueillis par le biais d'un formulaire e-démarches. Les réponses agrégées des médecins hors HUG ont été pondérées pour intégrer les non-réponses. Une valeur moyenne des ETP par titre de spécialiste (ETP_moyen) a été calculée en divisant le total des ETP déclarés par le nombre de déclarations pour le titre en question. L'ETP_moyen a ensuite été multiplié par le nombre de médecins exerçant avec le titre respectif comme discipline principale selon la statistique médicale FMH 2022 moins le nombre de médecins exerçant la spécialité respective aux HUG.

Sur les 6 051 médecins autorisés à pratiquer sous propre responsabilité à Genève et actifs en août 2024, 4 245 médecins (70%) sont également admis à charge de l'AOS.

Les taux d'activité des médecins employés des hôpitaux selon la liste hospitalière cantonale et des médecins en formation postgrade ont été recueillis par échanges de courriel entre le SMC, les hôpitaux et les établissements de formation respectifs.

Concernant les HUG, les médecins disposant de plusieurs titres de spécialiste se sont vu attribuer le taux moyen du titre correspondant au mieux à leur affiliation aux services des HUG.

Pour ce qui est des autres hôpitaux, le calcul tient compte du fait que la plupart de ces médecins n'y sont pas employés et y exercent exclusivement en tant qu'indépendants.

Le calcul de l'offre 2022 a pris en compte uniquement les médecins en formation postgrade aux HUG. En 2023, tous les autres établissements reconnus ISFM ont été contactés par courriel pour recueillir le taux d'activité ambulatoire des médecins en formation y employés. Vu le très faible taux de réponse et, pour ceux qui ont répondu, le faible taux d'activité observé, cette donnée n'a pas été incluse dans le calcul 2023. Par conséquent et pour maintenir une méthodologie de calcul comparable au fil du temps, la décision a été maintenue de ne pas inclure dans le calcul de l'offre 2024 l'activité ambulatoire à charge AOS des médecins en formation en dehors des HUG.

Dès octobre 2022 et jusqu'en juillet 2025, on a considéré que l'offre est en adéquation avec les besoins de la population genevoise. L'objectif de planification au niveau cantonal est donc de surveiller que l'offre n'évolue pas significativement sur cette période.

Tableau 7.22 – Activité ambulatoire des médecins par titre postgrade en 2024

Titre postgrade	HUG (y.c. méd. en formation)	Autres (médecins indépendants, employés ISADMéd[22] et autres hôpitaux)	ETP total
Allergologie et immunologie clinique	4.60	11.63	**16.23**
Anesthésiologie	17.60	29.14	**46.74**
Angiologie	7.65	9.16	**16.81**
Cardiologie	9.10	52.12	**61.22**
Chirurgie	7.05	27.42	**34.47**
Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	0.48	5.50	**5.98**
Chirurgie de la main	0.00	11.77	**11.77**
Chirurgie orale et maxillo-faciale	4.42	4.52	**8.94**
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	7.70	36.54	**44.24**
Chirurgie pédiatrique	6.60	7.61	**14.21**
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	3.50	22.95	**26.45**
Chirurgie thoracique	0.72	1.02	**1.74**
Chirurgie vasculaire	0.08	2.38	**2.46**
Dermatologie et vénéréologie	11.00	43.47	**54.47**
Endocrinologie / diabétologie	5.85	21.88	**27.73**
Gastroentérologie	4.92	29.68	**34.60**
Génétique médicale	5.95	2.58	**8.53**
Gynécologie et obstétrique	46.20	88.40	**134.60**
Hématologie	4.50	8.80	**13.30**
Infectiologie	2.66	2.41	**5.07**
Médecin praticien	6.75	123.60	**130.35**
Médecine du travail	0.00	0.10	**0.10**
Médecine intensive	0.00	1.25	**1.25**
Médecine interne générale	146.61	394.40	**541.01**
Médecine légale	0.00	0.00	**0.00**
Médecine nucléaire	3.85	6.90	**10.75**
Médecine pharmaceutique	0.00	0.00	**0.00**
Médecine physique et réadaptation	0.16	13.78	**13.94**
Médecine tropicale et médecine des voyages	0.16	0.00	**0.16**
Néphrologie	3.36	7.56	**10.92**
Neurochirurgie	5.00	6.73	**11.73**
Neurologie	16.64	25.03	**41.67**
Oncologie médicale	21.09	17.16	**38.25**
Ophtalmologie	10.08	74.83	**84.91**
Oto-rhino-laryngologie	15.81	28.61	**44.42**
Pathologie	6.00	8.00	**14.00**
Pédiatrie	59.50	138.18	**197.68**

[22] Institution de soins ambulatoires dispensés par les médecins

Titre postgrade	HUG (y.c. méd. en formation)	Autres (médecins indépendants, employés ISADMéd[22] et autres hôpitaux)	ETP total
Pharmacologie et toxicologie cliniques	1.56	0.05	**1.61**
Pneumologie	5.92	23.59	**29.51**
Prévention et santé publique	0.00	2.13	**2.13**
Psychiatrie et psychothérapie	71.40	306.46	**377.86**
Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	10.40	68.68	**79.08**
Radio-oncologie/radiothérapie	6.40	6.80	**13.20**
Radiologie	44.16	72.79	**116.95**
Rhumatologie	4.90	20.22	**25.12**
Urologie	5.61	26.25	**31.86**
Total	**595.94**	**1792.08**	**2388.02**

Source: SMC

7.3.4 Pistes de réflexion

Étant donné que le calcul de l'offre ambulatoire à charge AOS restera une compétence cantonale à l'avenir, il est important de souligner que l'expérience genevoise est surtout révélatrice des outils défaillants à disposition des cantons pour exercer cette compétence. Ne disposant d'aucune information sur la facturation des soins ambulatoires à charge de l'AOS, l'autorité cantonale doit se fier aux déclarations des médecins, ainsi que sur des pondérations pour combler les réponses manquantes.

Au-delà des difficultés dans l'exercice de la compétence cantonale en matière de calcul de l'offre, nous constatons également différentes failles dans le contrôle de l'AOS. Ces constats rendent difficilement estimable l'impact que l'on peut attendre des nombres maximaux de médecins sur les coûts de la santé.

8 Axes forts

8.1 Promotion de la santé et prévention

8.1.1 Introduction

Le domaine de la promotion de la santé et de la prévention est inscrit comme étant prioritaire dans le programme de législature 2023-2028, et fait aussi l'objet d'un rapport séparé du Conseil d'Etat, déposé à l'intention du Grand Conseil le 20 décembre 2023 (RD1565) et dans lequel le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028 est présenté (DSM, 2023). Celui-ci propose 64 actions concrètes pour améliorer la santé de la population genevoise à l'horizon 2028. Elaborées sur la base de la stratégie de santé publique décrite dans le concept PSP 2030, elles s'appuient également sur le bilan intermédiaire des actions du plan PSP 2019-2023 et sur les enseignements liés aux événements récents tels que la pandémie de COVID-19. Nous reprenons ci-après un bref résumé de ce plan.

Ce plan d'action multisectoriel entend agir sur l'ensemble des éléments qui ont une influence sur la santé, qu'ils soient environnementaux, comportementaux ou socio-économiques. Il s'appuie sur des notions telles que la santé vue comme un bien commun et la salutogenèse, qui promeut une vision positive de la santé. Il se fonde également sur une vision systémique associant les modèles intégrés « One Health » et « Heath in All Policies » qui prennent en compte l'ensemble des déterminants de la santé

Les actions décrites dans le plan PSP 2024-2028 couvrent une vaste palette de domaines. Elles s'articulent autour de huit axes d'intervention et d'un axe transversal (Figure 8.1). Les deux premiers visent à agir sur le milieu de vie de la population genevoise, soit respectivement l'environnement physique et le contexte socio-économique. Le troisième mise sur l'information pour renforcer les compétences en santé de la population. Les trois suivants ciblent chacun les besoins et opportunités de santé liés à des phases de vie spécifiques : l'enfance et la jeunesse, l'activité professionnelle et le vieillissement. Les deux derniers portent respectivement sur le système de santé et sur les bases légales et conditions cadres. Enfin, un axe transversal dédié à la santé mentale complète l'ensemble. Chaque axe est associé à plusieurs priorité d'intervention.

Le plan PSP 2024-2028 a été développé par l'OCS, soit le secteur prévention et promotion de la santé du service du médecin cantonal, avec le soutien du comité de pilotage interdépartemental chargé de la révision de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention, des membres de la commission scientifique et des groupes opérationnels, composés d'experts et de citoyens partenaires. Il est le fruit d'une étroite collaboration avec une multitude d'acteurs issus d'horizons divers, impliqués dans la conception et la mise en œuvre des actions retenues, aussi bien à l'échelle cantonale et communale que dans le secteur associatif ou privé.

Figure 8.1 – Lignes directrices de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention Concept PSP 2030

Pour cela 64 actions concrètes ont été développées pour améliorer la santé de la population genevoise à l'horizon 2028. Celles-ci s'appuient sur la promotion de la santé et les 3 niveaux d'actions de la prévention :

- La ***promotion de la santé*** vise à donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La santé représente donc un concept positif soulignant à la fois l'importance des ressources sociales et individuelle et celle des capacités physiques ;
- La ***prévention primaire*** vise à empêcher l'apparition de certaines maladies ou traumatismes en réduisant les facteurs de risque ;
- La ***prévention secondaire*** consiste à dépister la population pour interrompre le développement et limiter les conséquences d'une maladie, ainsi que sa propagation au sein de la population lorsqu'il s'agit d'une maladie transmissible ;
- La ***prévention tertiaire*** agit en aval des maladies et traumatismes pour éviter ou limiter les complications et rechutes.

8.1.2 Les axes du plan PSP 2024-2028

8.1.2.1 Axe 1 – Un environnement physique propice à un mode de vie sain et exempt de risques pour la santé

L'ensemble des actions de cet axe contribue à favoriser un environnement physique propice à un mode de vie sain et exempt de risques pour la santé. Le canton déploie déjà certaines de ces mesures depuis plusieurs années. C'est le cas notamment pour la prise en compte des aspects de santé dans l'aménagement du territoire, le développement du réseau cyclable dans le cadre de la promotion d'une mobilité active, la réduction de la pollution de l'air intérieur et extérieur, l'accès à une eau potable de qualité en quantité suffisante, la limitation des nuisances sonores, le contrôle des denrées alimentaires, la coordination d'un plan canicule, la veille épidémiologique des maladies transmises par des vecteurs émergents, la promotion d'une agriculture locale et durable, ou encore la promotion d'un environnement propice à une alimentation saine et équilibrée.

Priorités :

- Promouvoir un aménagement du territoire propice au bien-être et à un mode de vie favorable à la santé ;
- Réduire les risques sanitaires liés à l'exposition à des substances toxiques, des agents infectieux ou d'autres facteurs de risque environnementaux.

8.1.2.2 Axe 2 – Un contexte socio-économique favorable à la santé

Les actions de l'axe 2 comprennent notamment toutes les mesures liées à l'amélioration de l'information sur les dispositifs d'accès aux prestations de promotion de la santé et de prévention ainsi que le renforcement de la coordination des acteurs pour favoriser cet accès. Elles visent à renforcer l'égalité des chances en matière de santé en répondant en particulier aux besoins des populations exposées à des risques sanitaires accrus en raison de vulnérabilités particulières. Elles doivent ainsi permettre de réduire le nombre des personnes qui échappent aux mailles du filet social et d'améliorer l'efficacité des mesures déployées.

Priorités :

- Promouvoir des conditions sociales et économiques favorables à la santé ;
- Assurer des mesures de soutien aux publics les plus vulnérables pour limiter les risques d'atteintes à la santé.

8.1.2.3 Axe 3 – Une population informée et capable d'agir en faveur de sa santé

Les actions de l'axe 3 visent à renforcer les compétences en santé de la population et à l'informer des ressources existantes pour agir dans ce domaine. Ces actions ne reposent pas uniquement sur le renforcement des capacités individuelles mais ciblent également l'organisation du système de santé. La littératie en santé est en effet une responsabilité collective et partagée. C'est pourquoi plusieurs actions de l'axe 3 relèvent du champ de la littératie en santé organisationnelle et visent à créer et renforcer des environnements favorables à celle-ci. Une organisation est considérée comme « health literate friendly », soit sensible à la littératie en santé, lorsqu'elle facilite pour son public l'accès, la compréhension et l'utilisation d'informations et de services de façon à pouvoir mieux prendre sa santé en charge.

Le développement de la littératie en santé doit ainsi permettre à toute personne de porter un regard critique sur l'information de santé et faire de cette dernière un levier de l'exercice du libre arbitre et du développement du pouvoir d'agir individuel et collectif.

Priorités :

- Sensibiliser la population à ses capacités d'agir en faveur de sa santé et renforcer ses compétences dans ce domaine ;
- Informer la population des ressources existantes pour agir en faveur de sa santé, prévenir et réduire les risques d'atteintes ou en limiter les conséquences.

8.1.2.4 Axe 4 – Des enfants qui naissent, se développent et atteignent l'âge adulte dans des conditions favorables à la santé

Permettre le bon développement des enfants et des jeunes, qui constituent plus d'un quart de la population dans notre canton, repose sur une multitude d'actions réalisées au travers de différentes politiques publiques et par de nombreux acteurs. Les actions de l'axe 4 entendent contribuer à apporter des réponses à ces enjeux de santé publique et visent à combler des lacunes dans les besoins de groupes particulièrement vulnérables que ce soit en raison de la période de la vie (par ex. nourrissons), de conditions socio-économiques défavorables ou de risques de stigmatisation dus à des situations de vie et de santé déjà fragilisées. En mettant l'accent sur l'égalité des chances, elles contribuent à répondre aux trois priorités du concept PSP 2030.

Priorités :

- Garantir des conditions de naissance favorables à la santé;
- Favoriser le développement des compétences intellectuelles, psycho-sociales, affectives et professionnelles des enfants et des jeunes ;
- Protéger les enfants et les jeunes des risques pour leur santé.

8.1.2.5 Axe 5 – Un environnement professionnel sain

Les actions mises en place dans le présent plan PSP s'inscrivent dans la continuité du précédent avec une attention particulière portée aux très petites et petites entreprises. La promotion de la santé au travail est un effort que fournissent conjointement les employeuses et employeurs, les travailleuses et travailleurs, les communautés auxquelles ils appartiennent, et la société dans son ensemble, pour améliorer la santé et le bien-être au travail.

Priorités :

- Promouvoir des conditions de travail favorables au bien-être physique et psychique et prévenir les risques psychosociaux ;

- Prévenir les troubles musculo-squelettiques et les traumatismes liés aux conditions de travail et aux accidents ;
- Prévenir les atteintes à la santé résultant de l'exposition à des substances toxiques en milieu professionnel.

8.1.2.6 Axe 6 – Bien-être et qualité de vie dans le vieillissement

Les actions de l'axe 6 visent à soutenir les aînés dans le maintien de leur autonomie et la mobilisation de leurs capacités d'adaptation pour assurer la meilleure qualité de vie possible. Elles contribuent également à valoriser les compétences des aînés et à maintenir le lien social indispensable pour se sentir intégré dans la communauté. Enfin, elles portent également une attention particulière à la détection précoce, lorsque se manifestent les premiers signes de vulnérabilité et de survenue de la fragilité.

Priorités :

- Favoriser le maintien de l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées le plus longtemps possible ;
- Favoriser la détection précoce des maladies chroniques et des risques d'atteintes à la santé.

8.1.2.7 Axe 7 – Un système de santé performant en matière de promotion de la santé et de prévention

Le système de santé suisse est très performant au regard d'un large éventail d'indicateurs, dont notamment la capacité de réaction, l'état de santé et l'espérance de vie en bonne santé de la population ou encore son niveau de satisfaction. Néanmoins, un certain nombre de défis subsistent et il convient de renforcer encore davantage la veille épidémiologique en développant différents canaux d'information. De plus, la performance du dispositif ne doit pas occulter la nécessité de fournir des efforts constants pour en améliorer l'efficacité, la sécurité, l'équité et l'efficience. Les actions de l’axe 7 entendent y répondre en contribuant à maintenir un système de santé performant en matière de promotion de la santé et prévention. Cet axe entend aussi à contribuer au maintien de la qualité des soins, à la limitation des coûts de la santé et à la réduction de la morbidité et des décès prématurés, ceci au même titre que la détection précoce des facteurs de risques, le dépistage et la promotion des comportements bénéfiques.

Priorités :

- Prévenir les risques épidémiques ;
- Promouvoir et soutenir la prévention en pratique clinique ;
- Assurer la surveillance de l'état de santé de la population.

8.1.2.8 Axe 8 – Des bases légales et des conditions cadres favorables à la santé

Reconnaissant que tous les aspects sociaux, écologiques et économiques de la société jouent un rôle sur la santé de la population et son bien-être, l’axe 8 vise à promouvoir et garantir la prise en compte des impacts sanitaires lors du développement ou de l'actualisation de toutes les lois et politiques cantonales. Le dispositif légal et les conditions cadres constituent des leviers essentiels pour la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé et de prévention, mais également de favoriser le déploiement d'actions concrètes au niveau des communes, et d'assurer que les politiques sanitaires et sociales soient accessibles aux plus vulnérables et ne laissent personne de côté.

Profondément transversal, l'axe 8 contribue à l'atteinte des objectifs de tous les autres axes du plan. Les mesures qui y figurent adressent les déterminants individuels de la santé, par des actions visant à limiter les comportements à risque (tabac, alcool, surconsommation de sucre). Elles adressent les déterminants sociaux de la santé par des actions visant à améliorer la cohésion sociale, lutter contre les inégalités et renforcer l'action locale. Enfin, elles proposent d'explorer les possibilités d'agir sur les déterminants inhérents au système de santé, en développant un modèle pilote innovant permettant de valoriser la prévention et la promotion de la santé.

Priorités :

- Disposer de bases légales et d'un cadre structurel adaptés aux besoins et aux connaissances en matière de promotion de la santé et de prévention ;
- Veiller au respect des bases légales existantes relatives à la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
- Prendre en compte les considérations sanitaires lors de l'élaboration ou la mise à jour de lois cantonales ne relevant pas directement du domaine de la santé.

8.1.2.9 Axe transversal – Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques

La priorité de cet axe transversal est de créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent de conserver un mode de vie sain. En cela, toutes les actions du présent plan cantonal agissent directement ou indirectement sur la santé mentale de la population et tendent à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive, ceci en encourageant la résilience individuelle et collective, en créant des environnements de soutien et en étudiant l'influence des déterminants de la santé mentale. A noter que tous les âges de la vie et tous les types de milieux sont concernés.

Priorité :

- Créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent de conserver un mode de vie sain.

Evolutions récentes :

Dans le cadre du début de la nouvelle législature, une série de projets ambitieux ont été retenus pour concrétiser l'investissement du canton dans le domaine de la PSP. On retrouve ici des projets portés par des acteurs hospitalo-universitaires avec l'aide du réseau associatif dans les domaines suivants :

- Prédiction du déclin cognitif chez des sujets âgés avant 80 ans à l'aide de biomarqueurs de vulnérabilité et d'indices de comportement de santé ;
- Education thérapeutique assistée par applications spécialisées dans le champ des maladies cardiovasculaires ;
- Prévention tertiaire et travail dans le milieu dans le champ des addictions ;
- Promotion de la santé buccodentaire avec mise en place de consultations de détection précoce ;
- Promotion des comportements de santé et prévention secondaire chez les personnes sans domicile fixe.

8.1.3 Conclusion

Nous l'avons constaté dans les différents chapitres de ce rapport, le champ de la promotion de la santé et de la prévention est un pilier central de l'action publique. Il vise à intervenir le plus en amont possible pour préserver la santé, la qualité de vie et le bien-être de la population mais participe également à la maîtrise des coûts de la santé en réduisant les besoins en soins.

La mise en œuvre de ces différentes actions représente une nouvelle opportunité pour renforcer encore davantage les précieuses synergies nécessaire à l'élaboration du plan PSP 2024-2028 et développer des bénéfices supplémentaires pour l'ensemble des acteurs concernés et des politiques publiques du canton de Genève.

8.2 Aide sanitaire d'urgence

L'aide sanitaire urgente comporte la coordination des transports sanitaires urgents, des moyens regroupés au sens de l'aide sanitaire associée, des acteurs de la médecine de catastrophe, des stratégies cantonales à déployer en situation normale, particulière, d'urgence ou de conflit armé.

Le 21 mai 2021, le Grand Conseil adressait au Conseil d'Etat une motion (Motion « RUG ») l'invitant à mener des actions visant à améliorer le système d'urgence genevois sous l'angle de l'urgence communautaire ou « non vitale » et des soins non programmés.

Le 2 février 2022, le Conseil d'Etat, dans son rapport M 2760-A au Grand Conseil, relevait qu' « En l'absence d'amélioration du système, ces tendances risquent de se renforcer en raison de la pression démographique, des changements dans la démographie médicale et du comportement des usagers ».

Parmi les mesures en cours de concrétisation (projet RUG+ porté par le service du médecin cantonal de l'OCS), dont la mise en œuvre débutera en décembre 2024, figurent la création d'une ligne de tri et d'orientation des urgences non vitales, la promotion à l'échelon cantonal de moyens d'information tels qu'Infomed développé par les HUG, le déploiement et l'étude à titre pilote de dispositifs alternatifs d'urgence communautaire, une réflexion sur les gardes médicales, un mécanisme de coordination opérationnel des acteurs de l'urgence en cas de surcharge et une amélioration de l'encadrement juridique de ces différentes initiatives.

En outre, le recueil de données effectué dans le cadre de ce projet a révélé notamment que :

Le nombre de consultations d'urgences non vitales (urgences communautaires) augmente, passant de 0.3 par habitant et par an (101 129 consultations au total) en 1993 à 0.5 par habitant et par an en 2024 (222 861 consultations). A l'horizon 2030, la projection fait état d'un besoin de plus de 300 000 consultations ;

Sur la même période, le nombre de centres médicaux assurant un accueil en urgence 24/24 et 7/7 (hors HUG) a chuté de 13 à 2 ;

La répartition géographique des structures d'urgence n'est pas uniforme, certaines zones étant particulièrement sous-dotées (nord de la rive droite en particulier) ;

15% des utilisateurs de ces structures de soins d'urgence habitent en dehors du canton de Genève : 12% en France voisine, 3% autre origine.

Les conséquences sont bien connues et font régulièrement l'objet d'articles scientifiques ou de presse : l'engorgement des urgences, la frustration voire la souffrance des équipes de soins

face à ces situations de saturation, l'insatisfaction des bénéficiaires concernant les délais d'attente, l'impact sur la qualité des soins (Björn af Ugglas, 2021).

Cette situation n'est pas récente (Olivier W. Hugli, 2006) et les constats effectués dans le cadre de la Motion « RUG » devront s'accompagner de mesures à moyen et long termes pour renverser la tendance. En effet, plusieurs facteurs, tels que l'augmentation de la population et son vieillissement, la modification des comportements, les projections en termes de démographie médicale locale et en régions limitrophes françaises, l'évolution des positions tarifaires, ne peuvent que s'inscrire dans le cadre d'une planification réfléchie et structurée des urgences communautaires pour espérer maitriser au mieux ce phénomène. Par conséquent, plusieurs axes de travail sont envisagés, notamment : développer le réseau des urgences communautaires, par exemple en y intégrant des centres médicaux et des maisons de santé susceptibles d'assurer ces prestations, influencer la formation de la relève médicale (et les incitatifs au fait de participer à la gestion des urgences communautaires), faire favorablement évoluer les habitudes de consommation de soins (éducation de la population), renforcer la coordination des acteurs en place et le développement de solutions innovantes.

8.3 Maisons de santé

8.3.1 Introduction

Le programme de législature 2023-2028 du Conseil d'Etat indique à son objectif 1.2 : « le Conseil d'Etat renforce la prévention des maladies et la promotion de la santé, il optimise le système de soins pour une politique de santé durable et garantit l'accès à des soins de qualité et la continuité de l'offre pour l'ensemble de la population ».

Le déploiement des maisons de santé est l'une des mesures de cet objectif : « Des maisons de santé sont déployées sur l'ensemble du canton, et sont destinées à être des centres de premier recours capables de répondre aux besoins non planifiés des patientes et des patients, de coordonner leur prise en charge et de nourrir des actions de prévention. »

Ce modèle s'appuie sur des réflexions, discussions et rapports élaborés par des acteurs du réseau de soins, ainsi que sur une littérature internationale. Les besoins de soins communautaires de proximité sont toujours plus importants. Ils requièrent l'attention de tous les partenaires d'un parcours de soins pour développer de nouvelles pratiques professionnelles et une collaboration innovante, en renforçant l'approche pluridisciplinaire et interprofessionnelle.

Les maisons de santé ont été développées pour répondre aux besoins croissants de coordination des soins et pour améliorer l'efficacité du système de santé. Elles intègrent la santé en collaborant avec les structures locales, le réseau de soins genevois et les collectivités territoriales.

8.3.2 Concept cantonal des maisons de santé

Le Concept cantonal « Maison de Santé », issu de ces réflexions, a été élaboré en mai 2021 afin de développer une dizaine de structures dans le canton de Genève. Le projet, qui a pris un peu de retard en lien avec la période COVID, s'inscrit dans une dynamique d'innovation en matière de soins de santé. Son objectif est de passer d'une approche curative des soins à une prise en charge proactive, favorisant l'autonomisation des patientes et des patients et leur maintien à domicile.

Dans ce cadre, pour être reconnues comme maison de santé, les structures doivent :

- Proposer des soins de premier recours, avec au moins une profession médicale et deux professions paramédicales distinctes ;
- Favoriser le maintien à domicile, l'accessibilité sociale, la coordination des soins et développer des actions de santé publique ;
- Se doter d'un projet interprofessionnel visant à accroître l'efficience des soins ;
- Définir un territoire d'intervention et une population ciblée, et offrir des horaires élargis pour des soins programmés et non programmés ;
- Être un lieu de formation en médecine ambulatoire, en accueillant des stagiaires des domaines de la santé et des services sociaux ;
- Adopter une entité juridique sans but lucratif (par exemple sous forme d'association).

Suite à un premier appel d'offres lancé en 2019, un projet pilote au centre médical de Lancy a démarré en 2020. En 2023, la seconde maison de santé a vu le jour à Meinier. En 2024, trois nouvelles maisons de santé sont en cours de développement à Onex, aux Acacias, et aux Charmilles. Le développement des maisons de santé est piloté par un comité des Maisons de Santé.

Le financement cantonal a pour l'instant pris en charge des prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances sociales, en particulier la coordination des soins réalisée par des coordinatrices en médecine ambulatoire, le travail interprofessionnel, ainsi que la promotion de la santé et la prévention, à travers de l'éducation thérapeutique et des activités telles que des groupes de marche.

8.3.3 Premiers résultats

Les deux premières maisons de santé soutenues par l'Etat ont suivi environ 160 patients complexes et polymorbides en 2024 et piloté dix projets de prévention et promotion de la santé. Les premiers résultats montrent en particulier une hausse de la satisfaction des patients et des professionnels, une amélioration du suivi des maladies chroniques, une augmentation du travail en équipe, l'évitement d'hospitalisations inutiles pour les patients intégrés dans leurs cohortes et une baisse des coûts. Une étude sur neuf patientes ou patients assurés auprès d'un même assureur a en effet permis à la Maison de santé de Lancy d'estimer une économie de 20 à 25%, soit plus de 10 000 CHF par patient, sur les coûts à charge de l'AOS par rapport à des patients comparables hors cohorte.

8.3.4 Analyse et développements

L'OCS est à présent en train d'effectuer une analyse plus approfondie de la coordination des soins et de la prise en charge en équipe interprofessionnelle des patientes et des patients avec besoins complexes, avant de pouvoir élargir le projet à d'autres structures. Pour les prochaines années, le projet des maisons de santé s'oriente en effet vers une expansion visant à répondre aux besoins croissants de prise en charge de la patientèle chronique et complexe.

En parallèle, le projet évolue pour pouvoir capitaliser sur l'expérience des premières maisons de santé, afin de pouvoir fournir un soutien plus concret aux nouvelles structures. Des indicateurs standardisés de qualité, d'accès, de processus et de résultat sont développés, afin en particulier de s'aligner sur les objectifs de maintien à domicile et de réduction des hospitalisations, ainsi qu'un modèle uniformisé de financement. L'utilisation d'échelles de complexité des patients est également étudiée.

Finalement, de nouvelles exigences sont formalisées, en particulier en ce qui concerne la gouvernance des structures, en particulier leur ouverture sur la communauté, la contractualisation, par une ou des conventions, des relations entre le ou les prestataires de soins LAMal (centre médical, cabinet de groupe, cabinets médicaux…) qui délivrent des soins et l'association à but non-lucratif qui offre les autres prestations de la maison de santé et reçoit les financements publics, ou l'utilisation plus large des dossiers électroniques et des plans de soins partagés.

La réflexion pour l'élargissement du périmètre du projet maisons de santé à d'autres objectifs de santé publique, avec une approche épidémiologique et populationnelle basée sur les besoins de la communauté dans lesquelles les maisons de santé sont implantées, est également en cours, en lien avec le plan cantonal présenté à la section 8.1. Cette approche a pour objectif de prendre en charge les personnes avant qu'elles ne soient malades, en les suivant tout au long de leur vie, et en tenant notamment compte des déterminants sociaux ou environnementaux de la santé.

9 Ressources humaines

9.1 Introduction

La LS et son règlement d'application du 30 mai 2018 (RPS ; rsGE K 3 02.01) définissent 27 professions de santé à Genève. Leur exercice sur le territoire du canton est soumis à autorisation. Les organes compétents pour autoriser la pratique d'une profession de santé sont le SMC (22 professions) et le service de la pharmacienne cantonale (SPhC ; 5 professions).

Dans certaines situations professionnelles, l'exercice d'une profession de santé est exempté du devoir d'autorisation. Cette exception inclut : les personnes exerçant sous la surveillance d'une personne de la même profession dument autorisée, les personnes sans fonction dirigeante et les personnes sans fonction d'encadrement des personnes en formation. Le nombre réel de personnes exerçant la profession en question est donc supérieur au nombre de personnes autorisées (entre 5% et 15% selon la profession).

Une autorisation de pratiquer est valable jusqu'à l'âge de 70 ans et peut être prolongée régulièrement par la suite (sur la base d'un certificat médical d'aptitude). Atteindre l'âge de la retraite au sens de l'AVS (65 ans) n'a donc pas d'impact sur le droit d'exercer une profession de santé.

A Genève, sur les 9 784 personnes travaillant dans les quelques professions présentées ci-dessous, 13.7% d'entre elles seront en âge AVS à fin 2024.

À l'exception des médecins et du personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique tels que défini ci-dessous, les statistiques d'autres professions du ressort du SMC ne peuvent pas être divisées entre l'ambulatoire, l'hospitalier et les soins de longue durée. Sont présentées donc des statistiques globales pour quelques professions d'intérêt majeur pour la planification sanitaire.

9.2 Personnel autorisé à pratiquer

9.2.1 Soins infirmiers

Genève compte 6 558 personnes autorisées à pratiquer les soins infirmiers, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.1 – Pyramide des âges du personnel en soins infirmiers autorisé à pratiquer à Genève

	20-34	35-49	50-64	65+
Hommes	-304	-375	-348	-98
Femmes	1153	1834	1621	825

Source: SMC

14% (923) de ces personnes auront atteint l'âge de la retraite AVS à la fin 2024. La Haute école de santé (HedS) a délivré 114 bachelor en soins infirmiers en 2024.

9.2.2 Physiothérapie

Genève compte 1 073 personnes autorisées à pratiquer la physiothérapie, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.2 – Pyramide des âges du personnel en physiothérapie autorisé à pratiquer à Genève

	20-34	35-49	50-64	65+
Hommes	-129	-157	-83	-77
Femmes	143	186	187	111

Source: SMC

17.5% (188) de ces personnes auront atteint l'âge de la retraite AVS à la fin 2024. La HedS a délivré 39 bachelor en physiothérapie en 2024.

9.2.3 Ergothérapie

Genève compte 219 personnes autorisées à pratiquer l'ergothérapie, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.3 – Pyramide des âges du personnel en ergothérapie autorisé à pratiquer à Genève

	20-34	35-49	50-64	65+
Hommes	-8	-14	-6	-2
Femmes	55	53	57	24

Source: SMC

11.9% de ces personnes auront atteint l'âge de la retraite AVS à la fin 2024. Il y a eu 161 diplômes d'ergothérapeutes délivrés en Suisse en 2022

9.2.4 Diététique

Genève compte 132 personnes autorisées à pratiquer la diététique, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.4 – Pyramide des âges du personnel en diététique autorisé à pratiquer à Genève

	20-34	35-49	50-64	65+
Hommes	-7	-3	-4	-1
Femmes	31	42	39	5

Source: SMC

4.5% de ces personnes auront atteint l'âge de la retraite AVS à la fin 2024. La HedS a délivré 28 bachelor en nutrition et diététique en 2024.

9.2.5 Sages-femmes

Genève compte 298 personnes autorisées en tant que sages-femmes, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.5 – Pyramide des âges des sages-femmes autorisées à pratiquer à Genève

	20-34	35-49	50-64	65+
Hommes	-1	-7	0	0
Femmes	53	128	82	27

Source: SMC

9% de ces personnes auront atteint l'âge de la retraite AVS à la fin 2024. La HedS a délivré 31 bachelor de sage-femme en 2024.

Projections des sages-femmes

Les projections de cet effectif sont ici actualisées à l'aide des données du pool de données de SASIS SA, et complétées avec le nombre de retraites afin d'estimer le besoin de relève.

Si l'on part de l'effectif de 316 sages-femmes en 2022, les besoins supplémentaires devraient s'élever à 25 personnes suivant le scénario de référence, auquel s'ajoute 18 départs à la retraite. On estime ainsi un besoin de relève de 43 sages-femmes à l'horizon 2028 (13.6% de l'effectif actuel).

Tableau 9.1 – Projection des besoins des sages-femmes, canton de Genève, 2028

	Scénario ref.	Scénario haut	Scénario bas
Effectif 2022	316	316	316
Besoin suppléme	25	42	7
Retraites	18	18	18
Besoin de relève	43	60	25

Sources : SASIS SA - Pool de données, OFS - Statistique des hôpitaux (KS) © OBSAN 2024

9.2.6 Logopédie

Genève compte 345 personnes autorisées à pratiquer la logopédie, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.6 – Pyramide des âges du personnel en logopédie autorisé à pratiquer à Genève

	20-34	35-49	50-64	65+
Hommes	-1	-9	-4	-5
Femmes	68	131	80	47

Source: SMC

15% de ces personnes auront atteint l'âge de la retraite AVS à la fin 2024. Il y avait 354 étudiants en logopédie en Suisse en 2023-2024.

9.2.7 Psychologie

Genève compte 1 159 personnes autorisées à pratiquer la psychologie, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.7 – Pyramide des âges du personnel en psychologie autorisé à pratiquer à Genève

	20-34	35-49	50-64	65+
Hommes	-39	-60	-57	-28
Femmes	239	382	265	89

Source: SMC

10% de ces personnes auront atteint l'âge de la retraite AVS à la fin 2024.

9.2.8 Programme de lutte contre la pénurie des professionnelles et professionnels de la santé

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, le canton a pris ses responsabilités afin d'accroître le potentiel de formation et augmenter son autonomie dans le domaine de la relève des professionnelles et professionnels de la santé. Dans ce cadre, un monitorage des effectifs ainsi que de l'évolution du système de formation est mené chaque année ainsi que des campagnes de promotion des formations sont menées auprès des jeunes.

9.3 Médecine humaine

9.3.1 Médecins autorisés à pratiquer sous leur propre responsabilité

Genève compte 6 051 personnes autorisées à pratiquer la médecine sous leur propre responsabilité, dont la distribution par sexe et tranche d'âge à la fin 2024 est la suivante :

Figure 9.8 – Pyramide des âges du personnel en médecine humaine sous propre responsabilité autorisé à pratiquer à Genève

Source: SMC

Une personne autorisée à pratiquer la médecine sous sa propre responsabilité doit préalablement disposer d'un titre de formation postgrade (fédéral ou étranger reconnu). Genève compte un nombre important de médecins autorisés avec deux ou plus titres de formation postgrade. La distribution par titre postgrade principal est la suivante :

Tableau 9.2 – Distribution des personnes autorisées à pratiquer en médecine humaine en 2024

Titre postgrade principal	Nombre de médecins autorisés		
	Hommes	**Femmes**	**Total**
Allergologie et immunologie clinique	14	11	**25**
Anesthésiologie	181	142	**323**
Angiologie	12	7	**19**
Cardiologie	92	32	**124**

Titre postgrade principal	Nombre de médecins autorisés		
	Hommes	Femmes	Total
Chirurgie	141	33	**174**
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	16	2	**18**
Chirurgie de la main	15	8	**23**
Chirurgie orale et maxillo-faciale	13	3	**16**
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	149	30	**179**
Chirurgie pédiatrique	13	16	**29**
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	65	27	**92**
Chirurgie thoracique	4	1	**5**
Chirurgie vasculaire	7	1	**8**
Dermatologie et vénéréologie	62	74	**136**
Endocrinologie-diabétologie	18	22	**40**
Gastroentérologie	34	14	**48**
Génétique médicale	6	15	**21**
Gynécologie et obstétrique	110	182	**292**
Hématologie	15	19	**34**
Infectiologie	21	13	**34**
Médecin praticien	361	247	**608**
Médecine du travail	16	11	**27**
Médecine intensive	18	16	**34**
Médecine interne générale	601	587	**1188**
Médecine légale	4	11	**15**
Médecine nucléaire	25	7	**32**
Médecine pharmaceutique	0	1	**1**
Médecine physique et réadaptation	29	14	**43**
Médecine tropicale et médecine des voyages	3	0	**3**
Néphrologie	14	14	**28**
Neurochirurgie	46	6	**52**
Neurologie	67	59	**126**
Oncologie médicale	25	17	**42**
Ophtalmologie	127	86	**213**
Oto-rhino-laryngologie	66	22	**88**
Pathologie	24	34	**58**
Pédiatrie	121	339	**460**
Pharmacologie et toxicologie cliniques	1	8	**9**
Pneumologie	28	17	**45**
Prévention et santé publique	9	13	**22**
Psychiatrie et psychothérapie	345	343	**688**
Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	43	119	**162**

Titre postgrade principal	Nombre de médecins autorisés		
	Hommes	Femmes	Total
Radiologie	191	120	**311**
Radio-oncologie radiothérapie	22	15	**37**
Rhumatologie	32	20	**52**
Urologie	59	8	**67**

Source: SMC

9.3.2 Médecins admis à charge de l'AOS

Les médecins autorisés sous propre responsabilité peuvent également être admis à charge de l'AOS, ce que leur permet d'effectuer une activité ambulatoire à charge AOS en dehors d'une prise en charge en établissement hospitalier. Ce statut est habituellement appelé « médecin indépendant » ou « médecin installé », même si cette appellation n'est pas précise. Une ou un médecin peut exercer une activité indépendante en fournissant des soins ambulatoires à charge d'autres régimes d'assurance (accident, invalidité, complémentaires privées) et de ce fait n'a pas besoin d'être admis AOS.

La distribution par âge, sexe et statut d'admission est la suivante :

Figure 9.9 – Pyramide des âges des médecins par statut d'admission AOS en 2024

Source: SMC

9.3.3 Relève des médecins

Les réflexions autour de la formation médicale postgraduée en Suisse romande ont débuté en 2014 déjà par un pré-projet puis une étude préliminaire qui ont permis de prendre connaissance des spécificités liées à la formation postgraduée dans les disciplines majeures, avec une mise en évidence des difficultés principales d'organisation, en particulier le manque d'indicateurs pertinents en indiquant quelques pistes d'amélioration, notamment la sensibilité du sujet et la nécessité d'impliquer les acteurs du terrain.

En Suisse, la formation des médecins se décline en trois étapes : la formation prégraduée, la formation postgraduée et enfin la formation continue. L'ensemble de ces formations est placé sous l'égide exclusif de l'ISFM. Le projet RÉFORMER est responsable de la coordination de la formation médicale postgraduée en Suisse romande, de l'optimisation des parcours postgradués des médecins en formation, d'une meilleure répartition des ressources médicales entre les hôpitaux, les cabinets médicaux et les régions de Suisse romande.

La faculté de médecine à Genève a délivré 563 diplômes, toutes formations confondues[23], en 2023, réparti comme suit:

Tableau 9.3 – Diplômes délivrés selon le sexe et la nationalité à la faculté de médecine de l'université de Genève en 2023

Faculté de médecine	Sexe		Nationalité		Total
	Masculin	Féminin	Suisse	Etrangère	
Formation de base	*147*	*247*	*297*	*97*	***394***
dont bachelors	79	133	164	48	**212**
dont masters	68	114	133	49	**182**
Formation avancée	*69*	*100*	*73*	*96*	***169***
dont doctorats	50	57	54	53	**107**
Total	**216**	**347**	**370**	**193**	**563**

Source : Université de Genève

En ce qui concerne la formation postgrade effectuée dans un établissement genevois reconnu par l'ISFM, nous connaissons le détail du nombre de médecins en formation postgrade aux HUG, avec des réserves quant à la spécialité pour lesquels ils se forment, parce que leur affiliation à un service donné à un instant donné n'en est pas forcément un indicateur (les cursus de formation postgrade impliquent de la rotation). La distribution par spécialité en juin 2024 était la suivante :

Tableau 9.4 – Formation postgrade aux HUG par spécialité en 2024

Titre de spécialiste	Nombre de médecins en formation aux HUG
Allergologie et immunologie clinique	2
Anesthésiologie	76
Angiologie	10
Cardiologie	14

[23] Y compris médecine dentaire, sciences biomédicales, neurosciences

Titre de spécialiste	Nombre de médecins en formation aux HUG
Chirurgie	22
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	9
Chirurgie orale et maxillo-faciale	14
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	37
Chirurgie pédiatrique	15
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	7
Chirurgie thoracique	3
Dermatologie et vénéréologie	13
Endocrinologie-diabétologie	6
Gastroentérologie	7
Génétique médicale	3
Gynécologie et obstétrique	41
Hématologie	10
Infectiologie	6
Médecine intensive	7
Médecine interne générale	349
Médecine légale	12
Médecine nucléaire	1
Néphrologie	4
Neurochirurgie	11
Neurologie	28
Oncologie médicale	16
Ophtalmologie	8
Oto-rhino-laryngologie	19
Pathologie	10
Pédiatrie	80
Pharmacologie et toxicologie cliniques	5
Pneumologie	5
Psychiatrie et psychothérapie	134
Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	24
Radiologie	43
Radio-oncologie radiothérapie	3
Rhumatologie	1
Urologie	12
Total	**1067**

Source: SMC

En plus des HUG, 30 autres établissements et 114 cabinets médicaux sont reconnus ISFM à Genève pour encadrer des médecins en formation postgrade[24].

Les réflexions autour de la formation médicale postgraduée en Suisse romande ont débuté en 2014 déjà par un pré-projet puis une étude préliminaire qui ont permis de prendre

[24] https://www.siwf-register.ch/default.aspx

connaissance des spécificités liées à la formation postgraduée dans les disciplines majeures, avec une mise en évidence des difficultés principales d'organisation, en particulier le manque d'indicateurs pertinents en indiquant quelques pistes d'amélioration, notamment la sensibilité du sujet et la nécessité d'impliquer les acteurs du terrain. Le projet RÉFORMER (réorganisation de la formation médicale postgraduée en Suisse romande) a pour objectif principal de coordonner et organiser en filières la formation médicale postgraduée en Romandie des 45 disciplines de l'ISFM. Un monitorage de la formation postgraduée et de la démographie médicale sont également prévus dans le projet.

9.4 Personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique

9.4.1 Contexte

La mise à disposition d'un personnel de santé suffisant et de qualité se doit d'être un des objectifs de santé publique du canton. Les enjeux liés à ce domaine vont d'ailleurs bien au-delà des frontières cantonales et nationales et font l'objet d'une coordination active avec les autres cantons et la France. Au niveau suisse, selon le dernier rapport de l'OBSAN sur le Personnel de santé en Suisse – Rapport national de 2021 pour la période 2019-2029 (Clémence Merçay, 2021), les besoins de relève s'élèvent à 43 400 personnes pour le personnel infirmier du degré tertiaire (Ecoles supérieures (ES) et Hautes écoles de santé (HES)) et à 27 100 personnes pour le personnel des soins et de l'accompagnement du degré secondaire II. Au niveau transfrontalier, il existe des dynamiques en matière de démographie de professionnelles et de professionnels de santé qui nécessitent de disposer d'informations sur les besoins en personnel fiables et partagées entre les acteurs concernés des deux côtés de la frontière. Au niveau cantonal, l'évaluation des besoins en personnel fait l'objet, depuis 2015, d'un travail minutieux et est, depuis cette date, une des dimensions très suivie, du rapport de planification sanitaire.

Ce nouveau rapport s'appuie sur la méthodologie utilisée par l'OBSAN dans son dernier document le Personnel de santé en Suisse - Rapport national de 2021. L'évaluation a été ainsi améliorée. En complément des estimations sur les besoins en personnel résultant de l'augmentation de l'activité et des départs à la retraite, il a été possible, pour le personnel en soins et accompagnement (voir les Tableau 12.8, Tableau 12.9 et Tableau 12.10, au chapitre 12, pour les catégories retenues), d'inclure des informations sur la formation (estimations du nombre d'abandons en cours de formation et de diplômées et de diplômés exerçant en définitive dans un autre domaine que celui dans lequel ils ont obtenu leur diplôme, ou de diplômées et de diplômés qui ne travaillent pas dans un établissement de santé). Les projections ont ainsi pu être enrichies par cette nouvelle dimension. Dans les pages qui suivent, il est proposé de voir de quelle manière ce besoin se décline.

9.4.2 Introduction

Ce rapport présente l'effectif du personnel de santé dans le canton de Genève en 2022 et les prévisions relatives aux besoins annuels jusqu'à l'horizon 2028 et au-delà. Il dresse un bilan de la précédente période de planification.

Les projections se fondent sur des estimations du recours futur aux soins et des départs à la retraite des professionnelles et des professionnels de la santé, et inclut des informations sur la formation pour les professions de soins et d'accompagnement.

L'étude se concentre sur le personnel qui travaille dans le domaine des soins aux patientes et aux patients des hôpitaux (soins aigus, psychiatrie et réadaptation), des EMS ainsi que les services d'aide et de soins à domicile (SASD), dénommés dans le canton de Genève "organisation de soins et d'aide à domicile" (OSAD).

Le personnel travaillant dans les autres secteurs de soins ambulatoires (par exemple les cabinets médicaux) n'est pas inclus dans l'étude. Les titres ou diplômes des différents niveaux de formation que comprend l'évaluation sont indiqués dans le Tableau 9.5. La catégorie non–homogène « Autres personnels de santé » de la SOMED (Statistique des institutions médico-sociales de l'OFS) ne sont pas évalués dans ce modèle.

Tableau 9.5 – Titres de formation inclus dans l'analyse

Niveau de formation	Titre
Niveau tertiaire	soins infirmiers (Bachelor HES et école supérieure ES),
	soins infirmiers avec spécialisation,
	anciens diplômes NI et NII,
Niveau secondaire II	assistant(e) en soins et santé communautaire (ASSC),
	assistant(e) socio-éducatif(ve) (ASE) (option généraliste accompagnement des personnes âgées),
	anciens diplômes d'infirmière assistante,
	aide en soins et accompagnement (ASA),
	anciens diplômes d'aides-soignantes,
Autres et sans formation	auxiliaires santé CRS,
	autres formations, sans formation.
Sage-femme	Sage-femme
Personnel médico-technique	Technicien/ne en salle d'opération
	Technicien/ne en radiologie
	Technicien/ne en analyse bio-médicale
	Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau secondaire II
	Ambulancier/ère
	Technicien/ne ambulancier/ère
	Autre
Personnel médico-thérapeutique	Physiothérapeute
	Ergothérapeute
	Diététicien/ne
	Logopédie (orthophoniste)
	Thérapeute d'activation
	Psychologue
	Masseur médical
	Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau secondaire II
	Autre thérapeute

Source : OBSAN Dossier 24/2013 ©OBSAN 2024

Après une première partie qui décrit la méthodologie, le rapport propose ensuite une comparaison des effectifs du personnel en soin à l'année de départ et par rapport à la précédente période de planification. La partie centrale sera dédiée aux projections. Viendra ensuite une section concernant la formation, avant de terminer par une conclusion et quelques considérations.

9.4.3 Méthodologie

Le canton de Genève a chargé l'OBSAN d'estimer les besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement, du personnel médico-technique et médico-thérapeutique dans les

institutions de santé genevoises telles que définies en introduction aux horizons 2028 et 2050, ainsi que de fournir quelques informations sur la formation. Un modèle de projection a été développé à cet effet, dont la méthodologie est brièvement décrite dans cette section. Le point de départ des analyses est l'effectif en 2022. L'accent est mis sur le personnel de soins et d'accompagnement du degré tertiaire et du degré secondaire II pour lequel les données disponibles permettent une analyse relativement complète.

Les calculs se réfèrent toujours au nombre de personnes (et non aux ETP), avec l'hypothèse d'un taux d'occupation constant. Dans le langage courant, la notion de « besoins de relève » peut être comprise différemment selon que l'on considère le terme du point de vue des institutions de santé, des institutions de formation ou du système de santé dans son ensemble. La Figure 9.10 montre le modèle utilisé et ses différentes composantes :

- Le besoin de relève se réfère au nombre de personnel de soins et d'accompagnement que les institutions de santé (hôpitaux, EMS ou SASD) devraient engager pour couvrir le besoin futur. Celui-ci se compose du besoin supplémentaire dû à l'augmentation de la demande et du besoin en remplacement lié aux départs à la retraite ainsi qu'aux sorties précoces de la profession.
- Sur la base des besoins de relève estimés, le modèle de projection est étendu au domaine de la formation en formulant des objectifs en termes de diplômées et de diplômés et de nouveaux entrants (objectifs nécessaires compte tenu des échecs de formation et du nombre de diplômées et de diplômés qui finalement n'exercent pas ou plus la profession dans laquelle ils ont obtenu leur diplôme). Tous deux visent à ce que les besoins de relève des institutions de santé soient entièrement couverts. Cette extension tient compte des trajectoires de formation du degré secondaire II au degré tertiaire et des parcours professionnels des diplômées et des diplômés sur le marché du travail.

Figure 9.10 – Composition des besoins de relève et des objectifs de diplômées et de diplômés pour le personnel de soins et d'accompagnement

Source : Modèle de l'OBSAN © OBSAN 2024

9.4.4 Besoin de relève

En partant de l'effectif du personnel en 2022, les besoins de relève jusqu'en 2028, respectivement jusqu'en 2050, sont calculés sur la base de différents scénarios. Les

changements de postes au sein des institutions de santé ou entre elles ne sont pas pris en compte, car ils n'ont pas d'impact sur les besoins globaux de relève.

Les besoins de relève sont calculés pour les trois types d'institutions de santé suivants : les hôpitaux et cliniques, les EMS et les SASD.

Pour les hôpitaux et cliniques

La méthode de calcul des besoins futurs en soins dans les hôpitaux et cliniques s'appuie sur le modèle de planification hospitalière développé par l'OBSAN (Jörg, 2019) et utilisé à la section 7.1 de ce rapport. Les projections sont réalisées pour chacun des secteurs d'activité (soins aigus, psychiatrie, réadaptation). Le personnel du secondaire II, dont les données proviennent du canton de Genève, est considéré comme réparti de manière homogène entre les secteurs d'activité.

Pour les établissements médico-sociaux

Les projections concernant les besoins futurs en personnel de soins et d'accompagnement dans les EMS et dans les SASD du canton de Genève se basent en partie sur les résultats de la section 7.2 de ce rapport. Les trois mêmes scénarios que dans cette dernière section sont retenus ici aussi, qui varient sur le plan épidémiologique (scénario E1 : durée des soins constante, scénario E2 : durée des soins prolongée, scénario E3 : durée des soins réduite).

Le scénario démographique de référence de l'OCSTAT est utilisé pour ces projections, et la politique de prise en charge concernant le maintien à domicile des personnes en EMS reste inchangée (scénario P1 – statu quo).

Pour les services d'aide et de soins à domicile

Pour le calcul des besoins futurs en personnel des SASD, on considère le nombre d'heures de soins délivrées en 2022 pour trois classes d'âge (0-19 ans, 20-64 ans ou 65 ans ou plus). En 2022, 75.1% des heures de soins ont été délivrées à des personnes âgées de 65 ans ou plus et se voient donc appliquer les scénarios épidémiologiques pour les soins de longue durée.

Pour les deux classes d'âge inférieures à 65 ans, les projections concernant l'augmentation du nombre d'heures de soins reposent uniquement sur les scénarios démographiques de l'OCSTAT.

9.4.4.1 Besoins supplémentaires de personnel

De manière générale, le calcul des besoins futurs en personnel se base sur les projections réalisées par l'OBSAN concernant le recours futur aux soins. Ces projections sont réalisées dans le domaine hospitalier d'une part, et pour les soins de longue durée d'autre part. Pour chacun de ces domaines, un indicateur d'activité est calculé sur la base des données 2022. Postulant une constance de ces indicateurs d'activité dans le temps ainsi que d'autres paramètres (taux d'occupation, grade-mix, etc.), les besoins futurs en personnel de soins et d'accompagnement peuvent être déduits du recours futur aux soins.

9.4.4.2 Besoins de remplacement

Départs à la retraite

Les statistiques des hôpitaux et des établissements pour personnes âgées renseignent l'âge et le sexe des personnes employées. Pour établir le nombre de départs à la retraite à l'horizon 2028 et 2050, on considère respectivement les personnes âgées de 59 ans ou plus ainsi que de 37 ans ou plus en 2022. La statistique SPITEX ne renseignant pas l'âge et le sexe du

personnel des SASD, on procède par analogie, en appliquant la structure par âge du personnel des EMS au personnel des SASD et en complétant avec les données du canton de Genève, qui montrent des différences d'âge moyen en fonction des professions considérées (Figure 9.11).

Figure 9.11 – Age moyen du personnel soignant en EMS et en SASD, Genève, 2022

Fonction	Âge moyen en EMS	Âge moyen en SASD	Différence d'âge utilisée
Infirmier-ère dipl. avec ou sans spécialisation	44.4	42.2	-2.2
Assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC)	38.6	43.8	5.2
Assistant-e socio-éducatif-ve (ASE)	39.9	41.3	1.4
Aide en soins et accompagnement (ASA)	44.3	45.1	0.8
Aide soignant-e	46.3	39.7	-6.6

Source : Données du canton de Genève © OBSAN 2024

Sorties précoces de la profession

Cette section concerne uniquement les soignants du degré tertiaire.

Afin d'estimer les besoins de remplacement en personnel soignant du degré tertiaire aux horizons 2028 et 2050, les taux de sortie de la profession calculés pour l'ensemble de la Suisse ont été appliqués aux effectifs des hôpitaux, EMS et SASD du canton de Genève.

Les taux de sortie comprennent les personnes ayant quitté le marché du travail, celles ayant changé de profession et celles travaillant hors de la branche (hôpitaux, établissements pour personnes âgées et domaine ambulatoire). En miroir, des taux de maintien dans la profession peuvent être calculés, lesquels devraient correspondre aux effectifs recensés dans les institutions de santé. Il est alors possible de calculer le nombre total théorique de personnes formées dans les soins infirmiers par âge.

Au cours des années, les taux de sortie de la profession correspondants à l'avancée en âge sont appliqués au nombre total théorique de personnes formées de chaque âge.

Cette démarche présente l'avantage de fournir un calcul des taux de sortie net de la profession. Cela signifie que l'on tient compte du fait que certaines personnes réintègrent le marché du travail après l'avoir quitté. Il n'est par contre pas possible de tenir compte d'un éventuel effet générationnel selon lequel les comportements d'entrée et de sortie de la profession différeraient entre les cohortes.

Ce calcul n'est faisable que pour le personnel soignant de degré tertiaire, les taux de sortie par classe d'âge du personnel des autres niveaux de formation n'étant pas suffisamment fiables.

Figure 9.12 – Taux de sortie de la profession des soignants du degré tertiaire par classe d'âge, Suisse, 2020-2022

Classes d'âge	Taux de sortie de la profession		
	Valeur moyenne en%	IC (95%)	
20–24 ans	36.2	39.8	32.5
25–29 ans	25.7	28.0	23.4
30–34 ans	32.0	34.3	29.7
35–39 ans	36.1	38.5	33.7
40–44 ans	37.3	39.7	35.0
45–49 ans	40.3	42.7	37.8
50–54 ans	37.1	39.3	34.9
55–59 ans	44.3	46.5	42.2
60–64 ans	58.4	60.8	56.1
65+ ans	100.0	.	.

Source : Relevé structurel 2020-2022 © OBSAN 2024

9.4.4.3 Besoin hypothétique de diplômées et de diplômés du tertiaire et du secondaire II (objectifs de diplômées et de diplômés)

Les objectifs de diplômées et de diplômés établissent le nombre de titres à délivrer afin que les besoins de relève des institutions de santé soient entièrement couverts, tout en tenant compte du fait que pour chaque niveau de formation, une partie des diplômées et des diplômés n'est pas disponible pour les institutions de santé.

Au niveau tertiaire, les données de l'enquête auprès des personnes diplômées des hautes écoles suisses (EHA) de l'OFS[25] indiquent qu'après l'obtention d'un titre en soins infirmiers, environ 27% des diplômées et des diplômés n'exercent pas la profession apprise ou le font hors d'une institution de santé couverte par ce rapport.

D'un côté, il est possible que les opportunités d'emplois hors des institutions de santé ne s'accroissent pas aussi rapidement que le nombre de titres délivrés, ce qui aurait pour effet de diminuer l'objectif de formation. D'un autre côté, il est possible qu'une part croissante de diplômées et de diplômés exerçant au sein d'une institution de santé quitte ensuite la profession. Cela aurait pour effet d'augmenter l'objectif de formation. Face aux incertitudes concernant ces deux possibles développements aux effets contradictoires, il est proposé de conserver le taux de 27% de diplômées et de diplômés non disponibles pour les institutions de santé.

Au niveau secondaire II, l'objectif de diplômées et de diplômés tient compte des trajectoires de formation et des parcours professionnels des diplômées et des diplômés. Il se base sur les analyses longitudinales dans le domaine de la formation (LABB) de l'OFS pour le canton de Genève. Le taux de maintien dans la profession des diplômées et des diplômés de 2017 avec un horizon de 4 ans est de 94,5% pour les ASE, de 84,4% pour les ASSC et de 95% pour les ASA. Par ailleurs, l'étude de Trede et Grønning (Trede, 2018) établit que la part d'ASSC quittant la profession dans les cinq ans suivant l'obtention de leur titre est de 15% pour la Suisse romande. Cette part est ainsi soustraite du taux de maintien dans la profession des ASSC. Ce même taux est appliqué également aux ASE (options généralistes et

[25] Enquête auprès des personnes diplômées des hautes écoles (EHA) | Office fédéral de la statistique (admin.ch)

accompagnement des personnes âgées) et aux ASA par analogie. Finalement, la formation d'aide-soignante et d'aide-soignant ayant été remplacée par celle de ASA, ce sont les mêmes taux de maintien dans la profession qui sont utilisés pour cette catégorie professionnelle.

De manière générale, il est important de souligner que les objectifs de diplômées et de diplômés aux différents niveaux de formation font système. C'est-à-dire que d'un côté, l'augmentation de l'activité de formation au niveau tertiaire suppose qu'il y ait suffisamment de personnes disponibles au niveau secondaire II pour assurer la fonction de recrutement. D'un autre côté, l'augmentation de l'activité de formation décrite au niveau secondaire II suppose que les opportunités de formation aux niveaux de formation supérieurs se sont également accrues. Cette interdépendance génère une incertitude à chaque niveau de formation.

9.4.4.4 Abandon de formation, diplômées et diplômés n'intégrant pas le marché du travail dans le domaine dans lequel ils ont obtenu le diplôme ou n'exerçant pas dans les soins : « objectifs d'étudiantes et d'étudiants entrants »

Les objectifs de nouveaux entrants établissent le nombre d'étudiantes et d'étudiants à recruter afin que les besoins de relève des institutions de santé soient entièrement couverts, tout en tenant compte du fait qu'une partie des étudiantes et des étudiants ne va pas arriver au terme de sa formation (abandons, échecs ou changements de filières).

Les analyses du programme LABB indiquent un taux d'échec de 16.2% dans la formation HES en santé. Ce taux d'échec est retenu pour le calcul de l'objectif de nouveaux entrants.

Au niveau secondaire II, les données sont uniquement disponibles au niveau suisse. Le programme LABB a analysé les taux d'abandon à cinq ans pour les cohortes d'entrée de 2018. Le taux de résiliation du contrat d'apprentissage est de 20.4% pour les ASE, de 18.8% pour les ASSC et de 21.7% pour les ASA. Ces taux de résiliations sont appliqués aux étudiantes et étudiants entrants dans le canton de Genève. De manière similaire à l'objectif de diplômées et de diplômés, le taux de résiliation des ASA est appliqué aux besoins en aide-soignantes et aide-soignant.

9.4.4.5 Projections de l'offre de relève de personnel soignant (formation)

L'OFS a élaboré des scénarios dans le domaine de la formation à l'horizon 2031[26]. Ces projections tiennent notamment compte des dynamiques démographiques, de l'évolution des effectifs des degrés précédents, des tendances constatées dans les transitions entre les degrés, de la fréquentation des divers domaines de formation, ainsi que de la situation économique. Pour le canton de Genève, le scénario pour la HES-SO dans le domaine de la santé est appliqué.

Comme pour établir les objectifs de diplômées et de diplômés, il est ensuite tenu compte des trajectoires professionnelles des diplômées et diplômés. En déduisant la part de diplômées et de diplômés n'intégrant pas le marché du travail, n'exerçant pas la profession apprise au sein d'une institution de santé ou quittant de façon précoce la profession, on estime qu'au niveau tertiaire, la relève disponible pour les institutions de santé correspond à 73% des diplômées et des diplômés sur la période 2022-2028.

Au niveau secondaire II, l'estimation de la relève disponible tient compte des trajectoires de formation et des sorties de la profession. Pour les ASSC, on estime ainsi que 81,2% des dipômées et diplômés constituent la relève disponible. Pour les ASA, cette part est de 78.3%. Pour les ASE formés dans le canton de Genève, on tient compte du fait qu'une grande majorité

[26] Scénarios 2022-2031 pour le système de formation | Office fédéral de la statistique (admin.ch)

de ceux-ci sont formés en option généraliste et qu'il n'est pas possible d'estimer la part de ceux-ci qui travailleront dans une structure de soin après leur diplôme. La totalité de la relève estimée est présentée, sans qu'il soit possible d'estimer la part disponible pour les structures de soins.

9.4.5 Effectifs du personnel de soin à l'année de départ 2022 et à la précédente période de planification

En 2022, 12 267 personnes du domaine des soins et de l'accompagnement sont recensées dans les institutions de santé du canton de Genève. Depuis 2012, cet effectif a augmenté de 20%, pour un accroissement de 2 004 personnes employées. La croissance a été plus soutenue dans les EMS (+27%) et moins dans les SASD (+12%). Plus de la moitié de l'effectif supplémentaire est actif dans les hôpitaux, avec 1 156 personnes (58% de l'effectif supplémentaire). La part de personnel de soins et d'accompagnement travaillant en EMS augmente légèrement (+2%) alors que la part active au sein des SASD recule légèrement (-1%). La répartition du personnel de soins et d'accompagnement par type d'institution change donc peu. En comparaison avec la Suisse et la moyenne pour la Suisse romande, le canton de Genève présente une part plus importante de personnel travaillant à l'hôpital en 2022 (58% vs 46% en Suisse romande et 44% en Suisse) et une part moins importante active en EMS (23% vs 33% en Suisse romande et 38% en Suisse).

L'effectif du personnel de soins et d'accompagnement s'est particulièrement accru au niveau secondaire II, avec une croissance de 36% (+1 076 personnes). Au niveau tertiaire, une croissance de 19% de l'effectif est enregistrée (+1 099 personnes), alors que le nombre de personnes de la catégorie « Autres/sans formation » a diminué de 13%, pour 172 personnes de moins.

9.4.5.1 Hôpitaux et cliniques

La comparaison des projections passées requiert de ne considérer que le personnel soignant et d'exclure le personnel administratif.

L'effectif de personnel de soins et d'accompagnement en 2022 (6 830) se situe entre la projection minimale (6 401 ; -6%) et maximale (7 081 ; +4%). Il en va de même pour les ETP, avec 4 969 ETP recensés en 2022 pour une projection minimale de 4 576 ETP (-8%) et une projection maximale de 5 089 ETP (+2%). Cette observation reste valable pour le secteur des soins aigus ainsi que pour celui de la réadaptation et de la gériatrie. En revanche, dans les soins psychiatriques, les projections étaient inférieures à l'évolution observée avec 936 personnes employées, alors que les projections en prévoyaient entre 871 (-7%) et 884 (-6%). Une observation similaire est faite pour les ETP.

Figure 9.13 – Hôpitaux : comparaison des projections réalisées par l'OBSAN en 2017 et des effectifs recensés, par secteur, Genève, 2022

Secteur	Degré de formation	Nombre de personnes employées					Equivalent plein-temps				
		Recensés	Projections				Recensés	Projections			
			Min	Δ	Max	Δ		Min	Δ	Max	Δ
Soins aigus	Tertiaire	3428	3289	-4%	3542	+3%	2183	1887	-14%	2032	-7%
	Secondaire II	1209	1198	-1%	1290	+7%	784	861	+10%	927	+18%
	Autres/sans formation	73	54	-25%	59	-20%	235	235	-0%	253	+8%
	Total soins et accompagne	4710	4542	-4%	4890	+4%	3201	2983	-7%	3212	+0%
Psychiatrie	Tertiaire	834	783	-6%	794	-5%	694	674	-3%	684	-1%
	Secondaire II	96	85	-12%	86	-11%	76	71	-6%	72	-5%
	Autres/sans formation	6	4	-31%	4	-30%	3	3	+7%	3	+8%
	Total soins et accompagne	936	871	-7%	884	-6%	773	748	-3%	759	-2%
Réadaptation et gériatrie	Tertiaire	678	574	-15%	759	+12%	557	483	-13%	640	+15%
	Secondaire II	489	404	-17%	535	+9%	420	353	-16%	467	+11%
	Autres/sans formation	17	9	-45%	12	-27%	18	9	-51%	11	-36%
	Total soins et accompagne	1184	988	-17%	1307	+10%	995	845	-15%	1118	+12%
Total des domaines		6830	6401	-6%	7081	+4%	4969	4576	-8%	5089	+2%

Note : Les projections de 2017 ne prenaient pas en compte le personnel administratif. Celui-ci est exclu des effectifs recensés. Le scénario min. correspond à un une constance du taux d'hospitalisation, le scénario max à un taux d'hospitalisation suisse moyen.

Sources : OFS – Statistique des hôpitaux (KS), analyses OBSAN © OBSAN 2024

9.4.5.2 Etablissements médico-sociaux

Les ASE n'ont pas été inclus dans les projections des EMS réalisées sur l'effectif de 2017 et sont donc supprimés de l'effectif actuel afin de garantir la comparabilité des données.

Les effectifs en personnel de santé recensés en 2022 en EMS représentent 2 629 personnes employées. Ce nombre se situe légèrement au-dessus du scénario maximum (2 599 ; -1%). Ce sont surtout les ASSC (204), les ASA et les aides-soignantes et aides-soignants (1 044) qui ont été sous-estimés dans le scénario maximum, avec respectivement 148 ASSC (-27%) et 1 020 ASA, aides-soignantes et aides-soignants (-2%). Une tendance similaire est constatée pour les équivalents plein temps.

Figure 9.14 – Établissements médico-sociaux : comparaison des projections de 2017 et des effectifs recensés, Genève, 2022

Degré de formation	Nombre de personnes employées					Equivalent plein-temps				
	Recensés	Projections				Recensés	Projections			
		Min	Δ	Max	Δ		Min	Δ	Max	Δ
Tertiaire	874	885	+1%	960	+10%	687	704	+2%	763	+11%
Secondaire II	1267	1109	-12%	1203	-5%	1045	941	-10%	1021	-2%
Assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC)	204	137	-33%	148	-27%	164	115	-30%	125	-24%
Aide en soins et accompagnement (ASA), Aide soignant-e	1044	940	-10%	1020	-2%	866	800	-8%	867	+0%
Autre sec. II	19	32	+67%	35	+82%	15	27	+77%	29	+92%
Autres/sans formation	488	402	-18%	436	-11%	387	327	-15%	355	-8%
Total soins et accompagneme	2629	2396	-9%	2599	-1%	2119	1972	-7%	2140	+1%

Note : Les assistantes et assistants socio-éducatifs (ASE) et les travailleuses sociales et travailleurs sociaux diplômées et diplômé n'étaient pas inclus dans les projections ne sont pas comptés dans l'effectif actuel. Le scénario min. correspond au scénario épidémiologique pessimiste, le scénario max au scénario épidémiologique optimiste ; dans les deux cas, le scénario démographique de référence est retenu et le taux de recours aux EMS est constant.

Sources : OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED), analyses OBSAN © OBSAN 2024

9.4.5.3 Service d'aide et de soins à domicile

Il n'existe pas de base comparable pour le nombre de personnes employées dans le domaine des SASD. La projection avait en effet été réalisée sur un effectif surestimé qui comprenait la totalité des personnes ayant travaillé au cours de l'année, alors que les données du canton de Genève recensent les personnes employées au 31 décembre. Seule la comparaison du nombre d'ETP est donc présentée (Figure 9.15).

L'effectif de soins et d'accompagnement (1 904 ETP) est situé entre le scénario minimum (1 832 ; -4%) et le scénario maximum (1 975 ; +3%). On note toutefois une légère sous-estimation du nombre d'ETP au degré tertiaire (870 recensés contre 859 dans le scénario max ; -1%) ainsi que du degré secondaire II (621 recensés contre 548 dans le scénario max ; -12%). Au contraire, le nombre d'ETP en personnel autres/sans formation est surestimé. On recense 413 ETP au sein de l'effectif alors que le scénario minimum en projetait 527 (+28%). Ces différences sont à mettre en relation avec la modification du grade-mix du personnel de soins et d'accompagnement, soit la composition du personnel par niveau de formation.

Figure 9.15 – SASD : comparaison des projections de 2017 et des effectifs recensés, Genève, 2022

Degré de formation	Equivalent plein-temps				
	Recensés	Projections			
		Min	Δ	Max	Δ
Tertiaire	870	797	-8%	859	-1%
Secondaire II	621	508	-18%	548	-12%
Assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC)	388	337	-13%	363	-7%
Assistant-e socio-éducatif-ve (ASE)	1	8	+842%	9	+922%
Aide en soins et accompagnement (ASA), Aide soignant-e	227	160	-29%	174	-23%
Autre sec. II	5	2	-59%	2	-56%
Autres/sans formation	413	527	+28%	569	+38%
Total soins et accompagnement	1904	1832	-4%	1975	4%

Note : Les projections du nombre de personnes employées ne sont pas comparables aux données actuelles. Le scénario min. correspond au scénario épidémiologique pessimiste, le scénario max au scénario épidémiologique optimiste ; dans les deux cas, le scénario démographique de référence est retenu.
Sources : OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX), canton de Genève, analyses OBSAN
© OBSAN 2024

9.4.6 Projection des besoins de relève en personnel de soins et d'accompagnement et calculs des objectifs de formation aux horizons 2028 et 2050

9.4.6.1 Résumé

Les besoins de relève comprennent les besoins supplémentaires en personnel induits par la croissance des prestations, le remplacement des départs à la retraite et le remplacement des sorties précoces de la profession (Figure 9.16). Pour le personnel de soins et d'accompagnement, il a été possible de tenir compte de la proportion de personnes n'exerçant pas leur profession ainsi que du taux d'abandon en cours d'étude pour déterminer respectivement le nombre de diplômées, diplômés, nouvelles étudiantes et de nouveaux étudiants nécessaires pour couvrir intégralement les besoins de relève des institutions de santé (objectifs de diplômées, diplômés et de nouveaux entrants).

Figure 9.16 – Composition des besoins de relève et des objectifs de diplômées et diplômés pour le personnel de soins et d'accompagnement

Source : Modèle de l'OBSAN © OBSAN 2024

Dans l'ensemble, les besoins de relève annuel moyen pour les institutions de santé du canton de Genève sont estimés à 261 personnes au niveau tertiaire, 132 au degré secondaire et à 38 pour la catégorie « Autre/sans formation » (Figure 9.17). Le besoin annuel moyen est en outre estimé à 25 personnes pour le personnel médico-technique et 23 pour le personnel médico-thérapeutique.

Figure 9.17 – Composition des besoins de relève et des objectifs de diplômées et diplômés pour le personnel de soins et d'accompagnement

Note : Les départs à la retraite du personnel médico-thérapeutiques des SASD ne sont pas disponibles dans les données et ne sont pas comptés dans le besoin de relève.
Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

Afin que les besoins de relève soient couverts, il convient de tenir compte du fait qu'une partie des diplômées et diplômés n'exerce pas la profession apprise au sein d'une institution de santé. Au niveau tertiaire, cette part est estimée à 27%. Au niveau secondaire II, on estime dans l'ensemble qu'entre 70% et 80% des diplômées et diplômés sont disponibles pour les institutions de santé, en fonction de la profession (Figure 9.18).

Dans la mesure où un objectif de diplômées et diplômés est visé, il s'agit finalement de tenir compte des abandons et échecs en cours de formation. Pour le canton de Genève, la part d'abandon et d'échec est estimée à 16.2% pour le degré tertiaire et entre 18,8% et 21.7% pour le degré secondaire II. Ces variables ont les implications décrites dans le graphique

Figure 9.18 – Objectif annuel moyen sur la période 2022-2028 de nouveaux entrants dans les formations en personnel soignant de niveau tertiaire pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé, Genève

Note : Au niveau secondaire II, 4 personnes employées dans une catégorie "autres" ne sont pas comptabilisées dans les besoins de relève. En raison des arrondis effectués par le programme statistique SAS, de légères différences peuvent apparaître entre la valeur "Total" et la somme des valeurs individuelles mentionnées.
Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

9.4.6.2 Introduction : composition des besoins de relève et objectifs de formation

Dans le langage courant, la notion de « besoin de relève » peut être comprise différemment selon que l'on se place du point de vue des besoins des institutions de santé (hôpitaux, EMS, SASD), du système de santé dans son ensemble ou des institutions de formation. À des fins de clarification, les différents concepts portant sur le personnel de soins et d'accompagnement sont explicités ici avec leurs résultats correspondants.

Les besoins en personnels supplémentaires, les besoins en remplacements et le remplacement des sorties précoces constituent le socle dur des besoins nécessaires à faire fonctionner le système. L'évaluation de ces besoins repose sur des données cantonales observées et comparables ces dernières années. Ces résultats peuvent ainsi être comparés aux précédentes périodes de planification.

Comme mentionné dans l'introduction, il a été possible d'inclure dans la présente estimation des informations sur la formation (estimations du nombre d'abandons en cours de formation et de diplômées et diplômés exerçant en définitive dans un autre domaine que celui dans lequel ils ont obtenus leur diplôme, ou en dehors d'une institution de santé). Les estimations reposent sur des hypothèses fédérales et nationales qui ne tiennent pas forcément compte des réalités cantonales. Il faut rappeler ici que le canton de Genève est un canton ville, avec une large frontière internationale et un tissu sanitaire dense centralisé sur un seul hôpital universitaire qui fournit tous les types de prestations. Par conséquent, les résultats fournissent, certes, des indications utiles, mais ne doivent pas être considérés comme une vérité absolue. Ci-dessous sont présentées les différentes catégories de besoins avec leurs résultats respectifs.

9.4.6.3 Besoins de personnel supplémentaire

Sur la période 2022-2028, le modèle de projection prévoit que le besoin en personnel soignant passera de 14 026 personnes à 15 391 personnes (+1 364 personnes ; +9,7%, Figure 9.19). Si l'on considère les besoins supplémentaires à l'horizon 2050, l'augmentation est de +48,7% (+6 835 personnes).

Selon le modèle de projection en 2028, l'effectif de niveau tertiaire passera de 7 013 à 7 650 personnes employées et s'accroîtra de 9,1% (+637 personnes). Par rapport aux autres niveaux de formation, cette hausse est plus contenue, ce qui s'explique par le fait que la plus grande partie de cette catégorie de personnel est active dans les soins aigus hospitaliers, un secteur dont l'activité ne devrait augmenter que modérément. Comme les soignants de niveau tertiaire représentent près de la moitié de l'effectif en personnel de soins et d'accompagnement, il s'agit toutefois de la hausse la plus importante quantitativement.

Au niveau secondaire II, les besoins devraient s'accroître légèrement plus rapidement, la moitié des employés de cette catégorie étant actifs dans le domaine des soins de longue durée. Le modèle de projection prévoit ainsi une hausse de 10.4% de l'effectif d'ASSC, soit 101 personnes employées supplémentaires. Pour les ASE, il prévoit une augmentation de 10.4% avec 33 personnes supplémentaires. Les ASA et les aides-soignants devraient augmenter de 303 personnes au total (+11.1%). Les ASA étant une nouvelle formation susceptible de remplacer les aides-soignants, le nombre précis de chaque professionnel n'est pas possible à déterminer en année cible. Le grade-mix de l'effectif actuel a donc été conservé. Pour la totalité du personnel de niveau secondaire II, le modèle de projection prévoit 449 personnes supplémentaires à l'horizon 2028 par rapport à l'effectif total de 4 100 personnes (+11,0%).

Finalement, les besoins en personnel « Autre/sans formation » devraient s'accroître de 11.6%, soit 134 personnes supplémentaires ; ceux en personnel médico-technique de 73 personnes supplémentaires (+8.8%) et ceux en personnel médico-thérapeutique de 72 personnes (+8.4%).

9.4.6.4 Besoins de remplacements

Remplacement des départs à la retraite

On prévoit que toutes les personnes employées ayant 59 ans ou plus en 2022 partiront à la retraite à l'horizon 2028. La structure par âge du personnel des SASD n'étant pas connue dans les données de Spitex, on utilise une structure similaire du personnel des EMS, en intégrant une correction dans les données en fonction des différences d'âge moyen des données de Genève. Cette méthode n'est toutefois pas possible pour le personnel médico-thérapeutique dans Spitex et les départs à la retraite ne sont donc pas estimés.

On estime ainsi que dans l'ensemble, 7.5% des personnes du domaine des soins et de l'accompagnement atteindront l'âge de la retraite à l'horizon 2028 (Figure 9.19). Cette part augmente à 64,9% si l'on considère l'horizon 2050.

Remplacement des sorties précoces de la profession (soignants de niveau tertiaire)

Afin d'estimer le nombre de sorties précoces de la profession à l'horizon 2028, les taux de sortie par classe d'âge observés en moyenne suisse (voir le Tableau 12.11, au chapitre 12) sont appliqués aux effectifs du canton de Genève. Dans l'ensemble, on estime que sur la période 2022-2028, 450 soignants du degré tertiaire quitteront la profession de manière précoce (6.4% de l'effectif tertiaire, Figure 9.19). Si l'on ajoute les 480 personnes qui partiront à la retraite, cela représente 930 personnes, soit environ 13.3% de l'effectif tertiaire en poste.

Figure 9.19 – Hôpitaux, EMS et SASD : Effectif en personnel de soins et d'accompagnement en 2022 et projections des besoins de relève aux horizons 2028 et 2050 (nombre de personnes employées), par niveau de formation et selon le type d'institution, Genève

Niveau de formation	Type d'institution		Effectif en 2022	Horizon 2028				Horizon 2050
				Besoins supp.	Retraites	Sorties précoces	Besoins de relève	Besoins de relève
Degré tertiaire	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	3558	287	217	228	732	3997
		Psychiatrie	835	38	91	50	180	800
		Réadaptation	682	82	45	45	172	923
	Établissements médico-sociaux		874	127	77	60	264	1238
	Services d'aide et de soins à domicile		1064	103	50	67	220	1320
Total			**7013**	**637**	**480**	**450**	**1567**	**8279**
Assistant-e en soins et santé communautaire	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	222	18	19	.	37	231
		Psychiatrie	16	1	2	.	3	14
		Réadaptation	81	10	8	.	18	119
	Établissements médico-sociaux		204	30	6	.	36	228
	Services d'aide et de soins à domicile		451	44	35	.	79	530
Total			**974**	**101**	**70**		**172**	**1122**
Assistant-e socio-éducatif-ve	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	112	9	10	.	19	116
		Psychiatrie	8	0	1	.	1	7
		Réadaptation	41	5	4	.	9	60
	Établissements médico-sociaux		126	18	7	.	25	130
	Services d'aide et de soins à domicile		2	0	0	.	0	2
Total			**289**	**33**	**22**		**55**	**315**
Aide en soins et accompagnement	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	206	17	17	.	34	214
		Psychiatrie	15	1	2	.	2	13
		Réadaptation	75	9	8	.	17	110
	Établissements médico-sociaux		291	42	13	.	55	407
	Services d'aide et de soins à domicile		37	4	2	.	6	48
Total			**624**	**72**	**42**		**114**	**792**
Aide soignant-e	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	746	60	63	.	123	775
		Psychiatrie	54	3	6	.	9	48
		Réadaptation	271	33	28	.	60	399
	Établissements médico-sociaux		753	109	95	.	204	1081
	Services d'aide et de soins à domicile		278	27	0	.	27	311
Total			**2102**	**231**	**192**		**424**	**2613**
Autre sec. II	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	58	5	5	.	10	61
		Psychiatrie	4	0	1	.	1	4
		Réadaptation	21	3	2	.	5	31
	Établissements médico-sociaux		19	3	4	.	7	26
	Services d'aide et de soins à domicile		9	1	2	.	3	12
Total			**111**	**11**	**14**	**.**	**25**	**133**
Autres/sans formation	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	75	6	5	.	11	74
		Psychiatrie	6	0	.	.	0	6
		Réadaptation	17	2	.	.	2	23
	Établissements médico-sociaux		488	71	42	.	113	676
	Services d'aide et de soins à domicile		568	55	49	.	104	718
Total			**1154**	**134**	**96**	**.**	**230**	**1497**
Personnel médico-technique	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	890	72	76	.	148	951
		Psychiatrie	3	0	1	.	1	3
		Réadaptation	8	1	1	.	2	12
Total			**901**	**73**	**78**	**.**	**151**	**966**
Personnel médico-thérapeutique	Hôpitaux et cliniques	Soins aigus	426	34	29	.	63	397
		Psychiatrie	186	9	20	.	29	166
		Réadaptation	166	20	13	.	33	213
	Établissements médico-sociaux		41	6	5	.	11	59
	Services d'aide et de soins à domicile		39	4	*	.	4	21
Total			**858**	**72**	**67**	**.**	**140**	**856**
Total des niveaux de formations			**14026**	**1364**	**1061**	**450**	**2876**	**16573**

Note : * Les départs à la retraite ne sont pas estimés pour le personnel médico-thérapeutique des SASD. Le besoin supplémentaire est défini en fonction du scénario de référence. En raison des arrondis effectués par le programme statistique SAS, de légères différences peuvent apparaître entre la valeur "Total" et la somme des valeurs individuelles mentionnées.

Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

9.4.6.5 Besoins de relève annuel moyen des institutions de santé

Dans l'ensemble, le besoin de relève en personnel soignant de niveau tertiaire des institutions de santé est estimé à 1 567 personnes pour la période 2022-2028, soit un besoin de relève annuel de 261 personnes en moyenne (Figure 9.20). En d'autres termes, les institutions de santé devraient chaque année recruter, à travers l'engagement de nouvelles diplômées et de nouveaux diplômés, des professionnelles et professionnels migrants ou ayant auparavant quitté la profession, l'équivalent de 3.7% de l'effectif en 2022 (Figure 9.21).

Figure 9.20 – Besoins de relève annuels moyens sur la période 2022-2028 par niveau de formation, Genève

Note : * Les départs à la retraite ne sont pas estimés pour le personnel médico-thérapeutique des SASD.
Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

Figure 9.21 – Besoins de relève annuels moyens sur la période 2022-2028 par niveau de formation, Genève

Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

Les besoins en personnel supplémentaire liés à l'évolution du recours aux soins représentent un peu plus d'un tiers du besoin de relève (40.6%). Les départs à la retraite en constituent 30.6% et les 28.7% restants ont trait aux sorties précoces de la profession.

Pour les autres niveaux de formation, l'estimation des besoins de relève ne comprend que les besoins en personnel supplémentaire et les départs à la retraite. Au niveau secondaire II, le besoin de relève annuel moyen est estimé à 132 personnes selon le scénario de référence : 29 ASSC, 9 ASE, 90 ASA ou aides-soignants et 4 autres secondaire II. Finalement, le besoin de relève moyen pour les personnes sans titre de formation formel est estimé à 39 personnes par année. Au total, c'est 3,5% de l'effectif de personnel de soins et d'accompagnement qui devrait être recruté chaque année pour couvrir les besoins de relève selon le scénario de référence.

Une estimation du besoin de relève annuel moyen est aussi disponible pour le personnel médico-technique et le personnel médico-thérapeutique, avec respectivement 25 et 23 personnes par année, ce qui représente 2.8% et 2.7% de l'effectif en poste par année.

9.4.6.6 Besoin hypothétique de diplômées et de diplômés du tertiaire et du secondaire II

Le besoin hypothétique de diplômées et de diplômés du tertiaire calcule le nombre de titres qu'il faudrait délivrer afin que les besoins de relève des institutions de santé soient entièrement couverts. Ce besoin tient compte du fait que pour chaque niveau de formation, une partie des diplômées et des diplômés n'est pas disponible pour les institutions de santé. En effet, en moyenne, en Suisse 27% de diplômées et de diplômés du tertiaire ne seraient pas disponibles pour les institutions de santé.

Comme déjà mentionné, il est important de rappeler que les objectifs de diplômées et de diplômés aux différents niveaux de formation sont corrélés les uns aux autres et interdépendants.

Partant d'un besoin de relève annuel moyen de 261 soignants pour les institutions de santé du canton de Genève, le besoin hypothétique de diplômées et de diplômés (pour que le besoin de relève soit entièrement couvert) serait de 358 titres en soins infirmiers. (Figure 9.22).

Dans le secondaire II, partant d'un besoin de relève annuel moyen de 128 personnes pour les institutions de santé du canton de Genève, le besoin hypothétique de diplômées et de diplômés pour que ce besoin de relève soit entièrement couvert passerait ainsi à 165 titres à délivrer chaque année. Dans le détail, pour chaque profession, cela signifierait qu'il faudrait 41 diplômes d'ASSC, 11 diplômes d'ASE et 112 diplômes d'ASA ou d'aides-soignants[27].

[27] Rappelons par ailleurs qu'il subsiste une incertitude sur la catégorie « autre sec. II », pour lequel le besoin de relève est évalué à 4 personnes sans qu'il soit possible d'estimer un objectif de diplômées et de diplômés.

Figure 9.22 – Objectifs annuels moyens de diplômées et de diplômés (2022-2028) en personnel soignant pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé, Genève

Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

9.4.6.7 Abandon de formation : besoin hypothétique initial de candidats à la formation

Parmi les personnes entamant une formation dans le domaine des soins et de l'accompagnement, toutes n'obtiennent pas leur diplôme dans les délais impartis. Cela peut par exemple être dû à une interruption des études, à un changement de filière de formation ou à un échec définitif aux examens. Cette perte peut être estimée en tenant compte des taux d'abandon observés ces dernières années. Si un objectif de diplômées et de diplômés est visé, il serait utile de tenir compte de cette perte lors du recrutement et de l'admission de nouvelles étudiantes et nouveaux étudiants. Ici encore, le besoin hypothétique initial de candidats à la formation du tertiaire et du secondaire II est calculé sur la base d'hypothèses retenues au niveau Suisse.

Au niveau tertiaire, on retient un taux d'abandon ou d'échec de la formation en soins infirmiers de 16.2% en Suisse. L'objectif annuel moyen de nouvelles étudiantes et nouveaux étudiants pour assurer 100% du besoin de relève des institutions de santé passe ainsi à 427 entrants au niveau tertiaire, en comptant 69 abandons de formation (Figure 9.23).

Au niveau secondaire II, le taux de résiliation du contrat d'apprentissage retenu se situe entre 18,8% pour les ASSC et 21.7% pour les ASA. Cela représente ainsi un objectif de 205 nouveaux entrants en formation secondaire II, avec 51 ASSC, 14 ASE et 143 ASA ou aides-soignants.

Figure 9.23 – Objectifs annuels moyens d'étudiantes et d'étudiants entrants (2022-2028) en personnel soignant pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé, Genève

Note : En raison des arrondis effectués par le programme statistique SAS, de légères différences peuvent apparaître entre l'objectif de nouveaux entrants et la somme des valeurs individuelles mentionnées.
Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

9.4.7 Formation : évolution du nombre de titre délivrés

9.4.7.1 Niveau tertiaire

En 2022, la Haute école de Santé de Genève (HEdS-GE) a octroyé 133 titres en soins infirmiers (Figure 9.24). En considérant plutôt les diplômées et les diplômés ayant leur domicile dans le canton de Genève, ce sont 112 titres qui sont recensés en 2022. Avec 54 titres recensés en 2012 pour les diplômées et les diplômés domiciliés à Genève, le taux de croissance annuel moyen est ici de 7.6%. Si l'on considère les diplômes délivrés par la HEdS-GE, le taux de croissance annuel moyen est de 6.5%.

La plupart des diplômées et des diplômés genevois se forment dans le canton de Genève (91% en 2022,Tableau 9.6). Une diplômée ou un diplômé sur quatre formé dans le canton de Genève est domicilié dans un autre canton en 2022 (77% en 2022). Aucune résidente ou aucun résidant genevois n'est recensé au sein des diplômées et des diplômés en soins infirmiers d'une ES d'un autre canton.

Figure 9.24 – Formation : diplômées et diplômés dans le domaine des soins, degré tertiaire, Genève, de 2012 à 2022

Source : OFS – Banque de données des étudiantes et des étudiants et diplômes du système d'information universitaire suisse (SHIS-studex) © OBSAN 2024

Tableau 9.6 – Formation : diplômées et diplômés dans le domaine des soins selon le canton de domicile et le canton de formation, degré tertiaire, Genève, de 2012 à 2022

Bassin de formation	Titre professionnel	Nombre de titres délivrés										
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Domicile dans le canton de GE	Bachelor of Science en soins infirmiers (BScN)	54	66	63	103	79	92	113	111	115	110	112
Formation dans le canton de GE	Bachelor of Science en soins infirmiers (BScN)	71	76	79	107	80	108	117	115	130	135	133
Domicile et formation dans le canton de GE	Bachelor of Science en soins infirmiers (BScN)	51	61	59	92	67	87	98	93	107	99	102
	En % des diplômés domiciliés dans le canton de GE	94	92	94	89	85	95	87	84	93	90	91
	En % des diplômés immatriculés dans le canton de GE	72	80	75	86	84	81	84	81	82	73	77

Source : OFS – Banque de données des étudiantes, étudiants et diplômes du système d'information universitaire suisse (SHIS-studex) © OBSAN 2024

9.4.7.2 Niveau secondaire II

Au niveau secondaire II, les trois formations considérées dans le domaine des soins et de l'accompagnement sont celles d'ASSC, d'ASE (options généraliste et accompagnement des personnes âgées) et d'ASA. Dans l'ensemble, 400 diplômes ont été délivrés pour ces trois filières en 2022 (Figure 9.25), contre 96 diplômes en 2012. On remarque toutefois un plateau quant au nombre de diplômes délivrés depuis 2018 (438 diplômes).

La formation d'ASSC affiche une croissance relativement constante du nombre de diplômées et de diplômés sur la période étudiée, avec 31 diplômes en 2012 et 113 en 2022. Le nombre de titres d'ASE s'est également accru entre 2012 et 2018, avec 65 diplômées ou diplômés en 2012 pour atteindre en moyenne environ 200 diplômées ou diplômés chaque année depuis 2018. Une particularité du canton de Genève est la formation très majoritaire d'ASE généralistes et une part faible d'ASE en option accompagnement des personnes âgées. Il est ainsi difficile d'estimer la part de diplômées et diplômés travaillant dans les soins après leurs études.

Enfin, pour la filière ASA pour laquelle les premiers titres ont été remis en 2014, 106 diplômes ont été décernés en 2022. On observe aussi pour cette formation une constance du nombre de diplômées et de diplômés depuis 2018.

Figure 9.25 – Formation : diplômées et diplômés dans le domaine des soins, degré secondaire II, Genève[1], de 2012 à 2022

[1] Canton de l'entreprise formatrice

Source : OFS – Statistique des diplômes (SBA) © OBSAN 2024

9.4.7.3 Considérations

En rapportant l'activité de formation à la population du canton de Genève, on constate que le taux de diplômées et de diplômés du degré tertiaire au sein du canton (25.9 diplômées et diplômés pour 100 000 habitants) est inférieur à celui de la Suisse en 2022 (37.2) et de la Suisse romande (32.6). Ceci pourrait indiquer que les institutions de santé du canton de Genève ont tendance à recourir davantage à du personnel extracantonal pour subvenir à leur besoin de personnel diplômé du tertiaire que les autres cantons.

Au niveau secondaire II, le taux de diplômées et de diplômés (77.8) est cette fois plus élevé dans le canton de Genève qu'en Suisse romande (61.8) et qu'en moyenne suisse (73.2). Par rapport à la Suisse romande, les taux de diplômée et de diplômés ASE et ASA sont plus élevés dans le canton de Genève alors que le taux de diplômées et de diplômés ASSC est plus bas. Ceci pourrait indiquer que les institutions de santé du canton de Genève recourent plus que celles des autres cantons à du personnel indigène pour subvenir à leurs besoins de diplômées et de diplômés du secondaire II.

Initié depuis plus de 10 ans, le programme pour favoriser la relève de professionnelles et de professionnels de la santé a permis de doubler la capacité de formation de la HEdS, qui délivre aujourd'hui deux fois plus de diplômes qu'en 2012. Ce programme a également permis de mette l'accent sur les formations de degré secondaire II, notamment les ASSC et les ASA, dont les nombres de diplômées et de diplômés n'ont cessé d'augmenter.

Comme par le passé, le canton poursuivra ces efforts en matière de formation pour améliorer la situation et devenir plus autonome en la matière. Avec l'initiative sur les soins infirmiers forts, il est prévu de lancer une vaste campagne de promotion du métier d'infirmière et d'infirmier.

9.4.8 Conclusion

Si ces projections fournissent des indications utiles quant aux besoins de relève des institutions de santé du canton de Genève ainsi qu'aux implications pour le domaine de la formation, il est important de souligner l'incertitude qui pèse sur les différents paramètres considérés. Particulièrement pour le degré tertiaire, les trajectoires de formation et professionnelles des personnes formées sont anticipées sur la base de valeurs observées en moyenne suisse. Il est possible que la situation prévalant dans le canton de Genève s'écarte des tendances pour la Suisse, ou que celle-ci évolue différemment à l'avenir. Ces projections permettent toutefois d'identifier les différents aspects à considérer dans la planification des besoins de relève et à évaluer le potentiel d'action dans les différents champs d'interventions.

Sur la base des effectifs recensés, les besoins de relève ont été calculés en mettant l'accent sur le personnel de soins et d'accompagnement, ainsi que le personnel médico-technique et médico-thérapeutique. Il est rappelé que les besoins de relève comprennent les besoins supplémentaires en personnel induits par la croissance des prestations, le remplacement des départs à la retraite et le remplacement des sorties précoces de la profession, calculé uniquement pour l'effectif de degré tertiaire. Ils constituent l'essentiel des besoins en personnel de santé pour les institutions du canton.

Partant d'un effectif de 12 267 personnes employées dans les soins et l'accompagnement, un besoin de relève de 2 585 personnes est identifié à l'horizon 2028 (Tableau 9.7). Il se compose de 1 219 personnes supplémentaires, 916 remplacements des départs à la retraite, et 450 infirmières et infirmiers en remplacement des sorties précoces. En considérant en outre le personnel médico-technique et médico-thérapeutique, l'effectif passe à 14 026 personnes employées et un besoin de relève de 2 876 personnes à l'horizon 2028.

Tableau 9.7 – Hôpitaux, EMS et SASD : Effectif en personnel de soins et d'accompagnement en 2022 et projections des besoins de relève à l'horizon 2028 (nombre de personnes employées), par niveau de formation, Genève

Domaine	Degré de formation	Effectif en 2022	Horizon 2028				
			Besoins supp.	Retraites	Sorties précoces	Besoins de relève totaux	Besoins de relève annuels moyens
Soins et accompagnement	Degré tertiaire	7'013	637	480	450	1'567	261
	Secondaire II	4'100	449	340	.	789	131
	Assistant-e en soins et santé communautaire	974	101	70	.	172	29
	Assistant-e socio-éducatif-ve	289	33	22	.	55	9
	Aide en soins et accompagnement	624	72	42	.	114	19
	Aide soignant-e	2'102	231	192	.	424	71
	Autre sec. II	111	11	14	.	25	4
	Autres/sans formation	1'154	134	96	.	230	38
	Total soins et accompagnement	12'267	1'219	916	450	2'585	431
Autres	Personnel médico-technique	901	73	78	.	151	25
	Personnel médico-thérapeutique	858	72	67	.	140	23
Total		14'026	1'364	1'061	450	2'876	479

Note : Les départs à la retraite du personnel médico-thérapeutique des SASD ne sont pas disponibles dans les données.
Source : Modèle OBSAN © OBSAN 2024

Ces valeurs résultant des besoins en personnel supplémentaire, des besoins en remplacements et du remplacement des sorties précoces constituent le noyau des besoins

nécessaires pour faire fonctionner le système. Annuellement, il faudrait ainsi 479 personnes supplémentaires par année.

Le nombre de diplômées et de diplômés n'a cessé de croître dans toutes les formations concernées. En particulier, la capacité de la HEdS a été doublée. En outre, au niveau du secondaire II, le canton de Genève a le taux de diplômées et de diplômés le plus élevé des autres cantons. Ainsi, en 2022, 133 diplômes d'infirmières et d'infirmiers ont été délivrés, 113 pour les ASA ; 181 pour les ASE et 106 pour les ASSC.

Pour la première fois, il a été possible de calculer des besoins hypothétiques de diplômées et de diplômés pour les professions des soins et accompagnement du degré tertiaire et secondaire II (Tableau 9.8). Ce nombre tient compte des taux d'échec en cours de formation et des personnes n'exerçant pas, in fine, le métier dans lequel elles se sont diplômées.

Pour le degré tertiaire, sur la base des hypothèses suisses en matière de taux d'abandon et de perte de diplômées et de diplômés, et partant d'un besoin de relève annuel moyen de 261 personnes, 97 diplômées et diplômés ne travailleraient pas dans le secteur et 69 étudiantes et étudiants n'arriveraient pas au bout de leur formation en raison d'échecs ou d'abandons. Une couverture à 100% impliquerait ainsi que 427 personnes devraient débuter la formation chaque année.

Pour le degré secondaire II, partant d'un besoin de relève annuel moyen de 127 personnes, 38 diplômées et diplômés ne travailleraient pas dans le secteur et 43 étudiantes ou étudiants n'arriveraient pas au bout de leur formation. Une couverture à 100% impliquerait ainsi que 208 personnes devraient débuter la formation chaque année.

Tableau 9.8 – Besoins en relève de professionnelles et de professionnels de la santé du canton de Genève

Domaine	2022		2028	
	Effectif en personnel		Besoins de relève totaux	Besoins de relève moyens par année
	N		N	N
Total	**14'026**	► Besoins de relève ►	**2'876**	**479**
Soins et accompagnement	**12'267**		**2'585**	**431**
Degré tertiaire	7'013		1'567	261
Secondaire II	4'100		789	131
Assistant et assistante en soins et santé communautaire	974		172	29
Assistante socio-éducative et assistant socio-éducatif	289		55	9
Aide en soins et accompagnement	624		114	19
Aide soignante et aide soignant	2'102		424	71
Autre secondaire II	111		25	4
Autre/sans formation	1'154		230	38
Autres	**1'759**		**291**	**48**
Personnel médico-technique	901		151	25
Personnel médico-thérapeutique	858		140	23

Note : Les départs à la retraite du personnel médico-thérapeutique des SASD ne sont pas disponibles dans les données. Le besoin supplémentaire se base sur le scénario de référence.
Source : OFS - KS, OFS - SOMED, OFS - SPITEX, canton de Genève et Modèle OBSAN © OBSAN 2024

Tableau 9.9 – Besoin théorique annuel moyen de diplômées et de diplômés en personnel soignant pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé

Domaine	Jusqu'en 2028 par année	
	Nombre de nouveaux étudiants	Nombre de diplômés
	N	N
Total Soins et accompagnement	635	523
Degré tertiaire	427	358
Secondaire II	208	165
Assistant et assistante en soins et santé communautaire	51	41
Assistante socio-éducative et assistant socio-éducatif	14	11
Aide en soins et accompagnement	30	24
Aide soignante et aide soignant	113	88

Source : OFS - KS, OFS - SOMED, OFS - SPITEX, canton de Genève et Modèle OBSAN © OBSAN 2024

Il n'est pour l'instant pas réaliste de penser que le canton sera à un horizon prévisible totalement autosuffisant. Avec un taux de couverture des besoins de relève qui augmentent ces dernières années pour tous les types de formations, il devrait toutefois être en mesure de diminuer sa dépendance envers le personnel formé à l'extérieur du canton. Si cet objectif semble être moins facile à atteindre concernant le degré tertiaire (personnel infirmier), la situation est plus favorable pour le degré secondaire II. En effet, il apparaît vraisemblable qu'à l'avenir la part d'ASSC continue d'augmenter au sein des institutions de santé, en lien avec l'engagement des institutions pour offrir des places de formation et de stages dans les métiers du secondaire II, combiné avec les indemnités de stages et des incitatifs de l'assurance chômage pour encourager les reconversions dans ces métiers.

Dans tous les cas, le canton a fermement l'intention de poursuivre ses efforts en matière de formation pour renforcer son autonomie et répondre de manière adéquate aux besoins de santé de sa population. L'objectif reste d'augmenter le nombre de diplômées et de diplômés dans le domaine de la santé et de former du personnel en quantité suffisante et de haute qualité.

En outre, un effort devra également être fourni pour limiter les départs précoces de la profession et améliorer l'attractivité de celle-ci. La mise en œuvre de l'article constitutionnel 117b sur les soins infirmiers, adopté en novembre 2021, va y contribuer, notamment au travers de la rémunération appropriée des soins infirmiers, des conditions de travail adaptées et des possibilités de développement professionnel des personnes exerçant dans le domaine des soins infirmiers.

Ainsi et au regard des éléments qui précèdent, il convient de souligner que la réponse à l'enjeu complexe de la relève nécessite d'agir conjointement sur les deux leviers d'actions que sont la formation, en amont, et les conditions d'emploi, en aval.

10 Conclusion et perspectives

La planification sanitaire 2025-2028 a comme objectif de déterminer l'évolution des besoins en soins de la population du canton de Genève et de définir les moyens de les satisfaire avec des prestations de qualité, et de la façon la plus rationnelle et la plus économique possibles. Celle-ci a été réalisée pour les domaines suivants :

- Impact sur les structures sanitaires : secteurs hospitalier et médico-social ;
- Activité ambulatoire à charge de l'AOS ;
- Axes forts ;
- Ressources humaines.

Sur la base des projections démographiques, le résultat des projections est sans surprise : les besoins augmenteront de 5 à 15% pour l'ensemble des types de structures si aucune mesure n'est entreprise. La hausse des besoins de relève de professionnelles et de professionnels sera corrélée à cette augmentation, et les besoins iront même au-delà pour le secteur des consultations d'urgences communautaires.

Les groupes de travail ont cependant proposé des mesures permettant de mitiger cette hausse des besoins liée aux effets démographiques.

En premier lieu, les actions de prévention sont à mettre en place, à tous niveaux, pour agir sur les déterminants de la santé et influer sur la santé de la population. L'amélioration des structures d'accueil et des conditions de logement pour les populations les plus vulnérables, notamment des personnes avec des problèmes psychiques, est également recommandée. Pour les personnes âgées, l'offre d'IEPA est notamment une réponse qui semble donner satisfaction aux bénéficiaires. Ces actions permettront d'augmenter l'autonomie et de limiter le besoin de recours aux soins, dans tous les secteurs.

L'augmentation de la coordination entre les différents acteurs a ensuite été identifiée comme une des mesures prioritaires qui permettra d'améliorer la prise en charge communautaire et le maintien à domicile. Plusieurs pistes sont proposées dans ce domaine, telles que l'extension des maisons de santé

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation est par ailleurs préconisé. On peut par exemple citer les dispositifs d'hospitalisation à domicile, les UATM, le renforcement des hôpitaux de jour de rééducation ou le développement des urgences communautaires. En parallèle, une amélioration des trajectoires entre les différentes structures de prise en charge est également mise en avant, afin de raccourcir les durées de séjour. On peut ainsi mentionner le développement d'itinéraires cliniques, le développement de structures intermédiaires ou le dispositif de coordination des entrées en EMS.

Pour répondre à ces évolutions, le système de santé va devoir compter sur un personnel formé en suffisance. Ce point est déjà un défi en soi, au vu des départs à la retraite des baby-boomers, impactant de manière conséquente certaines professions. Malgré le nombre croissant de diplômées et de diplômés, le constat est fait que certaines professions attirent moins les jeunes générations et que les filières peinent à recruter. Une réflexion doit dès lors être menée sur la relève, la rétention du personnel et les possibilités de rendre ces professions plus attractives dans le regard des jeunes.

Dans ce contexte, la réflexion sur la réponse adéquate à apporter aux besoins va se poursuivre au-delà des résultats du présent rapport de planification, en parallèle du suivi de l'évolution de l'activité. Les efforts de formation de la relève des professionnelles et des professionnels de la

santé doivent également continuer pour améliorer l'autonomie du canton en matière de formation et ainsi assurer de manière durable une prise en charge adéquate à long terme.

11 Récapitulatif des besoins 2025-2028 pour le canton de Genève

Tableau 11.1 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Secteur hospitalier

Domaine	Besoin supplémentaire identifié pour la période 2025-2028	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Soins aigus	+8.1% de croissance en nombre d'hospitalisation par rapport à 2022 avec 4 718 hospitalisations supplémentaires.	Actions de prévention auprès des ainés. Mise en place d'une meilleure coordination avec les structures de suite.
Psychiatrie	+4.6% de croissance en nombre d'hospitalisation par rapport à 2022 avec 156 hospitalisations supplémentaires.	Renforcement de la coordination des acteurs. Evolution des soins ambulatoires et à domicile. Développer les logements et l'accompagnement adéquats pour les patientes et les patients avec un trouble psychique.
Réadaptation	+12% de croissance en nombre d'hospitalisation par rapport à 2022 avec 755 hospitalisations supplémentaires.	Développement de la réadaptation semi-stationnaire et domiciliaire. Amélioration du processus de suivi des patientes et des patients en attente de place en EMS. Diminution de la durée moyenne de séjour en lits de soins de maintien.

Tableau 11.2 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Secteur médico-social

Domaine	Besoin supplémentaire identifié pour la période 2025-2028	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Etablissements médicosociaux (EMS)	+14.5% de croissance en nombre de résidentes et résidents par rapport à 2022 avec 559 résidentes et résidents supplémentaires.	Agrandissements prévus de plusieurs EMS. Stratégies alternatives en cours de réflexion pour combler le manque de lits étant donné que la population concernée va diminuer à terme.
Soins à domicile (SAD)	+11% d'heures de soins par rapport à 2022 avec 120 186 heures de soins supplémentaires.	Favoriser le développement des soins à domicile.
Unités d'accueil temporaire de répit dans les EMS (UATR-EMS)	+11.4% de croissance en nombre de séjours par rapport à 2022 avec 58 séjours supplémentaires.	Lourdeur administrative des UATR semble décourage leur maintien. Réflexion sur la création d'un UATR de grande capacité qui n'impacte pas les lits longs-séjours.
Unités d'accueil temporaire de répit hors EMS (UATR hors EMS)	+11.4% de croissance en nombre de séjours par rapport à 2022 avec 46 séjours supplémentaires.	Impact de la structure des Adrets a évaluer pour la prochaine planification.
Foyers pour personnes âgées	+7.3% de croissance en nombre de bénéficiaires par rapport à 2022 avec 34 bénéficiaires supplémentaires.	Nombre de place suffisant. Réflexion sur la spécialisation des foyers.
Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)	+6.2% de croissance en nombre de résidentes ou de résidents par rapport à 2022 avec 97 résidentes ou résidents supplémentaires.	8% d'augmentation de l'offre de logement par rapport à 2022.
Unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)	+9.7% de croissance en nombre de séjours par rapport à 2022 avec 1 séjour supplémentaire.	Regroupement des structures pour avoir 5 lits pour la démence psychiatrique et 12 lits UATR.

Tableau 11.3 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Secteur médical ambulatoire à charge de l'AOS

Domaine	Besoin supplémentaire identifié pour la période 2025-2028	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Offre ambulatoire à charge de l'AOS	Sur les 6 051 médecins autorisés à pratiquer sous propre responsabilité à Genève et actifs en août 2024, 4 245 médecins (70%) sont également admis à charge de l'AOS.	Développer les outils permettant d'analyser l'offre ambulatoire.

Tableau 11.4 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Axes forts

Domaine	Besoin supplémentaire identifié pour la période 2025-2028	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Promotion de la santé et de prévention		Intégrer la réflexion de la promotion de la santé et de la prévention de manière systématique dans tous les secteurs.
Aide sanitaire d'urgence	Près de 300 000 consultations d'urgence communautaire	Finalisation du rapport et pérennité du projet RUG+. Renforcer la coordination des acteurs et le développement de solutions innovantes. Développement d'incitation à la formation du personnel médical et soutien à la reconnaissance d'une médecine d'urgence. Renforcement de l'éducation de la population sur les habitudes de consommation de soins.

Domaine	Besoin supplémentaire identifié pour la période 2025-2028	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Maison de santé	Elargissement : - du projet pilote actuel à d'autres maisons de santé ; - du périmètre du projet à d'autres objectifs de santé publique, avec une approche épidémiologique et populationnelle basée sur les besoins de la communauté dans lesquelles les maisons de santé sont implantées, en lien avec le plan cantonal de PPS.	Capitaliser sur l'expérience des premières maisons de santé, afin de pouvoir fournir un soutien plus concret aux nouvelles structures ; Développer : - des indicateurs standardisés de qualité, d'accès, de processus et de résultat ; - un modèle uniformisé de financement ; - l'utilisation d'échelles de complexité des patients. Formaliser de nouvelles exigences, en particulier : - la contractualisation, par une convention, des relations entre le prestataire de soins LAMal (centre médical, cabinet de groupe, cabinets médicaux…) et l'association à but non-lucratif qui offre les prestations de la maison de santé et reçoit les financements publics ; - l'ouverture à la communauté ; - l'utilisation du dossier électronique du patient.

Tableau 11.5 Synthèse des besoins 2025-2028 – Ressources humaines

Domaine	Besoin supplémentaire identifié pour la période 2025-2028	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Personnel autorisé à pratiquer		
	Age AVS à fin 2024: • Soins infirmiers : 14% • Physiothérapie : 17.5% • Ergothérapie : 11.9% • Diététique : 4.5% • Sage-femmes :9% • Logopédie : 15% • Psychologie : 10%	Poursuivre les efforts de promotion des métiers de la santé et de formation de la relève.
Médecine humaine		
Médecins autorisés	19% des médecins auront atteint l'âge AVS à fin 2024.	Développer le monitorage de la formation des médecins. En plus des HUG, 30 autres établissements et 114 cabinets médicaux sont reconnus ISFM à Genève pour encadrer des médecins en formation postgrade.
Personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique		
Hôpitaux de soins aigus	507 personnes supplémentaires, 441 départs à la retraite, 228 sorties précoces de la profession.	Il faudrait 479 personnes supplémentaires par année.
Cliniques psychiatriques	52 personnes supplémentaires, 123 départs à la retraite, 50 sorties précoces de la profession.	

Domaine	Besoin supplémentaire identifié pour la période 2025-2028	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Cliniques de réadaptation	164 personnes supplémentaires, 109 départs à la retraite, 45 sorties précoces de la profession.	
EMS	406 personnes supplémentaires, 249 départs à la retraite, 60 sorties précoces de la profession.	
Soins à domicile	236 personnes supplémentaires, 139 départs à la retraite, 67 sorties précoces de la profession.	
Total	**1 364 personnes supplémentaires, 1 061 départs à la retraite et 450 sorties précoces de la profession.**	

12 Tableaux de données

Tableau 12.1 – Comparaison des projections 2020-2023 des hospitalisations, par cas et par jour et de la situation observée (Soins somatiques aigus), 2022

	Projection Cas	Observé Cas	Observé / projeté Cas	Projections Jours	Observé Jours	Observé / projeté Jours
Total	**57 557**	**58 518**	**102%**	**332 652**	**385 203**	**116%**
Paquet de base	20 362	22 998	**113%**	115 358	161 704	**140%**
Dermatologie	221	173	78%	2 012	1 226	61%
Oto-rhino-laryngologie	1 957	1 941	99%	7 319	7 208	98%
Neurochirurgie	332	372	112%	4 152	4 758	115%
Neurologie	1 420	511	36%	11 675	4 314	37%
Ophthalmologie	536	483	90%	1 478	1 285	87%
Endocrinologie	387	346	89%	4 938	4 588	93%
Gastroentérologie	1 455	1 448	100%	13 397	14 887	111%
Chirurgie viscérale	978	1 080	110%	10 666	11 157	105%
Hématologie	720	832	116%	7 519	10 099	134%
Vaisseaux	831	862	104%	8 729	9 135	105%
Cœur	2 360	2 890	122%	17 920	23 776	133%
Néphrologie	204	263	129%	2 214	3 377	153%
Urologie	2 823	2 973	105%	13 131	13 243	101%
Pneumologie	1 652	965	58%	17 659	11 693	66%
Chirurgie thoracique	158	121	77%	1 234	825	67%
Transplantations d'organes solides	38	55	145%	767	1 616	211%
Orthopédie	6 716	6 691	100%	37 741	40 803	108%
Rhumatologie	299	198	66%	1 384	1 035	75%
Gynécologie	2 099	1 983	94%	6 775	6 024	89%
Obstétrique	5 957	5 556	93%	22 234	23 284	105%
Nouveau-nés	5 140	5 071	99%	18 080	21 704	120%
(Radio-)oncologie	826	597	72%	5 054	5 326	105%
Traumatismes graves	68	109	160%	870	2 136	246%
Aigus_GER	17		0%	344		0%

Source : OBSAN

Tableau 12.2 – Nombre et jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour (DMS) par groupe de prestations (soins somatiques aigus), 2022

	Cas Suisse	Cas Genève	Jours Suisse	Jours Genève	DMS Suisse	DMS Genève
Total	**1 165 733**	**58 518**	**6 194 236**	**385 203**	**5. 3**	**6. 6**
Paquet de base	468 871	22 998	2 472 665	161 704	7.	7.
Dermatologie	3 732	173	23 598	1 226	6. 3	7. 1
Oto-rhino-laryngologie	36 526	1 941	122 816	7 208	3. 4	3. 7
Neurochirurgie	7 467	372	72 094	4 758	9. 7	12. 8
Neurologie	16 071	511	105 192	4 314	6. 5	8. 4
Ophthalmologie	10 564	483	22 544	1 285	2. 1	2. 7
Endocrinologie	6 291	346	56 799	4 588	9.	13. 3
Gastroentérologie	33 008	1 448	253 391	14 887	7. 7	10. 3
Chirurgie viscérale	26 044	1 080	252 160	11 157	9. 7	10. 3
Hématologie	15 702	832	150 543	10 099	9. 6	12. 1
Vaisseaux	20 595	862	161 380	9 135	7. 8	10. 6
Cœur	55 039	2 890	287 562	23 776	5. 2	8. 2
Néphrologie	4 641	263	47 449	3 377	10. 2	12. 8
Urologie	60 420	2 973	234 623	13 243	3. 9	4. 5
Pneumologie	19 185	965	174 328	11 693	9. 1	12. 1
Chirurgie thoracique	2 566	121	21 819	825	8. 5	6. 8
Transplantations d'organes solides	525	55	11 574	1 616	22.	29. 4
Orthopédie	150 323	6 691	821 926	40 803	5. 5	6. 1
Rhumatologie	4 331	198	28 294	1 035	6. 5	5. 2
Gynécologie	35 100	1 983	104 619	6 024	3.	3.
Obstétrique	92 647	5 556	351 064	23 284	3. 8	4. 2
Nouveau-nés	82 696	5 071	306 549	21 704	3. 7	4. 3
(Radio-)oncologie	10 624	597	82 511	5 326	7. 8	8. 9
Traumatismes graves	2 765	109	28 736	2 136	10. 4	19. 6

Source : OBSAN

Tableau 12.3 – Comparaison des projections 2020-2023 des hospitalisations par cas et par jour et de la situation observée (Psychiatrie), 2022

		Projections Cas	Observé Cas	Observé / projeté Cas	Projections Jours	Observé Jours	Observé / projeté Jours
Total	**Total**	**3 888**	**3 396**	**87%**	**121 068**	**112 552**	**93%**
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	121	78	64%	7 165	3 141	44%
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	632	340	54%	14 367	8 338	58%
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	704	651	92%	27 896	26 476	95%
F3	Troubles de l'humeur [affectifs]	1 199	1 148	96%	34 173	35 784	105%
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	378	308	81%	8 145	7 539	93%
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	56	24	43%	3 085	884	29%
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	302	457	151%	5 647	11 305	200%
F7	Retard mental	122	117	96%	4 818	4 507	94%
F8	Troubles du développement psychologique	35	14	40%	786	217	28%
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l adolescence	98	70	71%	1 441	1 150	80%
F99	Trouble mental, sans précision	2	0	0%	6	0	0%
Autres	Autres	240	189	79%	13 541	13 211	98%

Source : OBSAN

Tableau 12.4 – Nombre et jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour par groupe de prestations (Psychiatrie), 2022

		Cas Suisse	Cas Genève	Jours Suisse	Jours Genève	DMS Suisse	DMS Genève
Total	**Total**	**81 490**	**3 396**	**2 744 606**	**112 552**	**33.7**	**33.1**
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	4 076	78	137 861	3 141	33. 8	40. 3
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	16 346	340	464 060	8 338	28. 4	24. 5
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	12 316	651	456 519	26 476	37. 1	40. 7
F3	Troubles de l'humeur [affectifs]	28 020	1 148	1 013 246	35 784	36. 2	31. 2
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	10 026	308	277 259	7 539	27. 7	24. 5
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1 040	24	58 428	884	56. 2	36. 8
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	6 047	457	190 431	11 305	31. 5	24. 7
F7	Retard mental	718	117	26 485	4 507	36. 9	38. 5
F8	Troubles du développement psychologique	463	14	18 195	217	39. 3	15. 5
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l adolescence	943	70	36 613	1 150	38. 8	16. 4
F99	Trouble mental, sans précision	4	0	74	.	18. 5	.
Autres	Autres	1 491	189	65 435	13 211	43. 9	69. 9

Source : OBSAN

Tableau 12.5 – Nombre d´hospitalisations de patientes et de patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le groupe de prestations (Psychiatrie), 2022-2040

		Croissance 2022/2028	2022	2028	2034	2040	Tendances
Total		**4.6%**	**3 396**	**3 552**	**3 718**	**3 864**	
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	12.8%	78	88	97	108	
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances	3.8%	340	353	369	381	
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	4.1%	651	678	706	727	
F3	Troubles de l'humeur [affectifs]	4.7%	1 148	1 202	1 256	1 305	
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles	4.5%	308	322	337	351	
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations	4.2%	24	25	26	26	
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	2.8%	457	470	488	498	
F7	Retard mental	1.7%	117	119	125	127	
F8	Troubles du développement psychologique	0.0%	14	14	14	15	
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement	2.9%	70	72	71	73	
F99	Trouble mental, sans précision		0	0	0	0	
Autres	Autres	10.1%	189	208	230	254	

Source : OBSAN

Tableau 12.6 – Comparaison des projections 2020-2023 des hospitalisations par cas et par jour avec la situation observée (Réadaptation), 2022

	Projections Cas	Observé Cas	Observé / projeté Cas	Projections Jours	Observé Jours	Observé / projeté Jours
Total	**9 548**	**6 285**	**66%**	**315 246**	**148 259**	**47%**
Musculo-squelettique	3 007	1 782	59%	92 649	38 743	42%
Cardio-vasculaire	939	164	17%	30 166	3 322	11%
Pulmonaire	713	232	33%	19 344	4 001	21%
Neurologique	935	331	35%	48 507	12 622	26%
Réadaptation psychosomatique	966	510	53%	21 275	9 182	43%
Médecine-oncologie	776	297	38%	28 198	6 297	22%
Réadaptation gériatrique	1 514	2 956	195%	55 500	73 784	133%
Prestations non-attribuées	699	13	2%	19 607	308	2%

Source : OBSAN

Tableau 12.7 – Nombre et jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour par filière de réadaptation, 2022

		Cas Suisse	Cas Genève	Jours Suisse	Jours Genève	DMS Suisse	DMS Genève
Total	**Total**	**88 920**	**6 285**	**2 163 602**	**148 259**	**24.3**	**23.6**
MSK1	Musculo-squelettique général	21 509	1 753	437 207	38 087	20.3	21.7
MSK2	Rhumatisme inflammatoire	457	21	10 780	379	23.6	18.0
MSK3	Polytraumatisme sans lésion cérébrale	76	2	2 476	34	32.6	17.0
MSK4	Amputations	268	6	12 043	243	44.9	40.5
MSK5	Brûlures	13	0	806	.	62.0	.
NER1	Neurologique général	6 358	249	203 308	8 309	32.0	33.4
NER2	Neurologique avec symptômes neuro-psychiatriques sévères	1 508	17	73 466	1 576	48.7	92.7
NER3	Sclérose en plaque (stade avancé)	923	13	25 827	293	28.0	23
NER4	Parkinson (stade avancé, évaluation)	683	20	18 906	504	27.7	25.2
NER5	Polytraumatisme avec lésion cérébrale	73	1	3 723	170	51.0	170.0
NER6	Paraplégie et syndromes de type paraplégique	1 304	31	67 640	1 770	51.9	57.1
RKA1	Cardio-vasculaire général	6 689	161	139 274	3 243	20.8	20.1
RKA2	Cardio-vasculaire après transplantation cardiaque/coeur artificiel	33	3	854	79	25.9	26.3
PNR1	Pulmonaire général	4 702	208	95 034	3 518	20.2	16.9
PNR2	Hypertension pulmonaire/transplantation pulmonaire	123	24	2 588	483	21.0	20.1
INO1	Médecine	3 343	176	72 204	3 859	21.6	21.9
INO2	Oncologie	2 941	121	60 798	2 438	20.7	20.1
PSY	Réadaptation psychosomatique	2 232	506	54 818	9 091	24.6	18.0
SOM	Réadaptation des troubles somatoformes et des douleurs chroniques	582	4	18 166	91	31.2	22.8
GER	Réadaptation gériatrique	34 375	2 956	822 548	73 784	23.9	25.0
pna	Prestations non-attribuables	728	13	41 136	308	56.5	23.7

Source : OBSAN

Tableau 12.8 – Catégories de fonction relevées dans la statistique des hôpitaux (KS) et regroupements pour les analyses

Catégorie de fonction	Code	Regroupement pour les analyses		
Infirmier/ère avec spécialisation	7	Personnel soignant	Degré tertiaire	
Infirmier/ère diplômé/e	8			
Personnel soignant au niveau secondaire II	9		Degré secondaire II	ASSC
				ASE
Personnel soignant au niveau auxiliaire	10			ASA
				Aide soignant-e
				Autre sec. II
Autre personnel soignant	11		Autres/sans formation	
Sage-femme	12	Sage-femme		
Technicien/ne en salle d'opération	13	Personnel médico-technique		
Technicien/ne en radiologie	14			
Technicien/ne en analyse bio-médicale	15			
Personnel médico-technique avec un diplôme du niveau second	16			
Ambulancier/ère	17			
Technicien/ne ambulancier/ère	18			
Physiothérapeute	20	Personnel médico-thérapeutique		
Ergothérapeute	21			
Diététicien/ne	22			
Logopédie (orthophoniste)	23			
Thérapeute d'activation	24			
Psychologue	25			
Masseur médical	26			
Personnel médico-thérapeutique avec un diplôme du niveau se	27			
Autre thérapeute	32			

Sources : OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Données du canton de Genève © OBSAN 2024

Tableau 12.9 – Catégories de formation relevées dans la statistique SOMED et regroupements pour les analyses

Catégorie de formation	Code	Regroupement pour les analyses		
Infirmier/ère diplômé/e avec formation compléme	2	Personnel soignant	Degré tertiaire	
Infirmier/ère diplômé/e	3			
Infirmier/ère diplômé/e niveau I	4			
Personnel soignant avec diplôme étranger	6			
Assistant/e spécialisé/e en soins de longue durée et accompagnement BF	23			
Assistant/e en soins et santé communautaire CFC	7		Degré secondaire II	ASSC
Assistant/e socio-éducatif ASE	21			ASE
Aide en soins et accompagnement AFP	22			ASA
Aide-soignant/e avec certificat	9			Aide soignant-e
Infirmier/ère assistant/e CC CRS	5			Autre sec. II
Accompagnateur/trice CFC	14			
Auxiliaire de santé CRS	10		Autres/sans formation	
Assistant/e médical/e CFC	8	Assistant/e médical/e		
Thérapeute diplômé/e	12	Personnel médico-thérapeutique		
Trav. social/e diplômé/e	13	Activité et soins non LAMal et soins LAMal		
Autre formation assistance et soins	15			
Autre formation	19			
Personne non diplômée	20			

Source : OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) © OBSAN 2024

Tableau 12.10 – Catégories de formation relevées dans la statistique SPITEX et regroupements pour les analyses

Catégorie de formation	Code	Regroupement pour les analyses		
Infirmier/ère diplômé/e HES	100	Personnel soignant	Degré tertiaire	
Master of Science en soins infirmiers (MScN) HES	101			
Master of Science in Nursing (MSN)	102			
PhD Nursing Science	103			
Infirmier/ère diplômé/e ES	110			
Infirmier/ère diplômé/e niveau II	111			
Infirmier/ère diplômé/e SG/GKP/HMP/PSY	112			
Infirmier/ère diplômé/e niveau I	120			
Infirmier/ère diplômé/e en santé publique, domaine de l'aide et des soins à domicile	140			
Spécialisation infirmier/ère, branche puériculture	141			
Autres formations post-diplômes (clinicien/ne niveau I, gestion, soins palliatifs, soins intensifs, etc.)	142			
Infirmier/ère assistant/e CC CRS, niveau certificat	121		Degré secondaire II	Autre sec. II
Aide familiale (CFC ou diplôme cantonal), assistant/e en soins et santé communautaire CFC	130			ASSC
Assistant/e de personnes âgées CFC, assistant socio-éducatif CFC	132			ASE
Aide-soignant/e CRS, aide en soins et accompagnement AFP	133			ASA Aide soignant-e
Cours dans le domaine de l'aide et des soins	154		Autres/sans formation	
Sage-Femme	113	Sage-femme		
Autres professionnels diplômés de la santé (ergo- et physiothérapeute, etc.)	151	Personnel médico-thérapeutique		
Assistant/e médical/e CFC	131	Assistant/e médical/e		

Sources : OFS – Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX), Relevé structurel (RS), données du canton de Genève, analyse OBSAN © OBSAN 2024

Tableau 12.11 – Taux de sortie de la profession des soignants du degré tertiaire par classe d'âge, Suisse, 2020-2022

Classes d'âge	Taux de sortie de la profession		
	Valeur moyenne en%	IC (95%)	
20–24 ans	36.2	39.8	32.5
25–29 ans	25.7	28.0	23.4
30–34 ans	32.0	34.3	29.7
35–39 ans	36.1	38.5	33.7
40–44 ans	37.3	39.7	35.0
45–49 ans	40.3	42.7	37.8
50–54 ans	37.1	39.3	34.9
55–59 ans	44.3	46.5	42.2
60–64 ans	58.4	60.8	56.1
65+ ans	100.0	.	.

Source : Relevé structurel 2020-2022 © OBSAN 2024

13 Bibliographie

Björn af Ugglas, P. L. (2021). Emergency department crowding and mortality in 14 Swedish emergency departments, a cohort study leveraging the Swedish Emergency Registry (SVAR). *Plos One*, 1-15. Récupéré sur https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0247881

Bonsack, C. (2016). La psychiatrie communautaire dans l'inclusion sociale des troubles de la santé mentale. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*(167 (6)), 172-176.

CDS. (2008). *Guide "planification de la psychiatrie".* Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé.

CDS. (2022, mai 20). *Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière*. Récupéré sur Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé: https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/recommandations-en-matiere-de-planification-hospitaliere

Clémence Merçay, A. G. (2021). *Personnel de santé en Suisse - Rapport national 2021.* Neuchâtel: Obsan.

Conseil d'Etat. (2023, 11 29). *Programme de législature 2023-2028.* Récupéré sur République et canton de Genève: https://www.ge.ch/document/33989/telecharger

Conseil d'Etat. (2024, 03 21). *Les comptes 2023 de l'Etat de Genève illustrent la solidité financière du canton.* Récupéré sur République et canton de Genève: https://www.ge.ch/document/comptes-2023-etat-geneve-illustrent-solidite-financiere-du-canton

Conseil fédéral. (2023, 06 09). *Assurance-maladie : assurés résidant à l'étranger pris en compte dans la compensation des risques*. Récupéré sur Conseil fédéral: https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-95614.html

Conseil Fédéral. (2024). *Objectifs du Conseil fédéral pour le développement de la qualité AOS pour les années 2025-2028.* Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Curt, L. (2024). *Données PLAISIR Analyse transversale octobre 2023.* Lausanne: Commission technique intercantonale PLAISIR.

DCS. (2023, 12 21). *Augmentation des subsides d'assurance maladie délivrés par le canton en 2024.* Récupéré sur Département de la cohésion sociale: https://www.ge.ch/document/augmentation-subsides-assurance-maladie-delivres-canton-2024

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé. (2019). *Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023.* Genève: DSES.

DGS. (2018). *Lignes directrices pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles psychiques à Genève.* Genève: Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES).

DGS. (2019). *Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023.* Genève: Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES).

Dr Nicolas Perone, D. C.-C. (2023). Projet pilote de maison de santé à Genève. *Revue médicale Suisse*, 19: 906-910.

Dutoit, L. (2024). *Bases statistiques pour la planification médico-sociale du canton de Genève, Projection des besoins de 2022 à 2050.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Flurina Meier, R. G. (2023). *Recours aux prestations d'accompagnement et de soins par les seniors, rapport partiel 3.* Zürich: Pro Senectute Suisse.

France Weaver, S. C. (2009). *Modèl de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan). Récupéré sur https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2009-modele-de-projection-du-recours-aux-soins-comme-outil-daide-la-planification

Füglister-Dousse, S. (2024). *Bases statistiques pour la planification hospitalière genevoise 2025-2028. Rapport méthodologique.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

GDZH. (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht.* Zürich: Gesudheitsdirektion Kanton Zürich. Récupéré sur https://www.gd.zh.ch/

Groupe de perspectives économiques. (2024, 06). *Perspectives économiques.* Récupéré sur République et canton de Genève: https://www.ge.ch/document/36258/telecharger

Huguelet, P. (2007). Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de trouvles mentaux sévères. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*(158 (6)), 271-278.

Jörg, R. H.-D. (2019). *Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden (Obsan Vericht 14/2019).* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Montfort, H. (2024). *Informations statistiques. Bilan et état de la population du canton de Genève en 2023.* Genève: Office cantonal de la statistique (OCSTAT). Récupéré sur https://statistique.ge.ch/tel/publications/2024/informations_statistiques/autres_themes/is_population_04_2024.pdf

OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators.* Paris: OECD Publishing. Récupéré sur https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OCS. (2023). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030.* Genève: Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé.

OCSTAT. (2024). *Evolution future de la population*. Récupéré sur Statistique: https://statistique.ge.ch/domaines/apercu.asp?dom=01_04

OFS. (2022, 09 02). *Scénarios pour la Suisse*. Récupéré sur Office fédéral de la Statistique: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.html

OFSP. (2023, 09 25). *Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020–2030*. Récupéré sur Office fédéral de la santé publique (OFSP): https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html

OFSP. (2024, 03 25). *Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).* Récupéré sur Office fédéral de la santé publique (OFSP): https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1aklv.html

OFSP. (2024). *Dashboard de l'assurance-maladie*. Récupéré sur Office fédéral de la santé publique (OFSP): https://dashboardassurancemaladie.admin.ch/nombre_de_beneficiaires.html

Olivier Pahud, C. G. (2024). *Rapport de base sur la santé pour le canton de Genève.* Neuchâtel: Obsan.

Olivier W. Hugli, M. P. (2006). Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents? *Revue médicale suisse*, 1836-1839. Récupéré sur https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-75/engorgement-des-centres-d-urgences-une-raison-legitime-de-refuser-l-acces-aux-patients-non-urgents

ONU. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées.* New York: ONU.

Pellegrini, S. D. (2022). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz.* Neuchâtel: Obsan.

Sarah Werner, E. K. (2021). *Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021, Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung.* Neuchâtel: Obsan.

Schumacher, R. (mars 2022). *Projections démographiques pour le Canton de Genève. Population résidante de 2021 à 2050.* Genève: Office cantonal de la statistique (OCSTAT) Genève.

SwissDRG SA. (2024). *TARPSY*. Récupéré sur SwissDRG: https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/tarpsy

DSM (2023). *Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028.* Genève: Etat de Genève. Récupéré sur https://www.ge.ch/document/34410/telecharger

Thornicroft, G. D. (2016). Community mental health care worldwied: current status and further developments. *World Psychiatry*((158 (6)), 276-286.

Trede, I. &. (2018). *Parcours professionnels des ASSC, Panorma, 32(3), 16-17.* Lausanne: IFFP. Récupéré sur https://www.hefp.swiss/sites/default/files/downloads/parcours_professionnels_des_assc_-_panorama_3-2018.pdf

Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry*(15 (3)), 374-380.

Werner, S. K. (2021). *Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz.* Neuchâtel: Obsan.

Zufferey, J. (2020). *La santé dans le canton de Genève, résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2017.* Neuchâtel: Obsan.

14 Législation

14.1 Législation fédérale

- Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS 101)
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10)
- Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102)
- Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31)
- Ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires du 23 juin 2021 (OFNMMPA ;RS 832.107)

14.2 Convention intercantonale

- Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée du 14 mars 2008 (CIMHS ; rsGE K 2 20)

14.3 Législation cantonale

- Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; rsGE J 3 05)
- Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées du 4 décembre 2009 (LGEPA ; rsGE J 7 20)
- Loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS, rsGE K 1 03)
- Loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile du 28 janvier 2021 (LORSDom ; rsGE K 1 04)
- Loi sur l'institution genevoise de maintien à domicile (LIMAD ; rsGE K 1 07)
- Projet de loi accordant des indemnités de 41 742 696 francs aux Foyers pour personnes âgées pour les années 2024 à 2027 adopté par le Conseil d'Etat le 3 juillet 2024 et transmis au Grand Conseil
- Règlement sur les professions de la santé du 30 mai 2018 (RPS ; rsGE K 3 02.01)
- Règlement fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 29 mai 2019 (RFRLAMal ; rsGE J 3 05.23)
- Règlement d'application de l'ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires du 14 septembre 2022 (RaOFNMMPA ; rsGE J 3 05.50)
- Règlement instituant une commission consultative en matière de planification hospitalière du 3 février 2010 (RComPlanH ; rsGE J 3 05.52)
- Règlement d'application de la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées du 16 mars 2010 (RGEPA ; rsGE J 7 20.01)
- Règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile du 10 mars 2021 (RORSDom ; rsGE K 1 04.01)
- Règlement sur les institutions de santé du 9 septembre 2020 (RISanté ; rsGE K 2 05.06)
- Directive relative au financement résiduel cantonal des soins dans les établissements médico-sociaux (EMS ; 011)

- Arrêté du Conseil d'Etat du 28 février 2024 relatif aux tarifs des prestations des foyers de jour et de jour-nuit, pour la période 2024-2027

15 Index

15.1 Liste des abréviations

- AFP Attestation fédérale de formation professionnelle
- AMGe Association des médecins du canton de Genève
- ANQ Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
- AOS Assurance obligatoire des soins
- ASSC Assistant en soins et santé communautaire
- AVOS Ambulant vor Stationär – L'ambulatoire avant le stationnaire
- AVQ Activité de la vie quotidienne
- AVS Assurance-vieillesse et survivants
- BESA BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem
- CAP Centre d'activité physique
- CASU Centrale d'appels sanitaires d'urgence
- CCI Commission cantonale d'indication
- CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
- CFC Certificat fédéral de capacité
- CFQ Commission Fédérale pour la Qualité
- CHOP Classification suisse des interventions chirurgicales
- CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois
- CIM Classification internationale des maladies
- CIMHS Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
- CMA Coordinatrice en médecine ambulatoire
- COGERIA Réseau genevois de coordination des soins pour favoriser le maintien à domicile des personnes fragiles de plus de 65 ans
- CQI Cercles de qualité interprofessionnels
- CSSS-N Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
- DCS Département de la cohésion sociale
- DGS Direction générale de la santé
- DFI Département fédéral de l'intérieur
- DMS Durée moyenne de séjour
- DRG Diagnosis related groups (en français : groupe homogène de malades)
- DSM Département de la santé et des mobilités
- EMS Etablissement médico-social
- EPH Etablissement pour personnes handicapées
- EPI Etablissements publics pour l'intégration
- ES Ecoles supérieures
- ETP Equivalent temps plein
- FMH Fédération des médecins suisses
- GD-ZH Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
- GMO Groupement des Médecins d'Onex
- GPPH Groupe de prestations pour la planification hospitalière
- GRESI Groupe risque pour l'état de santé et inspectorat
- GRSP Groupement romand des services de santé publique
- GT Groupe de travail
- HAGES Habitat et Accompagnements des Générations Seniors

- HES Hautes écoles de santé
- HUG Hôpitaux universitaires de Genève
- IEPA Immeuble avec encadrement pour personnes âgées
- IMAD Institution genevoise de maintien à domicile
- ISADMéd Institution de soins ambulatoires dispensés par les médecins
- ISFM Institut suisse pour la formation
- KS Statistique des hôpitaux
- LAMal Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (RS 832.10)
- LaLAMal Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (rsGE J 3 05)
- LCA Loi sur le contrat d'assurance
- LGEPA Loi cantonale sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (rsGE J 7 20)
- LSAMal loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
- LSM Lits de soins de maintien
- LS Loi cantonale sur la santé, du 7 avril 2006 (rsGE K 1 03)
- LORSDom Loi cantonale sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du 28 janvier 2021 (rsGE K 1 04)
- MdSL Maison de Santé de Lancy
- MHS Médecine hautement spécialisée
- MS Statistique médicale des hôpitaux
- MSA Maison de Santé Acacias
- MSM Maison de Santé Meinier
- OAMal Ordonnance fédérale d'application de la loi sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (RS 832.102)
- OBSAN Observatoire suisse de la santé
- OCDE Organisation de coopération et de développement économiques
- OCS Office cantonal de la santé
- OCSTAT Office cantonal de la statistique
- OFS Office fédéral de la statistique
- OFSP Office fédéral de la santé publique
- OLAF Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, du 4 juillet 2002 (RS 832.103)
- OMP Office médico-pédagogique
- OPAS Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie
- ORL Oto-rhino-laryngologie
- OSAD Organisation de soins et d'aide à domicile
- PB Paquet de base
- PBP Paquet de base programmé
- PCCL Patient Complication and Comobidity Level – Mesure de gravité et complexité du patient
- PCG Psychiatric Cost Group – coût par groupe de patient en psychiatrie
- PEC Politique de prise en charge alternative
- PSP Promotion de la santé et prévention
- PLAISIR Planification informatisée des soins infirmiers requis
- RAI Resident assessment instrument
- RCC Registre des codes-créanciers des assureurs-maladie suisses

- RFRLAMal Règlement fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 2019 (J 3 05.23)
- RGEPA Règlement cantonal d'application de la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 16 mars 2010 (rsGE J 7 20.01)
- RISanté Règlement cantonal sur les institutions de santé du 22 août 2006 (rsGE K 2 05.06)
- RPS Règlement sur les professions de la santé du 30 mai 2018 (rsGE K 3 02.01)
- RORSDom Règlement cantonal d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile du 10 mars 2021 (rsGE K 1 04.01)
- SAD Soins à domicile
- SASD Service d'aide et de soins à domicile
- SASIS Entreprise du groupe santésuisse chargée de la coordination administrative dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire
- SeSPA Service cantonal des seniors et de la proche aidance
- SMC Service du médecin cantonal
- SOMED Statistique fédérale des institutions médico-sociales
- SPC Service des prestations complémentaires
- SPhC Service de la pharmacienne cantonale
- SPEA Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- SPITEX Statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile
- STATPOP Statistique fédérale de la population et des ménages
- STATVD Statistique Vaud
- ST REHA Structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière
- SwissDRG Systèmes tarifaires des prestations stationnaires
- TAF Tribunal administratif fédéral
- TAM Taux d'activité moyen
- TARMED Système de rémunération pour les prestations médicales
- TARPSY Système de rémunération par forfait pour les prestations stationnaires de psychiatrie
- TCAM Taux de croissance annuel moyen
- UATM Unité d'accueil temporaire médicalisée
- UATR Unité d'accueil temporaire de répit
- UATR-EMS Unité d'accueil temporaire de répit dans les EMS

15.2 Index des tableaux de données

Tableau 2.1 – Synthèse de l'évolution des besoins en soins hospitaliers, scénario de base et scénarios maximum et minimum, canton de Genève, 2022 et 2028 6
Tableau 2.2– Synthèse de l'évolution des besoins en soins de longue durée, scénario de référence et scénarios de politique de prise en charge alternative, canton de Genève, 2022 et 2028 7
Tableau 2.3 – Evolution constatée des consultations d'urgence dans les centres du réseau d'urgences 10
Tableau 2.4 – Effectif du personnel autorisé à pratiquer à Genève et des personnes en âge AVS à fin 2024 11
Tableau 2.5 – Synthèse des besoins en personnel de soins et d'accompagnement en 2022 et projections des besoins de relève à l'horizon 2028 (nombre de personnes employées) par niveau de formation 12
Tableau 4.1 – Synthèse de la planification 2020-2023 et situation observée en 2022 – Planification hospitalière 16

Tableau 4.2 – Synthèse de la planification 2020-2023 et situation observée en 2022 – Planification médico-sociale ... 17
Tableau 4.3 – Synthèse de la planification 2020-2023 et situation observée en 2022 – Personnel de soins, d'accompagnement, médico-technique et médico-thérapeutique ... 19
Tableau 7.1 – Indicateurs généraux concernant la situation en matière de soins (Soins somatiques aigus), 2019-2022 ... 34
Tableau 7.2 – Pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire dans le canton de Genève en 2016 et 2022 ... 36
Tableau 7.3 – Nombre d´hospitalisations de patientes et de patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le domaine de prestations (soins somatiques aigus), 2022-2040 ... 40
Tableau 7.4 – Indicateurs généraux concernant la situation en matière de soins en psychiatrie, 2019-2022 ... 43
Tableau 7.5 – Nombre d´hospitalisations de patientes et patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le groupe de prestations (Psychiatrie), 2022-2040 ... 46
Tableau 7.6 – Nombre de jours d´hospitalisations de patientes et patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le groupe de prestations (Psychiatrie), 2022-2040 ... 47
Tableau 7.7 – Groupes de cas dont la prise en charge pourrait être remplacée par des alternatives concrètes ... 56
Tableau 7.8 – Nombre de journées d'hospitalisation évitable par groupe de cas ... 57
Tableau 7.9 – Lits de réadaptation par service HUG et cliniques privées, 2022 ... 69
Tableau 7.10 – Evolution des indicateurs clés (Réadaptation), 2019-2022 ... 69
Tableau 7.11 – Nombre de cas de patientes et patients domiciliés à Genève par DDPH et statut de l'hôpital, 2019-2022 ... 72
Tableau 7.12 – Vue d'ensemble de l'offre ambulatoire en 2022 ... 73
Tableau 7.13 – Nombre d´hospitalisations de patientes et de patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le domaine de prestations (Réadaptation), 2028 ... 77
Tableau 7.14 – Nombre de lits supplémentaires projetés pour 2028 par catégorie GPPH ... 78
Tableau 7.15 – Nombre de lits projetés pour 2028 par niveaux de soins ... 83
Tableau 7.16 – Répartition des résidentes et résidents originaires du canton de Genève, par classe d´âges, sexe et niveaux de soins, 2022 ... 90
Tableau 7.17 – Répartition des bénéficiaires en structures d'accueil temporaire, canton de Genève, 2022 ... 96
Tableau 7.18 – caractéristiques des bénéficiaires recevant des prestations à domicile dans le canton de Genève, 2022 ... 101
Tableau 7.19 – Répartition des bénéficiaires en structures d'accueil temporaire, canton de Genève, 2022 ... 106
Tableau 7.20 – Répartition des résidentes et résidents en IEPA, canton de Genève, 2022 ... 109
Tableau 7.21 – Taux de couverture par domaine de spécialisation et par canton d'établissement, en 2022 ... 118
Tableau 7.22 – Activité ambulatoire des médecins par titre postgrade en 2024 ... 120
Tableau 9.1 – Projection des besoins des sages-femmes, canton de Genève, 2028 ... 135
Tableau 9.2 – Distribution des personnes autorisées à pratiquer en médecin humaine en 2024 ... 137
Tableau 9.3 – Diplômes délivrés selon le sexe et la nationalité à la faculté de médecine de l'université de Genève en 2023 ... 140
Tableau 9.4 – Formation postgrade aux HUG par spécialité en 2024 ... 140
Tableau 9.5 – Titres de formation inclus dans l'analyse ... 143
Tableau 9.6 – Formation : diplômées et diplômés dans le domaine des soins selon le canton de domicile et le canton de formation, degré tertiaire, Genève, de 2012 à 2022 ... 163
Tableau 9.7 – Hôpitaux, EMS et SASD : Effectif en personnel de soins et d'accompagnement en 2022 et projections des besoins de relève à l'horizon 2028 (nombre de personnes employées), par niveau de formation, Genève ... 165
Tableau 9.8 – Besoins en relève de professionnelles et de professionnels de la santé du canton de Genève ... 166
Tableau 9.9 – Besoin théorique annuel moyen de diplômées et de diplômés en personnel soignant pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé ... 167
Tableau 11.1 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Secteur hospitalier ... 170

Tableau 11.2 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Secteur médico-social 171
Tableau 11.3 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Secteur médical ambulatoire à charge de l'AOS 172
Tableau 11.4 – Synthèse des besoins 2025-2028 – Axes forts 172
Tableau 11.5 Synthèse des besoins 2025-2028 – Ressources humaines 174
Tableau 12.1 – Comparaison des projections 2020-2023 des hospitalisations, par cas et par jour et de la situation observée (Soins somatiques aigus), 2022 176
Tableau 12.2 – Nombre et jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour (DMS) par groupe de prestations (soins somatiques aigus), 2022 177
Tableau 12.3 – Comparaison des projections 2020-2023 des hospitalisations par cas et par jour et de la situation observée (Psychiatrie), 2022 178
Tableau 12.4 – Nombre et jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour par groupe de prestations (Psychiatrie), 2022 179
Tableau 12.5 – Nombre d´hospitalisations de patientes et de patients domiciliés à Genève, selon le scénario de projections et le groupe de prestations (Psychiatrie), 2022-2040 180
Tableau 12.6 – Comparaison des projections 2020-2023 des hospitalisations par cas et par jour avec la situation observée (Réadaptation), 2022 180
Tableau 12.7 – Nombre et jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour par filière de réadaptation, 2022 181
Tableau 12.8 – Catégories de fonction relevées dans la statistique des hôpitaux (KS) et regroupements pour les analyses 182
Tableau 12.9 – Catégories de formation relevées dans la statistique SOMED et regroupements pour les analyses 182
Tableau 12.10 – Catégories de formation relevées dans la statistique SPITEX et regroupements pour les analyses 183
Tableau 12.11 – Taux de sortie de la profession des soignants du degré tertiaire par classe d'âge, Suisse, 2020-2022 183

15.3 Table des illustrations

Figure 2.1 – Axes stratégiques de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention Concept PSP 2030 : 8 axes stratégiques et un axe transversal 9
Figure 3.1 – Démarche de projection des besoins 13
Figure 5.1 – Carte de la zone du Grand Genève 23
Figure 6.1 – Population résidante selon le scénario de 1970 à 2050 26
Figure 6.2 – Population résidente selon le scénario par âge, en 2020 et 2050 27
Figure 6.3 – Scénarios démographiques pour la population de 65 ans ou plus de Genève, 2021-2050 28
Figure 6.4 – Projections démographiques, canton de Genève 2022-2050 29
Figure 6.5 – Augmentation du taux de dépendance des personnes de 65 ans ou plus 29
Figure 7.1 – Modèle de projection de l'OBSAN pour l'évaluation des besoins en soins stationnaires . 31
Figure 7.2 – Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en soins somatiques aigus 32
Figure 7.3 – Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en psychiatrie 32
Figure 7.4 – Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en réadaptation.... 33
Figure 7.5 – Nombre d'hospitalisations pour Genève, par groupe d´âge et par sexe (soins somatiques aigus), 2022 35
Figure 7.6 – Nombre d'hospitalisation pour Genève, par groupe d´âge et par sexe (Psychiatrie), 2022 44
Figure 7.7 – Indication hospitalière pour les personnes de 17 ans et moins 48
Figure 7.8 – Situation du domicile pour les personnes de 17 ans et moins 49
Figure 7.9 – Alternatives en termes d'hébergement pour les personnes de 17 ans ou moins 49
Figure 7.10 – Indication hospitalière pour les personnes de 18 à 64 ans 50
Figure 7.11 – Nombre d'hospitalisations de 100 jours ou plus pour les personnes de 18 à 64 ans..... 50
Figure 7.12 – Situation du domicile pour les personnes de 18 à 64 ans 51

Figure 7.13 – Alternatives à l'hébergement pour les personnes de 18 à 64 ans 51
Figure 7.14 – Accompagnement à domicile pour les personnes de 18 à 64 ans 52
Figure 7.15 – Indication hospitalière pour les personnes de 65 ans ou plus 53
Figure 7.16 – Nombre d'hospitalisations de 100 jours ou plus pour les personnes de 65 ans ou plus 53
Figure 7.17 – Alternatives à l'hébergement pour les personnes de 65 ans ou plus 54
Figure 7.18 – Nombre d'hospitalisation en réadaptation pour Genève, par groupe d´âge et par sexe, 2022 70
Figure 7.19 – Nombre de séjours 2022 par catégorie 73
Figure 7.20 – Impact de ST REHA sur les autres structures tarifaires 78
Figure 7.21 – Nombre de patientes et de patients en soins de maintien, HUG 80
Figure 7.22 – Modèle OBSAN des bases statistiques pour la planification médico-sociale 85
Figure 7.23 – Illustration des scénarios épidémiologiques 86
Figure 7.24 – Nombre de résidentes et résidents de 65 ans ou plus en longs séjours en EMS, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022 89
Figure 7.25 – Répartition des résidentes et résidents originaires du canton de Genève, par classe d´âges, sexe et niveaux de soins, 2022 91
Figure 7.26 – Evolution du taux de recours aux EMS, Suisse et canton de Genève, 2006-2022 92
Figure 7.27 – Comparaison des taux de recours en EMS, ensemble de la Suisse 93
Figure 7.28 – Projection du nombre de résidentes et résidents 65 ans ou plus en long séjour en EMS originaires du canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050 94
Figure 7.29 – Nombre de séjours en UATR-EMS, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022 pour les personnes de 65 ans ou plus 96
Figure 7.30 – Projection du nombre de séjours en UATR-EMS dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050 97
Figure 7.31 – Répartition des heures de soins de longue durée facturées, selon les fournisseurs de prestations d'aide et de soins à domicile, dans le canton de Genève, en 2022 99
Figure 7.32 – Nombre d'heures de soins délivrées à domicile pour l'ensemble des organisations d'aide et de soins (Total SAD), pour l'organisation IMAD et pour le reste des organisations (OSAD et infirmières et infirmiers indépendants), projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022 100
Figure 7.33 – Evolution du taux de recours de la population 65 ans ou plus aux soins SAD, canton de Genève et Suisse, 2011-2022 102
Figure 7.34 – Projection du nombre d'heures de soins SAD (délivrées à domicile ou en IEPA) dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050 103
Figure 7.35 – Nombre de bénéficiaires durant l'année recourant aux foyers pour personnes âgées et aux UATR, nombre de séjours en UATR-EMS, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022 .. 106
Figure 7.36 – Nombre de résidentes et résidents en IEPA recevant des prestations de soins et d'aide, projeté (mandat 2018) et réalisé, 2017-2022 108
Figure 7.37 – Projection du nombre de séjours en UATR hors EMS dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050 110
Figure 7.38 – Projection du nombre de bénéficiaires au 31.12 en foyers pour personnes âgées dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050 112
Figure 7.39 – Projection du nombre de résidentes et résidents 65 ans ou plus en IEPA dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050 113
Figure 7.40 – Projection du nombre de séjours en UATM dans le canton de Genève, scénario de référence et scénarios de prise en charge alternative*, 2022-2050 115
Figure 8.1 – Lignes directrices de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention Concept PSP 2030 123
Figure 9.1 – Pyramide des âges du personnel en soins infirmiers autorisé à pratiquer à Genève 133
Figure 9.2 – Pyramide des âges du personnel en physiothérapie autorisé à pratiquer à Genève 133
Figure 9.3 – Pyramide des âges du personnel en ergothérapie autorisé à pratiquer à Genève 134
Figure 9.4 – Pyramide des âges du personnel en diététique autorisé à pratiquer à Genève 134
Figure 9.5 – Pyramide des âges des sages-femmes autorisées à pratiquer à Genève 135
Figure 9.6 – Pyramide des âges du personnel en logopédie autorisé à pratiquer à Genève 136

Figure 9.7 – Pyramide des âges du personnel en psychologie autorisé à pratiquer à Genève 136
Figure 9.8 – Pyramide des âges du personnel en médecine humaine sous propre responsabilité autorisé à pratiquer à Genève 137
Figure 9.9 – Pyramide des âges des médecins par statut d'admission AOS en 2024 139
Figure 9.10 – Composition des besoins de relève et des objectifs de diplômées et de diplômés pour le personnel de soins et d'accompagnement 144
Figure 9.11 – Age moyen du personnel soignant en EMS et en SASD, Genève, 2022 146
Figure 9.12 – Taux de sortie de la profession des soignants du degré tertiaire par classe d'âge, Suisse, 2020-2022 147
Figure 9.13 – Hôpitaux : comparaison des projections réalisées par l'OBSAN en 2017 et des effectifs recensés, par secteur, Genève, 2022 150
Figure 9.14 – Établissements médico-sociaux : comparaison des projections de 2017 et des effectifs recensés, Genève, 2022 151
Figure 9.15 – SASD : comparaison des projections de 2017 et des effectifs recensés, Genève, 2022 152
Figure 9.16 – Composition des besoins de relève et des objectifs de diplômées et diplômés pour le personnel de soins et d'accompagnement 153
Figure 9.17 – Composition des besoins de relève et des objectifs de diplômées et diplômés pour le personnel de soins et d'accompagnement 154
Figure 9.18 – Objectif annuel moyen de diplômées et diplômés (2022-2028) en personnel soignant de niveau tertiaire pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé, Genève 155
Figure 9.19 – Hôpitaux, EMS et SASD : Effectif en personnel de soins et d'accompagnement en 2022 et projections des besoins de relève aux horizons 2028 et 2050 (nombre de personnes employées), par niveau de formation et selon le type d'institution, Genève 158
Figure 9.20 – Besoins de relève annuels moyens sur la période 2022-2028 par niveau de formation, Genève 159
Figure 9.21 – Besoins de relève annuels moyens sur la période 2022-2028 par niveau de formation, Genève 159
Figure 9.22 – Objectifs annuels moyens de diplômées et de diplômés (2022-2028) en personnel soignant pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé, Genève 161
Figure 9.23 – Objectifs annuels moyens d'étudiantes et d'étudiants entrants (2022-2028) en personnel soignant pour un taux de couverture de 100% des besoins de relève des institutions de santé, Genève 162
Figure 9.24 – Formation : diplômées et diplômés dans le domaine des soins, degré tertiaire, Genève, de 2012 à 2022 163
Figure 9.25 – Formation : diplômées et diplômés dans le domaine des soins, degré secondaire II, Genève[1], de 2012 à 2022 164

Département de la santé et des mobilités (DSM)
Secrétariat général
Rue de l'Hôtel-de-Ville 14 • 1204 Genève • Case postale 3918
Tél. +41 (22) 327 96 00 • mail@service.ch
www.ge.ch

papier recyclé